|  |
| --- |
| Encuestador/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***Fase 14-15 años*****1. Cuestionario INMA para PADRES sobre el/la ADOLESCENTE**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estimada madre o padre,Queremos agradecerte tu decisión de participar en este estudio. A continuación, te vamos a hacer una serie de preguntas. Algunas respuestas las vas a tener que escribir, mientras que otras son de tipo opción (algunas de una sola opción y otras de múltiples opciones). Preferiblemente el cuestionario tiene que ser rellenado por la madre, padre o tutor legal del niño/a. Somos conscientes que algunas preguntas las hemos preguntado en anteriores visitas, pero nos interesa saber si ha habido cambios respecto el seguimiento anterior. El cuestionario dura aproximadamente 25 minutos. Si tienes cualquier duda puede preguntar al personal del equipo de investigación.**De nuevo, ¡muchas gracias!** |
| **INFORMACIÓN GENERAL** |
| **1. ¿Cuál es tu relación con el niño/a que participa en el estudio?**  | 🞎 Madre |
| 🞎 Padre |
| 🞎 Tutor legal |
| 🞎 Otro, especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **2. Nombre del colegio al que asiste su hijo/a** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |

1. **INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO/A**

**ENFERMEDADES CRÓNICAS**

|  |
| --- |
| **3. Indica si tu hijo/a padece o ha padecido alguna vez alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud:** |
|  | **¿Ha sido diagnosticado por un médico de padecer la enfermedad?** |
| 1. **Diabetes**
 | 🞎 No🞎 Sí🡪 Indica la edad del diagnóstico\*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞎 No sabe / No contesta |
| 1. **Colesterol elevado**
 | 🞎 No🞎 Sí🡪 Indica la edad del diagnóstico\*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞎 No sabe / No contesta |
| 1. **Enfermedades del corazón**
 | 🞎 No🞎 Sí🡪 Indica la edad del diagnóstico\*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞎 No sabe / No contesta |
| 1. **Enfermedad digestiva crónica (ej. diarrea crónica, úlcera, hepatitis)**
 | 🞎 No🞎 Sí🡪 Indica la edad del diagnóstico\*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞎 No sabe / No contesta |
| 1. **Enfermedad renal (ej. insuficiencia renal, síndrome nefrótico)**
 | 🞎 No🞎 Sí🡪 Indica la edad del diagnóstico\*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞎 No sabe / No contesta |
| 1. **Trastorno de los huesos y/o articulaciones y/o musculares**
 | 🞎 No🞎 Sí🡪 Indica la edad del diagnóstico\*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞎 No sabe / No contesta |
| 1. **Problema hormonal**

**g.1. Hipotiroidismo****g.2. Hipertiroidismo****g.3. Pubertad precoz****g.4. Pubertad tardía** | 🞎 No🞎 Sí🡪 Indica el problema hormonal y la edad del diagnóstico\*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞎 No sabe / No contesta |
| 1. **Otros: (larga evolución, no resfriados, gripe, etc)**
 | 🞎 No🞎 Sí🡪 Indica la enfermedad y la edad del diagnóstico\*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞎 No sabe / No contesta |
| *\*(Edad de tu hijo/a cuando se le diagnosticó la enfermedad)* |

**ASMA Y ALERGIAS**

**ASMA**

|  |  |
| --- | --- |
| **4. ¿Ha tenido tu hijo/a pitos o silbidos en el pecho en los últimos 12 meses?** | 🞎 No 🞎 Sí🞎 No sabe / No contesta |
| **5. ¿Cuántos ataques de pitos o silbidos ha tenido tu hijo/a en los 12 últimos meses?** | 🞎 Ninguno🞎 De 1 a 3🞎 De 4 a 12🞎 Más de 12🞎 No sabe / No contesta |
| **6. ¿Alguna vez un médico ha diagnosticado a tu hijo/a de tener asma?** | 🞎 No🞎 Sí🞎 No sabe / No contesta |
| **7. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia, de promedio, se ha despertado tu hijo/a debido a pitos o silbidos en el pecho?** | 🞎 Nunca se ha despertado con pitos🞎 Menos de una noche a la semana🞎 Una o más noches por semana🞎 No sabe / No contesta |
| **8. En los últimos 12 meses, ¿han sido alguna vez los pitos tan importantes como para que cada una o dos palabras tu hijo/a haya tenido que parar para respirar?**  | 🞎 No🞎 Sí🞎 No sabe / No contesta |
| **9. En los últimos 12 meses, ¿has notado pitos o silbidos o dificultades respiratorias en el pecho de tu hijo/a al respirar durante o después de hacer ejercicio?** | 🞎 No🞎 Sí🞎 No sabe / No contesta |
| **10. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido tu hijo/a tos seca durante la noche sin estar resfriado ni tener infección en el pecho?** | 🞎 No🞎 Sí🞎 No sabe / No contesta |
| **11. ¿Ha tomado tu hijo/a alguna medicación para el asma o por dificultades respiratorias (pitos/silbidos en el pecho, opresión en el pecho, dificultad para respirar) durante los últimos 12 meses?** | 🞎 No 🡪 ve a la pregunta 12🞎 Sí🞎 No sabe / No contesta 🡪 ve a la pregunta 12 |
| **11.1. En caso afirmativo, ¿han sido medicamentos con receta médica?** | 🞎 No 🞎 Sí 🡪 En caso afirmativo, ¿cuáles? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Si tu hijo/a ha tomado corticoides orales (en pastillas), ¿los tomó al menos durante 3 días seguidos? 🞎 No 🞎 Sí 🞎 No sabe / No contesta🞎 No sabe / No contesta |
| **11.2. En caso afirmativo, ¿han sido medicamentos sin receta médica?** | 🞎 No🞎 Sí 🡪 En caso afirmativo, ¿cuáles? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞎 No sabe / No contesta |
| **12. ¿Con qué frecuencia tuviste que llamar o ir al médico o al hospital con tu hijo/a urgentemente debido a dificultades respiratorias (pitos/silbidos en el pecho, opresión en el pecho, dificultad para respirar) en los 12 últimos meses?***(Si la respuesta es nunca, poner 0)* | Número:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**RINITIS**

