

## CUESTIONARIO PARA MADRES

IDNUM Participante		Fecha cuestionario Formato DD/MM/AAAA			2 0
--------------------	--	--	--	--	-----

Estimada madre,

Queremos agradecerte tu decisión de participar en este estudio. Te enviamos este cuestionario para que lo rellenes en casa y lo traigas el día de la visita en el centro de salud de Paterna. 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). Estas preguntas están pensadas para la madre del niño/a que participa en el estudio. Si no conoces la respuesta, marca la opción "No sabe/no contesta".

0. ¿Eres la madre biológica del/de la participante? Sí  No

El cuestionario dura aproximadamente 10-12 minutos. Si tienes alguna duda puedes preguntar al personal del equipo de investigación el día de la visita. **De nuevo, ¡muchas gracias!**

### ESTADO CIVILY TRABAJO

1. ¿Cuál es tu estado civil actual?	1. <input type="checkbox"/> Casada 2. <input type="checkbox"/> Pareja estable (no casada) 3. <input type="checkbox"/> Viuda 4. <input type="checkbox"/> Divorciada/Separada 5. <input type="checkbox"/> Soltera 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no contesta
2. ¿Cuál de las siguientes formas define mejor la situación en la que vives?:	1. <input type="checkbox"/> Vives con el padre de tu hijo 2. <input type="checkbox"/> Vives con otro/a compañero/a → ¿Cuánto tiempo hace que convivís? ____ 3. <input type="checkbox"/> Vives con tus padres 4. <input type="checkbox"/> Vives sola 5. <input type="checkbox"/> Otros. Especificar: _____ (a) 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no contesta
3. ¿Ha cambiado tu estado civil DESDE LA ÚLTIMA VISITA?	1. <input type="checkbox"/> Sí, estaba soltera y me he casado 2. <input type="checkbox"/> Sí, me he divorciado o he roto la convivencia 3. <input type="checkbox"/> Sí, he enviudado 4. <input type="checkbox"/> Sí, cambié de compañero/a o me he vuelto a casar 5. <input type="checkbox"/> No 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no contesta
4. ¿Qué nivel de estudios has finalizado?	1. <input type="checkbox"/> No sé leer ni escribir 2. <input type="checkbox"/> Sin estudios o estudios primarios incompletos 3. <input type="checkbox"/> Estudios primarios (EGB, primaria, ESO) 4. <input type="checkbox"/> Estudios secundarios (BUP, COU, FP) 5. <input type="checkbox"/> Estudios universitarios 6. <input type="checkbox"/> Otros. Especificar: _____ (a) 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no contesta
5. ¿Cuál es tu situación laboral actual?	1. <input type="checkbox"/> Trabajadora (pasar a la pregunta 7) 2. <input type="checkbox"/> Parada 3. <input type="checkbox"/> Estudiante 4. <input type="checkbox"/> Baja laboral. Motivo: _____ 5. <input type="checkbox"/> Ama de casa 6. <input type="checkbox"/> Otras. Especificar: _____ 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no contesta
6. (Solo si no está trabajando actualmente) ¿Has trabajado alguna vez durante los últimos 14-16 años?	1. <input type="checkbox"/> Sí 0. <input type="checkbox"/> No 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no contesta

**7. En relación con tu trabajo actual y/o trabajos anteriores realizados durante los últimos 14-16 años (desde el embarazo de tu hijo/a), podrías indicarnos (Empezar por el trabajo actual o más reciente y continuar hacia atrás hasta cubrir los 14-16 años si ha habido otros trabajos previos)**

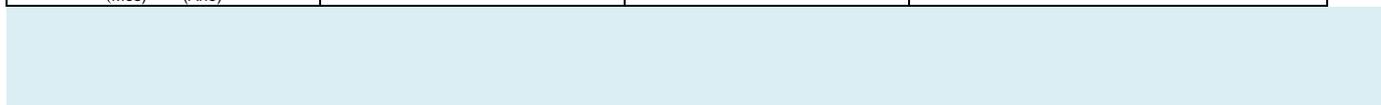
**Periodo de contrato:** *Tiempo trabajado en la empresa (fecha de entrada, fecha de salida)*

