

Apreciados padres,

Ante todo, queremos agradecerles su participación en el **Proyecto INMA (Infancia y Medio Ambiente) Exposiciones pre y postnatales a contaminantes ambientales, dieta, crecimiento fetal y desarrollo neuro-inmuno-endocrinológico**. Su participación nos está ayudando a mejorar el conocimiento sobre las exposiciones a distintos contaminantes y sus efectos en el crecimiento y desarrollo de los niños/as.

INMA es un proyecto de investigación epidemiológica que necesita de la participación voluntaria de padres y niños para poder llevar adelante sus objetivos y elaborar conclusiones a nivel poblacional, y está financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias, por el Instituto de Salud Carlos III y por la Universidad de Oviedo.

Aproximadamente en INMA participan unos 4000 niños/as a los que se sigue de manera prospectiva su desarrollo, a partir de la gestación, en distintas áreas geográficas del país, en Asturias seguimos a aproximadamente 500 niños/as. INMA reúne a grupos de trabajo pertenecientes a universidades y centros de investigación de distintos puntos del estado español.

Para poder continuar con esta tarea de comprender el posible impacto de los contaminantes sobre la salud de nuestros niños/as, queremos pedirles de nuevo su participación en el estudio a través de la participación de su hijo/a.

Hemos planteado esta nueva etapa en el proyecto, que tiene como objetivo evaluar la exposición a riesgos ambientales y los efectos que tienen sobre la salud, principalmente en su efecto sobre el desarrollo sexual, metabólico, endocrino, psicomotor y cognitivo de los niños/as de la **Cohorte INMA – Asturias** en la edad de 12-13 años.

Si ustedes lo autorizan, el seguimiento de su hijo/a en el estudio implica la realización de algunos exámenes y procedimientos, que se detallan más adelante. Por otro lado, ustedes (los padres) deberán cumplimentar algunos cuestionarios sobre datos relacionados con el niño. También necesitamos autorización de acceso al historial clínico, para recabar la información de seguimiento que el niño/a hace en la consulta de especialistas del Hospital San Agustín.

Procedimientos que se realizarán a todos los niños/as del Proyecto INMA-Asturias

Todos los exámenes y procedimientos se realizarán en las consultas de pediatría por personal cualificado y preparado para ésta función.

EXPLORACIÓN FÍSICA / CONTROLES CLÍNICOS

Realizaremos exploración física para valorar datos antropométricos (peso, talla, perímetros, IMC y bioimpedanciometría) y desarrollo sexual (estadios Tanner), se tomará también la tensión arterial.

EVALUACIÓN NEURODESARROLLO

Se realizará evaluación de neurodesarrollo mediante los tests N-BACK (memoria), PMA-R (razonamiento), FLANKER TASK (atención) y CUPS TASK (toma de decisiones en función al riesgo), que son administrados al niño/a a través de un programa informático específico.

CUESTIONARIOS Y ENCUESTAS

Los padres responderéis a varios cuestionarios: CUESTIONARIO GENERAL sobre características sociodemográficas, exposición ambiental, salud general, actividad física, hábitos de sueño, nuevas tecnologías y antecedentes cardiovasculares de los padres. CUESTIONARIO COMPORTAMIENTO (SDQ). CUESTIONARIO FRECUENCIA ALIMENTARIA y hábitos dietéticos.

MUESTRAS BIOLÓGICAS

Orina: se recogerá a cada niño/a una muestra de orina en bote estéril de 100 ml para determinación de organoclorados, metales y otros contaminantes ambientales.

Sangre: se tomarán 10-12 ml. de sangre en el Servicio de Extracciones del hospital para determinación de la función tiroidea, marcadores del sistema inmunitario, marcadores antioxidantes, marcadores lipídicos, vitamina D y contaminantes ambientales. Para la extracción aplicaremos previamente pomada anestésica EMLA sobre la zona de punción.

Pelo y uñas: tomaremos muestras de pelo y uñas para determinaciones de contaminantes ambientales.

Saliva: se tomará muestra de saliva para medida de cortisol (estrés).

Preguntas habituales

¿POR CUÁNTO TIEMPO PERMANECERÉ EN EL PROYECTO INMA?

Para obtener resultados en este tipo de estudios se requiere el seguimiento de los participantes durante años. Ustedes pueden retirar su consentimiento en cualquier momento. Sin embargo, si decidieran retirarse del estudio, les aconsejamos que hablen primero con los investigadores y su médico. Las muestras biológicas se conservarán hasta su posterior análisis, que se calcula que se hará durante los 5 años siguientes a la extracción. En el caso que se quisieran para otros estudios se pediría antes un nuevo consentimiento.

¿RECIBIRÉ ALGÚN BENEFICIO POR PARTICIPAR EN EL PROYECTO INMA?

Es poco probable que a corto plazo obtenga otros beneficios médicos directos que los derivados de la revisión clínica. Sin embargo, esperamos que la información que se obtenga como resultado de este estudio beneficie en el futuro la calidad de vida de las actuales y futuras generaciones de niños.

¿SE MANTENDRÁ CONFIDENCIAL?

Los datos estarán protegidos de acuerdo a la Ley 15/99 de Protección de datos. El uso que se haga de la información obtenida será confidencial. Por lo tanto, la identidad del niño/a será siempre preservada. Igualmente, los datos obtenidos sólo podrán ser publicados de forma anónima, de forma agregada y no individual.

¿CUÁLES SON LOS COSTOS?

Su participación en este estudio no representará ningún coste para ustedes. Ustedes no recibirán ninguna remuneración por participar en el estudio.

¿CUÁLES SON LOS DERECHOS COMO PARTICIPANTE?

La participación en el estudio es voluntaria. Ustedes pueden escoger no participar o pueden abandonar el estudio en cualquier momento. El retirarse del estudio no representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que su hijo/a tiene derecho.

¿A QUIÉN DEBO LLAMAR SI TENGO UNA PREGUNTA O UN PROBLEMA?

Para preguntar acerca del Proyecto INMA o por aspectos relacionados con la investigación comuníquese con la investigadora principal Adonina Tardón García en el número de teléfono 985 10 35 56 ó 985 10 27 58.

¿DÓNDE PUEDO OBTENER MÁS INFORMACIÓN?

Podrán encontrar información sobre el Proyecto INMA en: www.proyectoinma.org

Hoja de Consentimiento Informado
(Copia Padres)

Yo,, en calidad de **madre**
Yo,, en calidad de **padre**
del niño/a.....

- Hemos leído la hoja de información que se nos ha entregado.
- Hemos podido hacer preguntas sobre el Proyecto INMA.
- Hemos recibido suficiente información sobre el Proyecto INMA.
- Hemos hablado con **CRISTINA ARIAS DIAZ**, quien nos ha aclarado las dudas.
- Comprendemos que nuestra participación es voluntaria.
- Comprendemos que podemos retirarnos del estudio:
 - Cuando queramos
 - Sin tener que dar explicaciones
 - Sin que esto repercuta en los cuidados médicos del niño/a
- Comprendemos que el Proyecto INMA está diseñado para incrementar los conocimientos médicos.
- Comprendemos que todos los resultados son confidenciales y que sólo nosotros, si los pedimos, y los responsables del Proyecto INMA los conoceremos.
- Prestamos libremente nuestra conformidad para participar en el Proyecto INMA.

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	y/o	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
Firma de la madre o tutor		Firma del padre o tutor
DNI:		DNI:
Fecha y lugar: Avilés , a..... de..... de 201....		

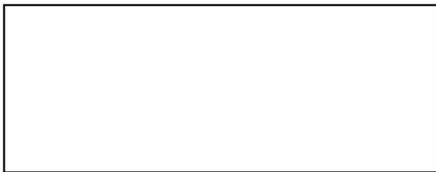
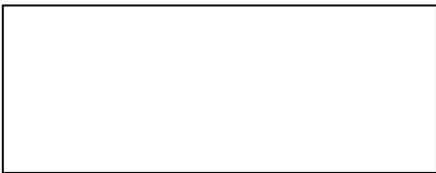
Firma del responsable

CRISTINA ARIAS DÍAZ

Hoja de Consentimiento Informado
(Copia INMA)

Yo,, en calidad de **madre**
Yo,, en calidad de **padre**
del niño/a.....

- Hemos leído la hoja de información que se nos ha entregado.
- Hemos podido hacer preguntas sobre el Proyecto INMA.
- Hemos recibido suficiente información sobre el Proyecto INMA.
- Hemos hablado con **CRISTINA ARIAS DÍAZ** quien nos ha aclarado las dudas.
- Comprendemos que nuestra participación es voluntaria.
- Comprendemos que podemos retirarnos del estudio:
 - Cuando queramos
 - Sin tener que dar explicaciones
 - Sin que esto repercuta en los cuidados médicos del niño/a
- Comprendemos que el Proyecto INMA está diseñado para incrementar los conocimientos médicos.
- Comprendemos que todos los resultados son confidenciales y que sólo nosotros, si los pedimos, y los responsables del Proyecto INMA los conoceremos.
- Prestamos libremente nuestra conformidad para participar en el Proyecto INMA.

	y/o	
Firma de la madre o tutor		Firma del padre o tutor
DNI:		DNI:
Fecha y lugar: Avilés , a..... de..... de 201....		

Firma del responsable

CRISTINA ARIAS DÍAZ

Procedimientos que se realizarán a todos los niños/as del Proyecto INMA-Asturias

Todos los exámenes y procedimientos se realizarán en las consultas de pediatría por personal cualificado y preparado para ésta función.

EXPLORACIÓN FÍSICA / CONTROLES CLÍNICOS

Realizaremos exploración física para valorar datos antropométricos (peso, talla, perímetros, IMC y bioimpedanciometría) y desarrollo sexual (estadios Tanner), se tomará también la tensión arterial.

EVALUACIÓN NEURODESARROLLO

Se realizará evaluación de neurodesarrollo mediante los tests N-BACK (memoria), PMA-R (razonamiento), FLANKER TASK (atención) y CUPS TASK (toma de decisiones en función al riesgo), que son administrados al niño/a a través de un programa informático específico.

CUESTIONARIOS Y ENCUESTAS

Los padres responderéis a varios cuestionarios: CUESTIONARIO GENERAL sobre características sociodemográficas, exposición ambiental, salud general, actividad física, hábitos de sueño, nuevas tecnologías y antecedentes cardiovasculares de los padres. CUESTIONARIO COMPORTAMIENTO (SDQ). CUESTIONARIO FRECUENCIA ALIMENTARIA y hábitos dietéticos.

MUESTRAS BIOLÓGICAS

Orina: se recogerá a cada niño/a una muestra de orina en bote estéril de 100 ml para determinación de organoclorados, metales y otros contaminantes ambientales.

Sangre: se tomarán 10-12 ml. de sangre en el Servicio de Extracciones del hospital para determinación de la función tiroidea, marcadores del sistema inmunitario, marcadores antioxidantes, marcadores lipídicos, vitamina D y contaminantes ambientales. Para la extracción aplicaremos previamente pomada anestésica EMLA sobre la zona de punción.

Pelo y uñas: tomaremos muestras de pelo y uñas para determinaciones de contaminantes ambientales.

Saliva: se tomará muestra de saliva para medida de cortisol (estrés).

