



Estudio BREATHE

Estudio del efecto de la contaminación
sobre el desarrollo neuropsicológico de los escolares

CUESTIONARIO PARA MADRES Y PADRES



centre de recerca
en epidemiologia
ambiental



CREAL Centre de Recerca en Epidemiologia Ambiental. C/ Doctor Aiguader 88. 08003 Barcelona.
Tel. 93 316 06 67/ 93 316 06 50. Fax: 93 316 06 35. www.creal.cat

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL CUESTIONARIO:

En este cuestionario 'su hijo/a' se refiere al niño/a que trajo el cuestionario a casa desde la escuela.

Le pedimos que conteste a todas las preguntas del cuestionario, independientemente de si su hijo/a ha tenido problemas de salud o no. No tardará más de 10 minutos en rellenarlo.

Este cuestionario es anónimo, toda la información que pedimos tiene como única finalidad estudiar el efecto de la contaminación ambiental en el desarrollo del niño/a.

Para responder las preguntas marque la respuesta correspondiente con una cruz (☒). Si se equivoca, tache la opción incorrecta y marque la respuesta correcta.

Si tiene cualquier duda sobre las preguntas del cuestionario, puede ponerse en contacto con Mònica López (e-mail: mlopez8@creal.cat, teléfono: 93 214 73 08).

¡Le damos las gracias por adelantado por su colaboración!

DATOS GENERALES:

1. ¿Qué día es hoy?

				2	0	1	
(día)		(mes)		(año)			

2. ¿Quién responde al cuestionario?

- 1 Madre
 2 Padre
 3 Otros. Especifique: _____

3. ¿Cuál es su estado civil?

- 1 Casado/a o pareja estable
 2 Soltero/a
 3 Separado/a o divorciado/a
 4 Viudo/a
 5 Otros
 6 Ns/Nc

4. ¿Qué curso hace el niño/a? _____

5. ¿A qué edad comenzó a ir a esta escuela? ____ años

DATOS SOBRE EL DOMICILIO:

6. ¿Cuál es el domicilio actual del niño/a?

Calle _____ N° _____ Código postal _____
Ciudad _____

6a. ¿Desde cuándo vive su hijo/a en este domicilio?

- ₁ Desde que nació
₂ Desde que tenía _____ años y _____ meses

6b. En el caso de que su hijo/a viva en dos domicilios (por ejemplo, unos días con la madre y otros días con el padre), especifique la dirección del otro domicilio.

Calle _____ N° _____ Código postal _____
Ciudad _____

6c. ¿Aproximadamente cuántos días al mes vive en este otro domicilio? _____

7. Si ha cambiado de domicilio desde que nació, ¿cuáles son los otros domicilios donde el niño/a ha vivido? (Si es fuera de Barcelona, indique sólo el municipio, el país y el período).

Calle, n°	Municipio	País	Desde	Hasta
			□□□□ (año)	□□□□ (año)
			□□□□ (año)	□□□□ (año)
			□□□□ (año)	□□□□ (año)

Los siguientes datos se refieren al domicilio principal donde vive el niño/a.

8. ¿Actualmente con qué personas convive su hijo/a?

- ₁ Madre
₂ Padre
₃ Hermanos/as mayores. ¿Cuántos? ____
₄ Hermanos/as menores. ¿Cuántos? ____
₅ Abuelos/as. ¿Cuántos? ____
₆ Otros. ¿Cuántos? ____

9. Si alguno de los padres o familiares fuma, ¿lo hace en el domicilio? (sume el total de cigarrillos si fuma más de una persona dentro de casa)

- 1 No fuma nadie.
- 2 No fuma en el domicilio, pero lo hace fuera de casa o en la terraza.
- 3 Sí, fuma en el domicilio. N.º de cigarrillos aprox. por día (dentro de casa): ____

10. Actualmente, ¿qué tipo de cocina tienen en su casa? (**marque sólo una opción**)

- 1 De gas natural
- 2 De gas butano o propano
- 3 Eléctrica
- 4 Otros. Especifique: _____

11. ¿Utiliza extractor cuando cocina?

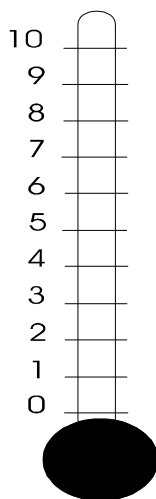
- 1 Siempre
- 2 A veces
- 3 Nunca

12. ¿La habitación del niño/a tiene como mínimo una ventana que dé a una calle en la que haya tráfico continuamente?

- 1 No
- 2 Sí

13. ¿Hasta qué punto le molesta el ruido del exterior de su vivienda si deja la ventana abierta?

Molestia insoportable



Ninguna molestia

DATOS SOBRE EL NIÑO O LA NIÑA:

14. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de su hijo/a?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(día)		(mes)		(año)	

15. ¿Su hijo es un niño o una niña?