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

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

**Tareas:** *¿Qué tipo de tareas desempeña la trabajadora en su trabajo?*

Período de contrato	Actividad de la empresa	Puesto de trabajo	Tareas
Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... (Mes) (Año)			
Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... (Mes) (Año)			
Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... (Mes) (Año)			
Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... (Mes) (Año)			
Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... (Mes) (Año)			
Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... (Mes) (Año)			
Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... (Mes) (Año)			
Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... (Mes) (Año)			
Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... (Mes) (Año)			
Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... (Mes) (Año)			
Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... (Mes) (Año)			
Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... (Mes) (Año)			
Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... (Mes) (Año)			
Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... (Mes) (Año)			
Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... (Mes) (Año)			



### ESCALA 1

Las siguientes preguntas se refieren a tus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, se te pedirá que indiques con un círculo con qué frecuencia te sentiste o pensaste de cierta manera. Aunque algunas de las preguntas son similares, existen pequeñas diferencias entre ellas y debes tratar cada una de ellas como una pregunta aparte. La mejor estrategia es la de responder con bastante rapidez. Es decir, no trates de contar el número exacto de veces que te sentiste de una manera en particular, pero dime la respuesta que, en general, te parezca que sea la mejor.

	1. Nunca	2. Casi nunca	3. A veces	4. Bastante a menudo	5. Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?	<input type="checkbox"/>				
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia te has sentido segura de tu capacidad para manejar tus problemas personales?	<input type="checkbox"/>				
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia has sentido que las cosas iban como tú querías?	<input type="checkbox"/>				
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?	<input type="checkbox"/>				

### ESCALA 2

Por favor, para cada frase, señala la alternativa que consideres que te describe más apropiadamente:

**1. En general, me considero**

1.  Una persona no muy feliz      2.       3.       4.       5.       6.       7.  Una persona muy feliz

**2. En comparación con la mayoría de la gente que conozco, me considero**

1.  Menos feliz      2.       3.       4.       5.       6.       7.  Más feliz

**3. Algunas personas son en general muy felices. Disfrutan de la vida independientemente de lo que les pasa, sacando lo bueno de todo.**

¿En qué medida te caracteriza esta afirmación?

1.  Nada de nada      2.       3.       4.       5.       6.       7.  Muchísimo

**4. En términos generales, algunas personas NO son felices. Aunque no estén deprimidas, nunca parecen tan felices como deberían serlo.**

¿En qué medida te caracteriza esta afirmación?

1.  Nada de nada      2.       3.       4.       5.       6.       7.  Muchísimo

### ESCALA 3

Indica en qué grado cada una de las cuestiones que se presentan a continuación son aspectos necesarios y requeridos para tener un alto grado de bienestar en tu vida. Pedimos tu opinión **PERSONAL**.

**IMPORTANTE: Dar una respuesta a todas las preguntas.**

**La experiencia de bienestar y una buena vida para TI implica necesariamente:**

	1. Totalmente en desacuerdo	2. Bastante en desacuerdo	3. Algo en desacuerdo	4. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5. Algo de acuerdo	6. Bastante de acuerdo	7. Totalmente de acuerdo
1. Una gran cantidad de situaciones placenteras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Experimentar grandes deleites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vivir de forma que beneficie a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. No experimentar molestias o disgustos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hacer del mundo un lugar mejor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Trabajar para lograr el verdadero potencial de una misma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. No sentir emociones negativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Identificar y cultivar las propias fortalezas individuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Experimentar euforia y placer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ser una influencia positiva en mi comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ejercer esfuerzos para enfrentarse a los desafíos que implica mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sentir experiencias placenteras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Contribuir a la sociedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. La falta de experiencias desagradables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Un alto grado de conocimiento de mí misma y de mis competencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. La ausencia de experiencias "dolorosas"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### ESCALA 4

**Únicamente si estás trabajando en este momento.** Indica la frecuencia con la que te ocurre lo siguiente en tu trabajo.

