



ciberesp



INMA 4 AÑOS (2008-2010)

Cohorte Valencia

Índice

1. Equipo de trabajo	Pg. 4
2. Objetivos específicos Proyectos FIS 07/0314 y FIS 06/1213	Pg. 6
3. Procedimiento de la visita de 4 años	Pg. 7
4. Protocolos de recogida de muestras	Pg. 10
5. Imágenes del proceso	Pg. 16
6. Resumen final	Pg. 21
7. Anexos	Pg. 23

1. EQUIPO DE TRABAJO

2. OBJETIVOS

- FIS 07/0314
- FIS 06/1213

3. PROCEDIMIENTO VISITA

- CONTACTO

.....-Carta
-Teléfono
-Cita hospital La Fe

- ENTREVISTA

-Mediciones y recogida de muestras
-Cuestionarios

4. PROTOCOLOS DE RECOGIDAS DE MUESTRAS

- Protocolo de exploración física
- Protocolo de recogida y conservación de muestras de pelo (4 años)
- Protocolo para la recogida y conservación de muestras de orina
- Protocolo para toma de Muestra de sangre INMA niños 4 años (Estudio de validación n=150)

5. IMAGENES DEL PROCESO

6. RESUMEN FINAL

7. ANEXOS

1. EQUIPO DE TRABAJO

Investigadores Principales estudio INMA-Valencia 4 años

Jesús Vioque	Marisa Rebagliato Ruso
Ferrán Ballester	Carmen Iñiguez

Centros e Investigadores Colaboradores:

- Universidad Miguel Hernandez:
 - Maria Dolores Climent Barber
 - Laura Asensio García
 - Fernando Granado Lorencio
 - Eva M^a Navarrete Muñoz
 - Manuela García de la Hera
 - Maria A Pastor Valero
 - Natividad Galiana
 - Pablo Juan Picó
- Hospital La Fe:
 - Virginia Fuentes
 - Alfredo Marco Macián
 - Amparo Quiles
- EVES:
 - Sabrina Llop
 - Ana Esplugues
 - M^a José López
 - Marisa Estarlich
 - Mario Murcia
 - Amparo Cases?
- Conselleria de Sanitat:
 - Joan Quiles Izquierdo
 - Rosa Ramón?
- Otros:
 - Tanja Weinbrenner
 - Nieves Galiana

Asesores externos	Luis A. Moreno. Prof. Titular Universidad de Zaragoza
Centros de Análisis	Laboratorio Dpto. Salud Pública. Universidad Miguel Hernández. Fernando Granado Lorencio. Unidad de Vitaminas del Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Puerta de Hierro.
Agencia Financiadoras	Fondo de Investigación Sanitaria (FIS 07/0314. IP: J Vioque). Fondo de Investigación Sanitaria (FIS 06/1213. IP. F Ballester). CIBERESP Universidad Miguel Hernández. Conselleria Sanitat. Generalitat Valenciana

2.OBJETIVO DEL ESTUDIO INMA-4AÑOS

(Objetivos específicos originalmente recogidos en las memorias FIS)

-Memoria FIS 07/0314: EXPOSICION DIETA Y ANTROPOMETRIA

Factores asociados al sobrepeso y obesidad en niños de 3 años pertenecientes a un estudio prospectivo de cohortes (Estudio INMA)

El objetivo principal del estudio consiste en identificar factores de riesgo asociados a la presencia de sobrepeso/obesidad en niños a la edad de 3-4 años que participan en un estudio de cohortes prospectivo (Estudio INMA), con especial interés en aquellos factores susceptibles de intervención.

Los objetivos específicos que nos planteamos alcanzar son:

1. Estimar la prevalencia de sobrepeso/obesidad en los niños de la Cohorte INMA-Valencia a la edad de 3-4 años.
2. Adaptar y validar un cuestionario de frecuencia alimentaria para evaluar la dieta habitual (nutrientes, alimentos e ingesta energética) en niños de 3-4 años.
3. Analizar la relación entre factores dietéticos (ingesta de nutrientes, alimentos y patrones dietéticos) y marcadores dietéticos y antioxidantes con la presencia de sobrepeso/obesidad a la edad de 3-4 años.
4. Estimar el efecto de conductas sedentarias, duración del sueño y el nivel de actividad física sobre el sobrepeso/obesidad a la edad de 3-4 años.
5. Explorar la relación entre sobrepeso/obesidad a los 3-4 años con otros factores relacionados a los padres (obesidad, conductas sedentarias) y al propio desarrollo del niño (crecimiento rápido postnatal en niños con bajo peso al nacer o falta de lactancia natural).
6. Examinar la relación entre los niveles plasmáticos de vitaminas antioxidantes, marcadores de inflamación, estrés oxidativo y de resistencia a la insulina, y la presencia de sobrepeso/obesidad a la edad de 3-4 años en los niños que donen sangre y orina.

-Memoria FIS 06/1213. EXPOSICIÓN AMBIENTAL

El objetivo principal consiste en evaluar la exposición a riesgos ambientales y su papel en el desarrollo y la salud del niño, principalmente enfermedades respiratorias.

Objetivos específicos

- 1.- Evaluar la exposición a riesgos ambientales de los niños INMA Valencia a los 4 años. Para ello se identificaran las principales fuentes de contaminantes a partir de la caracterización de los microambientes que el niño frecuenta a los 4 años (su casa, colegio, otros lugares en los que le cuiden) y los medios de transporte.
2. Evaluar la dosis interna de mercurio a los 4 años e identificar las posibles fuentes, especialmente consumo de pescado.
3. Evaluar el papel de la contaminación atmosférica pre y post-natal y a los 4 años en la incidencia de asma y otros problemas de salud a los 4 años de edad.
4. Estudiar el papel protector de los antioxidantes de la dieta, incorporados en la vida pre-natal y actual, en las asociaciones anteriores.
5. Medir en orina pftlatos y otros compuestos toxicos: evaluar la dosis interna, identificar fuentes y evaluar su relación con desarrollo y salud del niño, en concreto obesidad.

3. PROCEDIMIENTO VISITA 4 AÑOS PROYECTO INMA Valencia

- CONTACTO:

Envío por correo postal de una carta a todas las madres pertenecientes a la Cohorte INMA Valencia, que no refirieron abandono en la entrevista de los 2 años, donde se explica el motivo, objetivos y procedimientos de la visita. Posteriormente se les llama por teléfono para concertar una cita en el Hospital La Fe de Valencia o, si no fuera posible, en el propio domicilio.

En aquellos casos en los que no se consiguió contactar telefónicamente se les reenvió una carta de contacto.

Puntos tratados durante la llamada telefónica:

- Concretar día y hora de visita
- Recordar que traigan la cartilla médica del niño el día de la cita
- Recordar dieta del niño el día anterior a la visita: (comedor escolar) para realizar recordatorio 24h
- Recordar que se les tomaran muestras de orina madre y niño
- Agradecer su colaboración
- Rellamada día anterior a la visita para recordar fecha y hora
- Dar algún dato de contacto por si no pueden asistir para que avisen.

Las madres que aceptan participar acuden al Hospital La Fe (Planta 11) dónde se lleva a cabo la “visita de los 4 años”.

- CALENDARIO DE VISITAS:

El piloto empezó en Noviembre de 2008 y el trabajo de campo finalizó en Marzo de 2010. De los 693 niños al inicio del proyecto acudieron y participaron en la entrevista de los 4 años 593, obteniéndose una participación superior al 85%.

Hubo 62 abandonos, madres que refirieron no querer continuar en el proyecto cuando se contacto con ellas telefónicamente y 40 perdidas de seguimiento, madres con las que no se consigue contactar después de una media de 10 llamadas telefónicas. De estas 40, con 17 nunca contactamos (teléfonos erróneos, cartas devueltas), a 10 conseguimos citarlas pero no acuden a la cita y ya no conseguimos contactar para recitar (± 10 llamadas), 11 contactamos con ellas pero cuando rellamamos para citar ya no responden (± 10 llamadas) y 2 se encuentran fuera de España en el periodo en el que se realizan las entrevistas de los 4 años. El ritmo de trabajo viene descrito en la siguiente tabla:

CALENDARIO DE VISITAS			
	2008	2009	2010
Enero			20
Febrero			20
Marzo			37
Abril			41
Mayo			50
Junio			55
Julio			46
Agosto			23
Septiembre			47
Octubre			58
Noviembre		10(piloto)	48
Diciembre		9	26
TOTAL	19	471	102

- ENTREVISTA

El propósito es estudiar los efectos de los contaminantes ambientales más importantes presentes en el aire, el agua y la dieta, en el desarrollo y crecimiento de los niños, así como los factores protectores de la nutrición. Las mediciones requeridas para evaluar tales exposiciones vienen descritas en la tabla siguiente:

PERIODO POSTNATAL 4 AÑOS

Exposiciones	Mediciones
Metil-Mercurio	Pelo niño@
Hidroxipireno	Orina niño@
Dieta	Cuestionario
	<ul style="list-style-type: none"> • CFAniño@ • R24Hniño@
Ambiental y Salud	Cuestionario
	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición a contaminantes y estilos de vida • Salud
Crecimiento postnatal	Exploración física
	<ul style="list-style-type: none"> • Peso • Talla • IMC • Circunferencia abdomen • Circunferencia cintura • %grasa corporal • 3 mediciones presión arterial
Tocoferoles y carotenoides	Suero sangre
Ferritina, transferrina y PCR	
Vit C	

Los niños y las madres acuden previa cita al Hospital La Fe donde las 5 trabajadoras de campo del proyecto les realizan la exploración física, la toma de muestras biológicas y les pasan los cuestionarios.

Circuito de la entrevista:

La entrevista dura aproximadamente 1h 40' y el recorrido es el siguiente:

1º Mediciones y recogidas de muestras

El niño y la madre son sometidos a una exploración antropométrica, que consiste en pesarlos, medir altura, % de grasa corporal y perímetro de cintura y cadera. A los niños también se les recoge una muestra de pelo y se les toma la tensión tres veces consecutivas con descansos de 5 minutos entre toma y toma. (aprox. 20-25')

A continuación se procede a la recogida de muestras de orina de madre y niño: En aquellos casos en los que no se obtiene suficiente muestra se les ofrece beber agua y se reintenta al final de la entrevista (5')

2°.Cuestionarios (entrevista directa a las madres)

Al final de la exploración se entrevista a la madre acerca del niño/a.

1. Cuestionario Exposición Ambiental (aprox. 10-15')
2. Cuestionario de evaluación dietética, hábitos dietéticos y actividad física (35-40')
- Cuestionario frecuencia alimentaria (15-20')
- Cuestionario sobre suplementos y otros hábitos dietéticos (3-5')
- Cuestionario Actividad Física y consumo de televisión. (3-5')
- Recordatorio de 24 horas (10-15')
3. Cuestionario Salud Q4 (10'):
4. Cuestionario Evaluación Dietética madre/padre (CFA). Cuestionario de Frecuencia Alimentaria similar al utilizado en embarazadas que se realiza de forma autocumplimentada. Se entrega a las madres al final de la visita, con instrucciones para su cumplimentación, y en sobre franqueado para su posterior envío postal.
5. Participación en estudio de validación (extracción de sangre)

Al finalizar la visita se les pregunta a las madres si están dispuestas a participar en un estudio de validación de cuestionarios de frecuencia alimentaria (CFA) en el que se tomará una muestra sanguínea del niño.

Aquellas que aceptan participar son citadas un sábado en el pabellón infantil del Hospital La Fe para la extracción de sangre por parte de 2 enfermeras especialmente entrenadas y la administración de un segundo recordatorio 24 horas. A los 3- 4 meses se contacta de nuevo con ellas telefónicamente y se les realiza un tercer recordatorio 24 horas y se les envía por correo postal (junto con sobre franqueado para su posterior envío), o e-mail un segundo Cuestionario de evaluación dietética de los niños. En aquellos casos en los que tardan más de un mes en reenviarlo se contacta de nuevo con ellas y se realiza telefónicamente.

Finalmente participan en el estudio de validación 174 niños de los 150 necesarios.

4. PROTOCOLOS DE RECOGIDA DE MUESTRAS

Los protocolos seguidos en la obtención de muestras fueron los siguientes:

1. Protocolo de exploración física

Obtención de indicadores antropométricos:

Talla

La determinación de la talla se realizará con un estadímetro, el cual consta de una cinta métrica de metal flexible con 2 m de longitud y de una escuadra móvil con un ángulo de 90°. El estadímetro se colocará en una pared derecha (que forme un ángulo de 90° con el suelo).

Antes de iniciar la medición se pedirá al niño que se descalce y se quite cualquier objeto que traiga en la cabeza, como pasadores, moños, peinados altos, trenzas, etc., ya que éstos pueden alterar los datos observados y dificultar el registro de la talla.

1. La talla se mide de pie, en posición de firmes, de espaldas a la pared, los talones, pantorrillas, glúteos, espalda y cabeza deberán estar totalmente recargados en la pared.
2. La línea media del cuerpo deberá coincidir con la línea media de la cinta del estadímetro.
3. El antropometrista estará colocado del lado izquierdo del sujeto.
4. El antropometrista, con su mano izquierda, debe tomar la barbilla del sujeto a fin de controlar la cabeza y orientarla hacia el plano de Frankfort; con su mano derecha deslizará la pieza móvil de manera vertical a la cinta métrica, hasta tocar la parte coronal de la cabeza formando un ángulo de 90°.
5. Asegúrese de que la posición del sujeto sea la correcta. Registre el dato observado al décimo centímetro (0.1 cm) más cercano. Por ejemplo: 152.3 cm.

Peso e impedancia bioeléctrica

Para evitar errores de registro es importante considerar los siguientes puntos antes de pesar y valorar la impedancia bioeléctrica al niño:

- Se pedirá a la madre/padre o el técnico del proyecto responsable del niño que le quite chaqueta, suéter, chaleco, camiseta, pantalón, gorro, etc.; de ser posible, se le pesará sin ropa o con la menos posible.

- Quitarle los zapatos y calcetines antes de pesarlo, ha de hacerse la medición directa entre piel y báscula.

- Cuidar que no carguen objetos en las manos, como llaves, juguetes, canicas, monedas.

- Evitar pesarlos con ropa mojada o húmeda; lo que incluye pañal o ropa interior mojada.

- Especificar si se pesó desnudo o con ropa gruesa (suéter, bufanda) o ligera (calzón, sostén).

- Se debe intentar que los niños no presenten la vejiga urinaria llena, por el aumento de agua corporal que supone para medir impedanciometría.

Para pesar a niños mayores de dos años vamos a utilizar un impedanciómetro portátil "Soehnle Body Balance Comfort F5", con una precisión de ± 100 g. El funcionamiento y la calibración de la báscula deberán verificarse con la ayuda de taras u objetos de peso conocido que rebasen los 5 kg. En este caso puede utilizar cinco recipientes de 1 litro llenos de agua.

Antes de iniciar la medición es necesario verificar que las básculas estén ubicadas en una superficie plana y firme (piso, etc.) Siempre se les pedirá a las personas que se descalcen antes de subir a la báscula.