|  |  |
| --- | --- |
| **13. En los últimos 12 meses, tu hijo/a ¿ha tenido alguna vez problemas de estornudos, nariz tapada o mocosa SIN estar resfriado ni con gripe?** | 🞎 No 🡪 ve a la pregunta 14🞎 Sí🞎 No sabe / No contesta 🡪 ve a la pregunta 14 |
| **13.1. En caso afirmativo, por favor, indique cuáles de los siguientes síntomas ha tenido tu hijo en los últimos 12 meses SIN estar resfriado ni con gripe (puede señalar varias respuestas).** *Por favor, marca todos los síntomas que haya tenido:* | Estornudos 🞎 Sí 🞎 No 🞎 NS/NCNariz mocosa 🞎 Sí 🞎 No 🞎 NS/NC Nariz tapada 🞎 Sí 🞎 No 🞎 NS/NC |
| **13.2. En caso afirmativo, en los últimos 12 meses, este problema de nariz, ¿se ha acompañado de picor y lagrimeo en los ojos?** | 🞎 No🞎 Sí🞎 No sabe / No contesta |
| **14. En los últimos 12 meses, tu hijo/a ¿ha tenido problemas con la nariz o los ojos (sin estar resfriado) relacionado con alguna de las siguientes sustancias? (puedes señalar varias respuestas).** *Por favor, marca todas las sustancias implicadas:* | a. Animales, polvo, ácaros 🞎 Sí 🞎 No 🞎 NS/NCb. Hierba, árboles, flores 🞎 Sí 🞎 No 🞎 NS/NCc. Humo de tabaco 🞎 Sí 🞎 No 🞎 NS/NCd. Polvo de casa 🞎 Sí 🞎 No 🞎 NS/NCe. Contaminantes del aire (p.e. humos de coches, vapores, humos, spray, productos de limpieza, olores fuertes) 🞎 Sí 🞎 No 🞎 NS/NC f. Otros, especifica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ g. No sabe / No contesta |
| **15. ¿Ha tomado tu hijo/a medicación para la alergia nasal/fiebre del heno/rinitis alérgica en los últimos 12 meses?** | 🞎 No 🡪 ve a la pregunta 16🞎 Sí🞎 No sabe / No contesta 🡪 ve a la pregunta 16 |
| **15.1. ¿Medicamentos con receta médica?** | 🞎 No🞎 Sí 🡪 En caso afirmativo, ¿cuáles? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞎 No sabe / No contesta |
| **15.2. ¿Medicamentos sin receta médica?** | 🞎 No🞎 Sí 🡪 En caso afirmativo, ¿cuáles? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞎 No sabe / No contesta |
| **16. ¿Le han puesto a tu hijo/a alguna vez inyecciones especiales para la alergia (‘vacunas para la alergia’, inmunoterapia, hiposensibilización, desensibilización, gotas o tabletas sublinguales)?** | 🞎 No 🡪 ve a la pregunta 17🞎 Sí🞎 No sabe / No contesta 🡪 ve a la pregunta 17 |
| **16.1. En caso afirmativo:** | - El primer tratamiento empezó a los \_\_\_\_\_\_ años y terminó a los \_\_\_\_\_\_ años; 🞎 Para qué alérgeno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  🞎 No lo sé- El segundo tratamiento empezó a los \_\_\_\_\_\_ años y terminó a los \_\_\_\_\_\_ años; 🞎 Para qué alérgeno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  🞎 No lo sé- El tercer tratamiento empezó a los \_\_\_\_\_\_ años y terminó a los \_\_\_\_\_\_ años; 🞎 Para qué alérgeno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  🞎 No lo sé |
| **17. ¿Ha sido su hijo/a alguna vez diagnosticado por un médico de tener rinitis alérgica (rinitis debido al gato, polvo…) o rinitis alérgica estacional (rinitis al polen)?** | 🞎 No 🞎 Sí🞎 No sabe / No contesta |