- ₁ Niño
₂ Niña

16. País de nacimiento de su hijo/a: _____

17. ¿El niño/a es adoptado/a?

- ₁ No
₂ Sí

17a. Si ha respondido “Sí”, ¿con qué edad fue adoptado/a? ___ años

18. ¿Cuánto pesó su hijo/a al nacer?

- ₁ Menos de 2,5 kg
₂ Entre 2,5 y 4 kg
₃ Más de 4 kg
₄ No lo sabe

19. ¿Cuándo nació su hijo/a?

- ₁ Antes de la semana 37 (prematuro)
₂ Entre la semana 37 y la fecha esperada
₃ En la fecha esperada o después
₄ No lo sabe / No se acuerda

20. ¿Le dieron el pecho a su hijo/a?

- ₁ No
₂ Menos de 1 semana
₃ Entre 1 semana y 3 meses
₄ Entre 3 y 6 meses
₅ Entre 6 y 12 meses
₆ Más de 12 meses

21. ¿La madre del niño/a fumó de manera regular durante el embarazo?

- ₁ No
₂ Sí

22. Actualmente, ¿cuántas horas suele dormir el niño/a los días escolares? ___ h

23. ¿El niño/a lleva gafas habitualmente?

- 1 No
 2 Sí

24. Intente cuantificar el contexto lingüístico en casa:

- 1 Sólo castellano
 2 Castellano a menudo, catalán raramente
 3 Principalmente castellano, y utilizan el catalán aproximadamente una cuarta parte del tiempo (1/4)
 4 Uso equitativo del catalán y el castellano (sin diferencias importantes)
 5 Principalmente catalán, y utilizan el castellano aproximadamente una cuarta parte del tiempo (1/4)
 6 Catalán a menudo, castellano raramente
 7 Sólo catalán
 8 Se habla otra lengua (únicamente o juntamente con el catalán/castellano).
Especificar: _____

25. ¿Cuánto tiempo (de media) **al día** pasa el niño/a viendo la televisión?

- 1 Días de escuela: __ horas al día.
 2 Días de fin de semana: __ horas al día.

26. ¿Cuánto tiempo (de media) **al día** pasa el niño/a jugando a videojuegos o a juegos de ordenador?

- 1 Días de escuela: __ horas al día.
 2 Días de fin de semana: __ horas al día.

27. Por favor, rellene estas tablas indicando el/los medio/s de transporte que el niño/a utiliza habitualmente en el **trayecto casa-escuela**. (Si combina dos medios de transporte, seleccione los dos e indique cuantos minutos se desplaza en cada uno de ellos, etc. Por ejemplo: 10 minutos a pie y 20 minutos en tren.)

27a. Para ir a la escuela:

Medios de transporte	Duración (minutos)	Nº de días a la semana
<input type="checkbox"/> 1 A pie y/o en patines/patinete	__ min	__ días
<input type="checkbox"/> 2 En bicicleta	__ min	__ días
<input type="checkbox"/> 3 En autobús, autocar y/o tranvía	__ min	__ días
<input type="checkbox"/> 4 En metro y/o tren	__ min	__ días
<input type="checkbox"/> 5 En coche	__ min	__ días
<input type="checkbox"/> 6 En moto	__ min	__ días

27b. ¿Puede escribir las calles más importantes por las que pasa para **ir a la escuela**? (Especifique al lado el medio de transporte.)

Calle (Vías de circulación)	Medio de transporte

27c. Para volver de la escuela:

Medios de transporte	Duración (minutos)	Nº de días a la semana
<input type="checkbox"/> ₁ A pie y/o en patines/patinete	__ min	__ días
<input type="checkbox"/> ₂ En bicicleta	__ min	__ días
<input type="checkbox"/> ₃ En autobús, autocar y/o tranvía	__ min	__ días
<input type="checkbox"/> ₄ En metro y/o tren	__ min	__ días
<input type="checkbox"/> ₅ En coche	__ min	__ días
<input type="checkbox"/> ₆ En moto	__ min	__ días

27d. ¿Puede escribir las calles más importantes por las que pasa para **volver de la escuela**? (Especifique al lado el medio de transporte.)

Calle (Vías de circulación)	Medio de transporte

28. **Fuera del horario escolar**, ¿con qué frecuencia hace ejercicio físico su hijo/a hasta el punto de quedarse sin aliento o sudar?

- ₁ Cada día
- ₂ De 4 a 6 veces por semana
- ₃ De 2 a 3 veces por semana
- ₄ Una vez a la semana
- ₅ Una vez al mes
- ₆ Menos de una vez al mes

28a. ¿Dónde realiza este ejercicio físico?

- ₁ Al aire libre
- ₂ En espacios cerrados
- ₃ Al aire libre y en espacios cerrados por igual

Datos médicos

29a. ¿El niño/a ha sido diagnosticado/a por un médico de asma alguna vez?