1. Coloque la báscula en una superficie plana. Es importante que la báscula se coloque en el piso en línea vertical a una pared, de modo de que se forme un ángulo de 90°.
2. Introducir los datos de talla (en centímetros); edad (en años); sexo y factor de actividad que tomaremos 1 como referencia (sólo se utiliza para calcular el consumo de calorías, no es relevante), anotaremos la tendencia diaria (tampoco es de interés, sirve para evaluación continua y muestra una gráfica de evolución).
3. Al marcar OK en el control de la báscula el niño@ subirá a la báscula y deberá pararse en la parte central, de espaldas a la pared y estará en posición de firmes, esto es, totalmente derecho, descalzo, los pies con los talones juntos y las puntas ligeramente separadas, los brazos deberán colgar paralelos al eje del cuerpo y sin movimiento. El niño@ no debe recargarse en la pared y debe permanecer quieto.
4. Cuando la pantalla muestre todos los valores, se registran los valores de:
 - Peso en Kg. Los cuatros valores comprenden los números enteros y un decimal (--,-). Por ejemplo, peso de 56,1Kg.
 - Porcentaje de grasa corporal
 - Porcentaje de agua corporal
 - Porcentaje muscular
5. Cuando el técnico haya registrado correctamente el dato en su formulario, pedirá al niño@ que baje de la báscula. Esto no es imprescindible porque los datos se quedan registrados en la báscula y podemos comprobarlos tantas veces como sea necesario.
6. Verifique que la báscula se apaga correctamente. Recuerde que antes de pesar al niño@ siguiente la báscula se limpiará con un paño húmedo. No se pueden utilizar disolventes o abrasivos.

Circunferencia de cintura

Se requiere de una cinta métrica flexible e inextensible, con capacidad de 150 cm. y una exactitud de 1 mm.

1. La circunferencia de cintura se toma con el sujeto de frente, en posición de firmes, dejando desnuda la zona en que se tomará la medida.
2. La cinta debe estar paralela al suelo y se coloca en la parte más estrecha del tronco o cintura.
3. Se debe vigilar que en la parte posterior del cuerpo la cinta se encuentre horizontal y que no haga presión sobre la piel.
4. Si el niño@ fuese muy obeso, no existe cintura o estrechamiento del tronco, por lo que, la cinta debe medir la circunferencia mínima del abdomen en la zona entre el reborde costal y las crestas iliacas. La medición se lee en cm.

Circunferencia de cadera

Es un indicador que evalúa la distribución de tejido adiposo alrededor de la extensión más grande de las nalgas.

Se requiere de una cinta métrica flexible e inextensible, con capacidad de 150 cm. y una exactitud de 1 mm.

1. La persona debe de portar el mínimo de ropa para poder realizar esta medición. Se debe parar en la posición de firmes con sus brazos a los lados y pies juntos.
2. El antropometrista se sienta al lado del sujeto para poder observar el nivel máximo de los glúteos en un plano horizontal.
3. No se debe comprimir la cinta, la medición se lee en cm.

Toma de tensión arterial.

Tras asegurar un reposo de al menos 5 minutos del niño preferiblemente sentado, y tras explicar que se tomará la tensión arterial, se procederá a su medida con un esfigmomanómetro semiautomático (OMRON M4-I) que notifica de forma automática la tensión sistólica y la diastólica, así como la frecuencia cardíaca con un manguito adaptado a las dimensiones del brazo a los 4 años. Tras dejar pasar al menos 30 segundos, se procederá a tomar por segunda vez la presión arterial, recogiendo de nuevo la información, y notificando al participante la media de las dos tomas. Si las tomas difieren en más de un 5-10% repetir una tercera medición.

2. Protocolo de recogida y conservación de muestras de pelo (4 años):

Se recogerá unos 100mg de pelo para la medición de mercurio (se dispondrá de una muestra de ejemplo para saber el volumen necesario).

Se intentará que sea lo más próximo posible a la raíz y en la zona occipital de la cabeza (la parte de atrás)

La longitud del cabello deberá ser unos 2 cm, en el caso de que el niño/a tenga el cabello corto se cortará lo que se pueda, hasta llegar al volumen aproximado de 100mg.

Se debe de tomar al menos 20 pelos

Se guardará en una bolsita de polietileno tipo zip de cierre hermético

La bolsita deberá ir dentro de un sobre de papel

Se identificará con una etiqueta (o sobre el mismo sobre de papel) con la fecha y el idnum del niño/a

Se guardará a temperatura ambiente en un lugar cerrado para evitar contaminaciones.

Material necesario:

Tijeras pequeñas con la punta redondeada

Bolsitas zip

Etiquetas

Muestra de 100mg de cabello

3. Protocolo para la recogida y conservación de muestras de orina.

Se tomará orina de la madre y del niño/a en el momento de la visita a la Fe. Se le puede dar de beber agua al niño/a al principio de la visita para asegurarnos de que tendrá ganas de orinar. La madre deberá ser informada previamente mediante la carta y la llamada de la toma de muestras. Las muestras se recogerán en los botes de 100ml. Cada bote irá etiquetado con el idnum de la madre (M00X) o del niño/a (N00X).

Procesamiento de las muestras:

Antes de comenzar la trabajadora de campo deberá ponerse guantes. Cuando se acaben las visitas las muestras de orina deberán distribuirse en los diferentes tubos de 10ml (mirar esquema), antes deberán ser homogéneas mediante agitación. Si no hubiera suficiente muestra se irán rellenando los tubos con el orden de preferencia que se indica en el esquema. Los tubos deberán etiquetarse y guardarse en la gradilla correspondiente, separando las muestras de la madre del niño/a.

Debido a problemas de contaminación se deberá realizar blancos (aproximadamente un 10%). Consiste en almacenar agua desionizada en los mismos recipientes que la orina (desde el bote de 100ml en el momento de la toma de muestras hasta los tubos de 10ml de almacenamiento), siguiendo el mismo protocolo que el resto de las muestras.

Almacenamiento:

Las muestras deberían almacenarse, lo más pronto posible, en un congelador a -80°C en la Fe, pero debido a que no disponemos de un congelador de esta temperatura se almacenarán a -20°C hasta el momento de envío a la Universidad Miguel Hernández, donde se guardarán a -80°C .

Monitorización:

Se deberá monitorizar el número de tubos con muestra obtenidos y la fecha de toma de muestras en la base de monitorización, así como cualquier incidencia que se haya presentado en el apartado de comentarios.

Material necesario:

2 botes de orina de 100ml

Tubos de 10ml para separar las alícuotas

Guantes

Congelador de -20°C para almacenar las muestras en la Fe.

Estar de datos de alta en MRW y en Air Liquide para realizar los envíos a la Miguel Hernández de manera más efectiva

4. Protocolo para toma de Muestra de sangre INMA niños 4 años (Estudio de validación n=150)

1 Preparación:

Para cada sujeto, rellenar una hoja de registro de laboratorio. El número de identificación del sujeto se escribirá en el tubo de sangre (1 x 10 ml de sangre coagulada tapa roja). Se pondrán etiquetas identificadas en cada uno de los tubos de 2ml que se vayan a almacenar. Será preferible usar etiquetas especiales diseñadas para resistir almacenadas a bajas temperaturas durante bastante tiempo o en su defecto con marcador indeleble

Las muestras de sangre se recogerán con el niño en ayunas (posiblemente sábado por la mañana) tratando que el niño esté descansado y tranquilo durante cinco minutos. Se aprovechará esta visita para recoger de la madre un Recordatorio de 24 horas del niño correspondiente al día antes a la extracción.

Para la extracción se utilizará un dispositivo flexible que permita la extraer un TUBO VACUTAINER en vacío de 8-10 ml de sangre sin anticoagulante y sin gel.

Durante el mismo proceso de extracción se verá si es posible disponer y realizar las determinaciones en sendas gotas de sangre <in situ> de:

1) Glucemia “in situ” a partir de 1 gota de sangre usando GLUCOMETRO portátil (Bayer).

2) Hemoglobina glicosilada “in situ” a partir de 1 gota de sangre usando medidor portátil.

Tras la obtención del TUBO de sangre de 10 ml sin anticoagulante y sin gel, se guardará en hielo y protegido de la luz, y antes de 20-30 minutos se deberá centrifugar a 3000 rpm durante 15 minutos para obtener suero. A continuación se procederá de la siguiente forma:

1. Seleccionar la parte de glóbulos rojos remanente tras la centrifugación y transferirla a un vial de 2 ml cerrando la tapa herméticamente. Esta separación permitirá estimar marcadores de eritrocitos (ej. Folato eritrocitario). Almacenar a -80°C . TUBO 1 con 1-2 ml (ROJO).

2. Transferir un volumen de 0.5 ml suero a dos viales de 2 ml usando la pipeta graduada de Gilson y deberá añadirse 0.5 ml de ácido metafosfórico al 10% (ver preparación más abajo*) a cada tubo utilizando la pipeta graduada de Gilson. Apretar las tapas de los tubos y mezclar bien con una suave inversión, sin agitar, o vortex (ca. 15 segundos) para asegurar una mezcla homogénea. El contenido parecerá ligeramente lechoso. Escribir la letra “C” (de Vitamina C) en el lateral del tubo usando marcador indeleble. Almacenar en sobre cerrado/papel aluminio a -20°C hasta su almacenamiento definitivo lo antes posible a -80°C y posterior análisis. TUBOS 2 y 3 (“C”)

3. Transferir un volumen de 1 ml de suero a dos viales de 2 ml para determinación de Carotenos y vitamina E, y perfil lipídico para ajustar los niveles de vitaminas (cantidad requerida 0,25 ml), usando una pipeta de plástico. Apretar las tapas de los tubos y escribir la letra "SV" (de SUERO Vitaminas) en el lateral del tubo usando un marcador indeleble. TUBOS 4 y 5., Congelar a -80°C .

4. Transferir el resto de suero (1-2 ml) en cantidades de 0.5 ml a viales de 2 ml para futuros análisis y repeticiones. Congelar a -80°C hasta envío para análisis. Apretar las tapas de los tubos y escribir la letra “S” (de SUERO) en el lateral del tubo con marcador indeleble. TUBOS 6, 7, 8 y 9 (0.5 ml). Congelar a -80°C . Estos se podrán usar en el futuro para determinar otros marcadores (Insulinemia, mediante radioinmunoensayo (c.r. 0,1 ml); Leptina, mediante radioinmunoensayo (c.r. 0,1 ml); proteína C reactiva; etc.).

Al final, deberemos tener un total de 8 o 9 viales Eppendorf de 2 ml cada uno, para cada sujeto:

1 tubo de glóbulos rojos para fólculo eritrocitario (C)

2 tubos de vitamina C (C) cubiertos con sobre o papel aluminio

2 tubos de suero 1 ml (SV)

3-4 tubos de suero 0.5ml (S)

Si la recogida de sangre ha sido insuficiente, seguir el protocolo lo más que se pueda y anotar en la hoja de registro de laboratorio los tubos que faltan.

3. Almacenamiento de muestras:

Todos los tubos etiquetados (8-9 en total) de un solo sujeto se colocarán en una única bolsa de plástico y se cerrará. Entonces la bolsa de plástico se etiqueta, usando un marcador indeleble, con el número de identificación del sujeto y la fecha de la extracción. La bolsa se lleva a congelación (a -70 - 80°C o a -20°C si no es factible el primer caso) para ser almacenada en Valencia o Alicante a -80°C .

* Instrucciones para preparar la solución de ácido metafosfórico para la estabilización de ascorbato

Los cristales de ácido metafosfórico se pueden mantener a temperatura ambiente. Una solución de ácido metafosfórico al 10% se hace disolviendo 5g de cristales de ácido metafosfórico en 50 ml de agua destilada. La solución se colocará en una botella de cristal opaco, claramente etiquetada y se guardará en un refrigerador a 4°C. La solución resultante se mantiene estable hasta 1 semana, y después de ese tiempo, se hará una nueva solución

5. IMÁGENES DE LA ENTREVISTA

A. Lugar donde se realiza

1.



2.



B. Exploración antropométrica

1. Peso, Impedancia bioeléctrica



2. Circunferencia cintura y cadera



3. Talla



C. Recogida y almacenamiento de las muestras de orina:

1.



2.



D. Fin de la entrevista (regalitos)**1.**

6. RESUMEN FINAL

1.- Resumen de población participante a la edad del niño de 4 años

Número total de Niñ@s al inicio del estudio inicio	694
Número de Niñ@s con la visita realizada	592
Número de Niñ@s no visitados	102
Abandonos	62
Pérdidas seguimiento	40
	-17 nunca contactamos (teléfonos erróneos, cartas devueltas)
	-10 conseguimos citar pero no acuden a la cita y ya no conseguimos contactar para recitar (± 10 llamadas)
	-11 contactamos con ellas pero cuando rellamamos para citar ya no responden (± 10 llamadas)
	-2 se encuentran fuera de España
Número de Niñ@s aceptaron estudio validación	284
Número de Niñ@s incluidos estudio validación	173

2.- Cuestionarios realizados

Ambiental	592
Salud	592
CFA niño	592
Recordatorios 24 horas (R-24h)	592
CFA2 niño (solo estudio validación)	166
	(pendientes 7)
R-24h 2 (solo estudio validación)	173
R-24h 3 (solo estudio validación)	173
CFA madre	384 (pendientes 208)
C. Genético madre recuperados	107
C. Genético niño recuperados	54

3.- Muestras obtenidas y exploración antropométrica realizada

Pelo	581
Orina niño	573
Orina madre	584
Antropometría niño	592
Antropometría madre	579
Sangre niños Validación	173

4.- Almacenamiento de las muestras

Tipo	Localización	Observaciones
Orina	Congeladores pabellón maternal hospital La Fe p.11 (-24°C)	Pendiente Traslado arcones al CSIP
Sangre viales	Congelador UMH (-80°C)	22-06-2010 envío para su análisis a Madrid
Sangre sobrante	Congelador UMH (-80°C)	
Pelo	Pabellón maternal P.11 La Fe	

5.- Recuperación de datos faltantes

-Ronda de llamadas a los participantes en el estudio de validación

- 3º R24H (teléfono)
- 2º CFA niño (e-mail, correo, teléfono)
- CFA madre (si procede, e-mail, correo)

-Realización de los cuestionarios durante la visita de los 5 años

- 2º CFA niño (si procede)
- CFA madre (si procede)

7. ANEXOS

- Cartas de Contacto
- Cuestionario ambiental
- Cuestionario de Salud
- Recordatorio 24 Horas
- Cuestionario frecuencia alimentaria niños
- Cuestionario frecuencia alimentaria madres

CARTA CONTACTO

Queridas madres y queridos padres:

Vuestros hij@s han cumplido, o cumplirán en breve **los 4 años**, felicidades de parte del equipo de investigación del proyecto INMA. Nuevamente queremos agradecer vuestra colaboración, sin la cual el proyecto no sería posible.