**ECZEMA - DERMATITIS ATÓPICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **18. ¿Ha tenido tu hijo/a la piel seca en los últimos 12 meses?** | 🞎 No🞎 Sí🞎 No sabe / No contesta |
| **19. ¿Ha tenido tu hijo/a alguna erupción cutánea o sarpullido con picazón que iba y venía de manera intermitente en los últimos 12 meses?** | 🞎 No 🡪 ve a la pregunta 20🞎 Sí🞎 No sabe / No contesta 🡪 ve a la pregunta 20 |
| **19.1. ¿Ha afectado esta erupción con picor alguna vez alguno de los siguientes lugares? (Puedes marcar varias respuestas)** *Por favor, señala todas las localizaciones que correspondan:* | 🞎 Los pliegues de los codos🞎 Detrás de las rodillas🞎 Delante de los tobillos🞎 Debajo de las nalgas🞎 Alrededor del cuello, las orejas o la cara🞎 En otro/s sitios, especifica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎 No sabe / No contesta |
| **19.2. Esta erupción, ¿ha desaparecido por completo en algún momento durante los últimos 12 meses?** | 🞎 No🞎 Sí🞎 No sabe / No contesta |
| **20. Tu hijo/a, ¿ha sido diagnosticado alguna vez por un médico de eczema, dermatitis atópica o neurodermatitis?** | 🞎 No🞎 Sí🞎 No sabe / No contesta |
| **21. En los 12 últimos meses, ¿con qué frecuencia, de promedio, ha estado tu hijo/a despierto por la noche por culpa de esta erupción con picor?** | 🞎 Nunca en los últimos 12 meses 🞎 Menos de una noche por semana 🞎 Una o más noches por semana🞎 No sabe / No contesta |
| **22. ¿Ha tenido tu hijo/a alguna vez eczema en las manos (lesiones con picor, ampollas, erupciones, sarpullidos)?** | 🞎 No 🡪 ve a la pregunta 23🞎 Sí🞎 No sabe / No contesta 🡪 ve a la pregunta 23 |
| **22.1. En caso afirmativo, ¿a qué edad lo tuvo por primera vez?**  | \_\_\_\_ años🞎 No sabe / No contesta |
| **23. ¿Ha tenido tu hijo/a alguna vez eczema después de tener contacto con alguna de las siguientes sustancias? (Puedes elegir varias respuestas).** *Por favor marca todas las sustancias que le hayan provocado eczema:* | 🞎 Objetos metálicos (p.e. botones, hebilla, cremallera, cinturón, reloj o correa de reloj, gafas o gafas de sol, clips para el pelo, teléfono móvil, auriculares). Por favor, especifica:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞎 Bisutería (pendientes, anillos)🞎 Colorantes🞎 Productos de cosmética, perfumes o fragancias🞎 Champú o acondicionador🞎 Jabón🞎 Ropa🞎 Látex, goma, plásticos (guantes de goma/plástico, globos)🞎 Otros materiales. Por favor, especifica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞎 No, con ningún material🞎 No sabe / No contesta |

**REACCIONES ALÉRGICAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **24. ¿Ha tenido tu hijo/a una o varias reacciones anormales tras comer un alimento en particular?** | 🞎 No 🞎 Sí 🡪 por favor marca los alimentos que le han provocado una o varias reacciones anormales en la tabla.🞎 No sabe / No contesta |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Alimento** | **¿Qué edad tenía su hijo/a cuando se produjo por primera vez la reacción alérgica a este alimento?** | **¿Tiene su hijo/a todavía esta reacción alérgica cuando toma ese alimento?** | **¿Ha sido esta reacción a los alimentos diagnosticada por un médico?** |
| 24a) Leche de vaca | \_\_\_\_ años | ◻ Sí◻ No◻ No sabe | ◻ Sí◻ No◻ No sabe |
| 24b) Huevo de gallina | \_\_\_\_ años | ◻ Sí◻ No◻ No sabe | ◻ Sí◻ No◻ No sabe |
| 24c) Trigo | \_\_\_\_ años | ◻ Sí◻ No◻ No sabe | ◻ Sí◻ No◻ No sabe |
| 24d) Bacalao | \_\_\_\_ años | ◻ Sí◻ No◻ No sabe | ◻ Sí◻ No◻ No sabe |
| 24e) Soja | \_\_\_\_ años | ◻ Sí◻ No◻ No sabe | ◻ Sí◻ No◻ No sabe |
| 24f) Cacahuetes | \_\_\_\_ años | ◻ Sí◻ No◻ No sabe | ◻ Sí◻ No◻ No sabe |
| 24g) Otro alimento  | \_\_\_\_ años | ◻ Sí◻ No◻ No sabe | ◻ Sí◻ No◻ No sabe |