INFORMACIONES GENERALES

1. ¿Cuál es su relación con el niño/a que participa en el estudio?

- Madre Padre Otro, especificar → _____

SOCIODEMOGRAFÍA

2. ¿Cuál es su estado civil actual?

- (1) Casada/o (primeras nupcias) (4) Separada/o (pero todavía casada/o legalmente) (7) Pareja de hecho legal
 (2) Casada/o (segundas nupcias) (5) Divorciada/o
 (3) Soltera/o (6) Viuda/o

3. Está usted:

- (1) Viviendo con el padre/madre de su hijo/a
 (2) Viviendo con otro/a compañero/a
 (3) En una relación, pero sin convivir con la pareja (ej. la pareja vive en el extranjero o en otra propiedad)
 (4) No está viviendo ni con un compañero/a ni está en una relación

4. ¿Ha cambiado su estado civil DESDE EL ÚLTIMO CUESTIONARIO?

- (1) Sí, se ha casado (4) Sí, cambió de compañero/a o se ha vuelto a casar
 (2) Sí, se ha divorciado o ha roto la convivencia (5) No
 (3) Sí, ha enviudado (9) NS/NC

5. ¿Cuál es su situación laboral actual?

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| MADRE | PADRE |
| (1) Empleada _____ | (1) Empleado _____ |
| (2) Desempleada | (2) Desempleado |
| (3) Estudiante | (3) Estudiante |
| (4) Ama de casa | (4) Amo de casa |
| (5) En rehabilitación/discapacidad | (5) En rehabilitación/discapacidad |
| (6) Militar | (6) Militar |
| (7) Jubilada | (7) Jubilado |
| (8) Otro: _____ | (8) Otro: _____ |

6. ¿Ha cambiado su situación laboral DESDE EL ÚLTIMO CUESTIONARIO?

- | | |
|--|--|
| MADRE | PADRE |
| (1) Sí, antes estaba...
(a) Empleada
(b) Desempleada
(c) Jubilada
(d) Estudiando
(e) Como ama de casa | (1) Sí, antes estaba...
(a) Empleado
(b) Desempleado
(c) Jubilado
(d) Estudiando
(e) Como amo de casa |
| (2) No | (2) No |
| (9) NS/NC | (9) NS/NC |

7. ¿Hubo algún nuevo nacimiento en su familia DESDE EL ÚLTIMO CUESTIONARIO? (2) No (1) Sí ____/____/____

8. Número personas viven en la residencia familiar: |__| |__|

- (1) Madre Sí No (3) Hermanos nº |__| |__| edad:..... (5) Otros nº |__| |__| especificar:
 (2) Padre Sí No (4) Abuelos nº |__| |__| edad:.....

9. En caso de padres separados / divorciados, especificar tipo de custodia (1) Al 50% (2) Otro tipo:

10. Número personas viven en la segunda residencia: |__| |__|

- (1) Madre Sí No (3) Hermanos nº |__| |__| edad:..... (5) Otros nº |__| |__| especificar:
 (2) Padre Sí No (4) Abuelos nº |__| |__| edad:.....

HOGAR

1. Desde el último cuestionario, ¿ha cambiado de vivienda? (2) No (1) Sí

Dirección actual:

Ciudad: Código Postal:

Fecha: ____/____/____

2. ¿Cuál es el número total de pisos que tiene la casa/ bloque de pisos?
3. ¿En qué piso está la habitación de su hijo/a?
4. ¿Alguna de las ventanas de la habitación de su hijo/a da directamente a la calle? (1) Sí (2) No
5. ¿Qué tipo de acristalamiento tiene la habitación de su hijo/a? (se permiten respuestas múltiples)
 (1) Acristalamiento simple (2) Acristalamiento doble (3) Acristalamiento triple (9) No sabe
6. ¿De qué material están construidas principalmente las paredes exteriores de su casa/apartamento?
 (1) Ladrillo (2) Bloques de hormigón (3) Otros, a. indicar _____ (9) No sabe
7. ¿Tiene cocina de gas para cocinar? (1) Sí (2) No
8. ¿Utiliza el extractor cuando cocinan? (1) Siempre (2) Casi siempre (3) A veces (4) Nunca
9. ¿Considera que su vivienda es húmeda? (1) Sí (2) No
10. ¿Hay moho o manchas de moho en su vivienda?
 (1) Sí, a. ¿en qué habitaciones? (1) Habitación del niño (2) Otras habitaciones (3) Sótano
 (2) No
11. ¿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.) 0 ninguna molestia/ 10 molestia insoportable
12. ¿Hasta qué punto le molesta el ruido (procedente del tráfico, la industria, etc.) de su vivienda si deja la ventana abierta durante el día? 0 ninguna molestia/ 10 molestia insoportable

HÁBITOS TABACO Y ALCOHOL

1. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su consumo de tabaco?

MADRE/PADRE

- (1) No fumador, y nunca ha fumado
 (2) No fumador, pero antes fumaba ocasionalmente (no diario)
 (3) No fumador, pero antes fumaba habitualmente (diariamente)
 (4) Fumador ocasional
 (5) Fumador habitual

nº cigarrillos/semana que usted fuma en total _____

nº cig/semana de promedio fuma en interior de vivienda _____

PADRE/PAREJA

- (1) No fumador, y nunca ha fumado
 (2) No fumador, pero antes fumaba ocasionalmente (no diario)
 (3) No fumador, pero antes fumaba habitualmente (diariamente)
 (4) Fumador ocasional
 (5) Fumador habitual

nº cigarrillos/semana que usted fuma en total _____

nº cig/semana de promedio fuma en interior de vivienda _____

2. ¿Fuma alguien más en su casa?

- (1) Sí, por favor especifique: _____ nº cigarrillos por semana de promedio que fuma/n en el interior de la vivienda _____
 (2) No EXCLUYENDO los que fuman usted y su pareja

3. ¿Consume alcohol? En caso de consumo regular de alcohol, indicar nº de unidades que consumió en la última semana.

1 u = 1 vaso vino/ 1 cerveza/ 1 copa licor

MADRE/PADRE

- (1) Sí, por favor especifique: _____ nº unidades ultima semas
 (2) No

PADRE/PAREJA

- (1) Sí, por favor especifique: _____ nº unidades ultima semas
 (2) No

ANTECEDENTES CARDIO-METABÓLICOS

- | | MADRE | PADRE |
|--|---------------------------|---------------------------|
| 1. ¿Ha tenido alguna vez un infarto de miocardio? | (1) Sí, edad _____ (2) No | (1) Sí, edad _____ (2) No |
| 2. ¿Ha tenido alguna vez una angina de pecho? | (1) Sí, edad _____ (2) No | (1) Sí, edad _____ (2) No |
| 3. ¿Ha tenido alguna hemorragia o ataque cerebral? | (1) Sí, edad _____ (2) No | (1) Sí, edad _____ (2) No |
| 4. ¿Ha tenido/ tiene el colesterol alto? | (1) Sí (2) No | (1) Sí (2) No |
| 5. ¿Ha tenido/ tiene elevación de la glucosa (azúcar) en sangre? | (1) Sí (2) No | (1) Sí (2) No |
| 6. ¿Le han diagnosticado presión arterial alta? | (1) Sí (2) No | (1) Sí (2) No |

PESO/ TALLA/ 1ª REGLA/ ENDOMETRIOSIS

CORREO ELECTRÓNICO:

COLE:
IES:

¿Ha cambiado la dieta de su hijo/a desde la visita a los 8 años?

① nada ② poco ③ bastante ④ mucho ⑤ no sabe

Ahora vamos a preguntar por la dieta de su hijo/a lo largo del último año

LEER Y RELLENAR LA INFORMACION PARA CADA ALIMENTO. Leer instrucciones y dar ejemplos ilustrativos*

*Indicar **cuantas veces como media** se toma la cantidad indicada en el año previo a la entrevista. Tener en cuenta las veces que se toma el alimento solo y cuando se añade en otros platos. Si no se indica de otra forma, las porciones o platos son de tamaño pequeño-mediano, pero si la madre/padre indica que su hijo/a toma una cantidad mayor o menor, adaptar la respuesta subiendo o bajando la frecuencia de consumo.

ALIMENTOS y GRUPOS DE ALIMENTOS

Si no se indica de otra forma considerar plato o ración pequeño-mediana.

	Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
1. Lácteos enteros: Leche, yogurt y batidos (azucarados, sabores, líquidos) 1 vaso o unidad	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
2. Lácteos semi-, desnatados o enriquecidos: Leche, yogurt (1 vaso o unidad)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
3. <i>Petit suisse</i> , natillas, flan, helado de crema: (unidad , vaso, bola)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
4. Queso blando, cremoso, semi-, curado, requesón, fresco (dos lonchas, trozo o ración bocadillo).	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
5. Huevo de gallina frito, revuelto, cocido, en tortillas o en otros platos o recetas (unidad)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
6. Pollo o pavo (una pieza, incluida hamburguesas o 6 <i>nuggets</i> de pollo)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
7. Ternera, cerdo o cordero: filete, hamburguesa, longaniza, en guisos y pastas (unidad o ración)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
8. Salchichas, <i>Frankfurts</i> y similares (1 pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
9. Embutidos, fiambres: Salchichón, chorizo, <i>fuet</i> , salami, chópéd (ración bocadillo o unidad)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
10. Jamón serrano o york (dos lonchas o ración de bocadillo)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
11. Pescado blanco frito o cocinado: merluza, lenguado, dorada (1 plato o ración)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
12. Pescado azul grande: pez espada, atún (filete, plato o porción)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
13. Pescado azul pequeño-mediano: boquerón, sardina, caballa, salmón (plato o ración)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
14. Conservas: atún, bonito, sardinas, caballa (lata pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
15. Calamares, sepia, pulpo, mariscos, berberechos, almejas, mejillones y similares (½ ración o ½ lata)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
16. Derivados de pescado: delicias de pescado, muslitos de mar, palitos de cangrejo (dos unidades)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
17. Verdura cruda: lechuga, tomate, cebolla, pimiento, zanahoria... (un plato o ración)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
18. Verdura cocinada o en puré: calabaza, berenjena, calabacín, judía verde, espinacas, zanahoria, col, coliflor, brócoli (plato o ración).	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
19. Legumbres: garbanzos, alubias, lentejas, guisantes (plato, ración o 8 cucharadas)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
20. Naranjas (1 unidad o exprimida en zumo = 1 vaso)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
21. Otras frutas: manzana, plátano, pera, sandía, melón, melocotón, kiwi, fresas, cerezas (unidad o plato de postre)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
22. Frutos secos: almendras, cacahuetes, pipas girasol, piñones, nueces (1 puñado o bolsa)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
23. Pan blanco (pieza para bocadillo, 2 rebanadas de molde)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
24. Pan integral (pieza de bocadillo o 2 rebanadas de molde)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
25. Cereales desayuno -todo tipo: chocolate, azucarados, integrales (un puñado, 3 cucharadas soperas)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
26. Patatas fritas o cocinadas caseras (guarnición o ración)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
27. Patatas fritas tipo <i>McDonald/BurgerKing</i> , congeladas o bolsita de patatas (1 ración o bolsita pequeña)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
28. Arroz y pasta (1 plato, 8 cucharadas)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
29. Galletas y bollería -donuts, croissants, pasteles, tartas (6 galletas Maria, unidad o porción bollería)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
30. Galletas y bollería con rellenos de chocolate -ej. <i>bollicao</i> (6 galletas; unidad o porción bollería)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
31. Chocolates, bombones y cremas de chocolate ej. <i>Nocilla</i> (unidad, untada bocadillo o rebanada)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
32. Chocolate en polvo, <i>Cola-cao</i> y similares (una cucharada postre)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
33. Azúcar, miel, mermeladas, caramelos y chucherías (1 cucharada de postre o unidad)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
34. Aceite de oliva virgen extra añadido a ensalada, pan y a platos (1 cucharada sopera)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
35. Otros aceites vegetales (añadido en mesa): oliva, girasol, maíz (1 cucharada sopera)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
36. Mantequilla o margarina añadida al pan o comida (1 cucharada de postre, <i>minibrick</i> o 2 untadas)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
37. Mayonesa (o <i>alioli</i>) en ensaladas, ensaladillas y otros platos (1 cucharada sopera)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
38. Ketchup (1 cucharada sopera)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
39. Salsa de tomate frito añadida a platos: huevo, pastas, etc (2-3 cucharadas soperas)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
40. Sal añadida a los platos en la mesa (1 pizza con dos dedos o saleros)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
41. Pizza, croquetas, empanadillas y similares (1 ración o 2 unidades)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
42. Refrescos azucarados de cola, naranja o limón (un vaso)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
43. Refrescos sin azúcar, bajos en calorías, <i>light</i> , de cola, naranja o limón (un vaso)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
44. Zumos de frutas envasados (1 vasito o <i>brick</i> pequeño)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
45. Agua del grifo (un vaso)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
46. Agua embotellada (un vaso)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