Tal como se os informó al nacimiento de vuestro hijo, el protocolo del proyecto prevé una visita cuando el niño alcanza los 4 años de edad. Esta visita se llevará a cabo Hospital la Fe en la **Planta 11 del Pabellón Materno- Infantil**, igual que la vez anterior. Los resultados de la visita nos permitirán de nuevo conocer el estado de salud vuestro hij@ y evaluar el papel que la dieta y los factores ambientales pueden jugar en su crecimiento y desarrollo.



La visita constará de dos partes y una toma de muestras :



- PRIMERA PARTE : la madre responderá cuestionarios sobre datos ambientales, estado de salud y la dieta referidos al niño. Por ello si tu hij@ acude al comedor escolar, infórmate bien de lo que comió el día anterior a la cita. También os realizaremos un examen antropométrico básico. Al finalizar la visita, os entregaremos otros cuestionarios para recoger datos sobre vuestra dieta para que nos lo remitáis por correo.
- SEGUNDA PARTE : consistirá en un examen antropométrico del niño en el que mediremos el peso, la talla, la circunferencia de cintura, la circunferencia de cadera y el porcentaje de grasa corporal (mediante una báscula de baño para análisis corporal). También realizaremos una toma de la tensión arterial.

TOMA DE MUESTRAS:

Cabello: En esta ocasión, para conocer mejor algunos factores ambientales a los que está expuesto vuestro hij@, recogeremos una pequeña **muestra de pelo** del niñ@, por lo que sería conveniente que durante el mes anterior a la visita no les cortéis el pelo.

Orina: Para medir compuestos relacionados con el ambiente y con la nutrición os solicitamos una muestra de orina del niño y también de la madre que realizareis el día de la visita, por favor procurad no orinar justo antes de la visita.

Sangre: A una muestra reducida de participantes se os solicitará la toma de una muestra de sangre en ayunas al niño@ para la determinación de marcadores nutricionales y bioquímicos (glucosa, colesterol). Esta toma será completamente voluntaria.

Por favor, el día de la visita traer la cartilla de salud infantil de vuestro@.

Al finalizar la visita, recibirás un breve informe de las exploraciones realizadas a tu hijo@.

Ante cualquier duda que tengáis nos podéis llamar al Tel: 96-3862700 (Ext. 50915) / 675868406 o

escribirnos al e-mail: inma_lafe@gva.es. En el caso de que hayáis cambiado de número de teléfono, os rogamos que nos comunicéis el actual para poder contactar con vosotros y concertar la fecha de la visita.

Os agradecemos una vez más vuestra colaboración.

Un saludo de todo el equipo INMA.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE *Planta 11 Pabellón Materno-Infantil*

Avda. Campanar s/n
963862700 ext 50915
675868406
E-mail: inma_lafe@gva.es

CARTA NO CONTACTO

Estimados padres:

Como ya sabéis han pasado varios años desde que vuestra hija forma parte del Estudio INMA. Durante todo este tiempo hemos ido manteniendo contacto con vosotros en las diferentes etapas del estudio a fin de continuar con el seguimiento de XXX.

Desde hace unas semanas estamos intentando contactar con vosotros para concertar una cita según corresponde a esta fase del proyecto y que ya os hemos explicado en la última carta que os enviamos.

Como ya sabéis vuestra participación es muy importante para el estudio. Últimamente nos ha sido imposible contactar con vosotros y necesitamos saber si deseáis seguir participando en el estudio. En caso de que no podáis o no deseáis seguir participando, os agradecemos nuevamente vuestra participación hasta este momento y os comunicamos que podéis seguir recibiendo información sobre el estudio en forma de boletines, para lo cual sólo debéis comunicárnoslo e incluiros en el listado de familias a seguir recibiendo información.

Con este objetivo os escribimos esta carta y rogamos os pongáis en contacto con nosotros lo antes posible al número de teléfono 96/3862700 (ext.50915) o al 96/3866205 de 10h a 17h .También podéis mandar un e-mail a la dirección inma_lafe@gva.es

Agradeciendo vuestra colaboración.

Un saludo de todo el equipo INMA.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE *Planta 11 Pabellón Materno-Infantil*

Avda. Campanar s/n
963862700 ext 50915
675868406
E-mail: inma_lafe@gva.es

CUESTIONARIO GENERAL Y AMBIENTAL NIÑO 4 AÑOS

a) IDNUM NIÑO:

b) FECHA CUESTIONARIO: ___/___/___

c) ENTREVISTADOR: _____ f) ENTREVISTADO: _____

1. ¿Cuántos miembros de la familia conviven con su hijo/a? |_|_|

1 Madre (1. Sí 2. No)

2 Padre (1. Sí 2. No)

3 Hermanos |_|_| Número

4 Abuelos |_|_| Número

5 Otros |_|_| Número

1.a si son niños de edad inferior a 12 años especificar nº |_|_| y sus edades |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|
|_|_| años

2. ¿Quién es el principal cuidador del niño/a? (respuesta única, marcar solo una opción)

1 Madre

2 Padre

3 Hermanos

4 abuelos

5 Otros. Especificar _____

3. ¿Quién va a buscar al niño al colegio?(respuesta única, marcar solo una opción)

1 Madre

2 Padre

3 Ambos

4 Abuelos

5 Transporte escolar

6 Canguro

7 Hermanos

8 Otras. Especificar _____

4. Intente cuantificar cuál es el contexto lingüístico en casa:

1 Sólo castellano

2 Castellano a menudo, valenciano raramente.

3 Principalmente castellano, usando el valenciano aproximadamente una cuarta parte del tiempo (1/4).

4 Uso equitativo de valenciano y castellano (sin diferencias importantes).

5 Principalmente valenciano, usando el castellano aproximadamente una cuarta parte del tiempo (1/4).

6 valenciano frecuentemente, castellano raramente.

7 Sólo valenciano

Se habla otro idioma (únicamente o junto con valenciano/castellano)
(Escribir si/no en el recuadro)

5. Intente cuantificar cuál es el contexto lingüístico en el colegio:

- 1 Sólo castellano
- 2 Castellano a menudo, valenciano raramente.
- 3 Principalmente castellano, usando el valenciano aproximadamente una cuarta parte del tiempo (1/4).
- 4 Uso equitativo de valenciano y castellano (sin diferencias importantes).
- 5 Principalmente valenciano, usando el castellano aproximadamente una cuarta parte del tiempo (1/4).
- 6 valenciano frecuentemente, castellano raramente.
- 7 Sólo valenciano

Se habla otro idioma (únicamente o junto con valenciano/castellano)
(Escribir si/no en el recuadro)

--

6. ¿Cuántas horas dedican en promedio un día entre semana las siguientes personas a las siguientes tareas?

(En horas y minutos)

	Madre	Pareja	Otros familiares
Tareas domésticas: limpiar, cocinar, comprar ...			
Cuidado de los niños			
Cuidado de familiares ancianos o discapacitados			

7. ¿Cuántas horas dedican en total el fin de semana las siguientes personas a las siguientes tareas?

(En horas y minutos)

	Madre	Pareja	Otros familiares
Tareas domésticas: limpiar, cocinar, comprar ...			
Cuidado de los niños			
Cuidado de familiares ancianos o discapacitados			

8. ¿Tiene en su casa alguna persona contratada para realizar las tareas domésticas / cuidado de niños / cuidado de familiares ancianos o discapacitados?

- 1 Sí
- 2 No (Pasar a la pregunta 9)

8a. ¿Cuáles son sus funciones? (se puede marcar más de una opción)

- 1) Tareas domésticas
- 2) Cuidado de niños
- 3) Cuidado de familiares ancianos o discapacitados

8b. ¿Con qué frecuencia acude esta persona? |__|__| horas-minutos/semana

9. ¿Tienen Vd. o su pareja alguna limitación o impedimento debido a problemas de salud para realizar las tareas enunciadas anteriormente (domésticas, cuidado de los niños o cuidado de familiares ancianos o discapacitados)?

	Madre	Pareja
Ninguna dificultad		
Alguna dificultad		
Mucha dificultad		

10. ¿Ha habido cambios respecto a la guardería que acudía su hijo/a en el último cuestionario? (la 10.2 y la 10.3 no son excluyentes, puede ser que haya cambiado de guardería antes de los 4 años y ahora vaya al colegio)

- 1 no (pasar a la pregunta 11)
- 2 Si (rellenar el cuadro donde corresponda)

	a1 Nombre	a2 Dirección	a3 Municipio	a4 Cuando acudió por primera vez	a5 Cuanto tiempo acude al día(h/min)

10.2 Si, ha cambiado de guardería					
10.3 Si, ahora acude al colegio					

11. En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia su niño/a NO ha asistido al colegio por problemas de salud?

1. Menos de una vez al mes
2. Una vez al mes
3. Más de una vez al mes

12. ¿Acude su hijo/a a otra casa para que le cuiden?

1. No (*pasar a pregunta 13*)
2. Sí: cuantas horas (horas-minutos/día)

12.2a1 Dirección: _____ n° _____ piso _____ puerta _____

Municipio: _____ CP: _____

12.2a2 ¿Cuántos meses tenía su hijo/a cuando acudió a esta casa por primera vez? _____

12.2b1 Dirección: _____ n° _____ piso _____ puerta _____

Municipio: _____ CP: _____

12.2b2 ¿Cuántos meses tenía su hijo/a cuando acudió a esta casa por primera vez? _____

13. ¿Acude su hijo/a a algún lugar de vacaciones o los fines de semana fuera de su domicilio habitual?

- 1 No (*pasar a la pregunta 14*)
- 2 Si (*rellenar cuadro*)

	Frecuencia	lugar
Vacaciones		
Fines de semana		

TIEMPO-ACTIVIDAD**14. ¿Cuanto tiempo dedica su hijo/a.....? (En horas y minutos)**

Por meses fríos se entiende los 4 meses del año más fríos (noviembre, diciembre, enero y febrero), por meses cálidos el resto del año (excepto los meses de verano que tienen vacaciones)

	Temporada escolar				Vacaciones	
	a. Entre semana (1 día)		b. Fines de semana (sábado y domingo)		a. Entre semana (1 día)	b. Fines de semana (sábado y domingo)
	1. Meses fríos	2. Meses cálidos	1. Meses fríos	2. Meses cálidos		
1. En casa						
2. En el jardín o parque al lado de la casa						
3. Otros lugares exteriores (Incluido patio colegio)						
4. Otros lugares interiores (tiendas, colegio, otras casas....)						
Desplazándose	5. caminando					
	6. En coche					
	7. En autobús					
	8. tren, metro o tranvia					
	9. En bicicleta					
	10. motocicleta o ciclomotor					

LABORAL MADRE**15. ¿Cual es su situación laboral.....?**

1. Trabajadora por cuenta propia.....horas-minutos/semana
2. Trabajadora por cuenta ajena.....horas-minutos/semana
3. Parada
4. Estudiante
5. Baja laboral. Motivo.....
6. Ama de casa
7. Otras.....

LABORAL PADRE**16. ¿Cual es su situación laboral.....?**

1. Trabajador por cuenta propia.....horas-minutos/semana
2. Trabajador por cuenta ajena.....horas-minutos/semana
3. Parado
4. Estudiante
5. Baja laboral. Motivo.....
6. Amo de casa
7. Otras.....

DORMITORIO DEL NIÑO/A**17. En los últimos 12 meses el niño/a ha dormido:**

1. Solo/a (*pasar a 18*)
2. Con otras personas (*pasar a 17.a*)

17.a N° de personas por grupo de edad

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. Niños menores de 12 años | _ |
| 2. Entre 12-64 años | _ |
| 3. Mayor de 65 años | _ |

18. Cuantos años tiene el colchón actual del niño.....**19. Tipo de almohada de los últimos 12 meses:**

- 1 plumas
- 2 espuma
- 3 otras sintéticas_____
- 4 Ns/Nc

COCINA-CALEFACCIÓN-CALENTADOR DEL AGUA**20. ¿Qué tipo de cocina ha tenido los últimos 12 meses:**

1. Gas natural
2. Gas butano o propano
3. Eléctrica
4. Otro.....

20.a ¿cuál ha sido la frecuencia de uso? (*realizar un promedio semanal descartando el desayuno, solo hay que tener en cuenta la comida y la cena*):

1. menos de una vez diaria
2. una vez diaria
3. más de una vez diaria

21. ¿Ha tenido horno de gas en los últimos 12 meses? 1. Si 2. No (*Passar a la pregunta 22*)

21.a ¿cuál ha sido la frecuencia de uso? (*realizar un promedio semanal*):

1. menos de una vez diaria
2. una vez diaria
3. más de una vez diaria

22. ¿Cuál es la frecuencia con la que ha usado el extractor en los últimos 12 meses?

1. Siempre
2. A veces
3. Nunca
4. No tiene extractor

23. ¿Ha abierto la ventana al cocinar en los últimos 12 meses? *Se refiere a la ventana de la cocina*

- | | | |
|-------|---|------------|
| 1. Si | → | 1. Siempre |
| | | 2. A veces |
| 2. No | | |

24. Tipo de calefacción de los últimos 12 meses (*no son excluyentes*)

1. habitación del niño/a

2. lugar de juegos
3. resto de la casa

- a. Gas Natural..... [1] [2] [3]
- b. Gas butano o propano..... [1] [2] [3]
- c. Gasoil..... [1] [2] [3]
- d. Eléctrica..... [1] [2] [3]
- f. Chimenea abierta al exterior..... [1] [2] [3]
- g. Estufa de carbón o madera [1] [2] [3]
- h. Otros..... [1] [2] [3]

24.a. Durante una semana normal de invierno, ¿cuánto tiempo en total usa la calefacción?

		Horas	Minutos
1	Entre semana (1 día)		
2	Fin de semana (sábado y domingo)		

25. Calentador del agua de los últimos 12 meses

1. Gas Natural
2. Gas butano o propano
3. Eléctrico
4. Otros.....

25.a ¿cuál ha sido la frecuencia de uso? (realizar un promedio semanal):

1. menos de una vez diaria
2. una vez diaria
3. más de una vez diaria

26.b Ubicación:

1. Exterior *pasar a la pregunta 27*
2. Galería
3. Interior
4. Otros: _____

26.c ¿Existe ventilación? 1. Sí 2. No

27. ¿Tiene aire acondicionado en su vivienda actualmente?

1. Sí
2. No (*pase a la pregunta 28*)

27.a. Durante una semana normal de verano, ¿cuánto tiempo en total usa el aire acondicionado?

		Horas	Minutos
1	Entre semana (1 día)		
2	Fin de semana (sábado y domingo)		

CASA

28. ¿Ha tenido manchas de humedad en los últimos 12 meses?

- 1 Sí
2 No (*pasar a la p.29*)

28.a Donde

1. Habitación del niño.....1. Sí 2. No
2. Lugar de juegos.....1. Sí 2. No
3. Resto de la casa.....1. Sí 2. No

29. ¿Ha tenido moho en los últimos 12 meses?

- 1 Sí
2 No (*pasar a la p. 30*)

29.a Donde

1. Habitación del niño.....1. Sí 2. No
2. Lugar de juegos.....1. Sí 2. No
3. Resto de la casa.....1. Sí 2. No

30. ¿Ha tenido moqueta en los últimos 12 meses?