|  |  |
| --- | --- |
| **25. ¿Ha tenido tu hijo/a una o varias reacciones alérgicas (*exceptuando la alergia alimentaria*)?** | 🞎 No 🞎 Sí 🡪 por favor completa la tabla.🞎 No sabe / No contesta |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de alergia** | **¿Qué edad tenía su hijo/a cuando se produjo por primera vez la reacción alérgica?** | **¿Tiene su hijo/a todavía esta reacción alérgica?** | **¿Ha sido esta reacción diagnosticada por un médico?** |
| 25a) Alergia a las mascotas  | \_\_\_\_ años | ◻ Sí◻ No◻ No sabe | ◻ Sí◻ No◻ No sabe |
| 25b) Alergia al polen  | \_\_\_\_ años | ◻ Sí◻ No◻ No sabe | ◻ Sí◻ No◻ No sabe |
| 25c) Alergia a los ácaros del polvo | \_\_\_\_ años | ◻ Sí◻ No◻ No sabe | ◻ Sí◻ No◻ No sabe |
| 25d) Alergia farmacológica | \_\_\_\_ años | ◻ Sí◻ No◻ No sabe | ◻ Sí◻ No◻ No sabe |
| 25e) Alergia a la picadura de insectos | \_\_\_\_ años | ◻ Sí◻ No◻ No sabe | ◻ Sí◻ No◻ No sabe |
| 25f) Alergia al moho | \_\_\_\_ años | ◻ Sí◻ No◻ No sabe | ◻ Sí◻ No◻ No sabe |
| 25g) Alergia al látex | \_\_\_\_ años | ◻ Sí◻ No◻ No sabe | ◻ Sí◻ No◻ No sabe |
| 25h) Otros. Especificar: | \_\_\_\_ años | ◻ Sí◻ No◻ No sabe | ◻ Sí◻ No◻ No sabe |

**MEDICAMENTOS**

|  |
| --- |
| **26. ¿Ha tomado tu hijo/a antibióticos u otros medicamentos en los últimos 12 meses?**  |
|  🞎 No 🞎 Sí 🡪**26a.** Especifica cuál/es: 🞎 No sabe / No contesta |
| **Medicamento** | **Motivo / Enfermedad** | **Duración del tratamiento** (días, semanas o meses) | **Frecuencia** (veces por día, semana o mes) | **Fecha fin** (mes) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **27. ¿Ha recibido tu hijo/a alguna vacuna en los últimos 12 meses?** |
|  🞎 No 🞎 Sí 🡪**27a.** Especifica cuál/es: 🞎 No sabe / No contesta |
|  Tipo de vacuna: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de administración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  Tipo de vacuna: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de administración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  Tipo de vacuna: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de administración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ESCALA DE ALTERACIONES DEL SUEÑO EN LA INFANCIA DE BRUNI (SDSC)**

*Las siguientes preguntas están relacionadas con las costumbres del sueño en tu hijo/a. Trata de recordar lo sucedido en los* ***ÚLTIMOS SEIS MESES*** *de la manera más precisa para la mayor parte de los días y noches. Responde todas las preguntas.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **28. Tu hijo/a…** | **Nunca** | **Ocasional-mente** **(1-2 veces/ mes)** | **Algunas veces** **(1-2 veces/ semana)** | **A menudo (3-5 veces/ semana)** | **Siempre (diaria-mente)** |
| a. Se va a la cama de mal humor | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| b. Tiene dificultad para coger el sueño por la noche | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| c. Parece ansioso o miedoso cuando se queda dormido | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| d. Sacude o agita partes del cuerpo al dormirse | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| e. Realiza acciones repetitivas tales como dar cabezazos o movimientos bruscos con la cabeza al dormirse | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| f. Tiene la sensación de estar soñando al empezar a dormirse | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| g. Suda excesivamente cuando se está durmiendo | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| h. Se despierta más de dos veces cada noche | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| i. Después de despertarse por la noche le cuesta dormirse | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| j. Tiene tirones o sacudidas de las piernas mientras duerme, cambia a menudo de posición o da “patadas” a la ropa de cama | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| k. Tiene dificultades para respirar durante la noche | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| l. Respira con dificultad o no puede respirar mientras duerme | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| m. Ronca | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| n. Suda excesivamente durante la noche | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| o. Camina dormido | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| p. Habla dormido | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| q. Rechina los dientes cuando está dormido | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| r. Se despierta con un chillido o confundido de forma que aparentemente no le reconoce, y no recuerda nada al día siguiente | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| s. Tiene pesadillas que no recuerda al día siguiente | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| t. Es difícil despertarlo por la mañana | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| u. Al despertarse por la mañana parece cansado | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| v. Parece que no se pueda mover al despertarse por la mañana | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| w. Tiene somnolencia diurna | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| x. Se duerme de repente en determinadas situaciones | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

**ACTIVIDAD FÍSICA**

**29. Globalmente, considerando toda su actividad física: ¿cómo consideras a tu hijo/a?**

🞎 **Sedentario/a:** sentado casi siempre, sin práctica de actividad física o deportes.