PREGUNTA SOBRE VITAMINAS Y MINERALES

1. Durante el último año, ¿ha tomado su hijo/a suplementos de vitaminas o minerales? No
Calcio, Vitamina D, Hierro, Multivitaminas, etc. Sí, especifica:

Nombre comercial y presentación	Dosis semanal dosis/sem.	Cuántos meses lo tomó en el año					¿Sigue tomándolo?	Fecha fin tratamiento
		① <1 m	② 1-3 m	③ 4-6 m	④ 7-9 m	⑤ 10-12 m		
-----	-----	①	②	③	④	⑤	① Sí ② No	___/___/___
-----	-----	①	②	③	④	⑤	① Sí ② No	___/___/___
-----	-----	①	②	③	④	⑤	① Sí ② No	___/___/___

Ejemplo: si el año pasado su hijo/a tomó 6 meses, 1 cucharada al día de un multivitamínico y ya no lo toma ni recuerda el nombre, debería poner:

Multivitaminas No recuerdo marca 7 cuch. /sem ① ② ~~③~~ ④ ⑤ ① Sí ~~② No~~

HÁBITOS DIETÉTICOS

1. ¿Ha seguido su hijo/a algún tipo de dieta el último año? (Si responde NO pasar a pregunta 3)

① Sí ② No ③ No sabe/No contesta

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

- ① para controlar su peso (sobrepeso)
 ② para controlar su peso (delgadez)
 ③ por ser vegano/a o vegetariano/a
 ④ por razones médicas o alergia/ intolerancia

¿cual? -----

3. ¿Cómo ha evolucionado en el peso este año?

- ① Ha bajado de peso
 ② Está igual de peso
 ③ Ha ganado peso
 ④ Ha ganado mucho peso ⑤ Ns/Nc

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

- ① No acude (si no acude, pasar a pregunta 6)
 ② <1 vez/sem
 ③ 1-3 veces/sem
 ④ 4-5 veces/sem ⑤ Ns/Nc

5. ¿Conoce el menú que come habitualmente su hijo/a en el comedor escolar?

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

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

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

7. ¿Con qué frecuencia mira la televisión o ve videos su hijo/a mientras come (desayuno, comida o cena,)?

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

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

- ① No come carne (pasar a pregunta 11)
 ② Cruda
 ③ Poco hecha
 ④ Hecha
 ⑤ Muy hecha. ⑤ Ns/Nc

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

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

10. ¿Cómo suele comer la carne?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

15. Marque las comidas que su hijo/a hace habitualmente

- Desayuno Merienda
 Almuerzo/ bocadillo media mañana Cena
 Comida del medio día Otras _____

16. ¿Utiliza sal yodada para cocinar/ aliñar?

- ① Sí ② No ③ Ns/Nc

Indicar la MARCA: -----

17. ¿Qué tipo de leche consume su hijo/a?

- ① Vaca ② Cabra ③ Soja ④ Otra: -----

Indicar la MARCA: -----

18. ¿Ha usado desinfectantes para heridas yodados el último mes?

- ① Sí ② No ③ Ns/Nc

Nº de días seguidos lo usó: -----

COMPORTAMIENTOS SEDENTARIOS

Instrucciones: Las siguientes preguntas están relacionadas con los comportamientos sedentarios de su hijo/a.

1. 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 y _____ minutos/día fin de semana

2. 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 y _____ minutos/día fin de semana

3. En promedio ¿cuánto tiempo pasa su hijo/a jugando a juegos u otras **actividades más sedentarias fuera del cole-instituto** (ej. puzzles, libros, muñecas, LEGO, coches, Playmobil)

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

_____ minutos/día entre semana y _____ minutos/día fin de semana

4. Durante una semana típica, ¿qué actividades físicas **EXTRAESCOLARES** realiza su hijo/a?

Especifique la duración de cada actividad por día.

Ej. Clases de baile/natación o correr, ir en bici, patinar, ir de excursión*, etc. (Excluir Wii y el viaje al colegio).

*Excursión: contabilizar las horas que el/la niño/a camina durante la excursión. Si el/la niño/a va dos veces al mes de excursión (con los padres, centro Scout, centro excursionista) tenéis que extrapolar las horas que el niño realiza la actividad física por semana.

Ej. Si el/la niño/a camina un total de 6h (3h/ 2 sábados al mes) se contará como 1h 30min a la semana.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
ACTIVIDAD	min.	min.	min.	min.	min.	min.	min.
ACTIVIDAD	min.	min.	min.	min.	min.	min.	min.
ACTIVIDAD	min.	min.	min.	min.	min.	min.	min.
ACTIVIDAD	min.	min.	min.	min.	min.	min.	min.

5. Durante una semana típica, ¿qué actividades físicas realiza su hijo/a **dentro del horario escolar**?

Especifique la duración de cada actividad por día.

Actividad física incluye todas aquellas actividades programadas desde las clases de educación física (gimnasia), natación hasta clases de baile.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
RECREO	min.	min.	min.	min.	min.	min.	min.
EDUCACIÓN FÍSICA	min.	min.	min.	min.	min.	min.	min.
ACTIVIDAD	min.	min.	min.	min.	min.	min.	min.
ACTIVIDAD	min.	min.	min.	min.	min.	min.	min.

6. ¿Sabe usted a qué suele jugar su hijo/a en el recreo/patio?

- Estar sentado/a hablando, leyendo etc.
 Correr y jugar a ratos
 Correr y jugar intensamente todo el tiempo
 Estar o pasear por el patio
 Correr y jugar bastante
 NS/NC

7. ¿Habitualmente cómo va y vuelve su hijo/a del colegio-instituto? Especificar el tiempo que tarda en **IDA/ VUELTA**.

IDA _____ minutos

- Caminando En tren
 En bus En bicicleta
 En coche/ taxi Otro _____

VUELTA _____ minutos

- Caminando En tren
 En bus En bicicleta
 En coche/ taxi Otro _____

8. ¿Dónde suele pasar su hijo/a tiempo de ocio al aire libre (indicar el más frecuente)?

Parque de recreo Calle peatonal Patio o terraza de casa Otro lugar _____

9. ¿A qué distancia está de su casa éste lugar de ocio y cuál es el modo más frecuente de transporte?

Caminando _____ minutos En bici _____ minutos En bus _____ minutos
 En coche/ taxi _____ minutos Otro (esp.) _____ minutos

10. ¿Cuáles son las 2 actividades/ deportes más comunes en su hijo/a?

Bicicleta/ patinete Fútbol Correr/ Saltar Natación Otro _____

11. Teniendo en cuenta toda la actividad física que realiza, ¿cómo describiría a su hijo/a?

Sedentario/a: sentado casi siempre, sin práctica de actividad física o deportes.
 Poco activo/a: actividades sentadas, escasa actividad física o deportes.
 Moderadamente activo/a: poco tiempo sentado, ligera actividad física o deportes.
 Bastante activo/a: casi siempre de pie, frecuente actividad física o deportes.
 Muy activo/a: siempre en pie/ moviéndose, intensa actividad física o deportes a diario.

12. ¿Cuánto tiempo dedican por semana los padres a realizar algún tipo de actividad física?

	Casi nunca	≤ 30min/sem	> ½ h/sem	1-2 h/sem	>2-4 h/sem	>4-7 h/sem	>7 h/sem
MADRE	<input type="checkbox"/>						
PADRE	<input type="checkbox"/>						

TIEMPO AL AIRE LIBRE

1. ¿Cuánto tiempo pasa su hijo/a al aire libre entre las 11h y las 16h? primavera/verano

_____ horas _____ minutos por día entre semana y _____ horas _____ minutos por día fin de semana

2. ¿Cuánto tiempo pasa su hijo/a al aire libre entre las 11h y las 16h? otoño/invierno

_____ horas _____ minutos por día entre semana y _____ horas _____ minutos por día fin de semana

3. ¿Utiliza habitualmente crema solar protectora? Sí, siempre Sí, sólo en verano No, nunca

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.

1. ¿Su hijo/a habitualmente ve la televisión en la habitación antes de dormir? Sí No

2. ¿Su hijo/a habitualmente lee un libro antes de dormir? Sí No

3. ¿A qué hora se va su hijo/a habitualmente a la cama por la noche?

_____ horas _____ minutos (día entre semana) y _____ horas _____ minutos (día fin de semana)

4. Teniendo en cuenta que puede permanecer despierto algún tiempo cuando está en la cama (por ejemplo, leyendo), ¿en realidad a qué hora apaga las luces y está listo/a para dormir?

_____ horas _____ minutos (día entre semana) y _____ horas _____ minutos (día fin de semana)

5. ¿Cuántos minutos le cuesta habitualmente dormirse cada noche?

_____ minutos/día entre semana y _____ minutos/día fin de semana

6. ¿A qué hora se levanta habitualmente por la mañana?

_____ horas _____ minutos (día entre semana) y _____ horas _____ minutos (día fin de semana)

7. ¿Cuántos minutos pasan desde que se despierta hasta que se levanta?

_____ minutos/día entre semana y _____ minutos/día fin de semana

8. ¿A qué hora está totalmente despierto?

_____ horas _____ minutos (día entre semana) y _____ horas _____ minutos (día fin de semana)

9. ¿Cuántas horas de sueño real tiene habitualmente sumando sueño nocturno y siestas? Puede ser diferente del tiempo en la cama

_____ horas _____ minutos (día entre semana) y _____ horas _____ minutos (día fin de semana)

SALUD GENERAL

1. ¿Ha sufrido su hijo/a algún problema de salud durante la última semana?