- 1 Sí
2 No (*pasar a la p. 31*)

30.a Donde

1. Habitación del niño.....1. Sí 2. No
2. Lugar de juegos.....1. Sí 2. No
3. Resto de la casa.....1. Sí 2. No

31. ¿Ha tenido alfombras en los últimos 12 meses?

- 1 Sí
2 No (*pasar a la p. 32*)

31.a Donde

1. Habitación del niño.....1. Sí 2. No
2. Lugar de juegos.....1. Sí 2. No
3. Resto de la casa.....1. Sí 2. No

32. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido alguna rotura de grifo en su vivienda?(*recordar instrucciones*)

- 1 Sí
2 No

33. ¿Ha realizado obras o ha pintado en su domicilio en los últimos 12 meses?

- 1 Sí, obras
2 Sí, pintado
3 Sí, ambas cosas
4 No → *Pasar a pregunta 34*

33.a Si Sí N° de habitaciones en las que se ha realizado obras o pintura (*contando cocina y baño(s)*): |__|__|

34. ¿Utiliza alguno de los siguientes productos de limpieza en su casa?

	Nunca	Menos de una vez a la semana	Entre 1 y 3 veces a la semana	Entre 4 y 7 veces a la semana
1. Lejía				
2. Amoniaco				
3. Limpia muebles líquido				
4. Sprays de limpieza muebles				
5. Sprays limpiavidrios				
6. Spray desengrasante (incluye sprays para la limpieza del horno)				
7. Disolventes (incluye quitamanchas)				
8. Ácidos, incluidos descalcificadores				
9. Sprays ambientadores				
10. Ambientadores enchufables o de otro tipo (no spray)				

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

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

ANIMALES DOMÉSTICOS**36. ¿Ha tenido animales domésticos en los últimos 12 meses?(recordar instrucciones)**

1 Si Cumplimentar la tabla.

2 No Pasar a pregunta 37

	36.a ¿Tiene ahora?		36.d Número	36.e ¿Viven en casa?		36.f ¿Duermen en hab. Niño?	
	Si	No		Si	No	Si	No
Perro/s	1	2		1	2	1	2
Gato/s	1	2		1	2	1	2
Pájaro/s	1	2		1	2	1	2
Hámster/s	1	2		1	2	1	2
	1	2		1	2	1	2
	1	2		1	2	1	2

TABACO**37. ¿Fuma alguien de los que conviven con el niño/a?**

1. Si

2. No (pasar pregunta 38)

37.a ¿Qué cantidad fuma/n (al día)? (referido al promedio de los últimos 12 meses) En casa se refiere dentro de la casa. La terraza, un patio interior, un jardín, etc, se considera fuera de la casa

	Si	No	37.a Total cig./día	37.b Cig./día en casa	37.c Fuma en casa en presencia del niño/a
Madre	1	2	_ _ _ _	_ _ _ _	1 si, a menudo 2 si, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca
Padre	1	2	_ _ _ _	_ _ _ _	1 si, a menudo 2 si, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca
Otro 1:	1	2	_ _ _ _	_ _ _ _	1 si, a menudo 2 si, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca
Otro 2:	1	2	_ _ _ _	_ _ _ _	1 si, a menudo 2 si, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca
Otro 3:	1	2	_ _ _ _	_ _ _ _	1 si, a menudo 2 si, ocasionalmente 3 casi nunca 4 nunca

38. ¿Acude el niño/a a otros lugares donde se fume?

1. SI 2. NO (pasar a p.39)

- a. Otras casas..... 1. Sí 2. No
 b. Bares/restaurantes1. Sí 2. No
 c. Guardería 1. Sí 2. No
 d. Otro:..... 1. Sí 2. No
 especificar.....

38.a ¿Donde?

38.b. Con qué frecuencia:

1. menos de una vez por semana
 2. 1-3 veces por semana
 3. Más de 3 veces por semana

MOLESTIAS

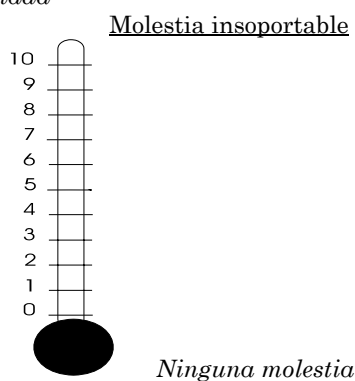
39. ¿Cual es la frecuencia con la que pasan coches por la calle donde se encuentra su casa en los últimos 12 meses?

- 1 Continuamente
 2 Con bastante frecuencia
 3 Poco
 4 Practicamente nunca

40. ¿Cual es la frecuencia con la que 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) en los últimos 12 meses?

- 1 Continuamente
 2 Con bastante frecuencia
 3 Poco
 4 Practicamente nunca

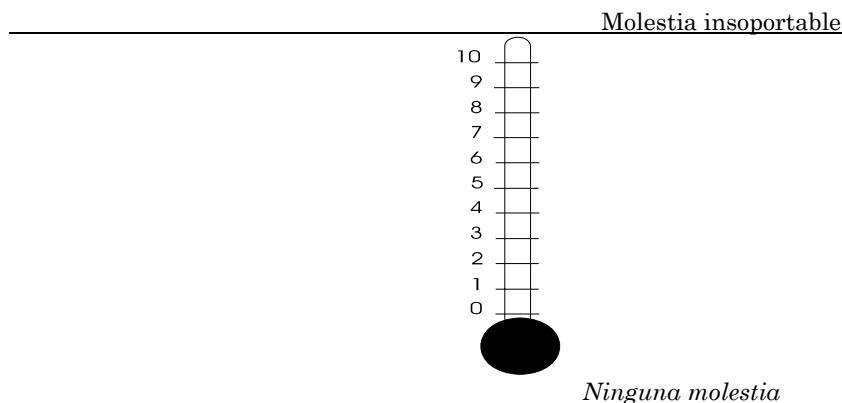
41. ¿Hasta qué punto le molesta la contaminación atmosférica del exterior de su vivienda si deja la ventana abierta (nos referimos a gases, humos, polvo etc procedente del tráfico, la industria etc.)? Mostrar tarjeta-termómetro y redondear el número que indique la encuestada



42. ¿Qué nivel de ruido tiene habitualmente en su casa durante el día?

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

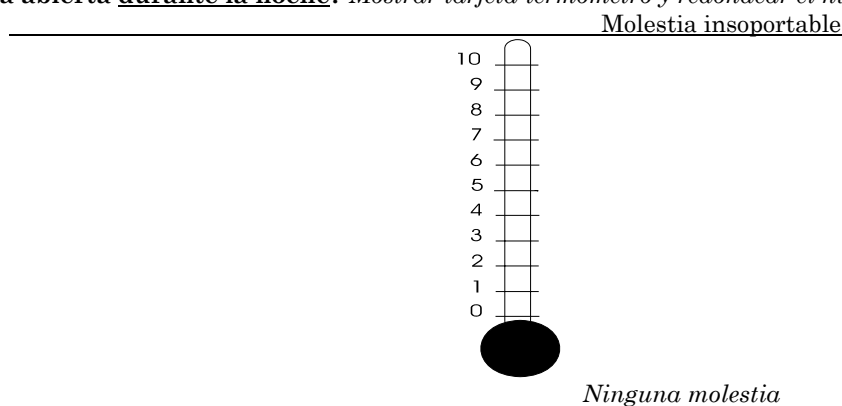
43. ¿Hasta qué punto le molesta el ruido (procedente del tráfico, la industria, etc.) de su vivienda si deja la ventana abierta durante el día? Mostrar tarjeta-termómetro y redondear el número que indique la encuestada



44. ¿Qué nivel de ruido tiene habitualmente en su casa durante la noche?

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

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



AGUA

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

1. Agua directa de la red (*Pasar a pregunta 47*)
2. Agua de la red a través de depósito (de la casa o la finca)
3. Pozo privado
4. Otro origen (especificar) _____
- 99 No sabe

47. **Cuál es el origen principal del agua que bebe el niño/a en su residencia habitual?** (indicar solo un origen, el que usted considere más frecuente)

- 1 Agua municipal (pasar a pregunta 40a)
- 2 Pozo privado
- 3 Agua embotellada
- 4 Otro origen (especificar).....
- 9 No sabe

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

- 1. Sí → Indicar tipo: _____
- 2. No

48. **¿Con que frecuencia suele bañar y/o ducha a su hijo/a en los últimos 12 meses?**

	48a.1Baño	48a.2Ducha
A la semana		
48.a. N° de veces a la <u>semana</u>	_ _ 1.1	_ _ 1.2
Al mes (Si menos de una vez a la semana)		
48.b. Si menos de una vez a la semana, indicar n° de veces al mes	_ _ 1.1	_ _ 1.2
Tiempo en el agua	48c.1Baño	48c.2Ducha
48.c. ¿Cuánto rato en promedio dura el baño o la ducha? En minutos		

49. **¿Ha llevado a su hijo/a a la piscina en los últimos 12 meses?**

- 1 Sí
- 2 No →49.1. **¿Cuál es el motivo principal de que su hijo/a NO se haya bañado en la piscina durante los últimos 12 meses?**

- 1. por problemas en la piel
- 2. por problemas de salud respiratoria
- 3. por otros problemas de salud
- 4. no le gusta
- 5. otro motivo

Pasar a CD1

Intente pensar en las veces que su hijo/a se baña en cualquier tipo de piscina en los últimos 12 meses, en verano y el resto del año, incluyendo piscinas cubiertas, descubiertas, privadas o públicas.

Piscina descubierta:

49 a, 49a.2, 49a.4. **¿Con qué frecuencia se baña su hijo/a en la piscina? En verano**

49a.1, 49a.3, 49a.5 **¿Cuánto tiempo cada día?**

49b, 49b.2, 49b.4. **¿Con qué frecuencia se baña su hijo/a en la piscina? En resto del año**

49b.1, 49b.3, 49b.5 **¿Cuánto tiempo cada día?**

Piscina cubierta:

49c **¿Con qué frecuencia se baña su hijo/a en la piscina? En verano**

49c.1 **¿Cuánto tiempo cada día?**

49d. **¿Con qué frecuencia se baña su hijo/a en la piscina? En resto del año**

49d.1 **¿Cuánto tiempo cada día?**

		<u>Verano</u>		<u>Resto del año</u>	
		49a. N° de días al mes	49a.1 Tiempo en el recinto (min)	49b. N° de días al mes	49b.1 Tiempo en el recinto (min)
Piscina descubierta pública Nombre:..... Calle:.....N°.....CP..... Población..... Urbanización:.....		v	_ _ _ tpo	v	_ _ _ tpo
Piscina descubierta privada De obra De plástico	49x. ¿Se añade cloro? 1. Siempre 2. Nunca 3. A veces 4. Ns/cs	49a.2 N° de días al mes	49a.3 Tiempo en el recinto (min)	49b.2 N° de días al mes	49b.3 Tiempo en el recinto (min)
	v	_ _ _ tpo	v	_ _ _ tpo	
	49y. ¿Se añade cloro? 1. Siempre 2. Nunca 3. A veces 4. Ns/cs	49a.4 N° de días al mes	49a.5 Tiempo en el recinto (min)	49b.4 N° de días al mes	49b.5 Tiempo en el recinto (min)
	v	_ _ _ tpo	v	_ _ _ tpo	
Piscina cubierta Nombre:..... Calle:.....N°.....CP..... Población..... Urbanización:.....		<u>Verano</u>		<u>Resto del año</u>	
		49c. N° de días al mes	49c.1 Tiempo en el recinto (min)	49d. N° de días al mes	49d.1 Tiempo en el recinto (min)
		v	_ _ _ tpo	v	_ _ _ tpo

49.2¿A qué edad su hijo/a empezó a bañarse en la piscina cubierta al menos una vez a la semana?

|_|_| años |_|_| meses

Aún no ha empezado

ACTUALIZACIÓN DE DATOS Y CAMBIO DE DOMICILIO

CD1. ¿Ha cambiado de domicilio en los últimos 12 meses?

1. Si (cuestionario cambio domicilio y actualización datos) → CD1.a Fecha Cambio: ___/___/___

2. No (FINALIZACIÓN DEL CUESTIONARIO)

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:

CD2. Edad de su casa en años:

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

CD3. ¿Cómo describiría su vivienda?

1. Una vivienda unifamiliar separada de otras casas
2. Una vivienda unifamiliar junto a una o más casas (casa de pueblo, adosado...)
3. Un piso (finca) --> Pasar a pregunta CD5
4. Otros (por favor, especifique)..... --> Pasar a pregunta CD5

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

1. Sí
2. No
9. No procede

CD5. ¿En qué piso-altura se haya su vivienda? (marque 0 si es planta baja) |__|__|**CD6. Nº de habitaciones de su casa (sin contar la cocina y baño(s): |__|__|****CD7. Nº de metros cuadrados de la casa (sin contar jardín ni terraza): |__|__|__|__| 9999 Ns/Nc****CD8. En su casa, las siguientes habitaciones tienen ventanas que den a:**

- | | | | |
|-------------------------|------------|------------|---------------|
| a. Salón-comedor | 1 exterior | 2 interior | 3 sin ventana |
| b. Dormitorio madre | 1 exterior | 2 interior | 3 sin ventana |
| c. Cocina | 1 exterior | 2 interior | 3 sin ventana |
| e. Otras: (especificar) | 1 exterior | 2 interior | 3 sin ventana |
| | | | |

CD9. Frecuencia con que pasan coches por la calle donde se encuentra su casa

1. Continuamente
2. Con bastante frecuencia
3. Poco
4. Practicamente nunca

CD10. Frecuencia con que pasan vehículos pesados por la calle donde se encuentra su casa

1. Continuamente
2. Con bastante frecuencia
3. Poco
4. Practicamente nunca

DIRECCIONES ANTERIORES:

En el caso de que se haya cambiado de domicilio varias veces desde el cuestionario telefónico de los dos años, se deben de registrar todas las direcciones con la fecha de cambio en los siguientes recuadros:

Dirección 1		
Calle:	N	Puerta
Municipio/ Urbanización /Barrio	CP	
Fecha inicio	Fecha cambio	

Dirección 2		
Calle:	N	Puerta
Municipio/ Urbanización /Barrio	CP	
Fecha inicio	Fecha cambio	

Dirección 3		
Calle:	N	Puerta
Municipio/ Urbanización /Barrio	CP	
Fecha inicio	Fecha cambio	

Dirección 4		
Calle:	N	Puerta
Municipio/ Urbanización /Barrio	CP	
Fecha inicio	Fecha cambio	

Dirección 5		
Calle:	N	Puerta
Municipio/ Urbanización /Barrio	CP	
Fecha inicio	Fecha cambio	

OBSERVACIONES:

--

PREGUNTAS SALUD Q4

SIBILANTES / PITOS

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

Nunca tiene pitos, aunque esté resfriado y mucoso, o tenga otra infección (nº episodios=0)	1 (pasar a la pregunta 7)	Tiene
pitos ocasionalmente (nº episodios=1-2)	2	
Tiene pitos a menudo (nº episodios=3-6)	3	
Tiene pitos muy a menudo (nº episodios=7-12)	4	
Tiene pitos la mayor parte del tiempo (nº episodios >12)	5	

- *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.*

1b - Si los pitos que se refiere han aparecido por primera vez en los últimos 12 meses. ¿Qué edad tenía el niño a la aparición de los pitos?