🞎 **Poco activo/a:** actividades sentadas, escasa actividad o deportes.

🞎 **Moderadamente activo/a:** poco tiempo sentado, ligera actividad o deportes.

🞎 **Bastante activo/a:** casi siempre de pie, frecuente actividad o deportes.

🞎 **Muy activo/a:** siempre de pie/moviéndose, intensa actividad o deportes a diario.

 🞎 **No sabe / No contesta**

1. **INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA Y LA VIVIENDA**

**ECONOMIA FAMILIAR**

**CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DEL HOGAR Y DE SUS MIEMBROS**

**30. Actualmente, ¿Cuántas personas conviven con tu hijo/a?** I\_\_II\_\_I

|  |
| --- |
| **31. Indica la edad de las personas que conviven con tu hijo/a** |
| a. Madre | I\_\_II\_\_I | f. Abuelo | I\_\_II\_\_I |
| b. Padre | I\_\_II\_\_I | g. Abuela | I\_\_II\_\_I |
| c. Hermano 1 | I\_\_II\_\_I | h. Pareja de la madre | I\_\_II\_\_I |
| d. Hermano 2 | I\_\_II\_\_I | i. Pareja del padre | I\_\_II\_\_I |
| e. Hermano 3 | I\_\_II\_\_I | j. Otro/a, ¿quién?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | I\_\_II\_\_I |

**ACTIVIDAD Y EMPLEO**

|  |
| --- |
| **32. En los últimos 12 meses, ¿habéis realizado alguna actividad laboral remunerada los miembros del hogar?** |
| 🞎 Sí🞎 No 🡪 ve a la pregunta 34🞎 No sabe / No contesta 🡪 ve a la pregunta 34 |
| **33. En total, ¿durante cuánto tiempo habéis trabajado en los últimos 12 meses?** *Indica el número de meses y número aproximado de horas trabajadas por semana. Si el tiempo trabajado es inferior a 1 mes, se contabiliza como un mes trabajado. Cuando no son meses completos se redondea de la misma manera que se hace con los decimales.* |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Número de meses trabajados** | **Número medio de horas trabajadas por semana (máximo 40)** |
| a. Madre |  |    |
| b. Padre |  |    |
| c. Hermano 1 (No incluir si es menor de edad o estudiante de menos de 24 años) |  |    |
| d. Hermano 2 (No incluir si es menor de edad o estudiante de menos de 24 años) |  |    |
| e. Hermano 3 (No incluir si es menor de edad o estudiante de menos de 24 años) |     |    |
| f. Abuelo |     |    |
| g. Abuela |     |    |
| h. Pareja de la madre |     |    |
| i. Pareja del padre |     |    |
| j. Otro 1 |     |    |
| k. Otro 2 |     |    |

 |

**INGRESOS ECONÓMICOS DEL HOGAR**

***Instrucciones:*** *A continuación, responde por favor por todos los ingresos de los miembros de tu hogar independientemente de su edad.* ***Recordaros que esta información es estrictamente confidencial y que se analizarán los datos anónimamente en todo momento.***

|  |
| --- |
| **34. Teniendo en cuenta TODOS los ingresos que se listan a continuación, en el año 2020 los INGRESOS ANUALES NETOS de la familia fueron** |
| Total familiar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€*SUMAR LAS CANTIDADES ANUALES DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR CORRESPONDIENTES A:** Renta neta de los salarios (incluir pagas extras)
* Renta neta de los trabajadores por cuenta propia
* Ingresos netos derivados de una empresa propia
* Intereses, dividendos y ganancias netas de inversiones de capital
* Ingresos netos derivados de cursos, conferencias o similares de carácter puntual.
* Renta neta procedente de propiedades (alquiler de una propiedad o terreno)
* Prestaciones sociales netas:

desempleo, ayudas por cursos de formación profesionaljubilación, prejubilación viudedad, orfandadenfermedad, invalidez, dependenciaayudas por familia e hijos, ayudas al estudio, ayuda por viviendaexclusión social, Renta de Garantía de Ingresos * Transferencia periódica monetaria percibida de otro hogar
* Pensión alimenticia del cónyuge o progenitor
* Lotería u otros premios
* Devolución de hacienda
* Otras ayudas económicas (Cáritas, Cruz Roja…)

