

Encuestadora: _____

Fase 11 años

1. Cuestionario INMA para los PADRES sobre el/la NIÑO/A

Fecha: _____

Estimado madre, padre, o tutor legal,

Queremos agradecerle su decisión de participar en este estudio. A continuación le vamos a hacer una serie de preguntas. Algunas respuestas las va 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 del niño; cuando no sea posible lo puede rellenar el padre, el tutor legal u otra persona.

El cuestionario dura aproximadamente 30 minutos. Si tiene cualquier duda puede preguntar al personal del equipo de investigación.

De nuevo, ¡muchas gracias!

INFORMACIÓN GENERAL

1. ¿Cuál es su 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 _____

SU HIJO/A

SALUD GENERAL

3. ¿Ha sufrido su hijo/a algún problema de salud durante la ÚLTIMA SEMANA?

Sí, especificar: _____
 No

4. ¿Cuál ha sido el estado de ánimo de su hijo/a durante los DÍAS PREVIOS A LA VISITA?

No sabe/No contesta
 Como siempre
 Inusual: más irritable, lloroso/a, rebelde, agresivo/a, eufórico/a, etc....

ASMA Y ALERGIAS

ASMA

5. ¿Ha tenido su hijo/a pitos o silbidos en el pecho EN EL ÚLTIMO AÑO?
- Sí
 No → pasar a la pregunta 9
 No sabe/No contesta → pasar a la pregunta 9
6. ¿Cuántos ataques de pitos ha tenido su hijo/a EN EL ÚLTIMO AÑO?
- Hasta 3
 De 4 a 12
 Más de 12
 No sabe/No contesta

7. **EN EL ÚLTIMO AÑO**, ¿con qué frecuencia, en promedio, ha sido el sueño de su hijo/a interrumpido debido a los pitos?

- Nunca se ha despertado con pitos
- Menos de una noche por semana
- Una o más noches por semana
- No sabe/No contesta

8. **EN EL ÚLTIMO AÑO**, ¿han sido alguna vez los pitos suficientemente graves como para limitar el habla de su hijo/a a sólo una o dos palabras entre respiraciones?

- Sí
- No
- No sabe/No contesta

9. ¿Ha sido su hijo/a alguna vez diagnosticado por un doctor de padecer asma?

- Sí
- No → pasar a la pregunta 12
- No sabe/No contesta → pasar a la pregunta 12

10. ¿Qué edad tenía su hijo/a cuando se le diagnosticó de asma?

_____ años

11. ¿Ha tomado su hijo/a alguna medicación para el asma o por dificultades respiratorias (pitos, opresión en el pecho, falta de aliento) en el último año?

- Sí
- No
- No sabe/No contesta

RINITIS ALÉRGICA

12. **EN EL ÚLTIMO AÑO**, ¿ha tenido su hijo/a alguna vez problemas de estornudos, nariz tapada o mucosa sin estar resfriado/a ni con gripe?

- Sí
- No → pasar a la pregunta 16
- No sabe/No contesta → pasar a la pregunta 16

13. Por favor especifique los síntomas que ha tenido su hijo/a **EN EL ÚLTIMO AÑO** cuando no ha estado resfriado/a o con gripe.

Por favor, marque todas las opciones que correspondan

- Estornudos
- Nariz mucosa
- Nariz tapada

14. **EN EL ÚLTIMO AÑO**, ¿este problema de nariz ha estado acompañado de picor y lagrimeo en los ojos?

- Sí
- No
- No sabe/No contesta

15. ¿En cuál de **LOS ÚLTIMOS 12 MESES**, ocurrió este problema de nariz?

Por favor, marque todos los meses que correspondan

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enero | <input type="checkbox"/> Julio |
| <input type="checkbox"/> Febrero | <input type="checkbox"/> Agosto |
| <input type="checkbox"/> Marzo | <input type="checkbox"/> Septiembre |
| <input type="checkbox"/> Abril | <input type="checkbox"/> Octubre |
| <input type="checkbox"/> Mayo | <input type="checkbox"/> Noviembre |
| <input type="checkbox"/> Junio | <input type="checkbox"/> Diciembre |

16. **EN EL ÚLTIMO AÑO**, ¿ha tenido su hijo/a problemas con la nariz o los ojos (sin estar resfriado/a) relacionados con el contacto con alguna de las siguientes sustancias?

Por favor, marque todas las opciones que correspondan

- El niño/a no ha tenido problemas con su nariz o sus ojos
- Sí (Indicar):
 - Animales
 - Hierba, arboles, flores
 - Polvo de casa/ácaros
 - Humo de tabaco o aromas fuertes
 - Contaminantes del aire
 - Otro, por favor especifique _____

17. ¿Ha tomado su hijo/a medicamentos para la alergia nasal/ alergia al polen/ rinitis alérgica **EN EL ÚLTIMO AÑO**?

- Sí
- No
- No sabe/No contesta

18. ¿Ha sufrido su hijo/a un resfriado común o la gripe **EN LA ÚLTIMA SEMANA**?

- Sí
- No
- No sabe/No contesta

19. ¿Ha sufrido su hijo/a algún ataque de asma durante **LA ÚLTIMA SEMANA**?