.....(años)..... (meses)

2 - ¿Alguno de estos factores ha hecho que empeoraran los pitos de su hijo en los últimos 12 meses?

- El tiempo El polen Los humos Humo tabaco El polvo
 La emoción (como por ejemplo, el llanto) El ejercicio La noche
 Las mascotas Ropa de lana Jabones y/o sprays y/o detergentes Comida/bebida
 Resfriados/gripe
 Otras cosas (por favor, enumérelas): _____

3. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez sus pitos han sido tan severos que han producido que parase de respirar?

SÍ.....1

NO.....2 (pasar a la pregunta 4)

3..1 Si SÍ, esto ha pasado:	Sólo una vez 1
	Pocas veces (menos de 6) 2
	Ocasionalmente (una al mes).....3
	A menudo (una a la semana).....4
	Muy a menudo (casi todos los días) .5

4. ¿En los últimos 12 meses, alguna vez sus pitos han sido tan severos que no le dejan dormir?

SÍ.....1

NO.....2 (pasar a la pregunta 5)

5.1 Si SÍ, esto ha pasado:	Sólo una vez1
	Pocas veces (menos de 6).....2
	Ocasionalmente (una al mes).....3
	A menudo (una a la semana).....4
	Muy a menudo (casi todos los días)5

5. ¿En los últimos 12 meses, alguna vez sus pitos han sido tan severos que interfieren sus actividades?

SI.....1

NO..... 2 (pasar a la pregunta 6)

- 6.1 Si SÍ, esto ha pasado:
- | | |
|--|---|
| Sólo una vez | 1 |
| Pocas veces (menos de 6) | 2 |
| Ocasionalmente (una al mes)..... | 3 |
| A menudo (una a la semana)..... | 4 |
| Muy a menudo (casi todos los días) | 5 |

6.2. ¿Cuáles son estas actividades?

PECHO CARGADO

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

- Nunca tiene el pecho cargado, aunque esté resfriado y mucoso, o tenga otra infección (como dolor de garganta, infección de oído, fiebre). *(Por pecho cargado queremos decir la sensación de ruidos o flemas en el pecho)*.....1 (pasar a la pregunta 8)
- Tiene el pecho cargado ocasionalmente o a veces.....2
- Tiene el pecho cargado la mayor parte del tiempo o siempre lo está (4 o más días por semana al menos 3 meses al año).....3

7 - Si su hijo ha empezado a tener el pecho cargado durante los últimos 12 meses, ¿Qué edad tenía cuando usted notó por primera vez que su hijo/a tenía el pecho cargado?

.....(años) y (meses)

TOS

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

- | | |
|---|----------------------------|
| Ninguna..... | 1 (pasar a la pregunta 12) |
| 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 |

9 – 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

9.1 - ¿En cuántas ocasiones?

10 - Si su hijo ha empezado a tener tos que haya durado más de 3 semanas en los últimos 12 meses, ¿Qué edad tenía cuando usted notó por primera vez que su hijo/a tenía esta tos?

.....(años) y (meses)

11 -¿Alguna vez esta tos de más de 3 meses ha sido tan severa que no le ha dejado dormir?

SI.....1 NO..... 2 (pasar a la pregunta 12)

- 11.1 Si SÍ, esto ha pasado:
- | | |
|--|---|
| Sólo una vez | 1 |
| Pocas veces (menos de 6)..... | 2 |
| Ocasionalmente (una al mes)..... | 3 |
| A menudo (una a la semana)..... | 4 |
| Muy a menudo (casi todos los días) | 5 |

OTROS PROCESOS

12 - ¿Cuántas veces ha estado su hijo resfriado o con la nariz mucosa 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

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

Ninguna.....	1 (pasar a 15)
1 o 2	2
Entre 3 y 5	3
Entre 6 y 12	4
NS/NC.....	9

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

.....(años).....(meses)

15 - ¿Ha visitado al médico por algún cuadro de diarrea y/o vómitos (gastroenteritis) en los últimos 12 meses?

SÍ	1
NO	2
NS/NC	9

15.1 ¿En cuántas ocasiones? -----

ASISTENCIA SANITARIA

16 - En los últimos 12 meses, ¿el médico le ha diagnosticado que el niño ha sufrido alguna de estas enfermedades? (Sí:1; No:2) ¿en qué nivel asistencial: primaria, urgencias, ingreso hospitalario?

16.1 Gripe

a. NO.....	1 (Pasar a la pregunta 16.2)
b. SI.....	2 ⇒completar tabla;
c. NS/NC.....	9

16.2 Infección en el pecho

a. NO.....	1 (Pasar a la pregunta 16.3)
b. SI.....	2 ⇒completar tabla;
c. NS/NC.....	9

16.3 Neumonía

a. NO.....	1 (Pasar a la pregunta 16.4)
b. SI.....	2 ⇒completar tabla;
c. NS/NC.....	9

16.4 Bronquitis

a. NO.....	1 (Pasar a la pregunta 16.5)
b. SI.....	2 ⇒completar tabla;
c. NS/NC.....	9

16.5 Asma

a. NO.....	1 (Pasar a la pregunta 16.6)
b. SI.....	2 ⇒completar tabla;
c. NS/NC.....	9

16.6 Otitis

a. NO.....	1 (Pasar a la pregunta 16.7)
b. SI.....	2 ⇒completar tabla;
c. NS/NC.....	9

16.7 Rinitis alérgica

a. NO.....	1 (Pasar a la pregunta 16.8)
b. SI.....	2 ⇒completar tabla;
c. NS/NC.....	9

16.8 Eczema atópico

a. NO.....	1 (Pasar a la pregunta 16.9)
b. SI.....	2 ⇒completar tabla;
c. NS/NC.....	9

16.9 Diarrea y/o vómitos

a. NO.....	1 (Pasar a la pregunta 17)
b. SI.....	2 ⇒completar tabla;

	CAP	Médico Privado	Urgencias (estancia de <24h desde la llegada al hospital)	Ingreso (estancia de >24h después de la llegada al hospital)
Gripe	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....
Infección en el pecho	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....
Neumonía	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....
Bronquitis	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....
Asma	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....
Otitis	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....
Rinitis Alérgica	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....
Eczema atópico	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....
Diarrea y/o vómitos	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....

17.- ¿En los últimos 12 meses /después de los 2 años ha sido visto su hijo en consultas externas de algún servicio para el seguimiento de algún problema de salud?

SÍ.....1
NO.....2
¿Cuál?.....

PIEL

18 - ¿Ha padecido alguno de los siguientes trastornos en la piel? (puede indicar más de uno)

Varicela.....1
Eccema atópico.....2
Eccema seborreico.....3
Herpes Simple.....4
Impétigo.....5
Ninguno.....6

MEDICAMENTOS

18 - En los últimos 12 meses,¿ha tomado su hijo algún medicamento (incluyendo cremas, inhaladores, gotas, etc...) para alguna de las siguientes patologías?:

18.1.Pitos/sibilancias (1)

a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 18.2)
b. Sí.....2 ⇒completar tabla;
c. NS/NC.....9 (Pasar a la pregunta 18.2)

18.2. Alergias (2)

a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 18.3)
b. Sí.....2 ⇒completar tabla;
c. NS/NC.....9 (Pasar a la pregunta 18.3)

18.3 Tos (3)

a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 18.4)
b. Sí.....2 ⇒completar tabla;
c. NS/NC.....9 (Pasar a la pregunta 18.4)

- 18.4. Pecho cargado/infecciones respiratorias (4)
- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 18.5)
 - b. Sí.....2 ⇒**completar tabla**;
 - c. NS/NC.....9 (Pasar a la pregunta 18.5)
- 18.5. Otras infecciones (5)
- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 18.6)
 - b. Sí.....2 ⇒**completar tabla**;
 - c. NS/NC.....9 (Pasar a la pregunta 18.6)
- 18.6. Fiebre (6)
- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 18.7)
 - b. Sí.....2 ⇒**completar tabla**;
 - c. NS/NC.....9 (Pasar a la pregunta 18.7)
- 18.7. Diarrea (7)
- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 18.8)
 - b. Sí.....2 ⇒**completar tabla**;
 - c. NS/NC.....9 (Pasar a la pregunta 18.8)
- 18.8. Estreñimiento (8)
- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 18.9)
 - b. Sí.....2 ⇒**completar tabla**;
 - c. NS/NC.....9 (Pasar a la pregunta 18.9)
- 18.9. Dolor (9)
- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 18.10)
 - b. Sí.....2 ⇒**completar tabla**;
 - c. NS/NC.....9 (Pasar a la pregunta 18.10)
- 18.10. Eczema atópico (10)
- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 18.11)
 - b. Sí.....2 ⇒**completar tabla**;
 - c. NS/NC.....9 (Pasar a la pregunta 18.11)
- 18.11. Por cualquier otro motivo (11)
- a. NO.....1 (Fin de cuestionario)
 - b. Sí.....2 ⇒**completar tabla**; (y Fin de cuestionario)
 - c. NS/NC.....9 (Fin de cuestionario)

<u>Motivo</u>	<u>Nombre del medicamento</u>	<u>Forma</u> farmacéutica o <u>vía</u> de administración (cápsulas, jarabe...)	Nº de <u>episodios</u> en los que ha recibido el medicamento (o "tandas" de tratamiento) ¹	Nº de <u>días</u> que ha recibido el medicamento, en total desde la última entrevista ²	Nº de <u>veces</u> por día ³	<u>Quién</u> lo prescribió ⁵
		1. cápsulas, grageas, comprimidos 2. supositorios 3. tópica piel (pomada, parche, gotas) 4. inhalatoria 5. líquidos vía oral (jarabes, granulados, efervescentes) 6. inyectables, intramuscular 7. endovenosa				1. pediatría hospital 2. pediatría ambulatorio 3. farmacéutica/o 4. enfermera/o 5. automedicación (madre) 6. otros (no especificar)
		1. cápsulas, grageas, comprimidos 2. supositorios 3. tópica piel (pomada, parche, gotas) 4. inhalatoria 5. líquidos vía oral (jarabes, granulados, efervescentes) 6. inyectables, intramuscular 7. endovenosa				1. pediatría hospital 2. pediatría ambulatorio 3. farmacéutica/o 4. enfermera/o 5. automedicación (madre) 6. otros (no especificar)
		1. cápsulas, grageas, comprimidos 2. supositorios 3. tópica piel (pomada, parche, gotas) 4. inhalatoria 5. líquidos vía oral (jarabes, granulados, efervescentes) 6. inyectables, intramuscular 7. endovenosa				1. pediatría hospital 2. pediatría ambulatorio 3. farmacéutica/o 4. enfermera/o 5. automedicación (madre) 6. otros (no especificar)
		1. cápsulas, grageas, comprimidos 2. supositorios 3. tópica piel (pomada, parche, gotas) 4. inhalatoria 5. líquidos vía oral (jarabes, granulados, efervescentes) 6. inyectables, intramuscular 7. endovenosa				1. pediatría hospital 2. pediatría ambulatorio 3. farmacéutica/o 4. enfermera/o 5. automedicación (madre) 6. otros (no especificar)

CUESTIONARIO DE FRECUENCIA ALIMENTARIA

IDNUM | | | | |

Entrevistador/a: “Esta parte de la encuesta es para conocer la dieta que ha seguido su hijo/a en el último año y averiguar si guarda relación con su crecimiento y desarrollo. Por ello, le agradecemos sinceramente que preste la máxima atención y colaboración informando en la medida de lo posible sobre la dieta que hace en casa y fuera (colegio, restaurantes, etc). Cuando la cantidad especificada para un alimento no se adapte plenamente a la ración habitual que consume su hijo/a, trate de aproximar su respuesta subiendo o bajando la frecuencia de consumo, como se indica en algunos ejemplos que damos”.

Para cada alimento señalar cuantas veces como media ha tomado la cantidad que se indica durante el último año. Debe tener en cuenta las veces que toma el alimento solo y cuando lo añade a otro alimento o plato. Por ejemplo, el huevo, considere cuando lo toma solo (frito, cocido o tortilla) y cuando lo toma añadido o mezclado con otros platos (ej. revueltos, rellenos, etc). Si suele comer una tortilla de 2 huevos cada 2 días, deberá marcar para un huevo, 1 por día.

I. LACTEOS

		Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
LECHE (1-6) (1 vaso o taza pequeña, <u>sola, con colacao o añadida a cereales</u>)	1. Entera	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
	2. Semi-desnatada	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
	3. Leche enriquecida: Energía y crecimiento	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
	4. Otras leches enriquecidas: Calcio, Omega-3, Fólico, Soja	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
YOGUR (7-9) Uno o un vaso pequeño	5. Yogur entero natural sin azúcar (uno)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
	6. Yogur entero natural azucarado, con frutas, sabores o líquidos tipo Dan-up (unidad o vasito pequeño)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
	7. Yogur pre- o probiótico sólido o líquido tipo Actimel, Bios (uno)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
	8. Batidos de leche tipo Cacaolat, ColacaoEnergy o sabores (un vaso/botella pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
	9. Petit suisse, Danonino , o similar (unidad pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
	10. Requesón, queso blanco o fresco (una porción o ración pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
	11. Queso tierno : cremosos (babybel), en porciones (El Caserío), en lonchas, taquitos o rallado de paquetes (unidad, loncha, porción, o puñado añadido a ensaladas o platos)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
12. Queso semi-curado o curado (una loncha o trozo)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	
13. Natillas, flan, pudding (uno)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	
14. Helados de leche (1 cucurucho, bola o tarrina pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	

Si no se indica de otra forma, los platos y porciones que se preguntan son de tamaño pequeño, el habitual para edad infantil. Si su hijo toma una porción o plato mayor, deberá aumentar la frecuencia convenientemente. Por ejemplo, si su hijo/a toma hamburguesa 2-4 veces/semana, pero en vez de tomar 1 unidad, toma 2 cada vez o de 1 tamaño grande, entonces deberá aumentar la frecuencia a 5-6/sem ó incluso 1/día. Lo mismo para otros platos (carne, embutidos, etc.)