Tabla orienativa:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **€/mes** | **€/año** | **€/mes** | **€/año** | **€/mes** | **€/año** |
| Menos de 107€ | Menos de 1499€ | 644€ - 786€ | 9,000€ - 10,999€ | 2,072€ - 2,286€ | 29,000€ - 31,999€ |
| 108€ - 164€ | 1500€ - 2299€ | 787€ - 1,000€ | 11,000€ - 13,999€ | 2,287€ - 3,000€ | 32,000€ - 41,999€ |
| 165€ - 243€ | 2300€ - 3399€ | 1,001€ - 1,214€ | 14,000€ - 16,999€ | 3,001€ - 3,714€ | 42,000€ - 51,999€ |
| 244€ - 329€ | 3400€ - 4599€ | 1,215€ - 1,429€ | 17,000€ - 19,999€ | 3,715€ - 4,429€ | 52,000€ - 61,999€ |
| 330€ - 414€ | 4600€ - 5799€ | 1,430€ - 1,643€ | 20,000€ - 22,999€ | 4,430€ - 5,143€ | 62,000€ - 71,999€ |
| 415€ - 521€ | 5800€ - 7299€ | 1,644€ - 1,857€ | 23,000€ - 25,999€ | 5,144€ - 5,857€ | 72,000€ - 81,999€ |
| 522€ - 643€ | 7300€ - 8999€ | 1,858€ - 2,071€ | 26,000€ - 28,999€ | más de 5,857€ | más de 82,000€ |

 |
| **35. Señala por favor si la realidad de tu hogar se ajusta a los recursos y situaciones del siguiente listado:** |
|  | **Sí, es correcto** | **No, es incorrecto** |
| 1. No tienes retrasos en el pago del alquiler, hipoteca, recibos relacionados con la vivienda o compras a plazos
 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Mantienes la vivienda con una temperatura adecuada durante los meses fríos
 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Haces frente a gastos imprevistos
 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Coméis carne, pollo o pescado cada dos días
 | 🞎 | 🞎 |
| 1. La familia se va de vacaciones fuera de casa al menos una semana al año
 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Tenéis una lavadora
 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Tenéis una televisión a color
 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Tenéis un teléfono
 | 🞎 | 🞎 |

**CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Las siguientes preguntas se refieren a la casa en la que tu hijo/a vive actualmente. Si tu hijo/a vive en diferentes casas al mismo tiempo, por favor contesta las preguntas pensando en la casa en la que tu hijo/a pasa la mayor parte del tiempo.***36. ¿Has cambiado de domicilio desde la última visita?**🞎 Sí🡪 Fecha de cambio: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ 🞎 No 🡪 Pasa a la pregunta 47🞎 No sabe / no contesta 🡪 Pasa a la pregunta 47

|  |
| --- |
| **CASA ACTUAL** |
| **Dirección actual:**  |
| **Calle:** | **Nº** | **Puerta** |
| **Municipio:** | **CP:**  |
| **Teléfono casa:** | **Teléfono trabajo:**  |
| **Teléfono móvil:** |
| **Correo electrónico:** |
| **Nº teléfono posibles contactos (familiares, amigos, etc):** |
| **Parentesco: Teléfono fijo: Móvil:** |