- Sí
- No
- No sabe/No contesta

COMPORTAMIENTO

Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ-Cas) en relación a su hijo/a

Instrucciones: Por favor, marque la respuesta que considere más adecuada en su caso, para cada una de las preguntas: No es cierto, Un tanto cierto, Absolutamente cierto. Nos sería de gran ayuda si respondiese a todas las preguntas lo mejor que pudiera, aunque no esté completamente seguro/a de la respuesta, o le parezca una pregunta rara. Por favor, responda a las preguntas basándose en el comportamiento de su hijo/a durante los últimos seis meses.

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
20. Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Comparte frecuentemente con otros niños/as chucherías, juguetes, lápices, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Frecuentemente tiene rabietas o mal genio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado, o enfermo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Está continuamente moviéndose y es revoltoso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/ellas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Se siente a menudo infeliz, desanimado/a o lloroso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Por lo general cae bien a los otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Trata bien a los niños/as más pequeños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. A menudo miente o engaña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Los otros niños se meten con él/ella o se burlan de él/ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Piensa las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Roba cosas en casa, en el colegio o en otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Termina lo que empieza, tiene buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. ¿Su hijo/a acude regularmente a un psicólogo?

- Sí, motivo: _____
 No

46. ¿Algún profesional (psicólogo, psiquiatra, logopeda, pediatra...) le diagnosticó a su hijo/a un problema psicológico/psiquiátrico?

- Sí, especificar _____
 No

PUBERTAD

ESCALA DE DESARROLLO PUBERAL (PDS)

Instrucciones: Los chicos y las chicas pasan por varias fases de desarrollo a diferentes edades. Algunos chico/as empiezan antes y otros más tarde. En las siguientes preguntas, marque por favor, la opción que mejor describa el caso de su hijo/a.

CHICOS Y CHICAS						
47. ¿Diría que el crecimiento en estatura de su hijo/a ha comenzado a brotar (dar el estirón)? (<i>brote/estirón = crecimiento repentino, mayor crecimiento de lo habitual</i>)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí (apenas)	<input type="checkbox"/> Sí (definitivamente)	<input type="checkbox"/> Desarrollo completado	<input type="checkbox"/> No sabe/No contesta	
48. En relación al crecimiento del vello corporal: ¿Diría que el vello corporal de su hijo/a ha empezado a crecer? (<i>vello corporal = axila o vello púbico</i>)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí (apenas)	<input type="checkbox"/> Sí (definitivamente)	<input type="checkbox"/> Desarrollo completado	<input type="checkbox"/> No sabe/No contesta	
49. ¿Ha notado algún cambio en la piel de su hijo/a, especialmente granos?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí (apenas)	<input type="checkbox"/> Sí (definitivamente)			
50. ¿Cree que el desarrollo de su hijo/a ha empezado más temprano o más tarde que la mayoría de los otros niños/as de su edad?	<input type="checkbox"/> Mucho más temprano	<input type="checkbox"/> Un poco antes	<input type="checkbox"/> Sobre la misma edad	<input type="checkbox"/> Un poco más tarde	<input type="checkbox"/> Mucho más tarde	<input type="checkbox"/> No sabe/No contesta
51. ¿A que edad tuvo LA MADRE DEL NIÑO/NIÑA la primera regla? <i>Si usted no es la madre y no sabe contestar escriba "999"</i>	_____ años					
CHICOS						
52. ¿Ha notado una profundización (tono de voz más grave) en la voz de su hijo?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí (apenas)	<input type="checkbox"/> Sí (definitivamente)	<input type="checkbox"/> Desarrollo completado	<input type="checkbox"/> No sabe/No contesta	
53. ¿Le ha empezado a su hijo a crecer vello en la cara?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí (apenas)	<input type="checkbox"/> Sí (definitivamente)	<input type="checkbox"/> Desarrollo completado	<input type="checkbox"/> No sabe/No contesta	→ Ir a preg. 56
CHICAS						
54. ¿Le han empezado a crecer los pechos a su hija?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí (apenas)	<input type="checkbox"/> Sí (definitivamente)	<input type="checkbox"/> Desarrollo completado	<input type="checkbox"/> No sabe/No contesta	
55. ¿Ha empezado a menstruar su hija (le ha venido la regla)?	<input type="checkbox"/> No (<i>ir a preg. 56</i>)	<input type="checkbox"/> Sí (<i>ir a preg. 55.a</i>)	<input type="checkbox"/> No sabe/No contesta (<i>ir a preg. 56</i>)			
55. a ¿Cuál fue la fecha de su primera menstruación?	Día _____	Mes _____	Año _____			
55. b Si no sabe la fecha, ¿qué edad tenía su hija?	_____ años					
55. c ¿Cuándo tuvo la última menstruación (indicar el primer día)?	Día _____	Mes _____				
55.d Duración de la menstruación de su hija	_____ días					
55. e ¿Tiene sangrado entre periodos?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí				
55. f ¿Su menstruación es cada 28-30 días, o son sus ciclos irregulares?	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Irregular				
55. g ¿Tiene dolor durante sus periodos menstruales?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí				

DIETA

Instrucciones: Las siguientes preguntas son para conocer los hábitos de **dieta de su hijo/a**.

56. ¿Ha seguido su hijo/a algún tipo de dieta o alimentación alternativa EL ÚLTIMO AÑO?