II. HUEVOS, CARNES, PESCADOS

		Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
15. Huevo de gallina frito, revuelto, cocido, en tortillas o en otros platos o recetas (uno)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
16. Pollo o pavo <u>con piel</u> (pieza pequeña, incluida hamburguesa o nuggets de pollo)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
17. Pollo o pavo <u>sin piel</u> (pieza o ración pequeña)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
18-20. Carne en filetes, chuletas, etc.; acompañando a guisos, arroz, legumbres, pastas, canelones; o en albóndigas. (pieza o plato pequeño)	18. Ternera	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
	19. Cerdo	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
	20. Cordero	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
21. Hígado de ternera, cerdo, cordero, pollo (1 ración o pieza pequeña)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
22. Jamón York o serrano (loncha o ración de bocadillo)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
23. Embutidos -salchichón, <i>fuét</i> , salami, chorizo, mortadela: 3-4 lonchas, ración bocadillo.		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
24. Salchichas, <i>Frankfurts</i> y similares (1 pequeña)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
25. Longanizas, butifarras y similares (una mediana)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
26. Patés, foie-gras (una cucharada o untada de bocadillo)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
27. Hamburguesa (unidad pequeña)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
28. Croquetas de pollo o jamón (2 unidades medianas o 3-4 pequeñas)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
29. Empanadillas/empanadas, todos los tipos (1 pequeña)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

Si no se especifica de otra manera, los platos para carne, pescado, verduras, legumbres o frutas son de tamaño pequeño-mediano. Si el tamaño o porción que se consume habitualmente es diferente, se deberá ajustar aumentando o disminuyendo la frecuencia de consumo de lo especificado convenientemente

30. Derivados de pescado fritos: delicias, barritas, muslitos de mar (surimi) (dos unidades)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
31. Pescado BLANCO frito o rebozado (1 plato mediano o ración)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
32. Pescado BLANCO plancha o hervido: merluza, lenguado, dorada (ración pequeña,)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
33. Emperador o pez de espada (filete o ración pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
34. Pescado AZUL grande (otros): atún, bonito, salmón (ración pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
35. Pescado AZUL pequeño: boquerón o anchoa, sardinas, caballa (ración pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
36. Conservas en aceite de atún, bonito, sardina o caballa (media lata pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
37. Almejas, mejillones, berberechos y similares (1/2 lata pequeña o 1/2 ración pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
38. Calamares, chipirones, sepia, choco, pulpo (1/2 ración pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
39. Marisco: gambas, cangrejo, langostino, langosta (1/2 ración pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

III. VERDURAS, LEGUMBRES (considere el consumo directo o en purés, papillas u otras preparaciones cocinadas)

	Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
40. Lechuga, endibias, escarola, berros (ración pequeña o guarnición)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
41. Tomate crudo en ensalada o triturado acompañando a platos, tostadas (1 pequeño)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
42. Salsa de tomate frito añadida a platos: huevo, pastas, (2-3 cucharadas soperas)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
43. Cebolla, puerros en purés, cremas u otros platos (media unidad pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
44. Pimiento rojo o verde crudo o cocinado en purés, ensaladas... (1/2 verde o 1/4 rojo)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
45. Zanahoria cruda o cocinada (media unidad pequeña o 2 cucharadas soperas)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
46. Maíz hervido (1 cucharada sopera colmada)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
47. Espinacas o acelgas cocinadas (ración o guarnición pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
48. Col, coliflor, brócolis cocinadas (ración pequeña o 3 ramilletes)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
49. Calabaza cocinada (ej ración de puré pequeña o 3 cucharadas soperas)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
50. Judías verdes cocinadas (ración pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
51. Berenjenas, calabacín cocinados (medio pequeño o media ración pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
52. Legumbres: lentejas, garbanzos, judías pinta o blanca (ración pequeña o 4 cuch.sop)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
53. Otras legumbres cocinadas en cremas o purés: guisantes, habitas (ración pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

Para alimentos de temporadas (ej. frutas, helados), calcular el consumo medio para todo el año. Por ejemplo, si se consume 1 tajada de sandía o melón diaria durante 3-4 meses de verano, entonces el consumo medio resultante al año sería de "2-4 veces/sem" ④, o si consume 1 naranja al día durante 8-9 meses, entonces sería "5-6 por semana".

IV. FRUTAS (considere el consumo directo y el que se hace en zumos, papillas u otras preparaciones como macedonias)

	Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
54. Una naranja pequeña o mandarina mediana (Unidad)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
55. Zumo de naranja natural (un vaso pequeño)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
56. Plátano (uno pequeño)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
57. Manzana, pera (media manzana mediana o una pera pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
58. Melocotón, nectarina, albaricoque (uno pequeño o dos albaricoques)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
59. Sandía, melón (1 tajada pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
60. Uvas (un racimo pequeño o plato de postre)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
61. Fresas (6-8 fresas pequeñas o plato de postre)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
62. Cerezas, ciruelas, higos-brevas frescos (plato postre o 6-7 cerezas o 1 higo mediano)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
63. Kiwi (una unidad)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
64. Piña natural, mango, papaya (una rodaja de piña o 1/3 de mango/papaya)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
65. Fruta en almíbar: melocotón, piña, pera, macedonia (1 mitad o rodaja, 4-5 cuch.sopera)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
66. Aceitunas (un platito o tapa de 8-10 unidades pequeñas)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
67. Frutos secos: almendras, cacahuets, piñones, avellanas, nueces (1 puñadito)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

V. PAN, CEREALES Y SIMILARES

	Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
68. Pan blanco (pieza pequeña para bocadillo, ¼ baguette o 2 rodajas de molde)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
69. Pan integral (pieza pequeña de bocadillo o 2 rodajas de molde)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
70. Palitos de pan, roscos, rosquilletas y similares (3-4 unidades o 1 rosquilla)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
71. Cereales desayuno normales o mezclas azucarados (3 cuch sopera o ración pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
72. Cereales desayuno con denominación ricos en fibra, menos azúcar (ración)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
73. Patatas fritas congeladas o tipo <i>McDonalds, Burger King</i> (1 ración pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
74. Patatas fritas caseras (1 ración o guarnición pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
75. Patatas cocidas, asadas en guisos, ensaladillas u otros platos (1/2 patata pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
76. Bolsa de patatas fritas (1 bolsa pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
77. Bolsa palomitas, cortezas maíz, conos, similares – <i>doritos, bocabits</i> - (bolsa pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
78. Arroz cocinado ya sea en paella o en hervidos (1 plato pequeño o 4-5 cuch sopera)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
79. Pastas: espaguetis, macarrones, fideos (caldo), lasaña, canelones (plato pequeño)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
80. Pizza (1 porción o ración pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

Los alimentos que suelen acompañar a platos como arroz, pastas, ensaladas y otros platos como por ejemplo la carne en lasañas o canelones, queso rallado añadido a pastas o ensaladas, etc. deberán contemplarse en su sección respectiva. Los platos de sopas o caldos en los que se usa arroz o fideos deberán considerarse como arroz o pasta.

VI. BOLLERÍA Y DULCES

	Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
81. Galletas tipo María (1 galleta)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
82. Galletas con chocolate (1 galleta doble rellena tipo <i>Oreo</i> o 1 envuelta)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
83. Galletas o <i>cookies</i> integrales (1 galleta)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
84. Magdalenas o bizcochos <u>comerciales</u> (una mediana o ¼ bizcocho)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
85. Croissant, ensaimada, <u>donuts</u> u otra bollería <u>comercial</u> sin relleno (uno mediano)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
86. <u>Bollicao</u> u otra bollería <u>comercial</u> con relleno crema o chocolate (uno)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
87. Otro tipos de repostería <u>casera</u> : pasteles, tartas, (una unidad o porción mediana)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
88. Chocolate, bombones y similares (2 bombones, barritas o pastillas)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
89. Chocolate en polvo, <i>Cola-cao</i> y similares (1 cucharada postre colmada)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
90. <i>Nocilla</i> o cremas de cacao similares (cucharada sopera o untada bocadillo)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
91. Caramelos y otras chucherías (2-3 unidades, 1 <i>chupa-chup</i> o 1 <i>flig-flag</i>)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
92. Mermeladas, miel (1 cucharada postre)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
93. Azúcar (ej. añadida en leche, yogur, postres, cola-cao, etc.) (1 cucharada postre)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

VII. ACEITES, GRASAS, SALSAS, CONDIMENTOS

	Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
94. Aceite de oliva añadido en la mesa a ensalada, pan y a platos (1 cucharada sopera)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
95. Otros aceites vegetales (añadido en mesa): girasol, maíz, soja (1 cucharada sopera)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
96. Mantequilla añadida al pan o a la comida (1 cuch. postre, <i>minibrick</i> o 2 untadas)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
97. Margarina añadida a pan/comida (1 cuch-postre) <i>marca</i> _____	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
98. Mayonesa (o <i>alioli</i>) en ensalada, ensaladilla, carnes y otros platos (1 cuch. sopera)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
99. Ketchup ó catchup (1 cucharada sopera)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
100. Sal añadida a los platos en la mesa (1 pizca del salero o pellizco con dos dedos)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

VIII. BEBIDAS Y MISCELANEAS

	Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
101. Refrescos normales de cola, naranja, limón (ej. <i>coca-cola, fanta</i>) (Uno pequeño)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
102. Refrescos sin azúcar cola, naranja, limón (ej. <i>coca-cola o pepsi light</i>) (Uno pequeño)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
103. Zumos de frutas envasado (1 vaso o envase tipo <i>brick</i> pequeño)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
104. Agua del grifo (1 vaso)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
105. Agua embotellada sin gas (1 vaso)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
¿Consumes algún otro alimento al menos una vez a la semana?	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
_____	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

SUPLEMENTOS. 1. Durante el último año, ¿ha tomado su hijo/a suplementos de vitaminas o minerales?

	Nombre comercial y presentación	Dosis semanal dosis./sem.	Pauta habitual de uso (en el año)					¿Sigue tomándolo?	Si no, fecha de finalización
			① <1 mes	② 1-3 m	③ 4-6 m	④ 7-9 m	⑤ 10-12 m		
a.	Preparados de Calcio/ Vit. D	-----	①	②	③	④	⑤	1 Si 2 No	___/___
b.	Preparados de hierro	-----	①	②	③	④	⑤	1 Si 2 No	___/___
c.	Multivitaminas	-----	①	②	③	④	⑤	1 Si 2 No	___/___
d.	Otros suplementos	-----	①	②	③	④	⑤	1 Si 2 No	___/___
	<i>Especificar marca o tipo</i>	-----	①	②	③	④	⑤	1 Si 2 No	___/___

2. ¿Utiliza sal yodada normalmente para cocinar/aliñar? ① No ② Sí ③ No sabe Indicar la marca: _____

OTROS HÁBITOS DIETÉTICOS DEL NIÑO/A:

2. ¿Ha seguido su hijo/a algún tipo de dieta en el último año?

(Si responde NO pasar a pregunta 4)

① No ② Sí ③ No sabe/No contesta

3. ¿Podría indicar el motivo de seguir esta dieta? **Puede marcar más de una respuesta**

- ① para controlar su peso (sobrepeso)
- ② para controlar su peso (delgadez)
- ③ por razones médicas

¿cual? _____

4. Respecto al tamaño de las porciones o cantidades que toma su hijo/a en las comidas habitualmente, ¿Cómo diría usted que son?

	Lácteos	Carne	Pescado	F & V	Dulces	Pasta/arroz/Legu
PEQUEÑA	①	②	③	④	⑤	⑥
MEDIANA	①	②	③	④	⑤	⑥
GRANDE	①	②	③	④	⑤	⑥

5. ¿Ha acudido su hijo/a al comedor escolar este último año?

- ① No acude (si no acude, pasar a pregunta 7)
 - ② <1 vez/sem
 - ③ 1-3 veces/sem
 - ④ 4-5 veces/sem
- ⑤ Ns/Nc

6. ¿Conoce lo que come habitualmente su hijo/a en el comedor escolar?

- ① No
 - ② Sí, se lo pregunto a mi hijo/a
 - ③ Sí, lo pregunto a los responsables del comedor escolar
 - ④ Sí, me envían el menú escolar periódicamente
- ⑤ Ns/Nc

7. Habitualmente, ¿cuántas veces a la semana toma en el comedor escolar (proporcionado allí) o en casa:

	<u>comedor escolar</u>	<u>casa</u>
① Desayuno	___ veces/sem	___ veces/sem
② Almuerzo (recreo)	___ veces/sem	___ veces/sem
③ Comida medio día	___ veces/sem	___ veces/sem
④ Merienda	___ veces/sem	___ veces/sem
⑤ Cena	___ veces/sem	___ veces/sem
⑥ "Pica algo"	___ veces/sem	___ veces/sem

8. ¿Con qué frecuencia come o pica su hijo/a en restaurantes de **COMIDA RAPIDA (FAST FOOD, McDonalds, Burger-King, etc.)** alimentos como hamburguesas, patatas fritas, perritos (Frankfurt/hotdog), pizza, etc.?

- ① 3 o más veces por semana.
 - ② 2-3 veces por semana.
 - ③ 1 vez por semana.
 - ④ 1-3 veces al mes
 - ⑤ Nunca
- ⑥ Ns/Nc

9. ¿Con qué frecuencia come o pica su hijo/a en otros tipos de restaurantes?

- ① 3 o más veces por semana.
 - ② 2-3 veces por semana.
 - ③ 1 vez por semana.
 - ④ 1-3 veces al mes
 - ⑤ Nunca
- ⑥ Ns/Nc

10. ¿Con qué frecuencia come comidas fritas?

- ① A diario.
 - ② 5-6 veces por semana.
 - ③ 2-4 veces por semana.
 - ④ 1 vez por semana.
 - ⑤ Menos de 1 vez por semana
- ⑥ Ns/Nc

11. ¿Con que frecuencia mira la televisión o ve videos su hijo/a cuando hace una comida (desayuno, comida o cena,)?

- ① Prácticamente siempre
 - ② A menudo
 - ③ A veces
 - ④ Casi nunca o nunca
- ⑤ Ns/Nc

12. ¿Cuándo come carne, cómo de hecha le gusta?

- ① No come carne (pasar a pregunta 15)
 - ② Cruda
 - ③ Poco hecha
 - ④ Hecha
 - ⑤ Muy hecha.
- ⑥ Ns/Nc

13. ¿Cuándo come carne, qué hace Vd. con la grasa visible?

- ① Se la quita toda.
 - ② Quita la mayoría.
 - ③ Quita un poco.
 - ④ No quita nada.
- ⑤ Ns/Nc

14. ¿Cómo suele comer la carne

- ① A la plancha.
 - ② A la parrilla (grill)
 - ③ Asada (horno)
 - ④ Frita en aceite
 - ⑤ Guisada
- ⑥ Ns/Nc

15. ¿Qué clase de grasa o aceite suele usar en casa para:

	Mantequilla	Margarina	Ac.Oliva	Ac.O.virgen	Maiz/Girasol	Mezcla Aceites
ALIÑAR	①	②	③	④	⑤	⑥
COCINAR	①	②	③	④	⑤	⑥
FREIR	①	②	③	④	⑤	⑥

16. ¿Cómo describiría la salud de su hijo/a?

- ① Muy buena.
 - ② Buena
 - ③ Regular
 - ④ Mala
 - ⑤ Muy mala
- ⑥ Ns/Nc

17. ¿Qué diría usted sobre la calidad de la dieta de su hijo/a?

- ① Muy buena.
 - ② Buena
 - ③ Regular
 - ④ Mala
 - ⑤ Muy mala
- ⑥ Ns/Nc

18. ¿Qué diría usted sobre la cantidad que suele comer su hijo/a?

