

CUESTIONARIO PARA LAS Y LOS JÓVENES VISITA 17 -18 años

IDNUM		Fecha cuestionario <i>Formato DDMMAAAA</i>			2 0
--------------	--	--	--	--	-----

Este cuestionario contiene preguntas de diversos tipos. Cada grupo de preguntas va acompañado de una explicación de cómo se debe responder. Es muy importante que contestes a todas las preguntas. No se trata de ningún examen. Escoge sinceramente la respuesta que más se ajuste a tu situación. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

Tus respuestas serán procesadas de forma confidencial y sólo se analizarán de forma anónima. Si tienes cualquier duda puedes preguntar al personal del equipo de investigación.

¡Muchas gracias por participar!

INFORMACIÓN GENERAL

1. ¿Con qué género te identificas?

- Masculino
- Femenino
- No binario
- Otro
- No sabe/no contesta

ESTADO DE SALUD GENERAL Y BIENESTAR

1. En general, ¿cómo dirías que es tu salud?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

2. Indica si un médico te ha diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud

Ansiedad o depresión

- No
- Sí → Indica la edad del diagnóstico: __

Apnea del sueño

- No
- Sí → Indica la edad del diagnóstico: __

Hipertensión arterial (tensión alta)

- No
- Sí → Indica la edad del diagnóstico: __

Alergias (especificar tipo)

- No
- Sí → Indica la edad del diagnóstico: __
→ Indica cuál/cuáles:

- Polvo
- Animales
- Polen
- Alimentos
- Medicación

Material (níquel, látex...)

Insectos (picaduras)

Otros: _____

Otra

No

Sí → Especificar: _____

→ Indica la edad del diagnóstico: __

3. ¿Padece alguna enfermedad genética?

No

Sí

4. Actualmente, ¿tomas alguno de estos medicamentos?

Insulina por diabetes

Antiácidos

Medicamento antiinflamatorio no esteroideo (, por ejemplo: Aspirina, ibuprofeno)

Paracetamol

Otros: _____

No, ninguno

ESTUDIOS Y TRABAJO

1. ¿Estás estudiando actualmente?

No

Sí, 1a. ¿Qué curso estás haciendo actualmente?

FP básica

3º ESO

4º ESO

1º Bachillerato

2º Bachillerato

Ciclo formativo de grado medio

Universidad

Ciclo formativo de grado superior

Otro. Especificar _____

2. ¿Has repetido alguna vez?

No

Sí

3. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor tu situación laboral actual? Puedes marcar más de una opción

Estudiante

Nunca he trabajado

- Actualmente no trabajo (pero he trabajado con anterioridad)
 - Trabajo a tiempo completo
 - Trabajo a tiempo parcial/temporal. Meses al año: _____
 - Ama/o de casa (no remunerado)
 - Cuidador/a de niños, ancianos o personas con enfermedad o discapacidad (no remunerado)
 - Baja por enfermedad de larga duración/incapacidad
 - Otra. Especificar: _____
-

(Solo si han marcado "Actualmente no empleado (pero he trabajado con anterioridad)", "Trabajo a tiempo completo", "Baja por enfermedad de larga duración/incapacidad" o "Trabajo a tiempo parcial/temporal")

3a. Por favor, selecciona tu trabajo actual o el último trabajo que realizaste de la siguiente clasificación. Solo se puede elegir una opción

1. Directores y gerentes

- 1.1 Directores ejecutivos, personal directivo de la administración pública y miembros del poder ejecutivo y de los cuerpos legislativos
- 1.2 Directores administradores y comerciales
- 1.3 Directores y gerentes de producción y operaciones
- 1.4 Gerentes de hoteles, restaurantes, comercios y otros servicios

2. Profesionales científicos e intelectuales

- 2.1 Profesionales de las ciencias y de la ingeniería
- 2.2 Profesionales de la salud
- 2.3 Profesionales de la enseñanza
- 2.4 Especialistas en organización de la administración pública y de empresas
- 2.5 Profesionales de tecnología de la información y las comunicaciones
- 2.6 Profesionales en derecho, en ciencias sociales y culturales