- No (pasar a pregunta 57)
- No sabe/No contesta (pasar a pregunta 57)
- Sí → ¿Podría indicar el motivo por el que sigue la dieta o la alimentación alternativa? Puede marcar más de una respuesta
- Para controlar el peso
- Porque tiene alergia a algunos alimentos (ejemplo: gluten, lactosa,). ¿Cuál/es? _____
- Porque es vegano/a o vegetariano/a
- Por otra razón médica, ¿Cuál? _____
- No sabe/No contesta

57. ¿Ha acudido su hijo/a al comedor escolar DURANTE ESTE CURSO ESCOLAR?

- No acude
- <1 vez/semana
- 1-3 veces/semana
- 4-5 veces/semana
- No sabe/No contesta

58. Señale las comidas que hace habitualmente su hijo/a. Puede marcar más de una respuesta

- a. Desayuno
- b. Almuerzo
- c. Comida
- d. Merienda
- e. Cena

Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. ¿Con qué frecuencia come su hijo/a en restaurantes de COMIDA RÁPIDA (ej. McDonalds, Burger-King): hamburguesa, patatas fritas, perritos calientes (hotdog), pizza, etc?

- Más de 3 veces por semana
- 2-3 veces por semana
- 1 vez por semana
- 1-3 veces al mes
- Nunca
- No sabe/No contesta

Instrucciones: Las siguientes preguntas son para conocer con más **detalle** el **consumo de pescado, frutos secos, aceite, refrescos y bebidas** de su hijo/a a lo largo del último año. Por favor, marque con una "X" la casilla que más se aproxime a la frecuencia con la que su hijo/a ha tomado, de media, cada alimento, tanto en casa como en el colegio como en otros lugares.

	Nunca o <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
Consumo de pescado									
60. Pescado azul grande: pez espada, atún, bonito (plato o ración mediana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Pescado azul pequeño-mediano: sardina, boquerón, caballa o berdel, salmón (plato o ración mediana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Pescado blanco: merluza, lenguado, dorada (plato o ración mediana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Conservas de sardina, sardinilla o caballa o berdel (lata pequeña)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Conservas de atún o bonito (lata pequeña)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Calamares, sepia, pulpo, berberechos, mariscos, almejas, mejillones (1 ración, 100g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Derivados de pescado: delicias de pescado, muslitos de mar, palitos de cangrejo (dos unidades)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca o <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
Consumo de frutos secos									
67. Nueces (1 puñado o 6 nueces)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Avellanas (1 puñado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Almendras (1 puñado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Otros frutos secos: cacahuets, piñones, pipas... (1 puñado o bolsa pequeña)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca o <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
Consumo de aceite									
71. Aceite de oliva añadido en la mesa a ensalada, pan y a platos (1 cucharada sopera)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Otros aceites o grasas vegetales añadidos en la mesa: girasol, maíz (1 cucharada sopera)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca o <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
Consumo de refrescos y bebidas									
73. Refrescos normales de cola, naranja, limón (ej. <i>Coca-cola</i> ®, <i>Fanta</i> ®) (1 refresco = 250 ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Refrescos sin azúcar de cola, naranja, limón (ej. <i>Coca-cola light</i> ®) (1 refresco = 250 ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Zumo de frutas envasado (1 vaso o envase de 200ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. Batido de leche tipo <i>Cacaolat</i> ®, <i>Colacao Energy</i> ®, u otros sabores (1 envase de 200ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Otras bebidas lácteas con yogur tipo <i>Dan-Up</i> ® (1 botella pequeña, 165 ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Piensas que tu hijo/a está... (última pregunta del cuestionario C12 Dieta Vioque)

- muy por debajo de su peso?
- ligeramente por debajo de su peso?
- en su peso correcto?
- ligeramente por encima de su peso?
- muy por encima de su peso?
- no sabe / no contesta

COMPORTAMIENTOS SEDENTARIOS

Instrucciones: Las siguientes preguntas están relacionadas con los comportamientos sedentarios de su hijo/a **EN EL ÚLTIMO AÑO**.

78. En promedio, ¿cuánto tiempo al día, suele ver su hijo/a la televisión / vídeos (se incluyen vídeos y YouTube en el ordenador)?

_____ minutos/día entre semana (a) y _____ minutos/día fin de semana (b)

79. En promedio, ¿cuánto tiempo al día, suele pasar su hijo/a jugando a juegos de ordenador / videojuegos inactivos?

SE INCLUYEN los juegos en los teléfonos / tabletas; SE EXCLUYE ver TV / vídeos y juegos como la *Wii-Sports* u otros videojuegos activos

_____ minutos/día entre semana (a) y _____ minutos/día fin de semana (b)

80. En promedio, ¿cuánto tiempo al día pasa su hijo/a jugando a juegos (que no sean de ordenador) u otras actividades más sedentarias (ej. puzzles, libros, muñecas, LEGO®, coches, Playmobil®) fuera del colegio?

