

CUESTIONARIO GENERAL

El presente cuestionario tiene como objetivo obtener información sobre datos sociodemográficos, estilos de vida y conducta. El cuestionario deberá ser cumplimentado por los padres o tutores del niño/a.

Solamente el investigador principal de este proyecto tendrá acceso a los datos que puedan identificar de manera directa o indirecta a los participantes. La identidad de los participantes será protegida en base a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de regulación del tratamiento automatizado de datos de carácter personal (LOPD).

Fecha día..... / mes..... / año 20.....

Nº de identificación.....
(Cumplimentar por el personal investigador)

Persona que cumplimenta el cuestionario:

Y Madre Y Padre Y Ambos Y Otros. Especificar.....

1. Datos de identificación (voluntarios)

Nombre del niño/a.....

Nombre de la madre.....

Nombre del padre.....

2. Datos del centro escolar

Nombre del centro donde estudia su hijo/a.

Tipo de centro: Y Público Y Privado Y Concertado Localidad del centro.....

3. Datos sociodemográficos

Datos de la madre	Datos del padre
Edad..... Fecha de nacimiento.....	Edad..... Fecha de nacimiento.....
País de nacimiento.....	País de nacimiento.....
Nacionalidad.....	Nacionalidad.....
¿Qué nivel de estudios ha finalizado?	¿Qué nivel de estudios ha finalizado?
<input type="checkbox"/> No sabe leer ni escribir. <input type="checkbox"/> Sin estudios o estudios primarios incompletos. <input type="checkbox"/> Estudios Primarios (EGB, Primaria, ESO) <input type="checkbox"/> Estudios Secundarios (BUP, COU, Bachiller, FP) <input type="checkbox"/> Estudios Universitarios <input type="checkbox"/> Otros, especificar	<input type="checkbox"/> No sabe leer ni escribir. <input type="checkbox"/> Sin estudios o estudios primarios incompletos. <input type="checkbox"/> Estudios Primarios (EGB, Primaria, ESO) <input type="checkbox"/> Estudios Secundarios (BUP, COU, Bachiller, FP) <input type="checkbox"/> Estudios Universitarios <input type="checkbox"/> Otros, especificar
Estado civil:	Estado civil:
<input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Separada o divorciada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Otros, especificar	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado o divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otros, especificar
¿Cuál de las siguientes formas define mejor la situación en la vive usted?	¿Cuál de las siguientes formas define mejor la situación en la vive usted?
<input type="checkbox"/> Vive con el padre del niño/a <input type="checkbox"/> Vive con otra pareja <input type="checkbox"/> Vive con sus padres <input type="checkbox"/> Vive sola <input type="checkbox"/> Otros, especificar	<input type="checkbox"/> Vive con la madre del niño/a <input type="checkbox"/> Vive con otra pareja <input type="checkbox"/> Vive con sus padres <input type="checkbox"/> Vive solo <input type="checkbox"/> Y Otros, especificar
¿Cuál es su situación laboral actual?	¿Cuál es su situación laboral actual?
<input type="checkbox"/> Trabajadora <input type="checkbox"/> Parada <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Baja laboral. Motivo..... <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Otros, especificar	<input type="checkbox"/> Trabajador <input type="checkbox"/> Parado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Baja laboral. Motivo..... <input type="checkbox"/> Amo de casa <input type="checkbox"/> Otros, especificar
En el caso de esté trabajando:	En el caso de esté trabajando:
<input type="checkbox"/> Actividad de la empresa..... <input type="checkbox"/> Puesto de trabajo	<input type="checkbox"/> Actividad de la empresa..... <input type="checkbox"/> Puesto de trabajo
Tipo de contrato:	Tipo de contrato:
<input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Tiempo completo	<input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Tiempo completo

4. Estilos de vida

Datos de la madre	Datos del padre
¿Cuánto mide aproximadamente? cm	¿Cuánto mide aproximadamente? cm
¿Cuánto pesa aproximadamente? kg	¿Cuánto pesa aproximadamente? Kg

4.1. Actividad física

Datos de la madre	Datos del padre
¿Cuántas horas al día suele dormir durante la semana? horas/día	¿Cuántas horas al día suele dormir durante la semana? horas/día
¿Cuántas horas al día suele dormir durante el fin de semana? horas/día	¿Cuántas horas al día suele dormir durante el fin de semana? horas/día
¿Cuántas horas al día ve la televisión durante la semana? horas/día	¿Cuántas horas al día ve la televisión durante la semana? horas/día
¿Cuántas horas al día ve la televisión durante el fin de semana? horas/día	¿Cuántas horas al día ve la televisión durante el fin de semana? horas/día
Considerando toda su actividad física habitual (trabajo u ocupación principal, hogar y tiempo libre), ¿cómo se considera?	Considerando toda su actividad física habitual (trabajo u ocupación principal, hogar y tiempo libre), ¿cómo se considera?
<input type="checkbox"/> Sedentaria (sentado casi siempre, sin actividad física, sin deporte, bajo cuidados) <input type="checkbox"/> Poco activa (profesionales o actividades sentadas, amas de casa con electrodomésticos, escaso deporte) <input type="checkbox"/> Moderadamente activa (trabajos manuales, amas de casa sin electrodomésticos, deporte ligero, etc.) <input type="checkbox"/> Bastante activa (trabajos o actividades de pie andando, deporte intenso, etc.) <input type="checkbox"/> Muy activa (Trabajo muy vigoroso, deporte fuerte diario) <input type="checkbox"/> No sabe/no contesta	<input type="checkbox"/> Sedentario (sentado casi siempre, sin actividad física, sin deporte, bajo cuidados) <input type="checkbox"/> Poco activo (profesionales o actividades sentadas, amas de casa con electrodomésticos, escaso deporte) <input type="checkbox"/> Moderadamente activo (trabajos manuales, amas de casa sin electrodomésticos, deporte ligero, etc.) <input type="checkbox"/> Bastante activo (trabajos o actividades de pie andando, deporte intenso, etc.) <input type="checkbox"/> Muy activo (Trabajo muy vigoroso, deporte fuerte diario) <input type="checkbox"/> No sabe/no contesta

4.2. Hábito tabáquico

Datos de la madre	Datos del padre
¿Ha fumado a largo de su vida?	¿Ha fumado a largo de su vida?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál de las siguientes formas describe mejor su consumo de tabaco?	¿Cuál de las siguientes formas describe mejor su consumo de tabaco?
<input type="checkbox"/> Fuma diariamente <input type="checkbox"/> Fuma, pero no diariamente <input type="checkbox"/> No fuma, aunque antes fumaba diariamente <input type="checkbox"/> No fuma aunque antes fumaba pero no diariamente	<input type="checkbox"/> Fuma diariamente <input type="checkbox"/> Fuma, pero no diariamente <input type="checkbox"/> No fuma, aunque antes fumaba diariamente <input type="checkbox"/> No fuma aunque antes fumaba pero no diariamente
¿Fuma alguien más en casa?	¿Fuma alguien más en casa?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

5. Escala de Estrés Parental

Las siguientes frases describen sentimientos y percepciones acerca de la experiencia de ser padre/madre. Piense sobre cada uno de los ítems en términos de cómo es su relación con su hijo/a. Por favor, indique el grado de acuerdo o desacuerdo con los siguientes ítems, poniendo el número correspondiente sobre el espacio que se ofrece para responder.

1 2 3 4 5
Muy en desacuerdo En desacuerdo Indeciso De acuerdo Muy de acuerdo

Datos de la madre

Datos del padre

____ 1. Soy feliz como madre	____ 1. Soy feliz como padre
____ 2. Hay poco (o nada) que no haría por mis hijos/as si fuera necesario.	____ 2. Hay poco (o nada) que no haría por mis hijos/as si fuera necesario.
____ 3. A veces cuidar de mi hijo/s me supone más tiempo y energía de la que tengo.	____ 3. A veces cuidar de mi hijo/s me supone más tiempo y energía de la que tengo.
____ 4. A veces me preocupa si estoy haciendo lo suficiente por mi hijo/s.	____ 4. A veces me preocupa si estoy haciendo lo suficiente por mi hijo/s.
____ 5. Me siento unida a mi hijo/s.	____ 5. Me siento unido a mi hijo/s.
____ 6. Disfruto dedicándole tiempo a mi hijo/s.	____ 6. Disfruto dedicándole tiempo a mi hijo/s.
____ 7. Mi hijo/s es una fuente importante de afecto para mí.	____ 7. Mi hijo/s es una fuente importante de afecto para mí.
____ 8. Tener un hijo/s me da una visión más tranquila y optimista del futuro.	____ 8. Tener un hijo/s me da una visión más tranquila y optimista del futuro.
____ 9. La mayor fuente de estrés en mi vida es mi hijo/s.	____ 9. La mayor fuente de estrés en mi vida es mi hijo/s.
____ 10. Tener un hijo/s me quita tiempo y disponibilidad en mi vida.	____ 10. Tener un hijo/s me quita tiempo y disponibilidad en mi vida.
____ 11. Tener un hijo/s ha sido una carga económica.	____ 11. Tener un hijo/s ha sido una carga económica.
____ 12. El tener hijos me hace difícil compaginar distintas obligaciones.	____ 12. El tener hijos me hace difícil compaginar distintas obligaciones.
____ 13. La conducta de mi hijo/a es a menudo molesta o estresante para mí.	____ 13. La conducta de mi hijo/a es a menudo molesta o estresante para mí.
____ 14. Si pudiera volver atrás, decidiría no tener hijo/s.	____ 14. Si pudiera volver atrás, decidiría no tener hijo/s.
____ 15. Me siento abrumada por la responsabilidad de ser madre.	____ 15. Me siento abrumado por la responsabilidad de ser padre.
____ 16. Tener un hijo/s ha supuesto tener pocas oportunidades y poco control sobre mi vida.	____ 16. Tener un hijo/s ha supuesto tener pocas oportunidades y poco control sobre mi vida.
____ 17. Estoy satisfecha como madre.	____ 17. Estoy satisfecho como padre.
____ 18. Mi hijo/s me parece encantador/es.	____ 18. Mi hijo/s me parece encantador/es.

6. Historia reproductiva

Datos de la madre

¿Tiene más hijos aparte del actual?

- Y Sí
Y No

En caso afirmativo, ¿cuántos hijos tiene en total?

Nº de hijos.....

¿Le diagnosticaron alguna de las siguientes complicaciones en el embarazo de su hijo/a?

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| Y Ningún problema | Y Eclampsia |
| Y Hipertensión en el embarazo | Y Diabetes gestacional |
| Y Preeclampsia | Y Otros, especificar |

¿Fumó durante el embarazo de su hijo/a?

- Y Sí

En caso afirmativo, ¿cuál de las siguientes situaciones se adapta mejor a la suya?

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Fumé durante todo el embarazo
¿Fumó alguien en casa durante el embarazo de su hijo?	<input type="checkbox"/> Fumé durante el 1º trimestre de embarazo
	<input type="checkbox"/> Fumé durante el 1º y 2º trimestre de embarazo
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Fumé durante todo el embarazo pero b
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> dejé cuando nació mi hijo/a
<hr/>	
¿El nacimiento de su hijo/a fue anterior a la fecha prevista de término del embarazo?	¿Cuántas semanas de gestación duró el embarazo de su hijo/a?..... semanas
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Menos de 37 semanas
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Más de 37 semanas
<hr/>	
¿Qué tipo de parto tuvo con su hijo/a?	¿Cuántos gramos pesó su hijo/a?..... gr.
<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Menos de 2500gr
<input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> Más de 2500gr
<input type="checkbox"/> Forceps	
<input type="checkbox"/> Ventosa	
<hr/>	
¿Le dio pecho a su hijo/a?	En caso afirmativo, señale la que más se adecúe:
<input type="checkbox"/> Sí. Durantemeses.	<input type="checkbox"/> Realicé lactancia materna exclusivamente
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Realicé lactancia mixta, empleando simultáneamente lactancia materna y artificial

7. Datos del niño/a

Edad..... Fecha de nacimiento.....

¿Cuánto mide aproximadamente? cm

¿Cuánto pesa aproximadamente? Kg

7.1. Actividad física

¿Cuántas horas al día suele su hijo/a dormir durante la semana? horas/día

¿Cuántas horas al día ve su hijo/a la televisión durante la semana? horas/día

¿Cuántas horas al día suele su hijo/a dormir durante el fin de semana?..... horas/día

¿Cuántas horas al día ve su hijo/a la televisión durante el fin de semana?..... horas/día

Fuera del colegio, ¿cuánto tiempo dedica su hijo/a al día a otros juegos o actividades sedentarios (ej. puzzles, leer, muñecas/juegos, deberes, etc.)? (Excluír televisión/videojuegos/tablet y Wii-sports)

Durante la semana	Durante el fin de semana
<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca
<input type="checkbox"/> Menos de 30 minutos al día	<input type="checkbox"/> Menos de 30 minutos al día
<input type="checkbox"/> Entre 30 min. y menos de 1 h/día	<input type="checkbox"/> Entre 30 min. y menos de 1 h/día
<input type="checkbox"/> Aprox. 1 hora / día	<input type="checkbox"/> Aprox. 1 hora / día
<input type="checkbox"/> 2 horas /día	<input type="checkbox"/> 2 horas /día
<input type="checkbox"/> 3 horas /día	<input type="checkbox"/> 3 horas /día
<input type="checkbox"/> 4 o más horas /día	<input type="checkbox"/> 4 o más horas /día

¿Qué tipo de actividad y cuánto tiempo (Ej. 1h y 30min; 2 veces/semana) suele hacer de actividad física EXTRA ESCOLAR ORGANIZADA (Ej. clase de baile/natación/etc.) o NO-ORGANIZADA como jugar en patio/parque, ir en bici/scooter, correr, saltar, patinar, nadar, gimnasia, etc? (Excluír videojuegos y el viaje al colegio).Indique todas aquellas que haga durante la semana.

Actividad 1.....	Actividad 4.....
Duración..... Veces/semana.....	Duración..... Veces/semana.....
Actividad 2.....	Actividad 5.....
Duración..... Veces/semana.....	Duración 6..... Veces/semana.....
Actividad 3.....	Actividad 2.....
Duración..... Veces/semana.....	Duración..... Veces/semana.....

¿Cuál es el deporte/actividad más común de su hijo/a?

¿Qué tipo de actividades suele preferir realizar su hijo/a?

- Actividades en grupo con niños/as de su misma edad
- Actividades en solitario
- Otros. Especificar.....

Globalmente, considerando toda su actividad física: ¿cómo considera usted a su hijo/a?

- Sedentario/a: sentado casi siempre, sin práctica de actividad física o deportes, bajo cuidados.
- 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 de pie/moviéndose, intensa actividad física o deportes a diario.
- No sabe/no contesta.

7.2. Datos sobre problemas de salud

¿Está su hijo/a en tratamiento médico por algún problema de salud?	¿Toma su hijo algún medicamento de forma continuada?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique cuál:.....
<hr/>	
¿Toma su hijo algún suplemento de vitaminas y minerales?	¿Con qué frecuencia lo toma?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Nº veces/día <input type="checkbox"/> Nº veces/semana <input type="checkbox"/> Otro. Especificar.....
En caso afirmativo, indique cuál:.....	

7.3. Datos sobre problemas de alimentación

¿Tiene su hijo/a dificultad en la transición o introducción de texturas (de líquido a puré/ de puré a triturado o sólido)?	¿Muestra su hijo/a un fuerte desagrado ante las rutinas buco-faciales (lavar la cara, los dientes...)?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<hr/>	
¿Tolera su hijo/a sólo una variedad muy limitada de alimentos, sabores y texturas?	Indique cuál/es de esta/s situación/es se aproxima más a la relación de su hijo/a con la comida. Puede indicar más de una opción.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rechaza una gran variedad de alimentos. <input type="checkbox"/> Escupe la comida o la mantiene en la boca para no tragarla. <input type="checkbox"/> Otra. Especificar.....

8. Hábitos dietéticos. Índice de Calidad de la Dieta Mediterránea (KIDMED)

Por favor, piense en lo que habitualmente suele comer su niña/o e indíquenos si las siguientes afirmaciones son aplicables a su situación. Por favor marque una respuesta Verdadero (V) o falso (F) para cada afirmación.