3. Técnicos y profesionales de nivel medio

- 3.1 Profesionales de las ciencias y la ingeniería de nivel medio
- 3.2 Profesionales de nivel medio de la salud
- 3.3 Profesionales de nivel medio en operaciones financieras y administrativas
- 3.4 Profesionales de nivel medio de servicios jurídicos, sociales, culturales y afines
- 3.5 Técnicos de la tecnología de la información y las comunicaciones

4. Personal de apoyo administrativo

- 4.1 Oficinistas
- 4.2 Empleados en trato directo con el público
- 4.3 Empleados contables y encargados del registro de materiales
- 4.4 Otro personal de apoyo administrativo

5. Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados

5.1 Trabajadores de los servicios personales

5.2 Vendedores

5.3 Trabajadores de los cuidados personales

5.4 Personal de los servicios de protección

6. Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros

6.1 Agricultores y trabajadores calificados de explotaciones agropecuarias con destino al mercado

6.2 Trabajadores forestales calificados, pescadores y cazadores

6.3 Trabajadores agropecuarios, pescadores, cazadores y recolectores de subsistencia

7. Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios

7.1 Oficiales y operarios de la construcción excluyendo electricistas

7.2 Oficiales y operarios de la metalurgia, la construcción mecánica y afines

7.3 Artesanos y operarios de las artes gráficas

7.4 Trabajadores especializados en electricidad y la electrotecnología

7.5 Operarios y oficiales de procesamiento de alimentos, de la confección, ebanistas, otros artesanos y afines

8. Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores

8.1 Operadores de instalaciones fijas y máquinas

8.2 Ensambladores

8.3 Conductores de vehículos y operadores de equipos pesados móviles

9. Ocupaciones elementales

9.1 Limpiadores y asistentes

9.2 Peones agropecuarios, pesqueros y forestales

9.3 Peones de la minería, la construcción, la industria manufacturera y el transporte

9.4 Ayudantes de preparación de alimentos

9.5 Vendedores ambulantes de servicios y afines

9.6 Recolectores de desechos y otras ocupaciones elementales

10. Ocupaciones militares

CONSUMO DE TABACO

Las siguientes preguntas están relacionadas con la exposición y el consumo de tabaco. Trata de responder con sinceridad, todas tus respuestas se tratarán de forma confidencial y se analizarán de forma anónima. Recuerda responder todas las preguntas, por favor.

1. ¿Acudes a lugares donde se fume?

No

Sí → 1a. ¿Dónde?

Otras casas que no sea la tuya

Lugares de ocio

Otro. Especificar: _____

→ 1b. ¿Con qué frecuencia?

Menos de una vez por semana

-
- Una vez por semana
 - 2-3 veces por semana

2. ¿Fuma alguna de las personas que convive CONTIGO?

- No
- Sí → **2a. ¿Cuántas personas fuman dentro de casa? Número: ____**
→ **2b. ¿Cuántas horas al día estas expuesto al humo del tabaco dentro de casa? Número: ____**

3. ¿Estas expuesto al humo del tabaco de otros en el trabajo? Si no trabajas, marca „No aplica“.

- No aplica
- No
- Sí → **3a. ¿Cuántas horas al día estas expuesto al humo de otros? Número: ____**

4. ¿Has fumado algún cigarrillo en tu vida? (no consideres que fumaste si lo único que hiciste fue dar unas caladas al cigarrillo de otra persona)

- No (pasar a la pregunta 6)
- Sí → **4a. ¿Qué edad tenías cuando fumaste por primera vez un cigarrillo? ____ años**

5. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia has fumado cigarrillos?

- Nunca
- Menos de un día a la semana
- Algún día a la semana, pero no diariamente
- Diariamente, → **5a. ¿Cuántos cigarrillos fumas al día, de media? _____ cigarrillos**
→ **5b. ¿Qué edad tenías cuando empezaste a fumar diariamente? ____ años**

6. ¿Has usado/fumado alguna vez cigarrillos electrónicos?

- No (pasar a la pregunta 9)
- Sí → **6a. ¿Qué edad tenías cuando usaste por primera vez un cigarrillo electrónico? ____ años**
→ **6b. ¿Fumas actualmente cigarrillos electrónicos?**
 - No
 - Sí
- **6c. ¿Cuál de estas opciones crees que se ajusta más a tu uso de cigarrillos electrónicos?**
 - Al menos una vez al día
 - Al menos una vez a la semana
 - Al menos una vez al mes
 - Menos de una vez al mes

7. ¿Fumabas tabaco regularmente antes de empezar a utilizar el cigarrillo electrónico?