SE EXCLUYE ver la TV / vídeos y todo tipo de juegos de ordenador / videojuegos

_____ minutos/día entre semana (a) y _____ minutos/día fin de semana (b)

HÁBITOS DE SUEÑO

Instrucciones: Las siguientes preguntas están relacionadas con las costumbres del sueño de su hijo/a. Trate de recordar lo sucedido **EN EL ÚLTIMO AÑO** de la manera más precisa para la mayor parte de los días y noches. Por favor, responda todas las preguntas.

	a. Días laborables o entre semana	b. Días no laborables o fin de semana
81. ¿A qué hora se va habitualmente a la cama por la noche?	____ hora ____ minutos	____ hora ____ minutos
82. Teniendo en cuenta que puede permanecer despierto/a algún tiempo cuando está en la cama (por ejemplo leyendo), ¿a qué hora apaga la luz y está listo/a para dormir?	____ hora ____ minutos	____ hora ____ minutos
83. ¿Cuántos minutos le cuesta habitualmente dormirse cada noche?	____ minutos	____ minutos
84. ¿A qué hora se levanta habitualmente por la mañana?	____ hora ____ minutos	____ hora ____ minutos
85. ¿Cuántos minutos pasan desde que se despierta hasta que se levanta?	____ minutos	____ minutos
86. ¿A qué hora está totalmente despierto/a?	____ hora ____ minutos	____ hora ____ minutos
87. ¿Cuántas horas duerme habitualmente sumando sueño nocturno y siestas? Puede ser diferente del tiempo en la cama	____ hora ____ minutos	____ hora ____ minutos
88. Si se despierta por la noche, ¿cuántos minutos habitualmente duran los despertares en su totalidad en una noche? Si no se despierta escriba "999"	____ minutos	____ minutos

ALTERACIONES DEL SUEÑO (ESCALA BRUNI)

Instrucciones: Las siguientes preguntas también están relacionadas con las costumbres del sueño en su hijo/a, pero ahora trate de recordar lo sucedido en los **ÚLTIMOS SEIS MESES** de la manera más precisa para la mayor parte de los días y noches. Responda todas las preguntas.

	Nunca	Ocasionalmente (1-2 veces/mes)	Algunas veces (1-2 veces/semana)	A menudo (3-5 veces/semana)	Siempre (diariamente)
89. Su hijo/a...					
a. Se va a la cama de mal humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tiene dificultad para coger el sueño por la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Parece ansioso/a o miedoso/a cuando "cae" dormido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sacude o agita partes del cuerpo al dormirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Realiza acciones repetitivas tales como dar cabezazos o movimientos bruscos con la cabeza para dormirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Tiene la sensación de estar soñando al empezar a dormirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Suda excesivamente al dormirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Se despierta más de dos veces cada noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Después de despertarse por la noche le cuesta dormirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Tiene tirones o sacudidas de las piernas mientras duerme, cambia a menudo de posición o da "patadas" a la ropa de cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Tiene dificultades para respirar durante la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Respira con dificultad o no puede respirar mientras duerme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Ronca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Suda excesivamente durante la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

o. Camina dormido/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Habla dormido/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Rechina los dientes dormido/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. Se despierta chillando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. Tiene pesadillas que no recuerda al día siguiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. Es difícil despertarlo/a por la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. Al despertarse por la mañana parece cansado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. Parece que no se pueda mover al despertarse por la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w. Tiene somnolencia diurna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x. Se duerme de repente en determinadas situaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

90. ¿Cómo considera a su hijo/a actualmente?

Instrucciones: La pregunta es sobre si considera a su hijo/a más matutino/a o más nocturno/a. Si le gusta dormir un poco más durante los días libres comparado con los días laborables o no se puede levantar los lunes por la mañana entonces sería más nocturno. Sin embargo, si se levanta por la mañana y se siente despierto directamente o si prefiere acostarse temprano por la noche entonces sería más matutino.

Extremadamente matutino/a	Moderadamente matutino/a	Ligeramente matutino/a	Ningún tipo	Ligeramente nocturno/a	Moderadamente nocturno/a	Extremadamente nocturno/a
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

USO DE TELÉFONO MÓVIL Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

91. ¿Su hijo/a tiene actualmente un teléfono móvil propio o compartido con un hermano/a u otro miembro de la familia?

Se refiere a cualquier tipo de teléfono móvil propio o compartido (Smartphone, iPhone o cualquier otro tipo). Por favor, conteste independientemente del uso que su hijo/a haga del teléfono móvil (no lo usa nunca, o lo usa solo para llamar o para jugar o ver videos etc.)

- No
 Sí, ¿desde cuándo ha tenido un teléfono móvil? _____(mes)_____ (año)
 No sabe/No contesta

92. En promedio, ¿cuántas llamadas realiza y/o recibe su hijo/a con el teléfono móvil?

Se refiere a todos los teléfonos móviles que su hijo/a utiliza y no sólo a su teléfono móvil propio

- Ninguna (pasar a la pregunta 95)
 Menos de una por semana
 Una por semana o más, aproximadamente _____ llamadas/ semana (a) O _____ llamadas/día (b)
 No sabe/No contesta

93. En promedio, ¿cuánto tiempo pasa su hijo/a realizando y/o recibiendo llamadas con el teléfono móvil?

Se refiere a todos los teléfonos móviles que su hijo/a utiliza, y no solo a su teléfono móvil propio. Puede contestar en minutos por día o por semana.

- _____ minutos por día (a) o _____ minutos por semana (b) No sabe/No contesta

94. ¿Cuándo empezó su hijo/a a utilizar regularmente (al menos una vez por semana) el teléfono móvil para realizar y/o recibir llamadas?

- A los 5 años o antes A los 6 años A los 7 años A los 8 años
 A los 9 años A los 10 años A los 11 años A los 12 años
 Aún no he empezado a realizar y/o recibir llamadas al menos una vez por semana
 No sabe/No contesta

95. ¿Su hijo/a utiliza el teléfono móvil para enviar mensajes de texto (incluyendo WhatsApp, Snapchat y Ping)?