- ① Come muy poco (deja mucho y/o muchas veces).
 - ② Come poco (deja bastantes veces)
 - ③ Come normal (deja a veces)
 - ④ Come más de lo normal (deja rara vez)
 - ⑤ Come demasiado (no deja nunca, repite)
- ⑥ Ns/Nc

19. ¿Piensa usted que su hijo/a está...

- ① Muy por debajo de su peso
 - ② Ligeramente por debajo de su peso
 - ③ En su peso correcto
 - ④ Ligeramente por encima de su peso
 - ⑤ Muy por encima de su peso
- ⑥ Ns/Nc

ACTIVIDAD FISICA Y EJERCICIO DEL NIÑO/A (referida al último año)

1. ¿Cuántas horas al día suele dormir su hijo/a, incluida la siesta? -----

horas

2. ¿Cuántos minutos de siesta suele dormir al día?

----- min

3. ¿Cuántas horas ve su hijo/a la televisión/videos al día?

a - Durante la semana:

- ① Nunca o casi nunca
- ② Menos de 1/2 hora al día
- ③ Entre ½ y <1 hora / día
- ④ Aprox. 1 hora / día
- ⑤ 2 horas / día
- ⑥ 3 horas / día
- ⑦ 4 o más horas / día

b - Fin de semana:

- ① Nunca o casi nunca
- ② Menos de 1/2 hora al día
- ③ Entre ½ a <1 hora / día
- ④ Aprox. 1 hora / día
- ⑤ 2 horas / día
- ⑥ 3 horas / día
- ⑦ 4 o más horas / día

4. Fuera del colegio, ¿cuánto tiempo dedica su hijo/a al día a otros juegos o actividades sedentarios (ej puzzles, leer, muñecas/juegos, deberes, etc.)? (Excluir televisión/videos y Wii-sports).

c - Durante la semana:

- ① Casi nunca
- ② Aprox. 1 hora / día
- ③ Aprox. 2 hora / día
- ④ Aprox. 3 hora / día
- ⑤ Aprox. 4 hora / día
- ⑥ Aprox. 5 hora / día
- ⑦ 6+ horas / día

d - Fines de semana:

- ① Casi nunca
- ② Aprox. 1 hora / día
- ③ Aprox. 2 hora / día
- ④ Aprox. 3 hora / día
- ⑤ Aprox. 4 hora / día
- ⑥ Aprox. 5 hora / día
- ⑦ 6+ horas / día

5. ¿Cuánto tiempo suele hacer actividades físicas durante el horario escolar? Incluir piscina y jugando en el patio.

Día	Horas					Minutos	
Lunes	0	1	2	3	4	0	30
Martes	0	1	2	3	4	0	30
Miércoles	0	1	2	3	4	0	30
Jueves	0	1	2	3	4	0	30
Viernes	0	1	2	3	4	0	30

6. ¿Cuánto tiempo suele hacer de actividad física EXTRA ESCOLAR ORGANIZADA (Ej clase de baile/natación/etc) o NO-ORGANIZADA como jugar en patio/parque, ir en bici/scooter, correr, saltar, patinar, nadar, gimnasia, etc. (Excluir Wii y el viaje al colegio).

Día	Actividad(es)	Horas					Min
Ejemplo1	Clase natación 30m	✓	1	2	3	4	0 ✓
Ejemplo2	Bici 30m / jugar p infantil 30m	0	✓	2	3	4	0 30
Lunes		0	1	2	3	4	0 30
Martes		0	1	2	3	4	0 30
Miércoles		0	1	2	3	4	0 30
Jueves		0	1	2	3	4	0 30
Viernes		0	1	2	3	4	0 30
Sábado		0	1	2	3	4	0 30
Domingo		0	1	2	3	4	0 30

7. ¿Dónde suele ir a jugar al aire libre?

	Entre semana	Fines de semana
Parque infantil	①	①
Calle peatonal	②	②
Patio o terraza de la casa	③	③
Otro parque (no-infantil)	④	④
Otro (especificar) _____	⑤	⑤

8. A que distancia de su casa está este lugar de juego?

- ① Andando ----- minutos
- ② En coche o bus ----- minutos
- ③ En bici ----- minutos
- ④ En casa ----- minutos
- ⑤ Otro (especificar) ----- minutos

9. ¿Cual es el deporte/actividad más común de su hijo?

- ① Bicicleta/tricicleta/scooter
- ② Fútbol
- ③ Correr/saltar
- ④ Natación
- ⑤ Otro (especificar) _____

10. Globalmente, considerando toda su actividad física (AF): ¿cómo considera usted a su hijo/a?

- ① **Sedentario/a:** sentado casi siempre, sin práctica de AF o deportes, bajo cuidados.
- ② **Poco activo/a:** actividades sentadas, escasa AF o deportes
- ③ **Moderadamente activo/a:** poco tiempo sentado, ligera AF o deportes.
- ④ **Bastante activo/a:** casi siempre de pie, frecuente AF o deportes.
- ⑤ **Muy activo/a:** siempre de pie/moviéndose, intensa AF o deportes a diario)
- ⑥ No sabe / no contesta

(RELATIVA A MADRE Y PADRE)

11. Considerando toda la actividad física habitual en el trabajo u ocupación principal, en el hogar y el tiempo libre: ¿cómo se considera usted su actividad y la de su pareja en la actualidad?

	madre	padre
① Muy ligera o Sedentario/a	____	____
② Ligera o poco activo/a	____	____
③ Moderadamente activo/a	____	____
④ Bastante activo/a:	____	____
⑤ Muy activo/a:	____	____
⑥ No sabe / no contesta	____	____

MEDIO-AMBIENTE ALIMENTARIA

1. En los últimos 12 meses, si ha cambiado su compra de alimentación (ej debido a precios, disponibilidad de tiempo o de alimentos) ¿cuales son los 2 factores más importantes que han influido estos cambios?

No ha cambiado la compra (ir a pregunta 2) _____

Primer factor: ① Precio de la alimentación
② Disponibilidad de la alimentación
③ Disponibilidad de tiempo
④ Otra (especificar)

Segundo factor: ① Precio de la alimentación
② Disponibilidad de la alimentación
③ Disponibilidad de tiempo
④ Otra (especificar)

2. ¿Cómo ha cambiado la compra de los siguientes tipos de alimentos para su familia?

Frutas	① Aumentado cantidad	② Disminuido cantidad	③ Mayor diversidad	④ Menor diversidad	⑤ Ningún cambio
Verduras	① Aumentado cantidad	② Disminuido cantidad	③ Mayor diversidad	④ Menor diversidad	⑤ Ningún cambio
Pescado	① Aumentado cantidad	② Disminuido cantidad	③ Mayor diversidad	④ Menor diversidad	⑤ Ningún cambio
Carnes	① Aumentado cantidad	② Disminuido cantidad	③ Mayor diversidad	④ Menor diversidad	⑤ Ningún cambio
Lácteos	① Aumentado cantidad	② Disminuido cantidad	③ Mayor diversidad	④ Menor diversidad	⑤ Ningún cambio
Comidas preparadas (pizza, lasaña, etc)	① Aumentado cantd	② Disminuido cantd	③ Mayor diversidad	④ Menor diversidad	⑤ Ningún cambio

3. ¿Pide su hijo/a alimentos/bebidas que se ve en anuncios de la tele? ① Si, a menudo ___ ② Si a veces ___ ③ Nunca ___ ④ Ns/Nc ___

4. ¿Cuáles son los 2 ítems que más frecuentemente pide su hijo/a (indicar ranking)?

1. Patatas chips, cortezas o parecidos	①	②
2. Hamburguesas o pizzas	①	②
3. Caramelos, golosinas	①	②
4. Yogur o petit suisse	①	②
5. Bollería o galletas	①	②
6. Flan, pudín, natilla, helados o similares	①	②
7. Fruta	①	②
8. Otro alimento (especificar) _____	①	②
9. Refrescos (colas, fanta etc)	①	②
10. Zumos envasados	①	②
11. Agua	①	②
12. Leche	①	②
13. Otras bebidas lácteas	①	②
14. Otra bebida (especificar) _____	①	②

Preguntas sobre consumo de alimentos y bebidas potencialmente con contaminantes (ej. Bisfenol A).

5. ¿Con qué frecuencia consume su hijo/a comidas guardadas en recipientes de plástico (taperware)?

- ① diariamente
② 4-6 veces por semana.
③ 2-3 veces por semana.
④ 1 vez por semana.
⑤ 1-3 veces al mes
⑥ Nunca (opasar a pregunta 4) ⑦ Ns/Nc

8. ¿Con qué frecuencia consume su hijo/a alimentos envasados en plásticos, como fiambres, quesos, verduras, etc.?

- ① diariamente
② 4-6 veces por semana.
③ 2-3 veces por semana.
④ 1 vez por semana.
⑤ 1-3 veces al mes
⑥ Nunca (opasar a pregunta 4) ⑦ Ns/Nc

6. Cuando su hijo come la comida que le prepara en el taperware u otros recipientes de plástico, antes de consumirla suele:

- ① Calentarla mucho y dejarla enfriar para luego comer.
② Calentarla un poquito.
③ No la calienta ⑦ Ns/Nc

7. ¿Con qué frecuencia consume su hijo/a alimentos o refrescos enlatados, como conservas de atún, maíz, latas de refresco, etc.?

- ① diariamente
② 4-6 veces por semana.
③ 2-3 veces por semana.
④ 1 vez por semana.
⑤ 1-3 veces al mes
⑥ Nunca (opasar a pregunta 4) ⑦ Ns/Nc

CUESTIONARIO DE FRECUENCIA ALIMENTARIA

IDNUM | | | | |

Nombre y Apellidos: _____

Estimada Sra., esta encuesta es similar a la que cumplimentó en el embarazo y es para conocer la dieta que ha venido siguiendo en el último año. Con ello intentamos averiguar la relación entre su dieta y la de su hijo/a. De nuevo, sus respuestas serán muy útiles, y por ello, le rogamos preste su máxima atención y colaboración rellenando todos las casillas aunque no consuma el alimento (deberá marcar ①). Cuando un alimento no se adapte plenamente a su consumo habitual, trate de aproximar su respuesta a las cantidades indicadas, con la ayuda de los ejemplos e indicaciones que se le den.

Para cada alimento, señalar cuantas veces como media ha tomado la cantidad que se indica durante el último año. Debe tener en cuenta las veces que toma el alimento solo y cuando lo añade a otro alimento o plato. Por ejemplo, en el caso del huevo, considere cuando lo toma solo (Ej. frito o cocido) y cuando lo toma añadido o mezclado con otros platos. Si en los últimos 12 meses ha venido comiendo una tortilla de 2 huevos cada 2 días, deberá marcar "1 por día". No debe considerar el huevo que va con los productos de bollería o dulces.

I. LACTEOS		Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
1. Leche entera (1 vaso o taza, 200 cc)	marca _____	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
2. Leche semi-desnatada (1 vaso, 200cc)	marca _____	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
3. Leche desnatada (1 vaso, 200cc)	marca _____	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
4. Leche condensada (1 cucharada)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
5. Nata o crema de leche (1 cucharada)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
6. Yogur entero (uno, 125 gramos)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
7. Yogur desnatado (uno, 125 gramos)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
8. Requesón, queso blanco o fresco (una porción o ración)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
9. Queso curado, semicurado, o cremoso (un trozo)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
10. Natillas, flan, puding (uno)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
11. Helados (1 cucurucho, vasito o bola)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
II. HUEVOS, CARNES, PESCADOS		Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
12. Huevos de gallina (uno)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
13. Pollo CON piel (1 plato mediano o pieza)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
14. Pollo SIN piel (1 plato mediano o pieza)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
15. Carne de ternera, cerdo, cordero como plato principal (1 plato mediano o pieza)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
16. Carne de caza: conejo, codorniz, pato (1 plato)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
17. Hígado de ternera, cerdo, pollo (1 plato, ración o pieza mediana)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
18. Vísceras: callos, sesos, mollejas (1 ración)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
19. Embutidos: jamón, salchichón, salami, mortadela, (1 ración de unos 50 g)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
20. Salchichas y similares (una mediana)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
21. Patés, foie-gras (media ración)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
22. Hamburguesa (una mediana)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
23. Tocino, beicon, panceta (2 tiras o lonchas)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
24. Pescado frito variado (1 plato mediano o ración)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
25. Pescado hervido o plancha BLANCO: merluza, lenguado, dorada (1 plato o ración)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
26. Pescado hervido o plancha AZUL: atún, emperador, bonito, (plato o ración)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
27. Otros pescados azules: caballa, sardinas, boquerón/anchoas, salmón		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
28. Una lata pequeña de conserva de atún o bonito en aceite		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
29. Una lata pequeña de conserva de sardinas o caballa en aceite		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
30. Pescados en salazón y/o ahumados: anchoas, bacalao, salmón (media ración)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

31. Almejas, mejillones, ostras (1 ración)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
32. Calamares, chipirones, sepia, choco, pulpo (1 ración o plato)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
33. Marisco: gambas, cangrejo, langostino, langosta (1 ración)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

III. VERDURAS, LEGUMBRES.

	Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
34. Espinacas o acelgas cocinadas (1 plato mediano)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
35. Col, coliflor, brócolis cocinadas (1 plato mediano)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
36. Lechuga, endibias, escarola (1 plato mediano)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
37. Tomate (uno mediano)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
38. Cebolla (una mediana)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
39. Zanahoria, calabaza (una o plato pequeño)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
40. Judías verdes cocinadas (1 plato)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
41. Berenjenas, calabacines, pepinos (uno)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
42. Pimientos (uno)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
43. Alcachofas (una ración o plato mediano)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
44. Espárragos (una ración o plato)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
45. Maíz hervido (plato o lata pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
46. Legumbres: lentejas, garbanzos, judías pintas o blancas (1 plato mediano)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

IV. FRUTAS

	Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
47. Naranjas, mandarinas (Una)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
48. Zumo de naranja natural (un vaso pequeño, 125 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
49. Plátano (uno)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
50. Manzana, pera (una mediana)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
51. Melocotón, nectarina, albaricoque (uno mediano)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
52. Sandía, melón (1 tajada o cala, mediana)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
53. Uvas (un racimo mediano o plato de postre)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
54. Prunas, ciruelas frescas/secas (una)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
55. Kiwi (una unidad)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
56. Aceitunas (un platito o tapa de unas 15 unidades pequeñas)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
57. Frutos secos: almendras, cacahuetes, piñones, avellanas (1 platito o bolsita, 30g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

V. PAN, CEREALES Y SIMILARES

	Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
58. Pan blanco (Una pieza pequeña o 3 rodajas de pan de molde, 60 g)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
59. Pan integral (Pieza pequeña o 3 rodajas de pan de molde)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
60. Cereales desayuno (30 g en seco)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
61. Patatas fritas (1 ración o plato)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
62. Patatas cocidas, asadas (1 patata mediana)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
63. Bolsa de patatas fritas (1 bolsa pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
64. Arroz cocinado (1 plato mediano)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
65. Pastas: espaguetis, fideos, macarrones y similares (1 plato)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
66. Pizza (1 porción o ración)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