- Sí, especificar: _____ No No sabe

2. ¿Cuál ha sido el estado de ánimo de su hijo/a durante los días previos a la visita?

- Como siempre Inusual: más irritable, lloroso, rebelde, agresivo, eufórico, etc....

3. Comparado con los niños/as de su edad, ¿podría decir que la salud de su hijo/a es?

- Excelente Buena Regular Mala NS/NC

ASMA

4. En el último año, ¿ha tenido su hijo/a pitos o silbidos en el pecho?

- Sí
 No → pasar a la pregunta 8
 No sabe → pasar a la pregunta 8

5. ¿Cuántos ataques de pitos ha tenido su hijo/a en el último año?

- Ninguno De 1 a 3 De 4 a 12 Más de 12

6. 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

7. 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

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

- Sí
 No → pasar a la pregunta 11
 No sabe → pasar a la pregunta 11

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

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

- Sí No No sabe

RINITIS ALERGICA

11. 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 17
 No sabe → pasar a la pregunta 17

12. 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 que correspondan

- Estornudos Nariz mucosa Nariz bloqueada

13. En el último año, ¿Este problema de nariz ha estado acompañado de picor y lagrimeo en los ojos?

- Sí No No sabe

14. ¿En cuál de los últimos 12 meses, ocurrió este problema de nariz?

Por favor, marque todos los meses que correspondan:

- Enero Abril Julio Octubre
 Febrero Mayo Agosto Noviembre
 Marzo Junio Septiembre Diciembre

15. 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

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

16. ¿Ha tomado su hijo/a medicamentos para la alergia nasal/ alergia al polen/ rinitis alérgica en el último año?

- Sí No No sabe

RESFRIADO/ ASMA ÚLTIMA SEMANA

17. ¿Ha sufrido su hijo/a un resfriado común o la gripe en la última semana? Sí No No sabe

18. ¿Ha sufrido su hijo/a algún ataque de asma durante la última semana? Sí No No sabe

ENFERMEDADES AGUDAS O CRÓNICAS

19. ¿Tiene su hijo/a alguna enfermedad aguda o crónica? Sí No → pasar a pregunta 20

Neurológica: _____ Digestiva: _____ Uro-Genital: _____

Respiratoria: _____ Lesión de piel: _____ Musculo-Esquelética: _____

Sistema Endocrino: _____ Cardíaca: _____ Otro: _____

20. ¿Ha sido su hijo/a diagnosticado de diabetes? Sí (edad: _____) No → pasar a pregunta 21

20.1 ¿Dónde hace el seguimiento de diabetes?

Centro Salud Hospital San Agustín Otro: _____

20.2 ¿Sigue algún tratamiento médico? Sí No

Especificar: Tratamiento oral Tratamiento con insulina Tratamiento oral + insulina

21. ¿Ha sido su hijo/a diagnosticado de enfermedad celiaca? Sí (edad: _____) No → pasar a pregunta 22

21.1 ¿Dónde hace el seguimiento de celiacía?

Centro Salud Hospital San Agustín Otro: _____

21.2 ¿Ha eliminado completamente el gluten de su alimentación? Sí No

22. ¿Ha sido su hijo/a diagnosticado de intolerancia a lactosa? Sí (edad: _____) No → pasar a pregunta 23

22.1 ¿Dónde hace el seguimiento de intolerancia a lactosa?

Centro Salud Hospital San Agustín Otro: _____

22.2 ¿Ha eliminado completamente la lactosa de su alimentación? Sí No

MEDICACIONES

23. ¿Ha tomado su hijo/a alguna medicación durante el último mes? Tanto medicaciones habituales como esporádicas

Sí → especificar: _____

No → pasar página

HIGIENE BUCODENTAL

1. ¿Tiene su hijo cepillo de dientes? Sí No
2. Tipo de cepillo utiliza habitualmente: Manual Eléctrico
3. ¿Cada cuánto tiempo renueva el cepillo dental? Cada 3 meses Cada 6 meses
4. ¿A qué edad empezó a limpiarse los dientes?
 1-4 años 4-6 años 6-8 años 8-12 años
5. Frecuencia con la que su hijo/a realiza cepillado dental diario:
 Nunca 1 vez por día 2 veces por día 3 veces por día Más de 3 veces por día
6. ¿Cuánto tiempo dura el cepillado de dientes de su hijo?
 No se cepilla los dientes Menos de 1 minuto 1-2 minutos Más de 2 minutos
7. ¿Qué pasta dentífrica utiliza? _____
8. Sí no se cepilla los dientes tras cada comida ¿a qué se debe? Por favor marque todas las opciones que correspondan
 No tiene tiempo No le apetece Se le olvida No le parece necesario Está fuera de casa
9. ¿Dónde le han enseñado a su hijo a cepillarse los dientes? Por favor marque todas las opciones que correspondan
 Casa Colegio Dentista Nadie le ha enseñado
10. ¿Usa seda dental para limpiarse los dientes?
 Nunca De vez en cuando 1 vez al día Varias veces al día
11. ¿Usa colutorio/ enjuague tras limpiarse los dientes?
 Nunca Sí, todos los días Sí, de vez en cuando **¿Cuál?** _____
12. Edad de primera visita al odontólogo: _____ años No acudió nunca
13. ¿Cuál fue el motivo de la primera visita al dentista? Revisión Dolor/ Caries Otro: _____
14. Cuando necesita ir al odontólogo, ¿dónde acude? Centro de Salud Consulta particular privada
15. ¿Cuándo fue al dentista por última vez?
 Nunca Menos de 1 mes 1mes-1años Más de 1 año
16. ¿Lleva empastes metálicos? Sí No
17. ¿Tiene alguna endodoncia? Sí No
18. ¿Ha tomado en algún momento tetraciclinas (antibiótico)? Sí No
19. ¿Lleva aparato de ortodoncia? Sí No
20. ¿Ha tomado suplementos de flúor prescritos por un dentista?
 Sí **¿Cuál?** _____
 No
21. ¿Con qué frecuencia tomo alimentos azucarados como golosinas, bollos, galletas, pan de molde, zumos envasados, refrescos, chocolate, nocilla, etc.?
 Nunca/ Casi nunca Varias veces al mes Varias veces a la semana A diario
22. Edad de erupción del primer diente: _____ meses No recuerda
23. ¿Tipo de lactancia ha recibido su hijo/a? Materna **¿Cuánto tiempo?** _____
 Artificial **¿Cuánto tiempo?** _____

USO DE TELÉFONO MÓVIL Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

1. ¿Su hijo/a utiliza 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 vídeos etc.) No

Sí, ¿desde cuándo ha utilizado un teléfono móvil? _____ / _____ (mes/año)

2. 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 5)

Menos de una por semana

Una por semana o más, aproximadamente _____ llamadas/ día O _____ llamadas/semana

3. 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 O _____ minutos por semana

4. ¿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

5. ¿Su hijo/a utiliza el teléfono móvil para enviar mensajes de texto (incluyendo WhatsApp, Snapchat, Instagram, etc...)?

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 O _____ mensajes enviados por semana

6. ¿Su hijo/a utiliza el teléfono móvil para enviar vídeos, 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 por día O _____ minutos por semana

7. ¿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 por día O _____ minutos por semana

8. ¿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 _____

9. ¿Tenéis teléfono inalámbrico en casa?

No (pasar a la pregunta 11)

Sí, → a. En promedio, ¿cuántas llamadas realiza y/o recibe su hijo con el teléfono inalámbrico?

Ninguna → Pasar a pregunta 11

Menos de una por semana

Una por semana o más, aproximadamente _____ llamadas/ semana O _____ llamadas/día

10. 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 O _____ minutos por semana

11. ¿Tenéis Wi-Fi (internet inalámbrico) en casa? Sí No**12. ¿Hay Wi-Fi (internet inalámbrico) en el colegio-instituto?** Sí No No lo se**13. ¿Su hijo/a usa una tableta fuera del colegio-instituto (ej. iPad)?**

No (ir a preg. 14)

Sí → 13.1 En promedio, ¿cuánto tiempo usa su hijo/a este aparato?

_____ minutos por día entre semana y _____ minutos por día fin de semana

13.2 ¿Tiene este aparato conexión a internet?

En esta pregunta puede marcar varias opciones

Sí, con 3G

Sí, con Wi-Fi

No (ir a preg. 14)

13.3 ¿Está este aparato siempre conectado a internet?

Sí, siempre

Sí, la mayoría de veces

No, sólo a veces

14. ¿Su hijo/a usa una vídeo-consola fuera del colegio-instituto?

No (ir a preg. 15)

Sí → **14.1 En promedio, ¿cuánto tiempo usa su hijo/a este aparato?**

_____ minutos por día entre semana y _____ minutos por día fin de semana

14.2 ¿Tiene este aparato conexión a internet?

En esta pregunta puede marcar varias opciones

Sí, con 3G

Sí, con Wi-Fi

No (ir a preg. 15)

14.3 ¿Está este aparato siempre conectado a internet?

Sí, siempre

Sí, la mayoría de veces

No, sólo a veces

15. ¿Su hijo/a usa un ordenador portátil fuera del colegio-instituto?

No (ir a siguiente cuestionario)

Sí → **15.1 En promedio, ¿cuánto tiempo usa su hijo/a este aparato?**

_____ minutos por día entre semana y _____ minutos por día fin de semana

15.2 ¿Tiene este aparato conexión a internet?

En esta pregunta puede marcar varias opciones

Sí, con 3G

Sí, con Wi-Fi

No (ir a siguiente cuestionario)

15.3 ¿Está este aparato siempre conectado a internet?

Sí, siempre

Sí, la mayoría de veces

No, sólo a veces

COMPORTAMIENTO

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

Instrucciones: Por favor, ponga una cruz en el cuadro que usted cree que corresponde a la respuesta de 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
1. Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Comparte frecuentemente con otros niños/as chucherías, juguetes, lápices, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Frecuentemente tiene rabietas o mal genio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado, o enfermo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Está continuamente moviéndose y es revoltoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/ellas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Por lo general cae bien a los otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 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"/>
17. Trata bien a los niños/as más pequeños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. A menudo miente o engaña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Los otros niños se meten con él/ella o se burlan de él/ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Piensa las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Roba cosas en casa, en el colegio o en otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Termina lo que empieza, tiene buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. ¿Ha acudido, en alguna ocasión, su hijo/a al psicólogo?

No → Pasa a pregunta 27

Sí, motivo: _____

26.1 ¿Sigue actualmente acudiendo al psicólogo?

Sí

No → No acude desde ____/____/____ (fecha aproximada)

27. ¿Algún profesional (psicólogo, psiquiatra, logopeda, pediatra...) ha diagnosticado a su hijo/a un problema neuropsicológico (TDAH, Autismos, Asperger, Problemas de Conducta-Comportamiento, Inadaptación, Dislexia...)?

No

Sí, especificar: _____

Nombre niño/a	Apellidos	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Raza o Grupo Étnico
Fecha Nacimiento ___/___/___	Fecha Hoy ___/___/___	Edad	Curso escolar <input type="checkbox"/> No va a la escuela

Trabajo habitual de los padres, incluso si ahora no están trabajando (especifique, por ejemplo: mecánico/a, jardinero/a, maestro/a de escuela, obrero/a, zapatero/a, sargento en el ejército, amo/a de casa).