Se refiere a todos los teléfonos móviles que su hijo/a utiliza y no sólo a su teléfono móvil propio

- No
 Sí → _____ mensajes enviados por día (a) o _____ mensajes enviados por semana (b) (Cada vez que se aprieta el botón de "enviar" cuenta como un mensaje)
 No sabe/No contesta

96. ¿Su hijo/a utiliza el teléfono móvil para enviar videos, archivos, correos electrónicos, o utilizar el teléfono móvil como módem para su ordenador?

Se refiere a todos los teléfonos móviles que su hijo/a utiliza y no sólo a su teléfono móvil propio

- No
 Sí → _____ minutos/día (a) o _____ minutos/semana (b)

No sabe/No contesta

97. ¿Su hijo/a utiliza el teléfono móvil para otros usos de los datos (navegar por internet, bajarse música, películas, juegos en línea (online), Skype, etc.)?

Se refiere a todos los teléfonos móviles que su hijo/a utiliza y no sólo a su teléfono móvil propio

- No
 Sí → _____ minutos/día (a) o _____ minutos/semana (b)
 No sabe/No contesta

98. ¿Cuál es la marca y el modelo del teléfono móvil que su hijo/a usa con más frecuencia actualmente? (especificar todo lo que se pueda, (ej. "Samsung Galaxy S2"))

a. Marca _____ b. Modelo _____

99. ¿Tenéis teléfono inalámbrico en casa?

- No (pasar a la pregunta 101)
 Sí, → a. En promedio, ¿cuántas llamadas realiza y/o recibe su hijo con el teléfono inalámbrico?
 Ninguna
 Menos de una por semana
 Una por semana o más, aproximadamente _____ llamadas/semana (b) o _____ llamadas/día (c)
 No sabe/No contesta

100. En promedio, ¿cuánto tiempo pasa su hijo/a realizando y/o recibiendo llamadas con el teléfono inalámbrico?

Puede contestar en minutos por día o por semana.

_____ minutos por día (a) o _____ minutos por semana (b)
 No sabe/No contesta

101. ¿Tenéis Wi-Fi (internet inalámbrico) en casa?

- No
 Sí

102. ¿Hay Wi-Fi (internet inalámbrico) en el colegio?

- Sí
 No
 No sabe/No contesta

103. ¿Su hijo/a usa una tableta (ej. iPad) fuera del colegio?

- No
 Sí →

a. ¿Tiene este aparato conexión a internet?

En esta pregunta puede marcar varias opciones

- Sí, con 3G
 Sí, con Wi-Fi
 No (ir a preg. 103.c)

b. ¿Está este aparato siempre conectado a internet?

- Sí, siempre
 Sí, la mayoría de veces
 No, sólo a veces

c. En promedio, ¿cuánto tiempo usa su hijo/a este aparato?

_____ minutos/día entre semana (c) y _____ minutos/día fin de semana (d)

No sabe/No contesta

104. ¿Su hijo/a usa vídeo-consola fuera del colegio?

- No
 Sí →

a. ¿Tiene este aparato conexión a internet?

En esta pregunta puede marcar varias opciones

- Sí, cable
 Sí, Wi-Fi
 No (ir a preg. 104.c)

b. ¿Está este aparato siempre conectado a internet?

- Sí, siempre
 Sí, la mayoría de veces
 No, sólo a veces

c. En promedio, ¿cuánto tiempo usa su hijo/a este aparato?

_____ minutos/día entre semana (c) y _____ minutos/día fin de semana (d)

No sabe/No contesta

105. ¿Su hijo/a usa un ordenador portátil fuera del colegio?

No

Sí →

a. ¿Tiene este aparato conexión a internet?

En esta pregunta puede marcar varias opciones

Sí, cable

Sí, Wi-Fi

No (*ir a preg. 105.c*)

b. ¿Está este aparato siempre conectado a internet?

Sí, siempre

Sí, la mayoría de veces

No, sólo a veces

c. En promedio, ¿cuánto tiempo usa su hijo/a este aparato?

_____ minutos/día entre semana (c) y _____ minutos/día fin de semana (d)

No sabe/No contesta

DOMICILIO Y COMUNIDAD

HOGAR

106. ¿Qué tipo de acristalamiento tiene la habitación de su hijo/a? (se permiten respuestas múltiples)

Acristalamiento simple

Acristalamiento doble

Acristalamiento triple

No sabe/No contesta

107. ¿De qué material están construidas principalmente la paredes exteriores de su casa/apartamento?

Ladrillo

Bloques de hormigón

Otros, a. **indicar** _____

No sabe/No contesta

108. ¿Tienen cocina de gas para cocinar?

No

Sí

No sabe/No contesta

109. ¿Utilizan el extractor cuando cocinan?

Siempre

Casi siempre

A veces

Nunca

No sabe/No contesta

110. ¿Considera que su vivienda es húmeda?

No

Sí

111. ¿Hay moho o manchas de moho en su vivienda?

No

Sí, a. **¿en qué habitaciones?**

Habitación de su hijo/a

Otras habitaciones

Sótano

No sabe/No contesta

112. DESDE EL ÚLTIMO CUESTIONARIO, ¿ha cambiado de vivienda?

Sí

No

No sabe/No contesta

113. Por favor, rellene las siguientes informaciones sobre los cambios referentes a la vivienda u/o habitación de su hijo/a desde la última visita.