	V	F
1. Toma una fruta o zumo de fruta todos los días.		
2. Toma una segunda fruta todos los días.		
3. Toma verduras frescas, crudas, en ensalada o cocinadas regularmente una vez al día.		
4. Toma verduras frescas, crudas, en ensalada o cocinadas más de una vez al día.		
5. Toma pescado con regularidad, por lo menos 2 o 3 veces a la semana.		
6. Acude una vez o más a la semana a un centro de "fast food" tipo hamburguesería.		
7. Le gustan las legumbres y las toma más de una vez a la semana.		
8. Toma pasta o arroz casi a diario (5 días o más a la semana).		
9. Desayuna cereales o derivados como el pan, etc.		
10. Toma frutos secos con regularidad, por lo menos 2-3 veces a la semana.		
11. Consume aceite de oliva en casa.		
12. No desayuna.		
13. Desayuna un lácteo, como leche, yogur, etc.		
14. Desayuna bollería industrial.		
15. Toma 2 yogures y/o 40 gramos de queso cada día.		
16. Toma varias veces al día dulces y golosinas.		

9. Versión reducida del “Cuestionario Pediátrico de Sueño”

A continuación, vamos a hacerle unas preguntas sobre algunos aspectos relacionados con el sueño y el comportamiento de su hijo/a.

A. Conducta durante la noche y mientras duerme:

¿Cuándo duerme su hijo/a...	Sí	No	No sabe
... ronca más de la mitad del tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ronca siempre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ronca de forma ruidosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... tiene una respiración ruidosa o profunda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... tiene problemas o dificultad para respirar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez...	Sí	No	No sabe
... ha visto a su hijo parar de respirar por la noche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo/a...	Sí	No	No sabe
... tiene tendencia a respirar con la boca abierta durante el día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... tiene la boca seca cuando se despierta por las mañanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... de vez en cuando moja la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Conducta durante el día y otros problemas posibles:

¿Su hijo/a...	Sí	No	No sabe
... se despierta cansado por las mañanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... se va durmiendo durante el día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su profesor o cualquier otro cuidador le ha comentado alguna vez que su hijo parece que esté dormido durante el día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le cuesta despertar a su hijo por las mañanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo se queja de dolor de cabeza por las mañanas, cuando se despierta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez su hijo, desde que nació, ha tenido un “parón” en su crecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo tiene sobrepeso (pesa más de lo normal para su edad)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Otros aspectos relacionados con la conducta

	Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
No parece escuchar lo que se le dice.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene dificultad para organizar sus actividades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Molesta moviendo las manos y los pies mientras está sentado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está permanentemente en marcha como si tuviera un motor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interrumpe las conversaciones o los juegos de los demás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Cuestionario sobre el perfil de hábitos de defecación

Por favor, señale las respuestas que mejor describan con qué frecuencia su hijo presenta las siguientes conductas.

	Casi siempre (1)	Frecuentemente (2)	A veces (3)	Raramente (4)	Nunca (5)
1ªSección: Sensibilidad alta					
1. Mi hijo/a se esconde en el momento de hacer sus deposiciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mi hijo/a me pide un pañal cuando siente la necesidad de hacer una deposición.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mi hijo rechaza sentarse en el orinal o en el inodoro para hacer sus deposiciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mi hijo sigue un ritual inhabitual en el momento de hacer sus deposiciones que implica acciones o lugares que no suelen estar asociados con ir al baño.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.a. Explique cuál es el ritual de su hijo:					
5. Mi hijo parece sentir dolor en el momento de hacer sus deposiciones, incluso cuando sus heces son blandas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mi hijo rechaza ir al baño fuera de casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. La reacción de mi hijo al olor de sus heces es exagerada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mi hijo rechaza limpiarse o que lo limpien después de defecar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2ªSección: Sensibilidad baja					
9. Mi hijo no parece sentir las ganas de defecar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mi hijo no se da cuenta de que ha manchado (heces) su ropa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Cuestionario sobre el perfil sensorial (Short Sensory Profile)

Por favor marque el cuadrado que mejor representa la frecuencia con la cual su hijo/a demuestra los siguientes comportamientos. Si no es posible responder a alguno de estos comportamientos, déjelo en blanco. Por favor no escriba en la sección *Resultado Bruto Total por Sección*.