 |
|  |  |
| **37. ¿Cómo describirías tu vivienda?**  | 🞎 Una vivienda unifamiliar separada de otras casas.🞎 Una vivienda unifamiliar junto a una o más casas (casa de pueblo, adosado…)🞎 Un piso (en un edificio de viviendas) 🡪 ve a la pregunta 40🞎 Otros. Especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🡪 ve a la pregunta 40🞎 No sabe / No contesta |
| **38. ¿En qué piso-altura se encuentra tu vivienda?** *(marca 0 si es planta baja)* **|\_\_|\_\_|** |
| **39. ¿En qué piso está la habitación de tu hijo/a?** *(marca 0 si es planta baja)* **|\_\_|\_\_|** |
| **40. nº de habitaciones de tu casa** *(sin contar cocina y baños)***: |\_\_|\_\_|** |
| **Cocina, Calefacción y Calentador de agua** |
| **41. ¿Tienes extractor encima de los fogones de la cocina?**🞎 No 🞎 Sí 🡪**41a**. **Cuando cocinas, ¿utilizas el extractor?**🞎 Siempre🞎 A veces🞎 Nunca🞎 No sabe / No contesta🞎 No sabe / No contesta  |
| **42. ¿Qué tipo de horno tienes?**🞎 Gas🞎 Eléctrico🞎 Otro. Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞎 No sabe / No contesta  |
| **43. ¿Qué tipo de fogón tienes?**🞎 Gas🞎 Eléctrico🞎 Otro. Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞎 No sabe / No contesta |
| **43a. Si tienes fogón de gas, ¿Cuántos minutos al día, en promedio, cocinas con fogón de gas?** 🞎 Menos de 30 minutos🞎 De 30 minutos a una hora🞎 De 1 a 2 horas🞎 Más de 2 horas🞎 No sabe / No contesta |
| **44. ¿Tienes calefacción central en casa?**🞎 Sí🞎 No🞎 No sabe / No contesta  |
| **45. ¿Qué tipo de caldera de agua central tienes en casa? (para agua caliente y/o calefacción central)** *Marca todas las que correspondan.*🞎 No tiene caldera de agua central🞎 Gas🞎 Eléctrica🞎 Otro. Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞎 No sabe / No contesta  |
| **46. ¿Tienes aire acondicionado en tu vivienda actualmente?**🞎 Sí🞎 No 🞎 No sabe / No contesta **\_\_\_\_\_\_\_** |
| **47. ¿En los alrededores de tu residencia hay algún lugar con invernaderos para cultivos agrícolas?**🞎 Sí 🞎 No🞎 No sabe / No contesta  |
| **47a. En caso afirmativo, ¿A qué distancia?**🞎 Lejos (>200 m) 🞎 Medio (100-200 m) 🞎 Cerca (50-100 m) 🞎 Muy cerca (<50 m)🞎 No sabe / No contesta  |
| **48. ¿En los alrededores de tu residencia hay alguna zona con actividad agrícola** *(campos cultivados)***?**🞎 Sí 🞎 No🞎 No sabe / No contesta  |
| **48a. En caso afirmativo, ¿A qué distancia?**🞎 Lejos (>200 m) 🞎 Medio (100-200 m) 🞎 Cerca (50-100 m) 🞎 Muy cerca (<50 m)🞎 No sabe / No contesta  |
| **49. ¿Consideras que tu casa tiene humedades?**🞎 Sí 🞎 No 🞎 No sabe / No contesta   |
| **50. ¿Hay moho o manchas de moho en tu vivienda?**🞎 Sí 🞎 No 🡪 ve a la pregunta 52 🞎 No sabe / No contesta 🡪 ve a la pregunta 52  |
| **51. En caso afirmativo, ¿En qué habitaciones de la casa?**🞎 Dormitorio de tu hijo/a🞎 Desván🞎 Sótano🞎 Resto de la casa🞎 No sabe / No contesta  |
| **52. ¿Qué luminosidad tiene la habitación de tu hijo/a mientras duerme por la noche?**🞎 Totalmente oscura🞎 Casi totalmente oscura🞎 Tenue🞎 Bastante iluminada🞎 No sabe / No contesta  |
| **RUIDO** |
| **53. El dormitorio de tu hijo/a, ¿tiene alguna de las siguientes protecciones en la ventana? (marca todos los que correspondan)**🞎 Persianas🞎 Porticones (batiente de madera en la ventana)🞎 Doble ventana (una ventana interior y una exterior)🞎 Otros, cuál/es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞎 Ninguna protección🞎 No sabe / No contesta  |
| **54. ¿El dormitorio de tu hijo/a da a una calle?**🞎 No, no da a ninguna calle, da a un patio interior🞎 Sí, da directamente a una calle🞎 Sí, da lateralmente a una calle (Si miras por la ventana no hay ninguna calle enfrente, la calle pasa por la esquina de la derecha o de la izquierda)🞎 No sabe / No contesta **54a. Si da directamente o lateralmente a una calle, ¿cuál es el nombre de la calle?**🞎 Es la misma dirección postal de la vivienda.🞎 Es diferente a la dirección postal de la vivienda🡪 ¿Cuál es el nombre de la calle? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎 No sabe / No contesta  |
| **55. Pensando en los últimos 12 meses, durante las horas habituales de sueño de tu hijo/a y excluyendo la siesta, ¿con qué frecuencia se cierran las ventanas de su dormitorio?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Durante….** | **Siempre** | **A menudo** | **Raramente** | **Nunca** | **No sabe / No contesta** |
| **a) …el verano** | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| **b) …el invierno** | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| **c) …la primavera** | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| **d) …el otoño** | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

 |
| **ANIMALES** |
| **56. ¿Has tenido animales domésticos en los últimos 12 meses?**🞎 Sí 🡪 cumplimentar la tabla🞎 No🞎 No sabe / No contesta

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Número de aquellos que tienes o has tenido en los últimos 12 meses** |
| **a) Perro/s** | 🞎 Sí 🞎 No |  |
| **b) Gato/s** | 🞎 Sí 🞎 No |  |
| **c) Otros (especifica)** | 🞎 Sí 🞎 No |  |