Instrucciones: Las siguientes preguntas hacen referencia a la **CASA(S) A DONDE SE HA TRASLADADO DESDE LA ÚLTIMA VISITA**. Si su hijo/a ha vivido en varias casas en un mismo periodo de tiempo, conteste a las preguntas pensando en la casa en la que él/ella pasó la mayoría del tiempo. **Si su hijo/a se ha cambiado de habitación dentro de la misma casa pero la nueva habitación está situada en otro piso de la casa, por favor indíquelo también.**

	Dirección exacta					¿Desde cuándo su hijo/a ha vivido en esta casa?	¿En qué piso está la habitación de su hijo/a?*	¿Alguna de las ventanas de la habitación de su hijo/a da directamente a la calle?	¿Cuál es el número total de pisos que tiene la casa/bloque de pisos?
	Calle	Núm.	Piso (escalera / bloque)	Código postal	Ciudad				
Dirección actual						___/___ (Mes/Año)	___ piso	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	___ pisos
Dirección anterior*						___/___ (Mes/ Año)	___ piso	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	___ pisos

SU COMUNIDAD

Instrucciones: Por favor, especifique cuánto está usted de acuerdo con las siguientes afirmaciones referidas a su domicilio actual

114. Esta zona es un lugar en el que le gusta vivir

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- No desea contestar

115. Es fácil obtener ayuda práctica de los vecinos

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- No desea contestar

116. Se puede confiar en la mayoría de gente del vecindario

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- No desea contestar

117. Hay personas a las que puede acudir en busca de asesoramiento

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- No desea contestar

118. ¿Con qué frecuencia mantiene contacto con amigos y/o su familia?

- (Casi) a diario
- Al menos una vez por semana
- De 1 a 3 veces al mes
- Menos de una vez al mes
- Rara vez o nunca
- No desea contestar

RED SOCIAL

119. Aproximadamente, ¿Con cuántos familiares mantiene una comunicación regular, sin contar aquellos que viven con usted? (Por comunicación regular entendemos que mantiene algún tipo de contacto (esto es, los ve, habla con ellos, les envía o recibe mensajes de ellos...) al menos una vez al mes)

1. |_|_|
2. Ninguno
3. No contesta

120. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos diría usted que tiene? (Entendemos por amigos, aquellas personas con las que tiene un trato de afecto o amistad, no personas que simplemente ve de vez en cuando)

1. |_|_|
2. Ninguno
3. No contesta

AFLUENCIA FAMILIAR

121. ¿Tiene su familia un coche?

1. No
2. Sí
3. Sí, dos o más

122. ¿Tiene su hijo/a su propia habitación?

1. No, comparte con los padres / cuidador
2. No, comparte con su(s) hermano(s)
3. Sí

123. Durante el último año, ¿Viajó usted fuera de vacaciones (pasando una o más noches) con su familia?

1. Ni una sola vez
2. Sí, una vez
3. Sí, dos o más veces

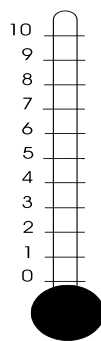
124. ¿Cuántos ordenadores tiene en su domicilio (incluyendo ordenadores portátiles, iPads y tabletas)?

1. Ninguno
2. Uno
3. Dos o más

PERCEPCIÓN DEL RUIDO, CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA Y ENTORNO (estas preguntas hacen referencia a la percepción que tiene la madre o el padre que contesta el cuestionario)

125. ¿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.)? En el termómetro marcar con una X la casilla que representa la molestia. 10 indica que la molestia es insoportable, por el contrario 0, indica ninguna molestia.

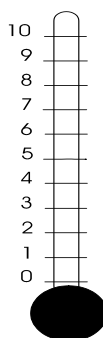
Molestia insoportable



Ninguna molestia

126. ¿Hasta qué punto le molesta el ruido (procedente del tráfico, la industria, etc.) de su vivienda si deja la ventana abierta durante el día? En el termómetro marcar con una X la casilla que representa la molestia. 10 indica que la molestia es insoportable, por el contrario 0, indica ninguna molestia.

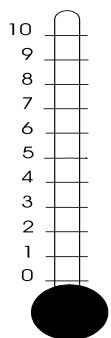
Molestia insoportable



Ninguna molestia

127. Como considera su barrio en términos de seguridad (andar por la calle, jugar durante el día, incluyendo el anochecer, disturbios, robos, delincuencia, poca vigilancia o escasa iluminación). En el termómetro marcar con una X la casilla que defina la seguridad en su barrio. 10 indica que su barrio es muy peligroso (carece de seguridad); por el contrario 0, indica que su barrio es muy seguro.