- No
- Sí

8. ¿Has fumado o fumas tabaco y cigarrillos electrónicos durante el mismo periodo de tiempo?

- No
- Sí, he fumado
- Sí, en la actualidad

9. ¿Alguna vez has fumado cachimba (también llamadas narguila, shisha o pipa de agua), incluso si solo ha sido una o dos caladas?

- No
- Sí → **9a. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor tu forma de fumar cachimba (narguila, shisha o pipa de agua) durante el último mes (últimos 30 días)?**
 - No he fumado cachimba en el último mes
 - Fumé cachimba menos de una vez a la semana
 - Fumé cachimba al menos una vez a la semana, pero no a diario
 - Fumé cachimba al menos una vez al día o la mayoría de los días

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Las siguientes preguntas son sobre el consumo de bebidas alcohólicas. Consideramos bebidas alcohólicas la cerveza, el vino, la sidra, el champán o cava, el vermut, los licores y los cubatas. Trata de responder con sinceridad, todas tus respuestas se tratarán de forma confidencial y se analizarán de forma anónima. Recuerda responder todas las preguntas, por favor.

1. ¿Has tomado alguna vez en tu vida bebidas alcohólicas? Contesta "No" si lo único que hiciste fue dar un sorbo o probar de la bebida de otra persona.

No (pasar a la sección „Consumo de otras drogas“)

Sí → 1a. ¿En qué edad tomaste por primera vez una bebida alcohólica? _____ años

→ 1b. ¿Con qué frecuencia has consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días?

	1 día	2 días	3 días	4-5 días	6-9 días	10-14 días	No he consumido en días laborables
Los días laborables (lunes, martes, miércoles, jueves)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 fin de semana	2 fines de semana	3 fines de semana	Todos los fines de semana		No he consumido en fin de semana	
Los fines de semana (viernes, sábado, domingo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

→ 1.c. ¿Cuántos días has tomado cinco o más vasos, cañas o copas de bebidas alcohólicas en una misma ocasión? Por "ocasión" entendemos tomar las bebidas seguidas o en un intervalo aproximado de dos horas.

	Ningún día	1 día	2 días	3 días	4-5 días	6-9 días	10-19 días	20-39 días	≥40 días
¿En los últimos <u>12 meses</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿En los últimos <u>30 días</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ 1.d. ¿Cuántos días te has emborrachado por tomar bebidas alcohólicas?

	Ningún día	1 día	2 días	3 días	4-5 días	6-9 días	10-19 días	20-39 días	≥40 días
¿En los últimos <u>12 meses</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿En los últimos <u>30 días</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSUMO DE OTRAS DROGAS

Las siguientes preguntas están relacionadas con consumo de otras drogas. Trata de responder con sinceridad, todas tus respuestas se tratarán de forma confidencial y se analizarán de forma anónima. Recuerda responder todas las preguntas, por favor.

1. ¿Has tomado alguna vez en tu vida hachís o marihuana (cánnabis, hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís)?

No

Sí → 1a. ¿En qué edad tomaste por primera vez hachís o marihuana? _____ años

→ 1.b. ¿Cuántos días has consumido hachís o marihuana?	Ningún día	1 día	2 días	3 días	4-5 días	6-9 días	10-19 días	20-39 días	≥40 días
¿En los últimos <u>12 meses</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿En los últimos <u>30 días</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. ¿Has tomado alguna vez alguna otra droga o sustancia ilícita (como tranquilizantes/sedantes, hipnóticos, cocaína en base o en polvo, GHB o éxtasis líquido, éxtasis y otras drogas de síntesis, anfetaminas o speed, alucinógenos, etc.)? (No indicar si ha sido para uso médico).

No

Sí → 2a. ¿Cuál/Cuáles? Especificar: _____

→ 2b. ¿Qué edad tenías cuando las probaste por primera vez? _____ años

DIETA Y ALIMENTACIÓN

1. ¿Has seguido algún tipo de dieta o alimentación alternativa en los últimos 12 meses ?

Sí → 1a. ¿Podrías indicar el motivo por el que sigues la dieta o alimentación alternativa?

Puedes marcar más de una respuesta.

Para controlar el peso

Porque tengo alergia/intolerancia a algunos alimentos (ejemplo: gluten, lactosa,...)

Porque soy vegano o vegetariano

Por otra razón, ¿Cuál? _____

No sabe/no contesta

No

No sabe/no contesta

2. Escribe cuántas veces por semana, en promedio, durante el último mes, has estado comiendo. Indica la hora en que ingieres cada comida

Ejemplo: si desayunas durante los días entre semana, pero no durante el fin de semana alrededor de las 8.00 de la mañana, escribe:

	Días por semana Rango de respuesta abierto (0-7)	Hora del día Días entre semana (hh:mm)	Hora del día Fines de semana (hh:mm)
<i>Ejemplo: Desayuno</i>	5	08.00	

Desayuno

Snack entre desayuno y comida (patio)

Comida

Merienda

Cena

Snack después de la cena

Otras comidas/snacks

Otras comidas/snacks

3. ¿Con qué frecuencia comes en restaurantes de COMIDA RÁPIDA (ej. McDonald's, Burger-King) o pides COMIDA RÁPIDA a domicilio: hamburguesa, patatas fritas, perritos calientes (hotdog), pizza, etc?

- 3 ó más veces por semana
- 2-3 veces por semana
- 1 vez por semana
- 1-3 veces al mes
- Nunca

ACTIVIDADES FÍSICAS Y DEPORTE

1. CUESTIONARIO IPAQ

Ahora te preguntaremos sobre tu actividad física tanto vigorosa como moderada y tus hábitos de caminar durante los últimos 7 días. Más abajo te explicamos a qué nos referimos con actividades vigorosas y moderadas y te damos algunos ejemplos. Además, aquí abajo encontrarás una tabla con una lista más detallada de estas actividades. Puedes consultarla antes de contestar las preguntas.

Por favor responde a cada pregunta aunque no te consideres una persona activa. Por favor, piensa en las actividades que realizas moviéndote de un lado a otro, en tu tiempo libre para el ocio, ejercicio o deporte, así como parte de las tareas que haces en casa, el trabajo o el centro de estudios.

Ejemplos de actividades VIGOROSAS y MODERADAS

VIGOROSAS (Actividades que requieren un esfuerzo físico fuerte y te hacen respirar mucho más fuerte de lo normal)	MODERADAS (Actividades que requieren un esfuerzo físico moderado y te hacen respirar algo más fuerte de lo normal)
Artes marciales	Bádminton
Bailes aeróbicos	Bailes tradicionales
Baile y ballet profesional	Baile y ballet ligero
Baloncesto	Béisbol
Balonmano	Bicicleta – velocidad baja
Bicicleta – velocidad media/alta	Bolos
Bicicleta estática	Calistenia (ej. flexiones, abdominales, dominadas)
Boxeo	Circuitos de entrenamiento
Correr, footing o atletismo	Clases de educación física en el colegio
Escalada	Ejercicios en casa
Esqui	Entrenamientos de resistencia (pesas)
Fútbol	Equitación
Natación (entrenamiento) y natación sincronizada	Gimnasia
Patínaje	Labores de casa que incluyen: hacer la cama, barrer y pasar la aspiradora
Pádel	Natación recreativa
Rugby	Pasear o jugar con las mascotas (activo)

VIGOROSAS (Actividades que requieren un esfuerzo físico fuerte y te hacen respirar mucho más fuerte de lo normal)	MODERADAS (Actividades que requieren un esfuerzo físico moderado y te hacen respirar algo más fuerte de lo normal)
Saltar a la cuerda/conga	Piragüismo
Tenis	Senderismo
Waterpolo	Surf y Paddle Surf
Entrenamiento militar o similares	Tenis de mesa o ping pong
	Voleibol
	Videojuegos activos tipo Wii

1. Piensa en todas aquellas actividades VIGOROSAS que has realizado en los últimos 7 días. Actividades VIGOROSAS son las que requieren un esfuerzo físico fuerte y te hacen respirar mucho más fuerte de lo normal, como fútbol, baloncesto, natación, correr, artes marciales, etc. Piensa solamente en esas actividades has hecho por lo menos 10 minutos seguidos.

DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿has realizado actividades físicas vigorosas?

- Sí
 No (pasar a la pregunta 4)

2. ¿Cuántos días A LA SEMANA has realizado actividades físicas vigorosas?