 |
| **USO DE PESTICIDAS EN LA VIVIENDA** |
| **57. Tu casa, ¿Tiene jardín, huerto o corral con plantas?** *(no incluir balcones o terrazas)* 🞎 Sí 🞎 No 🡪 ve a la pregunta 59🞎 No sabe / No contesta 🡪 ve a la pregunta 59 |
| **58. ¿Se fumigan las plantas con insecticidas u otros productos plaguicidas?** 🞎 Sí🞎 No 🡪 pasa a la pregunta 59🞎 No sabe / No contesta 🡪 pasa a la pregunta 59 |
| **58a. ¿Con qué frecuencia?**🞎 Todos los meses🞎 Cada 2-3 meses🞎 3 meses al año🞎 Ocasionalmente🞎 No sabe / No contesta |
| **58b. ¿Guardáis los productos plaguicidas** *(insecticidas, herbicidas, etc)* **en casa?**🞎 Sí🞎 No🞎 No sabe / No contesta |
| **59. En los últimos 12 meses, ¿Has utilizado insecticidas o productos para ahuyentar mosquitos, cucarachas, hormigas, etc. en el interior de tu casa?** *(incluye balcones o terrazas)*🞎 Sí🞎 No 🡪 ve a la pregunta 60🞎 No sabe / No contesta 🡪 ve a la pregunta 60 |
|  **59a. ¿Qué tipo de insecticida utilizas** *(puede señalar más de uno)* **y con qué frecuencia?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Frecuencia** | **Dormitorio niño/a** | **Resto de la casa** |
| **a. Sprays insecticidas** | 🞎**Todo el año**🞎**De manera estacional** 🞎**Esporádicamente**🞎**Nunca** | 🞎🞎🞎🞎 | 🞎🞎🞎🞎 |
| **b. Dispositivo químico de enchufe (pastilla, líquido,...)** | 🞎**Todo el año**🞎**De manera estacional** 🞎**Esporádicamente**🞎**Nunca** | 🞎🞎🞎🞎 | 🞎🞎🞎🞎 |
| **c. Trampas con producto químico (ej. para las cucarachas)** | 🞎**Todo el año**🞎**De manera estacional** 🞎**Esporádicamente**🞎**Nunca** | 🞎🞎🞎🞎 | 🞎🞎🞎🞎 |
| **d. Polvos insecticidas** | 🞎**Todo el año**🞎**De manera estacional** 🞎**Esporádicamente**🞎**Nunca** | 🞎🞎🞎🞎 | 🞎🞎🞎🞎 |
| **e. Otros. Especificar:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | 🞎**Todo el año**🞎**De manera estacional** 🞎**Esporádicamente**🞎**Nunca** | 🞎🞎🞎🞎 | 🞎🞎🞎🞎 |

 |
| **60. En los últimos 12 meses, ¿Has contratado el servicio de profesionales para combatir alguna plaga en tu domicilio?**🞎 Sí🞎 No 🡪 pasa a la pregunta 61🞎 No sabe / No contesta 🡪 pasa a la pregunta 61 |
| **60a. ¿Con qué frecuencia un profesional aplica productos en el domicilio para combatir plagas?**🞎 Todo el año🞎 De manera estacional🞎 Esporádicamente🞎 No sabe / No contesta |

**ACCESO A ESPACIOS VERDES**

|  |
| --- |
| **61. En una semana normal, durante los últimos 12 meses, en promedio ¿Cuántas horas del tiempo libre de tu hijo/a los pasa en los siguientes espacios verdes?** |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Periodo escolar****Horas/semana** | **Vacaciones de verano****Horas/semana** |
| **a) Parques** |  |  |
| **b) Bosques / Parques nacionales / Otros espacios verdes naturales** |  |  |
| **c) Campos de agricultura / Jardines** |  |  |
| **d) Lagos / Riberas / Playas** |  |  |

 |

**ESCALA DE MEDIACIÓN PARENTAL**

**62. A continuación, encontrara una serie de afirmaciones sobre la forma que se regula la forma y el uso que su hijo/a realiza sobre el móvil e internet. Recuerde que internet se puede usar en el ordenador, Tablet o en el teléfono móvil.**

Por favor índice con qué frecuencia ha realizado las siguientes acciones teniendo en cuenta la siguiente escala

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nunca** | **Algunas veces** | **Bastantes veces** | **Siempre** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Le he puesto reglas sobre los sitios web que puede o no puede visitar.
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Reviso lo que hace en Internet
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Participo en actividades online con mi hijo.
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Le dejo descargar archivos/aplicaciones sin pedirme permiso.
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Controlo los grupos (ej. WhatsApp) en las que participa o redes sociales a las que pertenece
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. He puesto reglas sobre el tipo de información personal que puede o no puede compartir con otras personas a través de Internet.
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. He limitado el tiempo que puede utilizar el móvil o Internet
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Hablo con mi hijo sobre los riesgos de compartir información en Internet.
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Estoy con mi hijo cuando navega en Internet
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Recomiendo a mi hijo sitios web para visitar.
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Ayudo y aconsejo a mi hijo cuando utiliza Internet.
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Le dejo registrarse en sitios web sin pedirme permiso
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Controlo el tiempo que está en Internet (incluso en el móvil, Tablet u ordenador)
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Hablo con mi hijo sobre los beneficios de utilizar Internet.
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Vigilo y controlo los programas o aplicaciones que instala o descargar en su ordenador o móvil.
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Controlo las páginas web que visita.
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Le permito compartir información personal en Internet.
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Me quedo cerca mientras está conectado
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Le dejo hacer compras por Internet
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Le permito jugar online con otras personas
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. He instalado algún programa o aplicación que le impide usar ciertas páginas webs, programas o descargar algunos contenidos
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Le dejo entrar en chats
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. He hablado con el/ella sobre los riesgos de Internet
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Le permito utilizar aplicaciones de mensajería como WhatsApp o Telegram.
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Miro la pantalla del ordenador/tablet cuando está conectado
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. He puesto reglas sobre las aplicaciones (Apps) que puede o no puede descargar en el móvil.
 | 1 | 2 | 3 | 4 |

**Has acabado el cuestionario, ¡muchas gracias por tu colaboración!**