

Bienvenid@ a la Encuesta Saca La Lengua.

Las preguntas que te haremos a continuación son MUY importantes para este estudio científico.

Tus respuestas se tratarán de forma totalmente anónima, y necesitamos que contestes con la máxima sinceridad.

Ten en cuenta que los datos que te solicitamos tienen como única finalidad estudiar y entender qué variables afectan o pueden afectar la cantidad y diversidad del microbioma bucal. En ningún caso, pueden servir para hacer ninguna predicción del estado de salud.

Instrucciones para completar el cuestionario

Es necesario que respondas a todas las preguntas del cuestionario, independientemente de si has tenido problemas de salud o no.

No tardarás más de 10 minutos en rellenarlo.

Si tienes cualquier duda sobre las preguntas, puedes ponerte en contacto a Annick Labeeuw (e-mail: sacalalengua@crg.eu Teléfono: 933160294).

¡Muchas gracias por tu colaboración!

Código de la muestra

0. ¿Ha participado o participará alguno de tus familiares al proyecto Saca la Lengua con alguna muestra de saliva?

a. Sí b. No

Si tu respuesta es "Sí" indica el parentesco y su código de muestra:

- Abuelo/abuela ¿Cuál es su número de muestra?
- Padre/madre ¿Cuál es su número de muestra?
- Hermano/hermana ¿Cuál es su número de muestra?
- Nieto/nieta ¿Cuál es su número de muestra?
- Hijo/hija ¿Cuál es su número de muestra?
- Pareja/Marido/Esposa ¿Cuál es su número de muestra?

<input type="text"/>	<input type="text"/>

1. Indica tu fecha de nacimiento:

2. Sexo:

- a. Hombre b. Mujer

3. Tu peso en Kg: Kg

4. Tu altura en cm cm

5. Tu lugar de nacimiento:

País

Provincia

Ciudad

6. El lugar de nacimiento de tu madre:

País

Provincia

Ciudad

7. El lugar de nacimiento de tu padre:

País

Provincia

Ciudad

8. Indica a qué grupo étnico perteneces (El grupo étnico es el conjunto de personas que comparten ciertos rasgos físicos y pertenecen, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural):

- a. Caucásico/Europeo
b. Asiático
c. Africano

- d. Árabe (incluidos Norte de África y Oriente Medio)
- e. Gitano
- f. Nativo americano (incluida Norte América, Centro América y Sudamérica)
- g. No sé/No contesto

9. Indica el nivel de estudios de tu madre:

- a. Sin estudios o estudios primarios incompletos
- b. Estudios primarios (EGB, primaria, ESO)
- c. Estudios secundarios (BUP, COU, FP)
- d. Estudios universitarios
- e. No sé/No contesto

10. Y el nivel de estudios de tu padre:

- a. Sin estudios o estudios primarios incompletos
- b. Estudios primarios (EGB, primaria, ESO)
- c. Estudios secundarios (BUP, COU, FP)
- d. Estudios universitarios
- e. No sé/No contesto

11. ¿Qué nivel de estudios deseas alcanzar o has alcanzado?

- a. Acabaré con la Educación Secundaria Obligatoria (ESO)
- b. Bachillerato o FP
- c. Estudios universitarios
- d. No sé/No contesto

12. ¿Cuál es la situación laboral actual de tu madre?

- a. Trabajador activo

- b. En paro
- c. Estudiante
- d. Baja laboral
- e. Labores del hogar
- f. Pensionista/Jubilada
- g. Otra ocupación
- h. Ha fallecido
- i. No sé/No contesto

Si la respuesta es "g. Otra ocupación", indica cuál:

13. ¿Cuál es la situación laboral actual de tu padre?

- a. Trabajador activo
- b. En paro
- c. Estudiante
- d. Baja laboral
- e. Labores del hogar
- f. Pensionista/ Jubilado
- g. Otra ocupación
- h. Ha fallecido
- i. No sé/No contesto

Si la respuesta es "g. Otra ocupación", indica cuál:

14. Indica el Código Postal de tu domicilio actual:

15. ¿Cómo describirías la zona del municipio en el que vives?

- a. Casco urbano, alto nivel de habitantes por metro cuadrado

- b. Pueblo, menor nivel de habitantes por metro cuadrado
- c. Afueras/ Campo
- d. No sé/No contesto

16. ¿Cuántas personas vivís en el mismo domicilio? ¡Inclúyete a ti!

17. ¿Cuántos años hace que vives en tu domicilio actual?

años.

18. Durante el último año, ¿has tenido problemas de humedad en tu domicilio (manchas de agua o moho en techo, paredes, suelo, etc. o goteras)?