_____ (indica sólo el número)

3. ¿Durante cuánto tiempo, de media, has realizado estas actividades físicas, en uno de esos días?

Escribe "00" en la casilla de minutos si anotas horas completas (por ejemplo: 02 horas y 00 minutos). Escribe "00" en la casilla de horas si has realizado estas actividades menos de una hora (por ejemplo: 00 horas y 50 minutos)

_____ horas _____ minutos

4. Piensa acerca de todas aquellas actividades MODERADAS que has realizado en los últimos 7 días. Actividades MODERADAS son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado y te hacen respirar algo más fuerte de lo normal, como por ejemplo patinar, jugar con un perro (corriendo), bailar, ballet, etc. Piensa solamente en esas actividades que has hecho por lo menos 10 minutos seguidos.

DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿has realizado actividades físicas moderadas? No incluyas caminatas.

- Sí
 No (pasar a la pregunta 7)

5. ¿Cuántos días A LA SEMANA has realizado actividades físicas moderadas?

_____ (indica sólo el número)

6. ¿Durante cuánto tiempo, de media, dedicas en uno de esos días haciendo actividades físicas moderadas?

Escribe "00" en la casilla de minutos si anotas horas completas (por ejemplo: 02 horas y 00 minutos). Escribe "00" en la casilla de horas si has realizado estas actividades menos de una hora (por ejemplo: 00 horas y 50 minutos)

_____ horas _____ minutos

7. Piensa acerca del tiempo que has dedicado a CAMINAR en los ÚLTIMOS 7 DÍAS. Esto incluye caminar en casa, el trabajo o centro de estudios, CAMINATAS para ir de un sitio a otro, o cualquier otra CAMINATA que has hecho únicamente por recreo, deporte, ejercicio o placer.

DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿has caminado por al menos 10 minutos continuos?

- Sí
 No (pasar a la sección "2. Actividades sedentarias")

8. DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿cuántos días has caminado por al menos 10 minutos continuos?

_____ (indica sólo el número)

9. ¿Cuánto tiempo, de media, has dedicado en uno de esos días caminando?

Escribe "00" en la casilla de minutos si anotas horas completas (por ejemplo: 02 horas y 00 minutos). Escribe "00" en la casilla de horas si has realizado estas actividades menos de una hora (por ejemplo: 00 horas y 50 minutos)

_____ horas _____ minutos

2. ACTIVIDADES SEDENTARIAS

Ahora vamos a preguntarte sobre las actividades sedentarias. Incluye por ejemplo el tiempo sentado/a en casa, estudiando, en el trabajo, en el autobús, leyendo o permaneciendo sentado/a o acostado/a mirando la televisión. Para acordarte mejor, puedes separar lo que haces habitualmente entre semana y en el fin de semana.

En una semana típica, ¿cuántos minutos al día en promedio realizas las siguientes actividades sedentarias? Por favor, lee detenidamente qué INCLUYE o EXCLUYE cada actividad.

Actividad	¿Realizas esta actividad?	Durante la semana en promedio:	Durante el fin de semana en promedio:
Televisión / videos/mirar el móvil <i>INCLUYE:</i> ver la televisión, ver series online, ver videos en el ordenador/tablet/móvil y mirar el móvil (Facebook, Instagram...)	<input type="checkbox"/> Sí → <input type="checkbox"/> No	Escribe "00" en la casilla de minutos si anotas horas completas (por ejemplo: 02 horas y 00 minutos). Escribe "00" en la casilla de horas si has realizado estas actividades menos de una hora (por ejemplo: 00 horas y 50 minutos) _____ horas _____ minutos	Escribe "00" en la casilla de minutos si anotas horas completas (por ejemplo: 02 horas y 00 minutos). Escribe "00" en la casilla de horas si has realizado estas actividades menos de una hora (por ejemplo: 00 horas y 50 minutos) _____ horas _____ minutos
Juegos de ordenador / videojuegos inactivos <i>INCLUYE:</i> los juegos en el móvil/ tablet/ordenador <i>EXCLUYE:</i> televisión/ videos y juegos como la Wii-Sports u otros videojuegos activos	<input type="checkbox"/> Sí → <input type="checkbox"/> No	_____ horas _____ minutos	_____ horas _____ minutos

Juegos de mesa u otras actividades sedentarias fuera del instituto/universidad (por ejemplo: estudiar, hacer trabajos académicos, leer, juegos de rol y actividades similares) Sí → ____ horas ____ minutos ____ horas ____ minutos No

EXCLUYE: ver la TV / videos y todo tipo de juegos de ordenador / videojuegos

3. ACTIVIDAD FÍSICA GLOBAL:

1. Globalmente, considerando toda tu actividad física: ¿cómo te consideras?

- Sedentario/a:** sentado casi siempre, sin práctica de actividad física o deportes.
- Poco activo/a:** actividades sentadas, escasa actividad o deportes.
- Moderadamente activo/a:** poco tiempo sentado, ligera actividad o deportes.
- Bastante activo/a:** casi siempre de pie, frecuente actividad o deportes.
- Muy activo/a:** siempre de pie/moviéndote, intensa actividad o deportes a diario.

MEDIOS DE TRANSPORTE

1. ¿Qué medio(s) de transporte usas para ir al trabajo/instituto/universidad de manera regular y por cuánto tiempo al día en total? (Puedes seleccionar más de uno si es conveniente)

(Esta pregunta es distinta de la versión general de Goliat porque la adaptación online no permite deseleccionar un transporte)

	No lo uso	5 minutos o menos	6-10 minutos	11-20 minutos	21-30 minutos	Més de 30 minutos
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bicicleta o patinete/patinete eléctrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autobús	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tranvía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros (p. ej. moto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ¿Cuántos días a la semana acostumbras a ir presencialmente al trabajo/instituto/universidad?

|_| Días por semana

HÁBITOS DE SUEÑO (Escala de Bruni)

Las siguientes preguntas están relacionadas con tus hábitos de sueño. Trata de recordar lo sucedido en los **ÚLTIMOS SEIS MESES** de la manera más precisa para la mayor parte de los días y noches. Por favor, responde a todas las preguntas.

	a. Días laborables o entre semana	b. Días no laborables o fin de semana
1. ¿A qué hora te vas habitualmente a la cama por la noche?	___ horas ___ minutos	___ horas ___ minutos
2. Teniendo en cuenta que puedes permanecer despierto/a algún tiempo cuando estás en la cama (por ejemplo leyendo), ¿a qué hora decides intentar dormirte?	___ horas ___ minutos	___ horas ___ minutos
3. Después de que decides intentar dormirte, ¿cuánto tiempo pasa hasta que te duermes finalmente?	___ minutos	___ minutos
4. ¿A qué hora te despiertas habitualmente por la mañana?	___ horas ___ minutos	___ horas ___ minutos
5. ¿Acostumbras a despertarte por la noche?		
<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Sí → 5.a ¿cuántos minutos duran habitualmente los despertares en su totalidad en una noche?	___ horas ___ minutos	___ horas ___ minutos

6. Continuamos con las preguntas sobre hábitos de sueño. Para cada frase, contesta la opción que más te represente en los **ÚLTIMOS SEIS MESES**.

Tu...	Nunca	Ocasional-mente (1-2 veces/ mes)	Algunas veces (1-2 veces/ semana)	A menudo (3-5 veces/ semana)	Siempre (diaria-mente)
a. Te vas a la cama de mal humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tienes dificultad para coger el sueño por la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Te sientes ansioso o con miedo cuando te vas a quedar dormido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Te despiertas más de dos veces cada noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Después de despertarte por la noche te cuesta dormirte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Te resulta difícil despertarte por la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Al despertarte por la mañana te sientes cansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- h. Sientes que no puedes moverte al despertarte por la mañana
- i. Tienes somnolencia diurna
- j. Te duermes de repente en determinadas situaciones

7. Continuamos con las preguntas sobre hábitos de sueño. Para cada frase, contesta la opción que más te represente en los ÚLTIMOS SEIS MESES. Por favor, fijate que ahora la primera opción es “Nunca / No que yo sepa”