Trabajo del padre

Trabajo de la madre

Este cuestionario fue contestado por:

Relación con el niño/ la niña:

Padre Madre Abuelo/a

Otro/a:

Por favor, complete este cuestionario con su opinión sobre el comportamiento de su hijo/a, incluso aunque piense que otras personas no están de acuerdo con usted. Sí lo cree necesario anote comentarios adicionales al final de cada frase y en el espacio que se proporciona en la página 2. Por favor, utilice letra de imprenta.

I. ¿Cuáles son las actividades deportivas en las que más le gusta participar a su hijo/a?

Por ejemplo: natación, fútbol, básquet, montar en bicicleta, monopatín, pescar, etc.

Ninguna

a. _____

b. _____

c. _____

En comparación con otros/as niños/as de su edad, ¿cuánto tiempo le dedica a cada uno de estos deportes?

No lo sé	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En comparación con otros/as niños/as de su edad, ¿cómo hace cada uno de estos deportes?

No lo sé	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. ¿Cuáles son las actividades, juegos o pasatiempos favoritos de su hijo/a? (No incluya deportes)

Por ejemplo: coleccionar sellos, jugar con muñecas, leer, tocar el piano, artesanía, coches, cantar, etc. (No incluya ver TV/ oír radio).

Ninguna

a. _____

b. _____

c. _____

En comparación con otros/as niños/as de su edad, ¿cuánto tiempo le dedica a cada una de estas actividades?

No lo sé	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En comparación con otros/as niños/as de su edad, ¿cómo hace cada una de estas actividades?

No lo sé	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. ¿A qué organizaciones, clubes, equipos u otros grupos pertenece su hijo/a?

Ninguna

a. _____

b. _____

c. _____

En comparación con otros/as niños/as de su edad, ¿en qué grado se implica en cada uno de estos grupos?

No lo sé	Menos activo	Promedio	Más activo
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. ¿Qué trabajos o tareas hace su hijo/a?

Por ejemplo: cuidar niños/as, hacer la cama, dar clases particulares, tirar la basura, repartir pizzas, etc. (Incluya trabajos/ tareas tanto pagados como no)

Ninguna

a. _____

b. _____

c. _____

En comparación con otros/as niños/as de su edad, ¿cómo lleva a cabo estas tareas?

No lo sé	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, utilice letra de imprenta

V. 1. ¿Cuántos amigos o amigas íntimos/as tiene su hijo/a? (No incluya los hermanos) Ninguno 1 2 ó 3 4 ó más

2. Sin contar las horas que está en la escuela, ¿cuántas veces a la semana participa en actividades con sus amigos? (No incluir a los hermanos/as) Menos de 1 1 ó 2 3 ó más

VI. En comparación con otros niños/as de la misma edad, ¿cómo...	Peor que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	
a. se lleva con sus hermanos y hermanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No tiene hermanos/as
b. se lleva con otros niños/as o jóvenes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. se comporta con sus padres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. juega solo/a y hace sus tareas solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. 1. Rendimiento escolar No va al colegio por _____

Marque con una cruz en cada asignatura indicando el rendimiento de su hijo/a		Suspense	Por debajo del promedio	Promedio	Por encima del promedio
		(0-3)	(4)	(5-6)	(7-10)
	a. Lectura, Idioma nacional, Literatura, Gramática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Historia, Ciencias Sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Matemáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras asignaturas como Tecnología, Informática, inglés, francés, etc. No incluir Religión, gimnasia, música	d. Ciencias (física, química, biología)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ¿Recibe su hijo/a algún tipo de educación especial, está en una clase o en un colegio especial? No Sí – especifique en qué tipo de clase o escuela especial está:

3. ¿Ha repetido su hijo/a algún curso? No Sí – ¿Qué cursos y por qué?:

4. ¿Ha tenido su hijo/a algún problema académico o de otro tipo en el colegio? No Sí – por favor, descríbalos:

¿Cuándo empezaron estos problemas?

¿Han terminado estos problemas? No Sí – ¿Cuándo?:

¿Tiene su hijo/a alguna enfermedad o incapacidad (física o mental)? No Sí – por favor, descríbala:

¿Qué es lo que más le preocupa sobre su hijo/a?

Por favor, describa los aspectos más positivos del niño/a

A continuación, hay una lista de frases que describen a los/as niños/as. Para cada frase que describe a su hijo/a **ahora o durante los últimos seis meses** haga un círculo en el número **2** si la frase describe a su hijo/a **muy a menudo o bastante a menudo**. Haga un círculo en el número **1** si la frase describe a su hijo/a **algo o algunas veces**. Haga un círculo en el **0** si la descripción con respecto a su hijo/a **no es cierta**. Por favor, conteste todas las frases de la mejor manera posible, incluso si algunas de ellas parecen no describir a su hijo/a

Por favor, escriba en letra de imprenta. Asegúrese de contestar todas las preguntas.

0 = No es cierto (que usted sepa)			1 = Algo, algunas veces cierto	2= Cierto muy a menudo o bastante a menudo			
0	1	2	1. Se comporta como si fuera más pequeño	0	1	2	34. Cree que los demás le quieren perjudicar
0	1	2	2. Bebe alcohol sin permiso de los padres	0	1	2	35. Se siente inferior o cree que no vale nada
0	1	2	3. Discute mucho	0	1	2	36. Se hace daño con mucha frecuencia o es propenso/a a tener accidentes.
0	1	2	4. No termina las cosas que empieza	0	1	2	37. Se mete en muchas peleas
0	1	2	5. Hay muy pocas cosas que le hacen disfrutar	0	1	2	38. Los demás se burlan de él/ ella a menudo.
0	1	2	6. Hace sus necesidades fuera del váter	0	1	2	39. Va con niños/as o jóvenes que se meten en problemas
0	1	2	7. Es presumido/a, engreído/a	0	1	2	40. Oye sonidos o voces que no existen (describa):
0	1	2	8. No puede concentrarse o prestar atención durante mucho tiempo.	0	1	2	41. Impulsivo/a; actúa sin pensar.
0	1	2	9. No puede quitarse de la mente ciertos pensamientos; está obsesionado/a (describa):	0	1	2	42. Prefiere estar solo/a.
0	1	2	10. No puede estar quieto/a sentado/a, es movido/a o hiperactivo/a	0	1	2	43. Mentiroso/a o tramposo/a.
0	1	2	11. Es demasiado dependiente o apegado/a a los adultos.	0	1	2	44. Se muerde las uñas.
0	1	2	12. Se queja de que se siente solo/a	0	1	2	45. Nervioso/a, ansioso/a o tenso/a.
0	1	2	13. Está confundido/a o parece como si estuviera en las nubes.	0	1	2	46. Movimientos nerviosos o tics (describa):
0	1	2	14. Lloro mucho	0	1	2	47. Pesadillas.
0	1	2	15. Es cruel con los animales	0	1	2	48. No cae bien a otros/as niños/as o jóvenes.
0	1	2	16. Es agresivo/a, cruel o malo/a con los demás	0	1	2	49. Padece de estreñimiento.
0	1	2	17. Sueña despierto/a, se pierde en sus propios pensamientos	0	1	2	50. Demasiado ansioso/a o miedoso/a.
0	1	2	18. Se hace daño a sí mismo/a deliberadamente o ha intentado suicidarse.	0	1	2	51. Se siente mareado/a.
0	1	2	19. Exige mucha atención	0	1	2	52. Se siente culpable por cualquier cosa.
0	1	2	20. Rompe sus propias cosas	0	1	2	53. Come demasiado.
0	1	2	21. Rompe las cosas de sus familiares o de otras personas.	0	1	2	54. Se cansa demasiado
0	1	2	22. Desobedece en casa.	0	1	2	55. Tiene sobrepeso
0	1	2	23. Desobedece en la escuela				56. Problemas físicos sin causa médica :
0	1	2	24. No come bien	0	1	2	a. Dolores o molestias (no incluya dolor de estómago o de cabeza)
0	1	2	25. No se lleva bien con otros/as niños/as o jóvenes	0	1	2	b. Dolores de cabeza.
0	1	2	26. No parece sentirse culpable después de portarse mal	0	1	2	c. Nauseas, se siente mal.
0	1	2	27. Se pone celoso/a fácilmente	0	1	2	d. Problemas con los ojos (valórelo como 0 si usa gafas) (Describa):
0	1	2	28. Se salta las normas en casa, en la escuela y en otros lugares	0	1	2	e. Erupciones u otros problemas en la piel.
0	1	2	29. Tiene miedo a ciertas situaciones, animales o lugares diferentes de la escuela (describa):	0	1	2	f. Dolores de estómago o retorcijones.
0	1	2	30. Le da miedo ir a la escuela	0	1	2	g. Vómitos
0	1	2	31. Tiene miedo de que pueda pensar o hacer algo malo	0	1	2	h. Otros (describa):
0	1	2	32. Cree que tiene que ser perfecto/a	0	1	2	57. Ataca a otras personas físicamente
0	1	2	33. Cree o se queja de que nadie le quiere	0	1	2	58. Se mete el dedo en la nariz, se araña la piel u otras partes del cuerpo (describa):

POR FAVOR, VERIFIQUE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS

SUBRAYE LAS QUE LE PREOCUPAN

Por favor, escriba en letra de imprenta. Asegúrese de contestar todas las preguntas.

0 = No es cierto (que usted sepa)				1 = Algo, algunas veces cierto				2= Cierto muy a menudo o bastante a menudo			
0	1	2	59. Juega con sus órganos sexuales en público	0	1	2	87. cambios repentinos de humor o sentimientos				
0	1	2	60. Juega demasiado con sus órganos sexuales	0	1	2	88. Malhumorado/a, pone mala cara.				
0	1	2	61. Trabajo deficiente en la escuela	0	1	2	89. Desconfiado/a, receloso/a.				
0	1	2	62. Mala coordinación o torpeza	0	1	2	90. Dice groserías, usa lenguaje obsceno				
0	1	2	63. Prefiere estar con niños/as o jóvenes mayores que él/ella	0	1	2	91. Habla de querer matarse.				
0	1	2	64. Prefiere estar con niños/as o jóvenes menores que él/ella	0	1	2	92. Habla o camina cuando está dormido/a (describa)				
0	1	2	65. Se niega a hablar.	0	1	2	93. Habla demasiado				
0	1	2	66. Repite ciertas acciones una y otra vez, compulsiones (describa):	0	1	2	94. Se burla de los demás o molesta mucho.				
0	1	2	67. Se fuga de casa	0	1	2	95. Tiene rabietas o mal genio.				
0	1	2	68. Grita mucho.	0	1	2	96. Piensa demasiado sobre temas sexuales.				
0	1	2	69. Muy reservado/a; se calla todo.	0	1	2	97. Amenaza a otro/as.				
0	1	2	70. Ve cosas que no existen (describa):	0	1	2	98. Se chupa el dedo.				
0	1	2	71. Se avergüenza con facilidad; tiene mucho sentido del ridículo.	0	1	2	99. Fuma tabaco.				
0	1	2	72. Prende fuegos.	0	1	2	100. No duerme bien (describa)				
0	1	2	73. Problemas sexuales (describa)	0	1	2	101. Hace novillos, falta a la escuela sin motivo.				
0	1	2	74. Le gusta llamar la atención o hacerse el gracioso/a.	0	1	2	102. Poco activo/a, lento/a o le falta energía.				
0	1	2	75. Muy tímido/a.	0	1	2	103. Infeliz, triste o deprimido/a.				
0	1	2	76. Duerme menos que la mayoría de niños/as o jóvenes.	0	1	2	104. Más ruidoso/a de lo común.				
0	1	2	77. Duerme más que la mayoría de niños/as o jóvenes.	0	1	2	105. Toma alcohol o drogas (describa):				
0	1	2	78. Desatento/a, se distrae con facilidad.	0	1	2	106. Comete actos de vandalismo, como romper ventanas u otras cosas.				
0	1	2	79. Problemas para hablar (describa):	0	1	2	107. Se orina en la ropa durante el día.				
0	1	2	80. Se queda mirando al vacío.	0	1	2	108. Se orina en la cama.				
0	1	2	81. Roba en casa.	0	1	2	109. Se queja mucho.				
0	1	2	82. Roba fuera de casa.	0	1	2	110. Desea ser del sexo opuesto.				
0	1	2	83. Almacena cosas que no necesita (describa):	0	1	2	111. Se aísla, no se relaciona con los demás.				
0	1	2	84. Comportamiento raro (describa):	0	1	2	112. Se preocupa mucho.				
0	1	2	85. Ideas raras (describa):	0	1	2	113. Por favor anote cualquier otro problema que tenga su hijo/a y que no esté incluido en esta lista:				
0	1	2	86. Tozudo/a, malhumorado/a, irritable	0	1	2	_____				

POR FAVOR, VERIFIQUE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS

SUBRAYE LAS QUE LE PREOCUPAN

ECOLOGÍA FAMILIAR. ESCALA HAEZI-ETXADI (7-11)

Fecha: _____

Completa los siguientes datos:

Madre: Edad: _____ Nivel educativo: Primario Secundario Universitario

Padre: Edad: _____ Nivel educativo: Primario Secundario Universitario

Estado civil:

Tipo de custodia en caso de padres separados:

Personas que conviven en la misma casa (nombrar padres, hijos, abuelos, tíos, etc.):

Nº de hijos: **Edad de los hijos:**

Quién ha rellenado el cuestionario: Madre Padre Otros (especifica):

Las preguntas deberán ser respondidas preferentemente por ambos padres de manera consensuada. En caso de no ser posible deberá responder el cuidador principal del **niño/niña***¹. Es muy importante que respondan **A TODAS LAS PREGUNTAS** con **TOTAL SINCERIDAD** ya que **NO EXISTEN RESPUESTAS BUENAS ni MALAS. SÓLO** deben marcar **UNA** opción de **RESPUESTA**.

1. Entre los regalos que le hacemos a nuestro hijo tratamos de incluir algún juego de mesa educativo (juego de la oca, parchís, dominó, puzzles, juegos de memoria, etc.)

Nunca Casi nunca A veces A menudo Casi siempre Siempre

2. Animamos a nuestro hijo a mirar documentales sobre cultura, historia o naturaleza.

Nunca Casi nunca A veces A menudo Casi siempre Siempre

3. Fomentamos que el niño use un diccionario, ya sea electrónico (vía Internet) o en papel, para hacer sus deberes o informarse.

Nunca Casi nunca A veces A menudo Casi siempre Siempre

4. Bajo nuestra supervisión, posibilitamos que nuestro hijo tenga acceso a páginas de internet con juegos educativos para desarrollar el lenguaje, la memoria o practicar matemáticas.

Nunca Casi nunca A veces A menudo Casi siempre Siempre

¹ Los términos "niño", "hijo" y "hermano" se utilizan de manera genérica para referirse a ambos sexos, niños/niñas, hijos/hijas y/o hermanos/hermanas.

5. **Buscamos oportunidades de la vida diaria para practicar conceptos matemáticos o habilidades en el lenguaje. Por ejemplo, si vamos al mercado le preguntamos a nuestro hijo cuánta comida podemos comprar con un billete de 5 euros, le animamos a que realice operaciones matemáticas sencillas (sumas, restas, multiplicaciones o divisiones) y le enseñamos nuevas palabras.**

Nunca Casi nunca A veces A menudo Casi siempre Siempre

6. **Le enseñamos a nuestro hijo diferentes tipos de música, poesías y le planteamos adivinanzas o acertijos.**

Nunca Casi nunca A veces A menudo Casi siempre Siempre

7. **En casa se plantean al niño situaciones para facilitar la comprensión de los estados mentales de otras personas, por ejemplo, saber por qué alguien está enfadado, triste o alegre.**

Siempre Casi siempre A menudo A veces Casi nunca Nunca

8. **Facilitamos a nuestro hijo el aprendizaje de nuevas palabras explicándole su significado.**

Nunca Casi nunca A veces A menudo Casi siempre Siempre

9. **Nuestro hijo nos suele pedir nuevos libros de lectura.**

Nunca Casi nunca A veces A menudo Casi siempre Siempre

10. **En nuestra casa se fomenta habitualmente el hábito de la lectura (días a la semana):**

0 días 1 día 2 días 3 días 4 días 5 o más días

11. **Nuestro hijo lee cuentos o libros propios de su edad.**

Nunca Casi nunca A veces A menudo Casi siempre Siempre

12. **En casa expresamos nuestras emociones y nuestro cariño delante del niño con naturalidad.**

Nunca Casi nunca A veces A menudo Casi siempre Siempre

13. **Cuando el niño está triste, le damos nuestro apoyo y le ayudamos a que exprese el motivo de su angustia.**

Nunca Casi nunca A veces A menudo Casi siempre Siempre

14. **Hablamos con nuestro hijo sobre cómo ha pasado su día en la escuela y de las relaciones con sus amigos.**

Siempre Casi siempre A menudo A veces Casi nunca Nunca

15. Ayudamos a nuestro hijo a pensar en las consecuencias negativas de su conducta (“Como no estás comiendo en la mesa te has manchado la ropa”, “como eres tan brusco le has hecho daño a tu hermano”).

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

16. Enseñamos a nuestro hijo a respetar su turno tanto para hablar como para jugar.

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

17. Si el niño tiene alguna rabieta nos mantenemos firmes.

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

18. Establecemos y hacemos cumplir normas claras y estables de funcionamiento (hora de la comida, del baño, del juego, uso de la televisión y del ordenador...).

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

19. Si queremos lograr que nuestro hijo haga una tarea, somos capaces de dejar que se quede sin hacer para esperar a que la haga él mismo. Por ejemplo, si su tarea es hacer la cama y se niega porque no le apetece, la dejamos sin hacer para que piense en las consecuencias.

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

20. Aunque inicialmente a nuestro hijo le cueste hacer una tarea doméstica o escolar, fomentamos su esfuerzo y autonomía (por ejemplo, hacerse la cama diariamente).

<input type="radio"/>					
Siempre	Casi siempre	A menudo	A veces	Casi nunca	Nunca

21. Nuestro hijo tiene asignada alguna mínima responsabilidad en la vida cotidiana como, por ejemplo, poner o recoger la mesa, preparar su ropa u otra cualquiera.

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

22. Partiendo de lo que es capaz, ayudamos al niño a hacer una tarea un poco más difícil y luego le dejamos hacerla solo.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

23. Dejamos que nuestro hijo se vista solo.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

24. El niño hace sus deberes por sí solo, con pequeñas ayudas en caso de que las necesite.

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

25. Conservamos los dibujos o los trabajos realizados por nuestro hijo.

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

26. Le pedimos a nuestro hijo que si algo no le gusta o no le parece bien nos lo cuente.

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

27. Ayudamos a nuestro hijo a establecer metas alcanzables para el aprendizaje o el juego.

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

28. Las habitaciones tienen una correcta ventilación.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

29. Procuramos que nuestro hijo tenga en su habitación algún cuadro o decoración acorde a su edad.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

30. Nuestro hijo dispone de un área tranquila de trabajo, para estudiar y realizar sus deberes.

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

31. Podemos contar con la ayuda de nuestra familia (padres, hermanos) cuando lo necesitamos.

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

32. Nuestro hijo ve a sus abuelos/as, tíos/as u otros familiares.

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

33. Nos hemos sentido apoyados por nuestras amistades durante el embarazo, parto y crianza del niño.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

34. Hay una buena relación con la familia extensa de la madre.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

35. Hay una buena relación con la familia extensa del padre.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

36. Consideramos que nuestro pediatra atiende nuestras dudas adecuadamente.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

37. Permitimos que nuestro hijo pueda estar con sus amigos fuera del horario escolar.

<input type="radio"/>					
Siempre	Casi siempre	A menudo	A veces	Casi nunca	Nunca

38. Invitamos a los amigos de nuestro hijo a que vengan a casa.

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

39. Dejamos que nuestro hijo acuda a la casa de sus amigos.

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

40. Acudimos a las reuniones convocadas por la escuela.

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

41. Conocemos el programa escolar de lo que nuestro hijo hace en la escuela.

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

42. Revisamos el cuaderno de comunicaciones o la agenda escolar de nuestro hijo.

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

43. Mantenemos contacto con otros padres de los compañeros de nuestro hijo.

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

44. Solicitamos reuniones con los maestros de nuestro hijo cuando consideramos que es necesario.

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

45. Nos sentimos ansiosos al pensar en la crianza que estamos dando a nuestro hijo.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

46. Nos cuesta decidir qué hacer con nuestro hijo cuando surge alguna dificultad (por ejemplo, sobre cómo corregir su mal comportamiento, el cuidado en caso de que los padres trabajen, etc.).

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

47. Sentimos que no somos el tipo de padres que realmente nos gustaría ser.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

48. Nos sentimos contentos y tranquilos con la educación de nuestro hijo.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

49. Nuestro hijo es capaz de dialogar para llegar a un acuerdo de solución de conflictos respetando los derechos mutuos.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

50. Un niño de esta edad, debería ser capaz de poner palabras a sus sentimientos y emociones.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

51. A estas edades ya son capaces de reconocer que la cantidad se conserva igual, aunque cambie su forma. Por ejemplo, si se presentan dos bolas de plastilina idénticas y delante del niño se aplasta una de ellas hasta formar un "churro", el niño responderá que hay la misma cantidad de plastilina, aunque la forma sea diferente.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

52. A esta edad los niños deberían ser capaces de formular hipótesis y/o teorías y comprobarlas.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

53. A esta edad los niños deberían ser capaces de utilizar el pensamiento abstracto como, por ejemplo, identificar correctamente qué es lo que tienen en común una mosca y un árbol.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

54. Al observar las reacciones del niño (miedo, frustración, enfado...) tratamos de conectar con sus emociones.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

55. Si nuestro hijo está en el parque y quiere jugar con algo que está ocupado, le animamos a que dialogue con los otros niños para que él también pueda jugar.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

56. Si nuestro hijo es molestado por otros, le enseñamos a expresarse verbalmente y a defenderse con firmeza pidiendo ayuda externa si la necesita.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

57. Si en una realización de tarea de grupo en la escuela, nuestro hijo cree que no está bien como la están realizando, lo mejor es que exprese su insatisfacción en el grupo respetando a los demás.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

58. Si nuestro hijo parece disgustado es mejor dejar que se le pase, ya que esa es su forma de ser y es muy difícil cambiarla.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

59. Si el niño está triste porque se ha peleado con sus amigos evitamos que hable de ello para que no se sienta mal recordando lo sucedido.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

60. Por mucho que lo intentemos es muy difícil cambiar el comportamiento de nuestro hijo ya que él es así por naturaleza.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

61. Sentimos que la obligación de tener que cuidar a nuestro hijo nos supone más tiempo y energía de la que tenemos.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

62. El comportamiento nuestro hijo nos resulta estresante.

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

63. Nos preocupa pensar en el futuro de nuestro hijo y que no podamos ayudarlo.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

64. Sentimos que hemos pasado muchas situaciones estresantes y preocupaciones económicas, asociadas al hecho de ser padres.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

65. Sentimos que no conseguimos relajarnos cuando estamos con nuestro hijo.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

RESPONDA A LOS SIGUIENTES 7 ÍTEMS (66-72), EN RELACIÓN AL PADRE, A LA MADRE O A UNA SEGUNDA FIGURA IMPLICADA ACTIVAMENTE Y DE MANERA ESTABLE EN LA CRIANZA DEL NIÑO/A.