VI. ACEITES, GRASAS Y DULCES

	Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
67. Aceite de oliva añadido en la mesa a ensalada, pan y a platos (1 cucharada sopera)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
68. Otros aceites vegetales (ídem): girasol, maíz, soja (1 cucharada sopera)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
69. Margarina añadida al pan o la comida (1 cucharada o untada)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
70. Mantequilla añadida al pan o la comida (1 cucharada o untada)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
71. Galletas tipo María (1 galleta)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
72. Galletas con chocolate (1 galleta doble)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
73. Bollería: croissant, donut, magdalena, bizcocho, tarta o similar (uno o porción)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
74. Chocolate, bombones y similares (1 barrita o 2 bombones)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
75. Chocolate en polvo, cola-caó y similares (1 cucharada sopera)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

VII. BEBIDAS Y MISCELANEAS

	Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
76. Vino tinto (1 vaso, 125 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
77. Vino blanco o rosado (1 vaso, 125 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
78. Jerez, vinos secos, vermú (copa, 50 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
79. Cerveza (una caña o botellín 1/5, 200 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
80. Cerveza sin alcohol (una caña o botellín 1/5, 200 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
81. Licores (20-25°): de frutas (manzana), de crema (Catalana, Bayleys) (1 copa, 50 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
82. Brandy, ginebra, ron, whisky, vodka, aguardientes 40° (1 copa, 50 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
83. Refrescos normales de cola, naranja, limón (ej. coca-cola, fanta) (Uno, 250 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
84. Refrescos sin azúcar cola, naranja, limón (ej. coca-cola o pepsi <i>light</i>) (Uno, 250 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
85. Agua del grifo (1 vaso, 250 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
86. Agua embotellada sin gas (1 vaso, 250 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
87. Agua embotellada con gas (1 vaso, 250 cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
88. Zumo de frutas envasado (1 vaso o envase de 200cc)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
89. Café (1 taza)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
90. Café descafeinado (1 taza)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
91. Té o infusiones (1 taza)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
92. Sopa o puré de verduras (un plato)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
93. Croquetas de pollo, jamón (una)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
94. Croquetas, palitos o delicias de pescado fritos (una)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
95. Mayonesa (1 cucharada)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
96. Salsa de tomate (media taza)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
97. Ketchup ó catchup (1 cucharada sopera)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
98. Sal añadida a los platos en la mesa (1 pizca del salero o pellizco con dos dedos)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
99. Ajo (1 diente)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
100. Mermeladas, miel (1 cucharada)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
101. Azúcar (ej. en el café, postres, etc.) (1 cucharadita)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

¿Consume algún otro alimento regularmente al menos una vez a la semana?

-----	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
-----	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

Consumo de suplementos vitamínicos o minerales (Referido al último año)

1. ¿Utiliza sal yodada normalmente para cocinar/aliñar? ① No ② Sí Marca: _____
 ③ No sabe

(si responde ② Sí Indicar fecha aproximada inicio: (mes/año) : |__|_|/|__|_|

2. Durante el último año, ¿ha tomado suplementos de vitaminas o minerales?

	Marca y presentación	Dosis semanal dosis,/sem.	Pauta habitual de uso (en el año)					¿Sigue tomándolo?	Si no, fecha de finalización
			① <1 mes	② 1-3 m	③ 4-6 m	④ 7-9 m	⑤ 10-12 m	1 Sí 2 No	___/___/___
a.	Multivitaminas o Minerales	_____	①	②	③	④	⑤	1 Sí 2 No	___/___/___
b.	Multivitaminas o Minerales	_____	①	②	③	④	⑤	1 Sí 2 No	___/___/___
c.	Otros suplementos	_____	①	②	③	④	⑤	1 Sí 2 No	___/___/___
d.	Otros suplementos	_____	①	②	③	④	⑤	1 Sí 2 No	___/___/___

Preguntas relativas al peso y talla de su pareja actual

1. ¿Cuánto pesa su pareja? _____ Kg
 (sin zapatos ni ropa de abrigo) (999 Ns/Nc)

3. ¿Cuántos cm mide su cintura? _____ cm
 (medir de pie con metro costurera o flexible a nivel del ombligo)

2. ¿Cuánto mide su pareja descalzo/a? _____ cm

1. ¿Ha seguido usted algún tipo de dieta en el último año?

(Si responde NO pasar a pregunta 3)

① No ② Sí ③ No sabe/No contesta

2. ¿Podría indicar el motivo de seguir esta dieta? **Puede marcar más de una respuesta**

- ① para controlar su peso
- ② porque tiene colesterol
- ③ porque tiene azúcar o diabetes
- ④ porque tiene problemas de estómago
- ⑤ porque tiene problemas de vesícula o hígado
- ⑥ porque tiene problemas de tensión alta o de corazón
- ⑦ porque tiene problemas de riñón
- ⑧ porque tiene alergia a algunos alimentos
- ⑨ porque tiene ácido úrico o gota
- ⑩ porque es vegetariana
- ⑪ ① por otro motivo, ¿cual? _____

3. Desde la última entrevista ¿cómo ha cambiado su ingesta para los siguientes grupos de alimentos, con respecto a la del año antes del embarazo?

	Eliminado	↓	Igual	↑	Ns/Nc
a. Lácteos y derivados	①	②	③	④	⑤
b. Huevos	①	②	③	④	⑤
c. Carne	①	②	③	④	⑤
d. Pescado	①	②	③	④	⑤
e. Verduras	①	②	③	④	⑤
f. Legumbres	①	②	③	④	⑤
g. Frutas	①	②	③	④	⑤
h. Pan	①	②	③	④	⑤
i. Aceite de oliva	①	②	③	④	⑤
j. Mantequilla/margarina	①	②	③	④	⑤
k. Azúcar/dulces	①	②	③	④	⑤
l. Bebidas alcohólicas	①	②	③	④	⑤

4. ¿Con qué frecuencia come comidas fritas?

- ① A diario.
 - ② 5-6 veces por semana.
 - ③ 2-4 veces por semana.
 - ④ 1 vez por semana.
 - ⑤ Menos de 1 vez por semana.
- ⑥ Ns/Nc

5. ¿Cuándo come carne, cómo de hecha le gusta comerla?

- ① No como carne (pasar a pregunta 9)
- ② Cruda
- ③ Poco hecha
- ④ Hecha
- ⑤ Muy hecha. ⑥ Ns/Nc

6. ¿Qué hace Vd. con la grasa visible, cuando come carne?

- ① La quita toda.
- ② Quita la mayoría.
- ③ Quita un poco.
- ④ No quita nada. ⑤ Ns/Nc

7. ¿Cómo suele comer la carne

	Veces al				
	Nunca	Mes	Semana	Día	Ns/Nc
a. A la plancha	___	___	___	___	___
b. A la parrilla (grill)	___	___	___	___	___
c. Asada (horno)	___	___	___	___	___
d. Frita en aceite	___	___	___	___	___
e. Guisada	___	___	___	___	___

8. ¿Cómo de frecuente come lo tostado o quemado de la carne?

- ① Nunca o menos de una vez al mes
- ② Una vez al mes
- ③ 2-3 veces al mes
- ④ 1 vez a la semana
- ⑤ 2 o más veces a la semana ⑥ Ns/Nc

9. ¿Cómo de frecuente come la parte tostada del pescado?

- ① Nunca o menos de una vez al mes
- ② Una vez al mes
- ③ 2-3 veces al mes
- ④ 1 vez a la semana
- ⑤ 2 o más veces a la semana ⑥ Ns/Nc

10. ¿Cómo de frecuente come el tostado (socarrat) de la paella?,

- ① Nunca o menos de una vez al mes
- ② Una vez al mes
- ③ 2-3 veces al mes
- ④ 1 vez a la semana
- ⑤ 2 o más veces a la semana ⑥ Ns/Nc

11. ¿Qué clase de grasa o aceite usa para:

	Mantequilla	Margarina	Ac.Oliva	Ac.Ol virgen	Ac. Veg	Mezcla Aceites
ALIÑAR	___	___	___	___	___	___
COCINAR	___	___	___	___	___	___
FREIR	___	___	___	___	___	___

ACTIVIDAD FISICA Y EJERCICIO (referida al último año y a lo que hace habitualmente)

1. ¿Podría indicarme Vd. cuántas horas al día suele dormir, **incluida la siesta**? _____ horas
2. ¿Cuántos minutos de **siesta** suele dormir al día? _____ min.
3. ¿Cuántas horas ve usted la televisión, a la semana? (ajustar al número entero más cercano) _____ horas
4. En su actividad en el trabajo u ocupación principal está...
 - ① Casi siempre sentado
 - ② Sentado la mitad del tiempo
 - ③ Casi siempre de pie, quieto
 - ④ Casi siempre caminando, levantando y llevando pocas cosas
 - ⑤ Casi siempre caminando, levantando y llevando muchas cosas
 - ⑥ Trabajo manual pesado
5. ¿Cuánto tiempo camina o hace bicicleta al día?
 - ① Casi nunca
 - ② Menos de 20 minutos al día
 - ③ 20-40 minutos al día
 - ④ 40-60 minutos al día
 - ⑤ Entre 1 y 1 hora y media al día
 - ⑥ Más de 1 hora y media al día
6. ¿Cuánto tiempo dedica a actividades o tareas en casa?
 - ① Menos de 1 hora al día
 - ② 1-2 horas / día
 - ③ 3-4 horas / día
 - ④ 5-6 horas / día
 - ⑤ 7-8 horas / día
 - ⑥ Más de 8 horas / día

7. En su actividad en tiempo libre, ¿cuánto tiempo dedica a ver televisión, ordenador o leer?
 - ① Menos de 1 hora al día
 - ② 1 hora / día
 - ③ 2 horas / día
 - ④ 3 horas / día
 - ⑤ 4 horas / día
 - ⑥ 5-6 horas / día
 - ⑦ Más de 6 horas / día
8. En su actividad en tiempo libre, ¿cuánto tiempo dedica a hacer ejercicio o deporte
 - ① Menos de 1 hora a la semana
 - ② 1 hora / semana
 - ③ 2 horas / semana
 - ④ 3 horas / semana
 - ⑤ 4-5 horas / semana
 - ⑥ Más de 5 horas / semana
9. Considerando **toda** su actividad física (trabajo u ocupación principal, hogar y tiempo libre), ¿cómo se considera Vd.?
 - ① **Sedentaria** (sentado casi siempre, sin actividad física, sin deporte, bajo cuidados).
 - ② **Poco activa** (profesiones o actividades sentadas, amas de casa con electrodomésticos, escaso deporte).
 - ③ **Moderadamente activa** (trabajos manuales, amas de casa sin electrodomésticos, deporte ligero, etc)
 - ④ **Bastante activa** (trabajos o actividades de pie-andando, deporte intenso, etc.).
 - ⑤ **Muy activa** (Trabajo muy vigoroso, deporte fuerte diario)
 - ⑥ No sabe / no contesta

PREGUNTAS SOBRE ETIQUETADO Y OTROS HABITOS (referidas al último año)

1. ¿Quién realiza la compra de la comida habitualmente?

Hombre Mujer Juntos (pareja actual)

Otros: especificar _____
2. ¿Qué factor considera más importante a la hora de adquirir un alimento? (marcar solo una)

Precio Marca Aporte nutricional Estética

Otros: especificar _____
3. ¿Lee el etiquetado nutricional al comprar alimentos?

Siempre/casi siempre

Algunas veces

Casi nunca

Nunca (si no lo lee pasar a 6)
4. ¿Por qué lo lee?

Salud, dieta saludable

Adelgazar y mantenimiento peso corporal

Por enfermedad, alergias o intolerancias

Por ser un producto nuevo : marca, artículo..

Para evitar comer un compuesto o nutriente

_____ especificar _____

Otros motivos (especificar) _____
5. ¿Cuándo lo lee, encuentra la información que busca?

Siempre/casi siempre

Algunas veces

Casi nunca/Nunca
6. ¿Por qué no lo lee?

No se entiende, es confuso

Falta de tiempo, no le interesa

La letra es muy pequeña

No aparece en los alimentos que consumo

Otros motivos (especificar): _____

7. En relación a la información que aparece en las etiquetas acerca de los nutrientes indique si los conoce y/o entiende

	NO	SI
<input type="checkbox"/> Valor energético (Calorías)	①	②
<input type="checkbox"/> Proteínas	①	②
<input type="checkbox"/> Hidratos de carbono	①	②
<input type="checkbox"/> Azúcares	①	②
<input type="checkbox"/> Grasas	①	②
<input type="checkbox"/> G. poliinsaturadas	①	②
<input type="checkbox"/> G. monoinsaturadas	①	②
<input type="checkbox"/> G. saturadas	①	②
<input type="checkbox"/> G. trans	①	②
<input type="checkbox"/> Colesterol	①	②
<input type="checkbox"/> Sal	①	②
<input type="checkbox"/> Fibra alimentaria	①	②
<input type="checkbox"/> Minerales	①	②
<input type="checkbox"/> Vitaminas	①	②

8. ¿Quién elige/prepara el menú de sus hijos en casa?

- Mujer (madre)
- Hombre (padre)
- Juntos (madre-padre)
- Otros: especificar _____

9. ¿Quién se encarga de la atención/ayuda de los hijos en casa mientras comen?

- Padre Madre Ambos/Juntos
- Otros (abuelos, hermanos...) _____

10. ¿Cuántas veces al día come con sus hijos?

	<u>Lunes-Viernes</u>	<u>Fin de semana</u>
a. 5 a 3 veces/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 2 veces/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 1 vez/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ninguna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preguntas sobre embarazos (Por favor tenga en cuenta todos los embarazos no importa cual haya sido su término)

1. ¿Cuántos embarazos ha tenido después del niño/a INMA?

(Marcar la casilla que proceda y si la respuesta es ninguno, pasar a la siguiente sección)

Ninguno 1 2 3 Más de 3

2. ¿Alguno de estos embarazos ha acabado en aborto?

No Sí ¿Cuántos? _____

3. ¿Ha tenido en algún embarazo un recién nacido muerto?

No Sí ¿Cuántos? _____

4. ¿Está usted embarazada en la actualidad?

No Sí Fecha última regla ___/___/_____

5. ¿Ha variado su forma de comer habitual por esta causa?

No Come más Come menos Come distinto Ns/nc

6. ¿Está Ud. dando pecho actualmente?

No Sí

Preguntas sobre problemas de salud

1. ¿Algún médico le ha diagnosticado a usted algún problema de tiroides? No Sí Fecha Diagnóstico(mas/año) ___/___/_____

(Si responde sí, indicar tipo de problema _____ y si se trata No Sí (tipo tratamiento _____)

2. ¿Algún médico le ha diagnosticado a usted, al padre de su hijo o a alguno de sus otros hijos problemas alérgicos desde su embarazo del niño/a INMA?

	<u>MADRE</u>	<u>PADRE</u>	<u>HIJOS</u>	<u>¿En cuantos hijos?</u>
A1. Asma alérgico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A2. Dermatitis Atópica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A3. Eccema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A4. Rinitis Alérgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A5. Otras (especificar _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Muchas gracias por sus respuestas. Remitir el Cuestionario a: