

(A realizar por los padres/cuidadores de niños/as de 0 a 17 años)

Fecha de realización: \_\_/\_\_/\_\_

Código identificativo (código dado con tu consentimiento informado): \_\_\_\_\_

1. ¿Ha tenido su hijo/a alguna herida o enfermedad a causa o agravada desde la DANA, (rozaduras, lesión, picadura..enfermedad...etc.)? 1.  Sí 2.  No

2. Antes de la DANA, ¿tenía su hijo/a alguna de las siguientes enfermedades crónicas? (redondear una o varias)

- Asma/problemas respiratorios
- Diabetes
- Cáncer
- Enfermedades neurológicas (P.e: epilepsia, migrañas crónicas...)
- Trastornos de Salud Mental (P.e: ansiedad, depresión, estrés postraumático, trastornos del comportamiento, afectivos...)
- Dificultades de aprendizaje
- Sordera
- Ninguna
- Otras, indíquese: \_\_\_\_\_

3. **Especificación del Diagnóstico Crónico.** Describa brevemente la enfermedad crónica que tiene su hijo/a (si aplica).

---

Fecha del diagnóstico inicial. (Mes / año): \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

4. **Tratamiento Farmacológico:**

4a ¿Toma algún fármaco relacionado con esta condición o enfermedad crónica?  Sí  No

Si es afirmativo:

- Nombre del medicamento (s): \_\_\_\_\_

4b ¿Ha cambiado la frecuencia o dosis tras las inundaciones\*?  1.No, sigue igual.  2.Toma más.  3.Toma menos

4c ¿Ha tenido interrupciones en la medicación por dificultades de acceso tras la DANA?

- 1. Sí, por falta de disponibilidad / desplazamiento / atención médica. 2.  No

5. ¿Ha presentado su hijo/a nuevas enfermedades crónicas o empeoramiento de condiciones previas a raíz de la DANA?

- 1.  Sí 2.  No. En caso afirmativo explíquelo un poco más:

---

6. ¿Actualmente su hijo/a sigue en tratamiento médico por alguna condición relacionada tras el periodo de la DANA? (marcar todas las que correspondan)

- 1.  Sí, tratamiento médico. 2.  Sí, tratamiento psicológico. 3.  No. 4.  No lo sé

7. ¿Ha experimentado su hijo/a alguno de los siguientes problemas de salud desde la DANA?

Formato de respuesta (marcar todos los que correspondan):

- Fiebre.
- Infecciones cutáneas (P.e., erupciones, heridas infectadas).
- Problemas respiratorios (P.e., tos persistente, asma dificultad para respirar).
- Problemas gastrointestinales (P.e., diarrea, vómitos, dolor abdominal).
- Otros: \_\_\_\_\_.
- Ninguno.

8. ¿Tuvo que ingresar en el hospital por agravamiento de su enfermedad relacionado de forma directa o indirecta por la DANA en las semanas posteriores a las inundaciones? (Si no aplica a su caso, deje esta pregunta sin responder) 1.  Sí. 2.  No.

**9. Síntomas persistentes a medio plazo (últimos 3 meses)**

¿Ha presentado su hijo/a alguno de los siguientes síntomas de forma repetida o persistente?  
(Marque los que correspondan)

1.  Tos frecuente o dificultad respiratoria
2.  Dolor abdominal intermitente
3.  Problemas cutáneos persistentes
4.  Dolor de cabeza frecuente
5.  Fatiga o cansancio excesivo
6.  Otros: \_\_\_\_\_
7.  Ninguno

**10. ¿Cuántas veces has llevado a su hijo/a al pediatra por problemas de salud relacionados con las inundaciones por el periodo de la DANA? (Si no aplica a su caso, deje esta pregunta sin responder)**

1.  Ninguna.
2.  1-2 veces.
3.  3-5 veces.
4.  Más de 5 veces.

**11. ¿Con qué frecuencia ha acudido al centro de salud o urgencias en los últimos 3 meses por cualquier motivo relacionado con salud física o mental?**

1.  Nunca.
2.  1-2 veces.
3.  3-5 veces.
4.  Más de 5 veces.
5.  No lo recuerdo

**12. ¿Ha recibido seguimiento o derivación a especialistas (respiratorio, digestivo, psicología, etc.) tras el periodo de la DANA?**

1.  Sí.
2.  No.
3.  En proceso / En lista de espera

**13. ¿Hubo algún servicio médico o tratamiento que su hijo/a necesitaba y no pudo recibir tras el periodo de la DANA?**

- Sí. ¿Cuál? : \_\_\_\_\_
- No
- No lo sé

**13a. ¿Ha tenido dificultades para acceder al centro de salud después de las inundaciones? (Si no aplica a su caso, deje esta pregunta sin responder)**  Sí.  No.

**13b. Pregunta complementaria 13.a.: Si respondiste "Sí", ¿qué tipo de dificultad tuvo?**

- Distancia o falta de transporte.
- Centro de salud cerrado o con servicios limitados.
- No teníamos dinero para trasladarnos o pagar atención.
- Otros: \_\_\_\_\_.

**13c. A día de hoy, ¿se han solucionado esas dificultades para acceder al centro de salud después de las inundaciones? (Si no aplica a su caso, deje esta pregunta sin responder).**

1.  Sí.
2.  No.

**14. ¿Considera que la atención médica recibida fue suficiente para tratar los problemas surgidos tras el periodo de la DANA? (Si no aplica a su caso, deje esta pregunta sin responder).**

1.  Sí, fue adecuada
2.  Parcialmente adecuada
3.  No fue suficiente.
4.  No lo sé / No aplica

**15. ¿Tuvo que trasladarse para recibir atención médica durante las inundaciones o después?**

1.  Sí, dentro de la misma localidad.
2.  Sí, a otra localidad.
3.  No fue necesario trasladarse.

**16. ¿Ha tenido su hijo/a o algún miembro de la familia síntomas respiratorios nuevos o agravados tras la aparición de moho?**  Sí.  No.

**17. ¿Ha recibido su hijo/a indicación médica de abandonar temporalmente la vivienda por moho u otras condiciones ambientales?**

1.  Sí.
2.  No.
3.  No lo sé

**18. SECCIÓN FINAL ABIERTA:** ¿Hay algo más que consideras importante contar sobre cómo las inundaciones afectaron tu salud o la de tu familia especialmente los escolares?

---

Gracias por dedicar tiempo a completar este cuestionario. Tu colaboración es fundamental para mejorar la atención y la prevención de los efectos en la salud tras eventos como la DANA.

**19. SALUD MENTAL. ESTRÉS Y BIENESTAR EMOCIONAL.** Por favor, responda las siguientes preguntas sobre cómo se ha sentido su hijo/a desde las inundaciones en el periodo de la DANA. Marque la opción que mejor describa su experiencia. Todas las familias las responden.

1. **Miedo recurrente a la lluvia o al agua**
  - ¿Tiene su hijo/a miedo cuando empieza a llover o escucha sobre inundaciones?
    - Nunca  A veces  Frecuentemente  Siempre
2. **Sueños o pesadillas relacionados con las inundaciones**
  - ¿Su hijo/a ha tenido pesadillas o malos sueños sobre las inundaciones?
    - Nunca  A veces  Frecuentemente  Siempre
3. **Recuerdos intrusivos**
  - ¿Ha mencionado su hijo/a que no puede dejar de pensar en lo que ocurrió durante las inundaciones?
    - Nunca  A veces  Frecuentemente  Siempre
4. **Evitar hablar o pensar sobre lo ocurrido**
  - ¿Evita su hijo/a hablar o escuchar sobre las inundaciones o la lluvia?
    - Nunca  A veces  Frecuentemente  Siempre
5. **Cambios en el estado de ánimo**
  - ¿Ha notado que su hijo/a está más triste o irritable desde las inundaciones?
    - Nunca  A veces  Frecuentemente  Siempre
6. **Dificultades para dormir**
  - ¿Tiene su hijo/a problemas para conciliar el sueño o se despierta durante la noche?
    - Nunca  A veces  Frecuentemente  Siempre
7. **Reacciones físicas ante recordatorios (p.e: lluvia, noticias)**
  - ¿Su hijo/a siente nerviosismo, temblores o malestar físico cuando escucha sobre inundaciones o lluvia?
    - Nunca  A veces  Frecuentemente  Siempre
8. **Evitar lugares o actividades**
  - ¿Evita su hijo/a ir a lugares relacionados con las inundaciones (P.e., ríos, zonas afectadas)?
    - Nunca  A veces  Frecuentemente  Siempre
9. **Preocupación excesiva por la seguridad de la familia**
  - ¿Su hijo/a muestra preocupación constante por si algo malo podría pasarle a la familia durante una lluvia o tormenta?
    - Nunca  A veces  Frecuentemente  Siempre
10. **Cambios en la concentración**
  - ¿Ha notado que su hijo/a tiene más dificultades para concentrarse en las tareas escolares o juegos desde las inundaciones?
    - Nunca  A veces  Frecuentemente  Siempre

#### Sección Abierta

**20. En sus palabras:** ¿Hay algo más que te preocupe sobre cómo se ha sentido su hijo/a emocionalmente desde las inundaciones? \_\_\_\_\_

**Bienestar general. Ánimo. (1= muy bajo; 5= muy buen ánimo)**

**21. Escala del 1 al 5:** "¿Cómo describirías el ánimo de su hijo/a en las semanas posteriores al periodo de la DANA? \_\_\_\_\_"

**22. Escala del 1 al 5:** "¿Cómo describirías el ánimo de su hijo/a actualmente? \_\_\_\_\_"

**23. ¿Su hijo/a expresa verbalmente preocupaciones sobre futuras inundaciones?** 1.  Sí 2.  No

**24. ¿Ha recibido su hijo/a algún tipo de apoyo emocional o atención psicológica desde el periodo de la DANA?**

1.  Sí, en la escuela. 2.  Sí, fuera de la escuela (centro de salud, ONG...). 3.  No 4.  No lo sé

**EMBARAZO, LACTANCIA Y CRIANZA DURANTE LA DANA.**

Responda las siguientes preguntas solo si en el hogar había alguna mujer embarazada durante el periodo de la DANA o si hay un/a niño/a menor de 2 años (incluido el niño participante en el estudio).

Este bloque nos ayudará a comprender mejor cómo afectaron las inundaciones a la salud de embarazadas, bebés y madres lactantes, así como el acceso a cuidados y alimentación durante ese periodo.

*Si no aplica en su caso, puede continuar con el siguiente cuestionario.*

**25. ¿Alguna persona en el hogar estaba embarazada durante el periodo de la DANA?**

- Sí, yo (quien responde el cuestionario)
- Sí, otra persona en el hogar
- No

**26. Durante el periodo de la DANA, ¿tuviste dificultad para acudir a tus controles de embarazo (revisiones, ecografías, analíticas)?**

1.  Sí.      2.  No.      3.  No estaba previsto acudir justo en ese momento

**27. Complicaciones de salud durante el embarazo, ¿tuviste alguna complicación relacionada con el embarazo que podría estar vinculada al impacto de la DANA? (Marque todas las que correspondan)**

- Ninguna
- Hipertensión / preeclampsia
- Diabetes gestacional
- Sangrados o amenaza de aborto
- Aborto espontáneo
- Parto prematuro
- Otro (especificar): \_\_\_\_\_

**28. Lactancia materna. (solo si hay niños menores de 2 años en el hogar). Durante las semanas posteriores a las inundaciones.**

**28a. ¿Daba algo de leche materna la mamá?**  Sí.      2.  No (en caso afirmativo)

**28b. ¿Ha tenido interrupciones en la lactancia durante las semanas posteriores a la DANA?**

1.  Sí, algunas      2.  No      3.  La tuve que abandonar por completo

**28c. ¿Durante el periodo de la DANA sentiste que necesitabas apoyo emocional o técnico para continuar la lactancia (por ansiedad, dolor, escasez, falta de privacidad, etc.)?**

1.  Sí.      2.  No

**28d. ¿Recibiste ese apoyo?**

- Sí, de personal sanitario
- Sí, de familiares o red de apoyo
- No

**29. Alimentación (los que tomaban fórmulas o suplementos) ¿Ha tenido acceso adecuado a fórmulas infantiles o suplementos durante las semanas posteriores a la DANA?**

1.  Sí      2.  No

**En menores de 2 años.**

**30. ¿Pudiste llevar a tu bebé a los controles de salud y peso tras el periodo de la DANA?**

1.  Sí.      2.  No.      3.  Con dificultades

**31. ¿Hubo alguna preocupación con su crecimiento o alimentación durante ese tiempo?**

1.  Sí.      2.  No      9.  No lo sé

¿Deseas compartir algo más sobre tu experiencia con el embarazo, lactancia o cuidado de tu bebé durante el periodo de la DANA que no haya sido preguntado? (escríbalo aquí) :

---

---