Abreviaturas: S, Siempre; F, Frecuente; AV, A veces; CN, Casi nunca; N, Nunca.

Sensibilidad táctil	S	F	AV	CN	N
1. Expresa angustia cuando le cortan el pelo y las uñas, o se le lava la cara (por ejemplo, llora o lucha).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Prefiere usar manga larga cuando hace calor o manga corta cuando hace frío.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Evita ir descalzo, especialmente en arena o hierba.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Reacciona emocional o agresivamente cuando lo tocan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se aleja del agua que le pueda salpicar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tiene dificultades para esperar en fila o cerca de otra gente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Frota o rasca el área del cuerpo donde le han tocado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resultado bruto total por sección					
Sensibilidad gustativa/olfativa	S	F	AV	CN	N
8. Evita ciertos sabores u olores que habitualmente forman parte de las dietas de los niños.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Come solamente algunas comidas de ciertos sabores. (apunte: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Se limita a comer solamente comidas de cierta textura/temperatura. (apunte: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Es exigente con lo que come, especialmente en lo que se refiere a las texturas de los alimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resultado bruto total por sección					
Sensibilidad al movimiento	S	F	AV	CN	N
12. Se vuelve ansioso o angustiado cuando sus pies se separan del suelo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Teme caerse o estar en lo alto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. No le gustan las actividades en las cuales se queda con la cabeza hacia abajo (por ejemplo, volteretas, juegos bruscos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resultado bruto total por sección					
Poca receptividad/búsqueda de sensaciones	S	F	AV	CN	N
15. Disfruta de ruidos extraños/trata de hacer ruido sólo por hacer ruido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Busca todo tipo de movimiento y esto interfiere con las actividades rutinarias (por ejemplo, no se puede quedar quieto).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Se emociona demasiado con las actividades de movimiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Toca excesivamente a gente y objetos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. No parece notar cuando tiene la cara y manos sucias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Pasa de una actividad a otra al punto de interferir con el juego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. No le molesta tener la ropa torcida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resultado bruto total por sección					

Filtración auditiva	S	F	AV	CN	N
22. Se distrae o tiene dificultades para funcionar normalmente si hay mucho ruido a su alrededor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Parece no oír lo que se le dice (por ejemplo, parece no hacer caso).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. No puede trabajar si hay ruido ambiental (por ejemplo, de un ventilador, de un refrigerador)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Tiene dificultades para completar las tareas cuando está puesta la radio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. No responde cuando lo llaman, pero usted sabe que su hijo oye bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Tiene dificultades para prestar atención.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resultado bruto total por sección					
Baja energía/débil	S	F	AV	CN	N
28. Parece que sus músculos son débiles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Se cansa fácilmente, especialmente cuando está de pie o manteniendo alguna posición determinada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Aprieta débilmente, como si le faltara fuerza para su edad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. No puede levantar objetos pesados (parece más débil que otros niños de la misma edad).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Siempre está buscando apoyarse en muebles, personas, etc. (incluso cuando está haciendo algo).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Tiene poco aguante/Se agota fácilmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resultado bruto total por sección					
Sensibilidad auditiva/visual	S	F	AV	CN	N
34. Responde de manera negativa a sonidos fuertes o inesperados (por ejemplo, llora o se esconde al oír el ruido de la aspiradora, ladridos de perro, secador de pelo).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Se cubre los oídos con las manos para protegerlos de sonidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Le molesta la luz brillante a la que otras personas se acostumbran.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Mira a todas las personas que se mueven a su alrededor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Se cubre los ojos o los entrecierra para protegerse de la luz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resultado bruto total por sección					

Muchas gracias por su colaboración

- Marque esta casilla si **NO** está de acuerdo en que su hijo/a participe en la evaluación del test de integración visual-motora (VMI) que se realizará en el aula del centro educativo.
- Marque esta casilla si **NO** está de acuerdo en que contactemos con ustedes en el futuro con el fin de continuar con esta investigación sobre la cual serán debidamente informados.
- Si está de acuerdo en que contactemos con usted si fuese necesario indique su número de teléfono: _____ y correo electrónico: _____