- 1 Sí
- 2 No

29b. ¿El niño/a ha sido diagnosticado/a por un médico o psicólogo de Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) alguna vez?

- 1 Sí
- 2 No
- 3 Lo estamos valorando

29c. ¿Actualmente el niño/a toma algún medicamento de forma habitual?

- 1 Sí*
- 2 No

* En caso afirmativo, ¿podría dar el nombre comercial?

Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas)

Por favor, ponga una cruz en el cuadro que usted cree que corresponde a 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 del niño/a durante los últimos seis meses o durante el presente curso escolar.

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
30a. Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30b. Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30c. Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30d. Comparte frecuentemente con otros niños/as chucherías, juguetes, lápices, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30e. Frecuentemente tiene rabietas o mal genio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30f. Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30g. Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30h. Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30i. Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado, o enfermo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30j. Está continuamente moviéndose y es revoltoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
30k. Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30l. Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/ellas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30m. Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30n. Por lo general cae bien a los otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30o. Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30p. 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"/>
30q. Trata bien a los niños/as más pequeños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30r. A menudo miente o engaña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30s. Los otros niños se meten con él/ella o se burlan de él/ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30t. A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30u. Piensa las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30v. Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30w. Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30x. Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30y. Termina lo que empieza, tiene buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS SOBRE LOS PADRES:

31. País de nacimiento del padre: _____

32. País de nacimiento de la madre: _____

Los siguientes datos se refieren a los dos adultos principales con los que el niño/a convive de manera regular.

33. ¿Qué nivel de estudios ha finalizado el padre? **(marque sólo una opción)**

- 1 No sabe leer ni escribir
- 2 Sin estudios o estudios primarios incompletos
- 3 Estudios primarios (EGB, primaria, ESO)
- 4 Estudios secundarios (BUP, COU, FP, Bachillerato)
- 5 Estudios universitarios

34. ¿Qué nivel de estudios ha finalizado la madre? (**marque sólo una opción**)

- 1 No sabe leer ni escribir
- 2 Sin estudios o estudios primarios incompletos
- 3 Estudios primarios (EGB, primaria, ESO)
- 4 Estudios secundarios (BUP, COU, FP, Bachillerato)
- 5 Estudios universitarios

35. ¿Cuál es la situación laboral actual del padre?

- 1 Trabaja por cuenta propia
- 2 Trabaja por cuenta ajena
- 3 Trabajador del hogar
- 4 Estudiante
- 5 En el paro
- 6 De baja laboral
- 7 Otros

36. ¿Cuál es la situación laboral actual de la madre?

- 1 Trabaja por cuenta propia
- 2 Trabaja por cuenta ajena
- 3 Trabajadora del hogar
- 4 Estudiante
- 5 En el paro
- 6 De baja laboral
- 7 Otros

OTRAS PREGUNTAS:

Espacios verdes

Las cuatro preguntas siguientes tienen como objetivo obtener información sobre el uso de espacios verdes por su hijo/a. Con *espacios verdes* nos referimos a áreas como jardines y parques donde hay vegetación y árboles. Por favor, no considere la actividad durante el horario escolar.

37a. Durante el presente **período escolar** (septiembre – actualidad), de media, ¿cuántos días por **semana** y cuántas **horas** cada día jugó el niño/a en espacios verdes?

	Días escolares	Fines de semana	Vacaciones de Navidad
Días por semana			
Horas/día			

37b. Durante las últimas **vacaciones de verano** (junio – septiembre), de media, ¿cuántos días por **semana** y cuántas **horas** cada día jugó el niño/a en espacios verdes?

Días por semana	
Horas/día	

37c. ¿Cuál es el nombre del jardín/parque y la población **del área metropolitana de Barcelona** donde su hijo/a juega de manera más frecuente durante el período escolar (septiembre – actualidad) y durante las vacaciones de verano (junio – septiembre)? (Si no conoce el nombre del parque, por favor escriba el nombre de la calle o cruce donde está situado.)

	Parque	Población
Período escolar		
Vacaciones de verano		

37d. ¿Cuántos días (aproximadamente) han ido a los siguientes lugares en su tiempo libre durante el presente período escolar (septiembre – actualidad) y durante las últimas vacaciones de verano (junio – septiembre)?

	Montaña y parques nacionales (como los Pirineos o el Montseny)	Playa
Período escolar	___ días	___ días
Vacaciones de verano	___ días	___ días

Otros datos médicos

38a. ¿Durante los últimos 12 meses el niño/a ha presentado episodios de silbidos en el pecho?

- ₁ Sí
₂ No

38b. ¿El niño/a ha sido diagnosticado/a por un médico de rinitis alérgica alguna vez?

- ₁ Sí
₂ No

38c. ¿El niño/a ha sido diagnosticado/a por un médico de alergia alimentaria alguna vez?

- ₁ Sí
₂ No
₃ Lo estamos valorando

Respondiendo a este cuestionario usted ha colaborado con la investigación epidemiológica relacionada con la salud infantil y el medio ambiente BREATHE.

¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!