- a. Sí
- b. No
- c. No sé/No contesto

19. Durante el último año, ¿has compartido tu domicilio con alguna mascota(s)?

- a. Sí
- b. No
- c. No sé/No contesto

Si la respuesta es "Sí", indica de qué tipo de animal/les se trataba y la cantidad:

- a. Perro
- b. Gato
- c. Animal pequeño con pelo (hámster, cobaya, conejo, etc)
- d. Aves
- e. Réptiles/anfibios
- f. Peces

Si se trata de un animal con pelo indica el tipo

¿Cuántos perros?	--
¿Cuántos gatos?	--
¿Cuántos animales con pelo?	--
¿Cuántas aves?	--
¿Cuántos reptiles/anfibios?	--

¿Cuántos Peces?	__
-----------------	----

* Saber cuál es tu relación con el tabaco, es importante para este estudio.

20. ¿Fumas? (Tabaco u otra sustancia)

a. Sí b. No

21. En tu domicilio, ¿cuántas personas fuman, incluido tú?

__

 personas.

*Conocer qué tipo de alimentos y bebidas has consumido durante el último mes, es imprescindible para este estudio. Por favor, indica todos los alimentos y bebidas que has tomado tanto en casa, como en la escuela, en restaurantes, en la calle o en cualquier otro lugar.

22. ¿Con qué frecuencia bebes leche?

a. Nunca o menos de 1 vez al mes

b. 1-3 veces al mes

c. 1-2 veces a la semana

d. 3-4 veces a la semana

e. 5-6 veces a la semana

f. 1 vez al día

g. 2 veces al día

h. Más de 2 veces al día

i. No sé/No contesto

23. ¿Con qué frecuencia comes yogurt? (Incluye las bebidas que contienen yogurt)

a. Nunca o menos de 1 vez al mes

b. 1-3 veces al mes

c. 1-2 veces a la semana

- d. 3-4 veces a la semana
- e. 5-6 veces a la semana
- f. 1 vez al día
- g. 2 veces al día
- h. Más de 2 veces al día
- i. No sé/No contesto

24. ¿Con qué frecuencia consumes golosinas fuera de las horas de las comidas?

- a. Nunca o menos de 1 vez al mes
- b. 1-3 veces al mes
- c. 1-2 veces a la semana
- d. 3-4 veces a la semana
- e. 5-6 veces a la semana
- f. 1 vez al día
- g. 2 veces al día
- h. Más de 2 veces al día
- i. No sé/No contesto

25. ¿Con qué frecuencia consumes chicles fuera de las horas de las comidas?

- a. Nunca o menos de 1 vez al mes
- b. 1-3 veces al mes
- c. 1-2 veces a la semana
- d. 3-4 veces a la semana
- e. 5-6 veces a la semana
- f. 1 vez al día
- g. 2 veces al día
- h. Más de 2 veces al día

i. No sé/No contesto

26. ¿Con qué frecuencia consumes frutos secos fuera de las horas de las comidas?

a. Nunca o menos de 1 vez al mes

b. 1-3 veces al mes

c. 1-2 veces a la semana

d. 3-4 veces a la semana

e. 5-6 veces a la semana

f. 1 vez al día

g. 2 veces al día

h. Más de 2 veces al día

i. No sé/No contesto

27. ¿Qué tipo de agua consumes en casa?

a. No tratada (fuente, pozo o río)

b. Del grifo (no filtrada)

c. Del grifo (filtrada)

d. Embotellada

e. No sé/No contesto

28. ¿Cuántas veces bebes los siguientes tipos de bebidas por semana?

Bebida	Cantidad	Consumiciones por semana
Café descafeinado (con o sin leche)	1 vaso (10-20 cl)	<input type="text" value="--"/>
Café solo o con leche	1 vaso (10-20 cl)	<input type="text" value="--"/>
Té con teína	(20 cl)	<input type="text" value="--"/>
Infusión o té sin teína	(20 cl)	<input type="text" value="--"/>

Coca-Cola	(20 cl)	<input type="text" value="--"/>
Coca-Cola u otras bebidas sin azúcar (zero o light)	(33cl)	<input type="text" value="--"/>
Coca-Cola u otras bebidas cola sin cafeína	(33cl)	<input type="text" value="--"/>
Red Bull u otra soda con altos niveles de cafeína	(33cl)	<input type="text" value="--"/>
Bebidas con azúcar, otras sodas que no sean cola o Red bull	(33cl)	<input type="text" value="--"/>
Bebidas con alcohol (con una graduación inferior a 10°C)	(33cl)	<input type="text" value="--"/>
Bebidas alcohólicas (con una graduación superior a 10°C)	(15cl)	<input type="text" value="--"/>

* Tener información sobre tu higiene bucal y tu estado de salud ¡es muy importante para este estudio! Por favor, contesta con sinceridad ;)

29. Sin hacer referencia a los dientes de leche, indica el número de:

- a. Reparaciones a nivel superficial (empastes o similar)
- b. Extracciones de nervio (Endodoncia)
- c. Piezas dentales perdidas
- d. Piezas dentales reconstruidas (fabricadas con material artificial)

30. ¿Llevas aparatos correctores?