**IMPORTANTE: Dar una respuesta a todas las preguntas.**

	0. Nunca	1. Alguna vez al año o menos	2. Una vez al mes o menos	3. Algunas veces al mes	4. Una vez por semana	5. Algunas veces por semana	6. Todos los días
1. Me siento emocionalmente agotada por mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me siento agotada al final de un día de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me siento cansada cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día en mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Trabajar todo el día es verdaderamente una tensión para mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Puedo resolver eficazmente los problemas que me surgen en el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Siento que contribuyo eficazmente en mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Creo que soy buena en mi puesto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me estimula conseguir objetivos en mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. He logrado muchas cosas valiosas en mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Estoy segura de que soy capaz de hacer las cosas en mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me siento "quemada" por el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. He ido perdiendo el interés por mi trabajo desde que empecé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. He ido perdiendo entusiasmo por mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Quiero simplemente hacer mi trabajo y no ser molestada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Me he vuelto más cinica en mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Dudo de si mi trabajo tiene sentido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ESCALA 5**

**IMPORTANTE: Dar una respuesta a todas las preguntas.**

**1a. Conteste a las siguientes preguntas sobre calidad de vida relacionada con la salud en los últimos 12 meses**

Por favor, lea atentamente cada una de las preguntas que vienen a continuación.  
Comprobará que al lado del 0 y el 5 aparecen unas palabras que representan las dos formas opuestas de responder a la pregunta. Además, entre el 0 y el 5 figuran 4 casillas numeradas del 1 al 4. Responda a las preguntas y marque con una X la casilla que considere más adecuada según el grado de acuerdo entre lo que usted piensa y siente y las respuestas que se proponen. Es decir, si está totalmente de acuerdo marque el 5 y si está totalmente en desacuerdo marque el 0. Si no está totalmente de acuerdo o en desacuerdo utilice las casillas intermedias.  
No piense demasiado las respuestas ni emplee mucho tiempo en contestarlas. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas, ni respuestas con trampa, y todas deben responderse con sinceridad.  
Quizá considere que algunas preguntas son demasiado personales; no se preocupe, recuerde que este cuestionario es totalmente anónimo y confidencial.

1. Durante el día noto que la cabeza me va doliendo cada vez más	Nunca	0	1	2	3	4	5	Todos los días
2. No puedo más de lo nerviosa que estoy	Nunca	0	1	2	3	4	5	Constantemente
3. Noto mucho calor de repente	Nunca	0	1	2	3	4	5	En todo momento
4. Mi interés por el sexo se mantiene como siempre	Mucho menos	0	1	2	3	4	5	Igual o más
5. No consigo dormir las horas necesarias	Nunca se me ocurre	0	1	2	3	4	5	Constantemente
6. Todo me aburre, incluso las cosas que antes me divertían	No es cierto	0	1	2	3	4	5	Cierto
7. Noto hormigueos en las manos y/o los pies	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Insoportable
8. Me considero feliz en mi relación de pareja	Nada	0	1	2	3	4	5	Completamente
9. De pronto noto que empiezo a sudar sin que haya hecho ningún esfuerzo	Nunca	0	1	2	3	4	5	Constantemente
10. He perdido la capacidad de relajarme	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Completamente
11. Aunque duermo, no consigo descansar	Nunca me ocurre	0	1	2	3	4	5	Constantemente
12. Noto como si las cosas me dieran vueltas	Nada	0	1	2	3	4	5	Mucho
13. Mi papel como esposa o pareja es...	Nada importante	0	1	2	3	4	5	Muy importante
14. Creo que retengo líquido, porque estoy hinchada	No, como siempre	0	1	2	3	4	5	Sí, mucho más
15. Estoy satisfecha con mis relaciones sexuales	Nada	0	1	2	3	4	5	Completamente
16. Noto que los músculos o las articulaciones me duelen	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Dolor insoportable
17. Creo que los demás estarían mejor sin mi	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Cierto
18. Me da miedo hacer esfuerzos porque se me escapa la orina	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Mucho
19. Desde que me levanto me encuentro cansada	Nada	0	1	2	3	4	5	Mucho
20. Tengo tan buena salud como cualquier persona de mi edad	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Igual o mejor
21. Tengo la sensación de que no sirvo para nada	Nunca	0	1	2	3	4	5	En todo momento
22. Tengo relaciones sexuales tan a menudo como antes	Mucho menos	0	1	2	3	4	5	Igual o más
23. Noto que el corazón me late muy deprisa y sin control	Nada	0	1	2	3	4	5	Mucho
24. A veces pienso que no me importaría estar muerta	Nunca	0	1	2	3	4	5	Constantemente
25. Mi salud me causa problemas con los trabajos domésticos	En absoluto	0	1	2	3	4	5	Constantemente
26. En mi relación de pareja me siento tratada de igual a igual	Nunca	0	1	2	3	4	5	Siempre
27. Siento picor en la vagina, como si estuviera demasiado seca	Nada	0	1	2	3	4	5	Mucho
28. Me siento vacía	Nunca	0	1	2	3	4	5	Siempre
29. Noto sofocaciones	Nunca	0	1	2	3	4	5	En todo momento
30. En mi vida el sexo es...	Nada importante	0	1	2	3	4	5	Extremadamente importante
31. He notado que tengo más sequedad de piel	No, como siempre	0	1	2	3	4	5	Sí, mucho más