Muy peligroso



Muy seguro

128. ¿Cuáles de los siguientes dispositivos cree que son fuentes de campos electromagnéticos? Marcar con una X en una de las tres opciones (SI, NO o No sé)

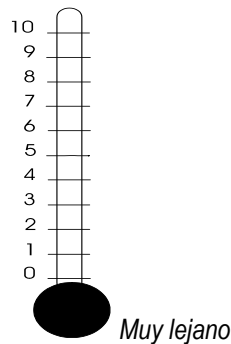
	SI	NO	No sé
Antenas de telefonía móvil			
Antenas emisoras de radio y televisión			
Teléfonos móviles			
Teléfonos inalámbricos			
Líneas de tendido eléctrico (alta tensión)			
Ordenadores			
Cámaras fotográficas			
Radares			
Electrodomésticos			
WiFi y otras tecnologías de conexión inalámbrica			
Sistemas antirrobo (alarmas, puertas de seguridad...)			
Cocina de inducción			

129. En su opinión, los riesgos potenciales para la salud de los campos electromagnéticos dependen de...: Marcar con una X en la casilla que considere 10 indica que está totalmente de acuerdo con la relevancia de ese factor en los riesgos y 0 indica que está totalmente en desacuerdo.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cuanto tiempo estás expuesto a los campos electromagnéticos											
Cuántas veces (frecuencia) está expuesto a los campos electromagnéticos											
Cómo de grande es el aparato/dispositivo emisor											
Cómo de cerca está el aparato/dispositivo emisor											
Cantidad de aparatos/dispositivos emisores cercanos											
El momento del día en el que ocurre la exposición											
Otro (especificar):											

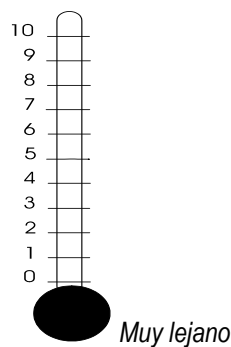
130. ¿Hasta qué punto considera que su vivienda está próxima a líneas de tendido eléctrico (alta tensión) o centros de transformación (instalación eléctrica que baja la tensión de alta/media a baja para su utilización por los usuarios finales)? En el termómetro marcar con una X la casilla que defina la proximidad a su vivienda. 10 indica que su vivienda está muy próxima a líneas y centros de transformación; por el contrario 0, indica que está muy lejana.

Muy próximo



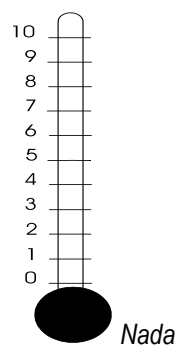
131. ¿Hasta qué punto considera que su vivienda está próxima a antenas de telefonía móvil? En el termómetro marcar con una X la casilla que defina la proximidad a su vivienda. 10 indica que su vivienda está muy próxima a antenas de telefonía y radio y televisión; por el contrario 0, indica que está muy lejana.

Muy próximo

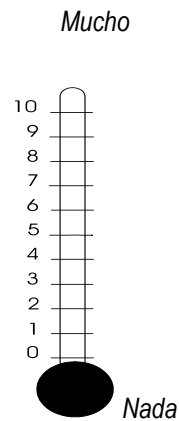


132. ¿Hasta qué punto consideras que estamos expuestos a los campos electromagnéticos de baja frecuencia debido a líneas de tendido eléctrico (alta tensión) o de centros de transformación en nuestra vida diaria? En el termómetro marcar con una X la casilla que defina su exposición. 10 indica que cree que estamos muy expuestos; por el contrario 0, indica que estamos muy poco expuestos.

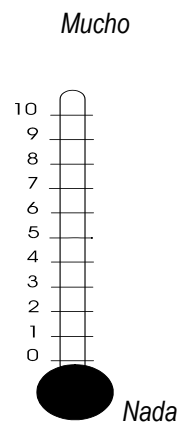
Mucho



133. ¿Hasta qué punto consideras que estamos expuestos a los campos electromagnéticos de baja frecuencia debido a electrodomésticos o aparatos eléctricos en nuestra vida diaria? En el termómetro marcar con una X la casilla que defina su exposición. 10 indica que cree que estamos muy expuestos; por el contrario 0, indica que estamos muy poco expuestos.

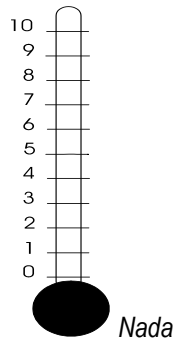


134. ¿Hasta qué punto consideras que estamos expuestos a los campos electromagnéticos de radiofrecuencia debido a antenas de telefonía móvil en nuestra vida diaria? En el termómetro marcar con una X la casilla que defina su exposición. 10 indica que cree que estamos muy expuestos; por el contrario 0, indica que estamos muy poco expuestos.



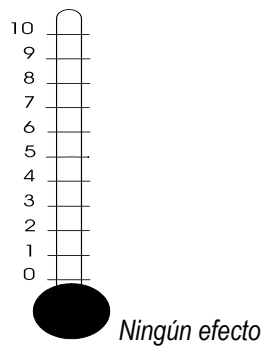
135. ¿Hasta qué punto consideras que estamos expuestos a los campos electromagnéticos de radiofrecuencia debido al uso de teléfonos móviles y WiFi para uso personal en nuestra vida diaria? En el termómetro marcar con una X la casilla que defina su exposición. 10 indica que cree que estamos muy expuestos; por el contrario 0, indica que estamos muy poco expuestos.