- a. Sí, durante el día
- b. Sí, durante la noche
- c. Sí, día y noche

d. No

31. ¿Llevas algún tipo de "piercing" en la boca?

a. Sí b. No

32. ¿Utilizas pasta de dientes con fluoruro (flúor)?

a. Sí

b. No

c. No sé/No contesto

33. ¿Tomas suplementos con fluoruro? (gotas, pastillas, etc.)

a. Sí

b. No

c. No sé/No contesto

34. ¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?

a. Nunca

b. 1 vez al día

c. 2 veces al día

d. Más de 2 veces al día

35. ¿Utilizas hilo dental?

a. Nunca o menos de 1 vez al mes

b. 1-3 veces al mes

c. 1-3 veces a la semana

d. 4-6 veces a la semana

e. Cada día

36. Durante los últimos 6 meses, ¿has tenido llagas o irritaciones alrededor de los labios, en la lengua, la cara interior de las mejillas, o las encías?

- a. Sí, una vez
- b. Sí, más de una vez
- c. No

37. ¿Cuándo fue la última vez que visitaste a un dentista? (Puede ser cualquier tipo de especialista dental: ortodontista, cirujano oral, higienista dental, etc.)

- a. Menos de 6 meses
- b. Entres 6 meses y 1 año
- c. Entre 1 y 2 años
- d. Entre 2 y 3 años
- e. Entre 3 y 5 años
- f. Más de 5 años
- g. Nunca

38. ¿Por qué fuiste al dentista? ¿Cuál fue el motivo de tu última visita?:

- a. Un control/ revisión por iniciativa propia
- b. Un control/ revisión (el dentista me contactó para recordarme que me tocaba revisión)
- c. Tenía dolor/ molestias
- d. Seguimiento de tratamiento empezado en visitas anteriores
- e. Otra razón
- f. No sé/No contesto

Si la respuesta es "e. Otra razón", indica cuál:

39. ¿Padeces alguna enfermedad crónica?

- a. Sí
- b. No

Si la respuesta es "Sí", indica cuál o cuáles son las enfermedades que padeces:

- Celíaca
- Fibrosis quística
- Gingivitis / periodontitis
- Trastorno alimenticio (anorexia, bulimia, etc)
- Otra

Si la respuesta es "Otra enfermedad crónica", indica cuál:

39. bis ¿Padeces Síndrome de Down?

- a. Sí b. No

40. Durante el último mes, ¿has tomado algún tipo de medicamento?

- a. Sí b. No

Si la respuesta es "Sí", indica cuál o cuáles son los medicamentos que has consumido:

- Antibióticos (como ampicilina o amoxicilina).
- Analgésicos (como paracetamol, ibuprofeno).
- Suplementos de vitaminas.
- Otros.

Si la respuesta es "Otros medicamentos", indica cuáles:

41. ¿Algún médico te ha diagnosticado asma alguna vez?

- a. Sí
- b. No
- c. No sé/No contesto

42. Durante el último año, ¿has tenido pitidos o silbidos en el pecho (un ruido anormal y agudo que puede escucharse al respirar)?

- a. Sí
- b. No

c. No sé/No contesto

43. ¿Cómo te sientes físicamente hoy?

- a. Bien/ normal
- b. Más cansado de lo normal
- c. Resfriado
- d. Mareado

44. ¿Tienes algún tipo de alergia?

- a. Sí
- b. No

Si la respuesta es "Sí", indica que alergia/s padeces:

- Ácaros
- Humedad
- Alimentos
- Polen
- Animales
- Sol
- Medicamentos
- Níquel
- Picaduras
- Látex
- Anisakis
- Alergias estacionales
- Otras

Si la respuesta es "Otras alergias", indica cuáles:

45. ¿Algún otro asunto de la salud que creas que puede ser relevante?

*Por último, coméntanos si tienes algunos de los siguientes hábitos, ya que pueden influir en las características de tu saliva:

46. ¿Sueles morderte las uñas o las pieles de los dedos?

a. Sí b. No

47. ¿Tiendes a meterte el pelo en la boca cuando estás nerviosa/o?

a. Sí b. No

48. ¿Sueles morder/chupar lápices o bolígrafos?

a. Sí b. No

49. ¿Acostumbas a lavarte las manos antes de comer?

a. Sí b. No

50. ¿Acostumbas a lavarte las manos después de ir al baño?

a. Sí b. No

51. ¿Tienes esposo/a o novio/a o algún amigo/a a quién besas frecuentemente?

a. Sí b. No

¡GRACIAS POR PARTICIPAR!

52. ¿Quieres recibir el informe científico de este estudio, en el caso de que se genere?

Si finalmente tu muestra es analizada, recibirás el mapa de tu microbioma. Si no fuera seleccionada, recibirás el mapa del “microbioma tipo” de los ciudadanos con los que compartes región, edad y principales características, y que probablemente tienen un microbioma muy parecido al tuyo:

a. Sí b. No

En caso de que sí, escribe tu dirección de correo: _____