Tu...	Nunca / No que yo sepa	Ocasional-mente (1-2 veces/mes)	Algunas veces (1-2 veces/semana)	A menudo (3-5 veces/semana)	Siempre (diariamente)
k. Caminas dormido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Te despiertas con un chillido o confundido de forma que aparentemente no reconoces a otras personas, y no recuerdas nada al día siguiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Tienes pesadillas que no recuerdas al día siguiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. La siguiente pregunta es sobre si te consideras más matutino/a o más nocturno/a. Si te gusta dormir un poco más durante los días libres comparado con los días laborables o no te puedes levantar los lunes por la mañana entonces serías más nocturno/a. Sin embargo, si te levantas por la mañana y te sientes despierto/a directamente o si prefieres acostarte temprano por la noche entonces es más probable que seas matutino/a

	Extremadamente matutino	Moderadamente matutino	Ligeramente matutino	Ningun tipo	Ligeramente nocturno	Moderadamente nocturno	Extremadamente nocturno
¿Cómo te consideras actualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXPOSICIÓN A LA LUZ ANTES DE IR A DORMIR

1. ¿Cómo consideras que es la luminosidad de tu habitación cuando duermes durante la noche? *Por favor marca una sola opción*

- Luz suficiente para leer y ver colores, aunque sea con dificultad
- No puedo leer, pero veo todos los objetos de la habitación
- Al cabo de unos segundos distingo formas dentro de la habitación
- Solo veo luz que se filtra por las cortinas/puerta o dispositivos electrónicos
- Oscuridad absoluta

2. Durante las horas habituales de sueño (excluyendo la siesta), ¿Con qué frecuencia realizas las siguientes acciones en tu dormitorio con tal de obtener un buen aislamiento?

	Siempre	A menudo	Raramente	Nunca
a. Cierras las persianas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Cierras los porticones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Utilizas antifaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Otros remedios contra la luz (por ejemplo cortinas, estores, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Especifica: _____

USO DE TELÉFONO MÓVIL Y OTRAS TECNOLOGÍAS

1. Marca para las siguientes afirmaciones tu grado de desacuerdo o acuerdo en una escala del 1="totalmente en desacuerdo" al 10="totalmente de acuerdo" cuando piensas en tí.

	Totalmente en desacuerdo					Totalmente de acuerdo				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a. Cuando me he sentido mal he utilizado el móvil para sentirme mejor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Cuando no estoy localizable me preocupo con la idea de perderme alguna llamada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Si no tuviera móvil, a mis amigos les costaría ponerse en contacto conmigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Me noto nervioso/a si paso tiempo sin consultar mis mensajes o si no he conectado el móvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Mis amigos y familia se quejan porque uso mucho el móvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Me veo enganchado/a al móvil más tiempo de lo que me gustaría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Suelo llegar tarde cuando quedo porque estoy enganchado/a al móvil cuando no debería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- h. Me cuesta apagar el móvil
- i. Me han dicho que paso demasiado tiempo con el móvil
- j. He tenido facturas de móvil que no he podido pagar .

2. ¿Restringen tus padres/tutores el uso de tu móvil, tableta, ordenador portátil o televisión en casa? Puedes marcar más de una opción. Marca “No aplica” si ya no vives con tus padres/tutores.

- No aplica.
- No tengo restricciones
- No me permiten usarlos por la noche
- No me permiten utilizarlos durante los días de clase (los días laborables)
- Tengo un límite diario de uso → Especifica los minutos: _____ minutos
- Otra → Especifica: _____

3. ¿Con que frecuencia, EN LOS DOS ÚLTIMOS MESES, has vivido alguna de estas experiencias? Trata de responder con sinceridad, todas tus respuestas se tratarán de forma confidencial y se analizarán de forma anónima. Recuerda responder todas las preguntas, por favor.

	Nunca	Sólo ha ocurrido una o dos veces	2 o 3 veces al mes	Como una vez a la semana	Varias veces a la semana
a. He sufrido acoso por parte de otras personas que me han enviado mensajes de texto/fotos/vídeos crueles o hirientes al móvil o a través de chats <i>online</i> (en línea).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. He sufrido acoso por parte de otras personas que han compartido información privada, fotos o vídeos, o han publicado comentarios o chistes hirientes sobre mí en Internet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. He acosado a otras personas enviándoles mensajes de texto/fotos/vídeos crueles o hirientes al móvil o a través de chats <i>online</i> (en línea).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. He acosado a otras personas compartiendo su información privada, fotos o vídeos, o publicando comentarios o chistes hirientes sobre ellas en Internet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BIENESTAR EMOCIONAL

1. Ahora te vamos a hacer unas preguntas sobre tu salud emocional en las DOS ÚLTIMAS SEMANAS. Durante las 2 últimas semanas, ¿con qué frecuencias has tenido molestias debido a los siguientes problemas?