Mucho



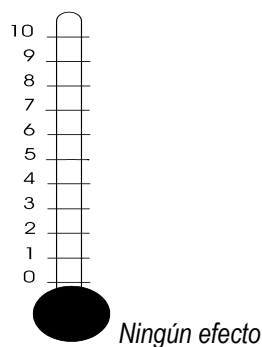
136. ¿Hasta qué punto consideras que los campos electromagnéticos de baja frecuencia pueden tener efectos negativos en la salud -líneas de alta tensión, electrodomésticos, etc.-? En el termómetro marcar con una X la casilla que defina los efectos negativos en la salud. 10 indica que cree que tienen mucho efecto; por el contrario 0, indica que cree que no tienen efecto

Mucho efecto



137. ¿Hasta qué punto considera que los campos electromagnéticos de radiofrecuencia pueden tener efectos negativos en la salud -antenas de telefonía móvil, teléfono móvil, Wifi, etc.-? En el termómetro marcar con una X la casilla que defina los efectos negativos en la salud. 10 indica que cree que tienen mucho efecto; por el contrario 0, indica que cree que no tienen efecto

Mucho efecto



138. Antes de este proyecto ¿habíais recibido información acerca de los niveles de exposición y/o de los efectos que puedan tener los campos electromagnéticos en la salud por parte de los organismos públicos? En el termómetro marcar con una X la casilla que defina los efectos negativos en la salud. 10 indica que habéis recibido mucha información; por el contrario 0, indica que cree que no habéis recibido información

Mucha información



139. ¿Crees que los organismos públicos deberían ofrecer información acerca de los niveles de exposición y efectos de los campos electromagnéticos en la salud? En el termómetro marcar con una X la casilla que defina los efectos negativos en la salud. 10 indica que cree que deben ofrecer mucha información; por el contrario 0, indica que cree que no deben ofrecer información alguna

Mucha información



140. ¿De los siguientes medios, escoja UNICAMENTE las DOS opciones que le parezcan las mejores para recibir información sobre los riesgos ambientales (fuentes, efectos en salud, prevención, etc.)? Marque con una X en UNICAMENTE EN DOS de las opciones proporcionadas

Televisión	
Periódicos y revistas	
Internet	
Publicaciones especializadas (revistas científicas o relacionadas con la salud)	
Publicaciones de organismos oficiales (gobierno, diputación...)	
Radio	
Correo postal personalizado	
Conversaciones con amigos y familiares	
Libros	
Información recibida en el trabajo	
Exhibiciones y conferencias	
Cursos o seminarios específicos	
Otros (especificar cuáles)	

ACCESO A ESPACIOS VERDES

141. En una semana normal, durante los últimos 12 meses, en promedio cuantas horas del tiempo libre de su hijo/a pasa en los siguientes espacios verdes (indicar cero si no va a dichos espacios verdes)

	Periodo escolar Horas/semana	Vacaciones de verano Horas/semana
Parques		
Bosques/ Parques nacionales/Otros espacios verdes naturales		
Campos agrícolas/jardines		
Lagos/riberas/playas		

142. ¿Hay algún espacio verde (parque, bosque, campo de agricultura, jardín, etc.) a menos de 15 minutos andando de su hogar donde pueda acceder libremente?

- No (pasar a la pregunta 143)
 No lo sé (pasar a la pregunta 143)
 Sí

En caso afirmativo, ¿crees que es seguro que tu hijo/a juegue en ese espacio verde?

- Sí
 No
 No lo sé

143. ¿Puede su hijo/a ver verdor desde alguna ventana de su hogar?

- No (pasar a la pregunta 144)
 No lo sé (pasar a la pregunta 144)
 Sí

En caso afirmativo, ¿cuánto de la vista desde esa ventana (desde la perspectiva del niño/a) está cubierto por verdor? (si hay más de una ventana con vistas al verdor, describir la ventana por la que su hijo/a mira al exterior más frecuentemente).

- Un cuarto
 La mitad
 Tres cuartos
 Todo

144. ¿Tiene plantas en el interior de la vivienda?

- No
 Sí. Especificar el número de macetas con plantas en el interior del hogar _____

145. ¿Encuentra que el colegio o la ciudad en la que vive ayudan a promover la actividad física de los adolescentes? (parque para hacer deporte, instalación deportiva, caminos peatonales para correr, caminar...)

- Sí
 No
 No sabe/No contesta

EVENTOS IMPORTANTES PARA EL NIÑO

Algunas de las preguntas siguientes se refieren a eventos muy importantes para el niño. Por favor, indique si los siguientes acontecimientos han tenido lugar a lo largo de la vida de su hijo.

	Sí	No
146. Cambio de residencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
147. Cambio de escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
148. Separación o divorcio de los padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
149. Muerte de un miembro de la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
150. Hospitalización de larga duración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMPORTAMIENTO (sintomatología TDAH)

Como en las fases anteriores es importante conocer el comportamiento de los/as niños/as y los trastornos asociados al mismo, por lo que necesitamos actualizar la información de sus hijos/as en relación a esta temática. Si no hay cambios respecto a la información que facilitaron en la fase anterior, no hace falta que contesten a las siguientes preguntas.

	Sí	No	No ha habido cambios desde la última fase
			<input type="checkbox"/>
151. ¿Ha sido su hijo/a diagnosticado de TDAH (Trastorno de Déficit de Atención y/o Hiperactividad)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
152. En caso de afirmativo, ¿toma su hijo/a alguna medicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Especifique tipo de medicación: _____			
Dosis: _____ Veces/Día: _____			
153. ¿Ha sido su hijo/a diagnosticado de algún otro trastorno? (Ej: trastorno de conducta, trastorno del espectro autista, trastorno del habla y/o lenguaje, trastorno de ansiedad, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Especifique: _____			
154. ¿Toma alguna medicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Especifique tipo de medicación: _____			
Dosis: _____ Veces/Día: _____			

Ha acabado el cuestionario, ¡muchas gracias por su colaboración!