

Cuestionario tutores Contacto con la naturaleza

Por favor completar la encuesta siguiente.

¡Gracias!

Se estima que la duración de la realización de este cuestionario es de 15-20 minutos.

Identificación del paciente

(Apunte, por favor, el código que le ha entregado su pediatra para identificar al paciente.)

Número de horas que su hijo utiliza pantallas AL DIA (día laborable)

(Registrar la suma de HORAS COMPLETAS de día laboral habitual de uso de TV, tablet, ordenador, móvil y consolas)

Número de horas que su hijo utiliza pantallas AL DIA (fin de semana)

(Registrar la suma de HORAS COMPLETAS por día de fin de semana de uso de TV, tablet, ordenador, móvil, consolas.)

Número de horas A LA SEMANA que su hijo utiliza pantallas

(Registrar en HORAS COMPLETAS la suma de las dos preguntas anteriores (horas de días laborables x 5 más horas de días de fin de semana x 2).)

Número de horas A LA SEMANA que su hijo realiza actividad física o deportiva reglada.

(Registrar en HORAS COMPLETAS la actividad SEMANAL deportiva reglada (escolar, extraescolar, competiciones).)

Número de horas a la semana que su hijo realiza actividad física no reglada.

(Registrar en HORAS COMPLETAS las horas de práctica SEMANAL de juego en la calle, en un entorno urbano construido o pistas/polideportivo, sin vegetación.)

Número de horas que su hijo pasa a la semana en contacto con la naturaleza

(Registrar en horas completas la suma de horas SEMANALES que su hijo emplea al aire libre en excursiones al campo, parques, playa, ríos, montaña y las horas pasadas en un parque urbano con zonas verdes, áreas naturales cercanas al domicilio, bosque urbano, paseo marítimoparques, playa, ríos, montaña...)

¿Su hijo tiene móvil?

- Sí
 No

Si su hijo/a tiene móvil, edad en que lo recibió.

- 0
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14

(Seleccione los años enteros que había cumplido su hijo/a cuando recibió el móvil)

¿Qué estudios tiene la madre o uno de los tutores legales?

- Estudios primarios
 Estudios secundarios
 Bachillerato o Formación profesional
 Estudios universitarios superiores
 No sé
 Sin estudios
 (Indique el nivel educativo de la madre)

¿Qué estudios tiene el padre u otro tutor?

- Estudios primarios
 Estudios secundarios
 Bachillerato o Formación profesional
 Estudios universitarios superiores
 No se
 Sin estudios
 (Indique el nivel educativo del padre)

¿La familia tiene problemas para llegar a fin de mes?

- Sí
 No

¿Donde vive su hijo?

- Zona rural
 Zona urbana
 Mixto
 (Tipo de ambiente de la vivienda)

¿Vive en una zona costera?

- Sí
 No

¿Existen zonas verdes cercanas a su domicilio? Regla 3-30-300.

Se refiere a si existen cerca de su domicilio árboles, parques urbanos o bosques en las cercanías.

¿Se pueden ver al menos 3 árboles desde su domicilio?

SI

NO

¿Su barrio tiene al menos un 30% de zonas verdes?

¿Vive a menos de 300 metros de un espacio verde?

Escala de contaminación atmosférica autopercebida.

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Hasta qué punto os molesta la contaminación atmosférica del exterior de vuestra vivienda si dejáis todas las ventanas abiertas? Nos referimos a gases, humo, polvo, procedentes del tráfico o de la industria.

(Consta de una escala de 0 a 10 puntos acerca de la molestia que provoca la contaminación atmosférica exterior de su vivienda (0=ninguna molestia a 10=molestia insoportable))

¿Su hijo tiene problemas para dormir?

 Sí No

Si ha contestado que sí la pregunta anterior, ¿qué tipo de problemas de sueño tiene su hijo?

 Problemas para conciliar el sueño Múltiples despertares nocturnos Sonmolencia diurna excesiva Otros

¿Su hijo tiene buen rendimiento escolar?

 Sí No

(Indique si su hijo/a aprueba todas las asignaturas en junio.)

¿Su hijo precisa apoyo escolar?

 Sí No

(Indique si precisa clases extraescolares, logopeda o apoyo por el servicio de orientación escolar.)

CUESTIONARIO DE CAPACIDADES Y DIFICULTADES (SDQ, 2005)

Por favor, señale el círculo que usted cree que corresponde a cada una de las preguntas

Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas.

 No es cierto Un tanto cierto Totalmente cierto

Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo.

 No es cierto Un tanto cierto Totalmente cierto

Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas

 No es cierto Un tanto cierto Totalmente cierto

Comparte frecuentemente con otros niños/as chucherías, juguetes, lápices...etc.

 No es cierto Un tanto cierto Totalmente cierto

Frecuentemente tiene rabietas o mal genio.

 No es cierto Un tanto cierto Totalmente cierto

-
- Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a. No es cierto Un tanto cierto
 Totalmente cierto
-
- Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos. No es cierto Un tanto cierto
 Totalmente cierto
-
- Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado. No es cierto Un tanto cierto
 Totalmente cierto
-
- Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado o enfermo. No es cierto Un tanto cierto
 Totalmente cierto
-
- Está continuamente moviéndose y es revoltoso. No es cierto Un tanto cierto
 Totalmente cierto
-
- Tiene por lo menos un buen amigo/a. No es cierto Un tanto cierto
 Totalmente cierto
-
- Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/ellas. No es cierto Un tanto cierto
 Totalmente cierto
-
- Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso. No es cierto Un tanto cierto
 Totalmente cierto
-
- Por lo general cae bien a los otros niños/as. No es cierto Un tanto cierto
 Totalmente cierto
-
- Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse. No es cierto Un tanto cierto
 Totalmente cierto
-
- Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a. No es cierto Un tanto cierto
 Totalmente cierto
-
- Trata bien a los niños/as más pequeños. No es cierto Un tanto cierto
 Totalmente cierto
-
- A menudo miente o engaña. No es cierto Un tanto cierto
 Totalmente cierto
-
- Los otros niños/as se meten con él/ella o se burlan de él/ella. No es cierto Un tanto cierto
 Totalmente cierto
-
- A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños/as) No es cierto Un tanto cierto
 Totalmente cierto
-
- Piensa las cosas antes de hacerlas No es cierto Un tanto cierto
 Totalmente cierto
-
- Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios. No es cierto Un tanto cierto
 Totalmente cierto
-
- Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as. No es cierto Un tanto cierto
 Totalmente cierto

Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente. No es cierto Un tanto cierto
 Totalmente cierto

Termina lo que empieza, tiene buena concentración. No es cierto Un tanto cierto
 Totalmente cierto

¿Cree usted que este niño/a tiene dificultades en alguna de las siguientes áreas: emociones, concentración, conducta o capacidad para relacionarse con otras personas? No
 Sí, pequeñas dificultades
 Sí, claras dificultades
 Sí, severas dificultades

Si ha contestado Sí, por favor, responda a las siguientes preguntas sobre estas dificultades:

¿Desde cuando tiene estas dificultades? Menos de un mes
 1-5 meses
 6-12 meses
 Más de un año

	No	Sólo un poco	Bastante	Mucho
¿Cree usted que estas dificultades preocupan o causan malestar a este niño/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Interfieren estas dificultades en la vida diaria de este niño/a en las relaciones con los compañeros?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Interfieren estas dificultades en la vida diaria de este niño en el aprendizaje en la escuela?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Son estas dificultades una carga para usted o para la clase?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>