1b. ¿Tienes pareja actualmente?  Sí  No

**TABAQUISMO PASIVO**

1. ¿Fuma alguna de las personas que convive con tu hijo/a?

0.  No → pasa a la pregunta 2

1.  Sí → Por favor, rellena el siguiente cuadro:

		Total cigarrillos/día (referido al promedio de la última semana)	Cigarrillos/día en casa (referido al promedio de la última semana)	Fuma en casa en presencia de tu hijo	Fuma en el comedor de la casa
a. Madre	1. <input type="checkbox"/> Sí 0. <input type="checkbox"/> No	_ _	_ _	1. <input type="checkbox"/> Sí, a menudo 2. <input type="checkbox"/> Sí, ocasionalmente 3. <input type="checkbox"/> Casi nunca 4. <input type="checkbox"/> Nunca	1. <input type="checkbox"/> Sí, a menudo 2. <input type="checkbox"/> Sí, ocasionalmente 3. <input type="checkbox"/> Casi nunca 4. <input type="checkbox"/> Nunca
b. Padre	1. <input type="checkbox"/> Sí 0. <input type="checkbox"/> No	_ _	_ _	1. <input type="checkbox"/> Sí, a menudo 2. <input type="checkbox"/> Sí, ocasionalmente 3. <input type="checkbox"/> Casi nunca 4. <input type="checkbox"/> Nunca	1. <input type="checkbox"/> Sí, a menudo 2. <input type="checkbox"/> Sí, ocasionalmente 3. <input type="checkbox"/> Casi nunca 4. <input type="checkbox"/> Nunca
c. Pareja	1. <input type="checkbox"/> Sí 0. <input type="checkbox"/> No	_ _	_ _	1. <input type="checkbox"/> Sí, a menudo 2. <input type="checkbox"/> Sí, ocasionalmente 3. <input type="checkbox"/> Casi nunca 4. <input type="checkbox"/> Nunca	1. <input type="checkbox"/> Sí, a menudo 2. <input type="checkbox"/> Sí, ocasionalmente 3. <input type="checkbox"/> Casi nunca 4. <input type="checkbox"/> Nunca
d. Otro 1	1. <input type="checkbox"/> Sí 0. <input type="checkbox"/> No	_ _	_ _	1. <input type="checkbox"/> Sí, a menudo 2. <input type="checkbox"/> Sí, ocasionalmente 3. <input type="checkbox"/> Casi nunca 4. <input type="checkbox"/> Nunca	1. <input type="checkbox"/> Sí, a menudo 2. <input type="checkbox"/> Sí, ocasionalmente 3. <input type="checkbox"/> Casi nunca 4. <input type="checkbox"/> Nunca
e. Otro 2	1. <input type="checkbox"/> Sí 0. <input type="checkbox"/> No	_ _	_ _	1. <input type="checkbox"/> Sí, a menudo 2. <input type="checkbox"/> Sí, ocasionalmente 3. <input type="checkbox"/> Casi nunca 4. <input type="checkbox"/> Nunca	1. <input type="checkbox"/> Sí, a menudo 2. <input type="checkbox"/> Sí, ocasionalmente 3. <input type="checkbox"/> Casi nunca 4. <input type="checkbox"/> Nunca

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