66. En nuestro caso, como pareja, discutimos...

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

67. Nuestras discusiones llegan hasta los gritos.

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

68. Nuestras discusiones suben de tono y alcanzan los insultos o amenazas.

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

69. Discutimos delante del niño.

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

70. El niño ha presenciado alguna discusión en la que nos hemos insultado.

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

71. Cuando tenemos una pelea nos cuesta bastante negociar para poder llegar a un acuerdo.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

72. Cuando tenemos una discusión, ambos intentamos cooperar para satisfacer los intereses propios y el de nuestra pareja.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

EN LOS SIGUIENTES 7 ÍTEMS (73-79), “UNA 2ª FIGURA DE REFERENCIA”, HACE ALUSIÓN A LA 2ª PERSONA IMPLICADA ACTIVAMENTE Y DE MANERA ESTABLE EN LA CRIANZA DEL NIÑO/A.

73. El padre o una 2ª figura de referencia dedica tiempo libre para jugar con el niño.

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

74. Cuando el niño se porta mal, el padre o una 2ª figura de referencia se ocupa de controlar su comportamiento.

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

75. El padre o una 2ª figura de referencia participa activamente en las labores del hogar.

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

76. Madre y padre, o 2ª figura de referencia, estamos de acuerdo en las reglas y normas antes de indicárselas al niño.

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

77. La madre se siente bien apoyada por el padre o por una 2ª figura de referencia en las labores de crianza.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

78. El padre o una 2ª figura de referencia acude a las reuniones de la escuela.

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

79. El padre o una 2ª figura de referencia suele hacer actividades fuera de casa con el niño.

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

Continúa en la siguiente y última página...

RESPONDA A LOS SIGUIENTES 6 ÍTEMS (80-85), ÚNICAMENTE SI EL NIÑO TIENE HERMANOS/AS CON LOS QUE CONVIVE.

80. Solemos encomendar a nuestros hijos funciones de cuidado, atención y acompañamiento de otro hermano, dentro de sus competencias.

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

81. Durante los ratos de juego o en la realización de las rutinas diarias observamos que nuestros hijos se imitan unos a otros.

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

82. En el caso de que alguno de nuestros hijos manifieste celos por su hermano, intentamos evitar en lo posible los comportamientos que los pudieran provocar (como mimar al otro delante de él), sin alterar la espontaneidad de las manifestaciones afectivas.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

83. Observamos que los hermanos se buscan entre sí para jugar y hablar entre ellos.

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

84. Si alguno de nuestros hijos está enfadado, triste o alegre, le explicamos a su hermano el motivo de su estado de ánimo (por ejemplo, le explicamos que está triste porque ha perdido un juguete o porque ha discutido con un amigo).

<input type="radio"/>					
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

85. En casa solemos hablar con nuestros hijos de forma natural acerca de las características que les hace distintos de sus otros hermanos (por ejemplo, resaltar lo bien que uno juega a fútbol y lo bien que dibuja el otro...).

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

Muchas gracias por tu colaboración.

ID: NHC: _____ Nombre: _____
F. Nacimiento: ___/___/___ F. Exploración: ___/___/___ Edad: _____ Examinador: _____

EF1. Peso	EF2. Talla
kg	cm

EF3. P. Abdominal	EF4. P. Cadera
cm	cm

EF5	1	2	3	Media
Presión Arterial	/	/	/	/
Pulso				

EF7. Tamaño Tiroideo – Clasificación	OMS 1960
No palpable	0
Palpable pero no visible con cuello extendido	1A
Visible con el cuello extendido	1B
Visible con la cabeza en posición normal	2
Visible desde la distancia	3

EF6. Talla Manguito	ESCANER MANO
17-22	<input type="checkbox"/> Sí
22-42	<input type="checkbox"/> No

EF8. Bioimpedancia

Hora última comida _____:

Hora última orina _____:

Hora bioimpedancia _____:

Tª: _____ Humedad: _____

	-	0	+	++	1	2	3
IMC							
% Grasa Corporal							
% Músculo esquelético							
Metabolismos Basal							

DESARROLLO SEXUAL

DS1. VOL testicular D _____ mm I _____ mm

DS2. Descenso testicular Normal / Anormal

DS3. Menarquia: ___/___/___

DS4. Acné: SI / NO/REFERIDO

DS5. Estadios de Tanner

Desarrollo peno- testicular					Desarrollo mamario					Vello púbico					Desarrollo axilar		
G1	G2	G3	G4	G5	S1	S2	S3	S4	S5	P1	P2	P3	P4	P5	A1	A2	A3

		PESO (Kg.)	TALLA (cm)	IMC	P. ABDOMINAL (cm)	1a REGLA
R	Madre					
R	Padre					

COMENTARIOS: _____

1. ¿Ha consumido chocolate, té, Coca-Cola, redbull, ginseng o cualquier bebida con cafeína en las últimas dos horas?
 Sí No NS/ NC
2. ¿Hizo ejercicio en las últimas dos horas? Sí No NS/ NC
3. ¿Hizo ejercicio en los últimos 3 días? Sí No NS/ NC

4. Sólo para niñas (si aplica). ¿Cuándo comenzó su último período? ___/___/___ 1ª regla ___/___/___

Condiciones test neurodesarrollo

- Temperatura: Correcta Alta Baja
- Tiempo: Sol Sol/ nubes Nubes/ Lluvia Noche
- Ruido: Poco Bastante Mucho
- Iluminación: Natural Artificial
- Luminosidad: Lux (entre la pantalla y la cara del niño/a)
- Calidad del test: Normal Algunos problemas (especificar) No utilizable
- Salud del niño/a: Normal Problemas de salud: _____
- Descanso noche: Normal No tan bien como normalmente

Cuestionario infantil

- El niño lee el cuestionario solo, sin ayuda o interferencia de la enfermera
- El niño lee el cuestionario solo, con algunas aclaraciones de la enfermera
- La enfermera ayudó al niño a leer el cuestionario
- La enfermera lee todo el cuestionario al niño

- CFA Madre Padre Otro _____
- Mala Regular Buena

FRACT Posición a 2m de la pantalla. Sí usa gafas, quitarlas para el primer test (agudeza visual) y ponerlas en el segundo test (contraste)

¿Usa gafas normalmente? Sí No ¿las pone 1er test? Sí No ¿las pone 2º test? Sí No

Agudeza visual: Dec. VA _____ LogMAR _____

Contrastes Threshold contrast _____ % Weber _____ logCS

N-back																									
0-back	3	3	8	2	7	9	9	0	7	2	2	3	5	7	6	5	5	8	9	1	4	3	3	6	8
1-back	3	4	7	8	7	1	4	6	4	7	3	8	4	8	0	9	6	9	2	7	4	8	1	8	0
2-back	2	6	4	9	6	8	1	7	8	9	3	5	0	3	6	5	9	3	7	9	4	7	7	8	9
3-back	7	6	8	1	2	3	8	0	9	1	2	4	5	1	6	1	9	8	6	2	0	9	7	1	0

Series	h	y	g	x	a	d	ñ	a	m	k	i	e	a	l	i
	j	h	a	ñ	y	h	w	j	y	h	e	t	y	i	i

Flechas	R1	R2	R3	R4

Ruletas	ARRIESGADAS	
	SEGURAS	

INCIDENCIAS

USO DE TELÉFONO MÓVIL Y NUEVAS TECNOLOGÍAS NIÑO/A

1. ¿UTILIZAS teléfono móvil? (1) Sí (2) No
2. ¿Cuándo hablas por teléfono, te colocas generalmente el teléfono en el lado derecho o en el izquierdo de la cabeza? (con generalmente nos referimos a más de la mitad del tiempo)
 (1) En el lado derecho (2) En el lado izquierdo (3) En ambos lados/indiferente

3. ¿Utilizas el teléfono móvil para enviar mensajes de texto (incluyendo WhatsApp y Ping)?
Puedes contestar en mensajes al día O por semana
 (1) Sí → _____ mensajes enviados por día (a) O _____ mensajes enviados por semana (b)
 (2) No

4. ¿Utilizas el teléfono móvil para enviar videos, archivos, correos electrónicos, o utilizas el teléfono móvil como módem para su ordenador? *Puedes contestar en minutos por día O por semana*
 (1) Sí → _____ minutos/día O _____ minutos/semana
 (2) No

5. ¿Utilizas el teléfono móvil para otros usos de los datos (navegar por internet, bajarte música, películas, juegos en línea (online), Skype, etc.)? *Puedes contestar en minutos al día O a la semana*
 (1) Sí → _____ minutos/día O _____ minutos/semana
 (2) No

6. ¿Con qué frecuencia usas el ordenador, el portátil, la tableta (ej. iPad), o el teléfono móvil durante la hora antes de ir a dormir?
 (1) (casi) nunca (pasar a la pregunta 7)
 (2) de vez en cuando, pero menos de una vez por semana
 (3) algunos días (de 1 a 6 días a la semana)
 (4) cada día
- a. Si usas el ordenador, el portátil, la tableta, o el teléfono móvil durante la hora antes de ir a dormir, ¿qué haces la mayoría de veces? (Puedes marcar más de una respuesta)
- (1) Leer un libro electrónico
 (2) Enviar o consultar mensajes
 (3) Jugar a juegos
 (4) Mirar vídeos
 (5) Consultar Instagram, Facebook, Twitter, noticias, u otros
 (6) Otros, especificar _____

7. ¿Te despiertas alguna vez por haber recibido mensajes en el ordenador, portátil, tableta, o teléfono móvil?
 (1) (casi) nunca (pasar PÁGINA)
 (2) de vez en cuando, pero menos de una vez por semana
 (3) algunos días (de 1 a 6 días a la semana)
 (4) cada día
- a. Si te despiertas alguna vez por haber recibido mensajes, que haces?
 (1) Nada (2) Leo el mensaje y vuelvo a dormir (3) Leo el mensaje y lo contesto

CONSUMO DE ALCOHOL

1. ¿Tienes algún amigo que haya bebido algo más de unos pocos sorbos de cerveza, sidra, vino o cualquier bebida que contiene alcohol? (1) Sí (2) No
2. ¿Y tú? ¿Alguna vez has bebido algo más que unos sorbos de cerveza, sidra, vino o cualquier bebida que contiene alcohol?
 (1) Sí (2) No

HIGIENE BUCODENTAL

1. ¿Tienes cepillo de dientes? Sí No
2. Tipo de cepillo utilizas habitualmente: Manual Eléctrico
3. ¿Cada cuánto tiempo renuevas el cepillo dental? Cada 3 meses Cada 6 meses
4. ¿A qué edad empezaste a limpiarte los dientes?
 1-4 años 4-6 años 6-8 años 8-12 años
5. Frecuencia con la que realizas cepillado dental:
 Nunca 1 vez por día 2 veces por día 3 veces por día Más de 3 veces por día
6. ¿Qué pasta dentífrica utilizas? _____
7. Si no te cepilla los dientes tras cada comida ¿a qué se debe? Por favor marque todas las opciones que correspondan
 No tiene tiempo No le apetece Se le olvida No le parece necesario Fuera de casa
8. ¿Dónde te han enseñado a cepillarte los dientes? Por favor marque todas las opciones que correspondan
 Casa Colegio Dentista Nadie me ha enseñado
9. ¿Usas seda dental para limpiarse los dientes?
 Nunca De vez en cuando 1 vez al día Varias veces al día
10. ¿Usas colutorio/ enjuague tras limpiarte los dientes?
 No Sí, todos los días Sí, de vez en cuando ¿Cuál? _____
11. Cuando necesitas ir al odontólogo, ¿dónde acudes? Centro de Salud Consulta particular privada
12. ¿Cuándo fuiste al dentista por última vez?
 Nunca Menos de 1 mes 1mes-1años Más de 1 año
13. ¿Con qué frecuencia tomas alimentos azucarados como golosinas, bollos, galletas, pan de molde, zumos envasados, refrescos, chocolate, nocilla, etc.?
 Nunca/ Casi nunca Varias veces al mes Varias veces a la semana A diario
14. ¿Crees que es importante cepillarse los dientes para tener una boca sana?
 Muy importante Importante Poco importante Nada importante
15. ¿Crees que es importante ir al dentista al menos 1 vez al año?
 Sí, muy importante Poco importante Nada importante

ESTADO DE SALUD GENERAL Y BIENESTAR
--

¿Cómo estás? ¿Cómo te sientes? Esto es lo que queremos saber sobre ti. Por favor, lee cada pregunta atentamente. Cuando pienses en tu respuesta, por favor intenta recordar la última semana, es decir, los últimos siete días. ¿Cuál es la respuesta que primero se te ocurre? Escoge la opción que creas mejor para ti y escribe una cruz en ella. Recuerda: Esto no es un examen. No hay respuestas correctas o incorrectas. Pero es importante que contestes todas las preguntas.

1. ACTIVIDADES FÍSICAS Y SALUD**a. En general, ¿cómo dirías que es tu salud?**

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

Piensa en la <u>última semana</u> ...	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
b. ¿Te has sentido bien y en forma?	<input type="checkbox"/>				
c. ¿Te has sentido físicamente activo/a (ej. has corrido, trepado, ido en bici)?	<input type="checkbox"/>				
d. ¿Has podido correr bien?	<input type="checkbox"/>				
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
e. ¿Te has sentido lleno/a de energía?	<input type="checkbox"/>				

2. ESTADO DE ÁNIMO Y SENTIMIENTOS

Piensa en la <u>última semana</u> ...	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
a. ¿Has disfrutado de la vida?	<input type="checkbox"/>				
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
b. ¿Has estado de buen humor?	<input type="checkbox"/>				
c. ¿Te has divertido?	<input type="checkbox"/>				
	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
d. ¿Te has sentido triste?	<input type="checkbox"/>				
e. ¿Te has sentido tan mal que no querías hacer nada?	<input type="checkbox"/>				
f. ¿Te has sentido solo/a?	<input type="checkbox"/>				
g. ¿Has estado contento/a con tu forma de ser?	<input type="checkbox"/>				

3. TU VIDA FAMILIAR Y TU TIEMPO LIBRE

Piensa en la última semana...	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
a. ¿Has tenido suficiente tiempo para ti?	<input type="checkbox"/>				
b. ¿Has podido hacer las cosas que querías en tu tiempo libre?	<input type="checkbox"/>				
c. ¿Tus padres han tenido suficiente tiempo para ti?	<input type="checkbox"/>				
d. ¿Tus padres te han tratado de forma justa?	<input type="checkbox"/>				
e. ¿Has podido hablar con tus padres cuando has querido?	<input type="checkbox"/>				
f. ¿Has tenido suficiente dinero para hacer lo mismo que tus amigos/as?	<input type="checkbox"/>				
g. ¿Has tenido suficiente dinero para tus gastos?	<input type="checkbox"/>				

4. TUS AMIGOS/AS

Piensa en la última semana...	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
a. ¿Has pasado tiempo con tus amigos/as?	<input type="checkbox"/>				
b. ¿Te has divertido con tus amigos/as?	<input type="checkbox"/>				
c. ¿Tú y tus amigos/as os habéis ayudado unos/as a otros/as?	<input type="checkbox"/>				
d. ¿Has podido confiar en tus amigos/as?	<input type="checkbox"/>				

5. EL COLEGIO

Piensa en la última semana...	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
a. ¿Te has sentido feliz en el colegio?	<input type="checkbox"/>				
b. ¿Te ha ido bien en el colegio?	<input type="checkbox"/>				
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
c. ¿Has podido prestar atención?	<input type="checkbox"/>				
d. ¿Te has llevado bien con tus profesores/as?	<input type="checkbox"/>				

Se realiza visita de seguimiento en consulta de Pediatría del Hospital San Agustín – Avilés

	Año	Mes	Día
Fecha de examen			
Fecha nacimiento			
Edad cronológica			

Test realizados al niño/a:

N-BACK: evalúa la memoria de trabajo y la concentración. Consiste en recordar la posición de un estímulo previo presentado, que va cambiando constantemente. El test tiene diferentes niveles de dificultad.

PMA-R: evalúa de forma general la capacidad de razonamiento. Consiste en completar, en un tiempo determinado, el mayor número de series de letras de diferentes dificultades.

FLANKER: permite evaluar la capacidad de atención y consiste en adivinar lo más rápido posible la dirección a la que mira (izquierda-derecha) la flecha central de una serie de 5 flechas.

CUPS TASK: evalúa la toma de decisiones arriesgadas por recompensas (ganancia de dinero) y castigos (pérdida de dinero) por separado. Más específicamente, este test evalúa si el participante ajusta su comportamiento según las probabilidades de riesgo y la importancia del resultado de su acción.

En general, los resultados de su hijo/a para estas pruebas han sido:

- Adecuados
- Inadecuados, especificar:

Exploración física:

Se realizan diferentes procedimientos entre los que podemos destacar medidas antropométricas, desarrollo sexual, tensión arterial y composición corporal.

Peso:	Talla:	IMC	% Grasa corporal:
Otros			

En general, la exploración física de su hijo/a ha sido:

- Adecuada
- Inadecuada, especificar:

Se recomienda el uso de cremas y/o productos para la piel sin parabenos, así como evitar el uso de esencia de árbol de té. Seguir una dieta variada y equilibrada, además de realizar ejercicio físico de forma regular.

De nuevo, queríamos agradecerles su implicación y colaboración, ya que hacen posible que la **Cohorte INMA – Asturias** siga adelante en sus objetivos.

Fdo. _____

RECOMENDACIONES PEDIÁTRICAS

DIETA

A no ser que se indique una dieta específica, podrás comer “casi de todo” variando algunas costumbres.

Sólo hay algunos alimentos prohibidos (salvo excepciones muy puntuales) y son:

- Los alimentos precocinados industriales.
- Frituras y rebozados.
- Productos de bollería industrial.
- Chucherías y dulces
- Refrescos y zumos envasados.
- Cremas de “untar” (quesos, nocilla, patés...)

La bebida habitual será el agua.

Se realizarán 4 ó 5 comidas al día (desayuno, media mañana, comida, merienda y cena) y NO se picoteará entre las tomas.

Los alimentos se cocinarán a la plancha, al horno o hervidos y se usará aceite de oliva.

- No comer nunca viendo la TV y evitar la TV en el dormitorio.
- Servir la comida en platos de tamaño medio (no grandes) y emplatada (evitar repetir).
- Comer sin prisa masticando bien los alimentos.
- Procurar si es posible comer en familia y todos lo mismo.
- Evitar que en casa haya algún alimento que no le convenga comer.

EJERCICIO

- Hará al menos 30 minutos diarios de ejercicio aeróbico al día (andar, correr, bailar, nadar...). Si no está entrenado iniciar con periodos más cortos e ir aumentando.
- Procurará en lo posible no utilizar el ascensor y los desplazamientos relativamente cercanos hacerlos andando.
- Facilitar en lo posible las actividades y juegos al aire libre.
- Los fines de semana buscar actividades para hacer en familia o al aire libre, o simplemente pasear evitando estar todo el día en casa sentado.
- Limitar la televisión, ordenador y videojuegos a un máximo de 1 hora y media al día.

DISRUPTORES ENDOCRINOS

Los disruptores endocrinos son sustancias químicas capaces de alterar el sistema hormonal, responsable de múltiples funciones vitales como el crecimiento o al desarrollo sexual. Al imitar o alterar el efecto de las hormonas, los disruptores endocrinos pueden enviar mensajes confusos al organismo ocasionando diversas disfunciones.

1. Evita los artículos hechos con policarbonato o cloruro de polivinilo, especialmente cuando están diseñados para almacenar alimentos. Es preferible utilizar botellas y envases de vidrio para almacenar comidas y bebidas.
2. No calientes alimentos y bebidas en envases de plástico, ni los utilices para contener líquidos calientes.
3. Compra envases libres de ftalatos o bisfenol-A. Evita envases de plástico marcados en su base con los números 3 (PVC o vinilo), 6 (espuma de poliestireno) o 7 (algunos pueden contener bisfenol-A). Los marcados con 1 no se deben de reutilizar (son los de las botellas de agua, por ejemplo). Evita alimentos envasados con film de PVC. Evita manipular en exceso tickets térmicos (bisfenol-A)
4. Reduce el consumo de alimentos enlatados y comidas procesadas. Consume preferiblemente frutas y verduras frescas o congeladas. (Muchas latas llevan capa plástica interior con bisfenol A)
5. Procura evitar antiadherentes (Teflón®) en los utensilios de cocina y sartenes.
6. Pela y lava las frutas y verduras
7. Consume productos de temporada y proximidad y a ser posible orgánicos.
8. Evita el uso de insecticidas en tu casa y alrededores.
9. No des a tus hijos juguetes o mordedores de plástico sin comprobar su composición.
10. Utiliza productos de higiene libres de parabenos, perfumes, ftalatos y fenoxietanol (0%). No abuses de toallitas higiénicas.