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
a. Poco interés o alegría por hacer las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sensación de estar decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Problemas para quedarte dormido/a, para seguir durmiendo o por dormir demasiado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sensación de cansancio o de tener poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Sin apetito o comer demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sentirse mal contigo mismo/a, sentirse un/a fracasado/a o que has decepcionado a tu familia o a ti mismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Problemas para concentrarte en algo, como leer o ver la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Moverte o hablar tan despacio que los demás pueden haberlo notado. O lo contrario: estar tan inquieto/a o agitado/a que te has estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y DEL HOGAR

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

1. ¿Con quién vives habitualmente?

- Madre y padre siempre
- Sólo con la madre
- Sólo con el padre
- Algunos días con la madre y otros con el padre
- Ya no vivo con mis padres
- Otros, especificar _____

2. Actualmente ¿cuántas personas viven en tu casa, incluyéndote a tí? Número: _____

3. ¿Cuántos hermanos tienes? Número: _____ (pon "0" si ninguno)

4. ¿Cuánta gente duerme en tu habitación a parte de tí? Número: _____ (pon "0" si ninguno)

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Las siguientes preguntas se refieren a la casa en la que vives actualmente. Si vives en diferentes casas al mismo tiempo, por favor contesta las preguntas pensando en la casa en la que pasas la mayor parte del tiempo

1. ¿Has cambiado de domicilio desde la última visita?

- No (pasar a „Recursos económicos del hogar“)
- Sí → 1.1 Fecha de cambio: ____/____/____

1.2. ¿Cómo describirías tu vivienda?

- Una vivienda unifamiliar separada de otras casas.
- Una vivienda unifamiliar junto a una o más casas (casa de pueblo, adosado...)
- Un piso (en un edificio de viviendas) de menos de 10 viviendas
- Un piso (en un edificio de viviendas) de más de 10 viviendas
- Otros. Especificar: _____

1.3. Nº de habitaciones de tu casa (incluyendo el salón/comedor y sin contar cocina y baños): |_|_|

1.4. Por favor, completa la siguiente información para la dirección actual y para las otras direcciones en las que has vivido desde la última visita. Si vives en un segundo hogar durante más de 2 días a la semana, completa esta información para ambas direcciones: (esta preguntará se hará por separado y presencialmente en la visita)

	Dirección exacta					¿Desde cuándo has vivido en esta casa?	¿En qué piso está tu habitación? (0 = planta baja, 1 = 1er. Piso arriba, etc.). Si vives en una casa con una sola planta baja, escribe "0"	¿Alguna de las ventanas de tu habitación da directamente a la calle?	Si da directamente a la calle, ¿cuál es el nombre de la calle?	¿En qué piso-altura se encuentra tu vivienda? * (0 = planta baja, 1 = 1er. Piso arriba, etc.). Si vives en una casa con una sola planta baja, escribe "0"
	Calle	Núm.	Piso (escalera/bloque)	Código postal	Ciudad					
Primer hogar										
Dirección actual						___ / ___ (Mes/Año)	___ piso	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, da directamente a la calle → <input type="checkbox"/> Mira lateralmente a una calle	<input type="checkbox"/> La misma dirección postal que la casa <input type="checkbox"/> A una dirección postal diferente que la casa ¿Cuál es el nombre de la calle? _____	___ piso
Segundo hogar: en caso de que vivas en un segundo hogar durante más de 2 días a la semana										
Aproximadamente, ¿cuántos días al mes vives en esta otra dirección? ___ días al mes										
Dirección actual						___ / ___ (Mes/Año)	___ piso	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, da directamente a la calle → <input type="checkbox"/> Mira lateralmente a una calle	<input type="checkbox"/> La misma dirección postal que la casa <input type="checkbox"/> A una dirección postal diferente que la casa ¿Cuál es el nombre de la calle? _____	___ piso
Si tu dirección ha cambiado desde la última visita, ¿cuáles son las otras casas donde has vivido? Responder solo en relación con el primer hogar										
Dirección anterior 1						Des de ___ / ___ hasta de ___ / ___ (Mes/Año)	___ piso	No aplicable	No aplicable	___ piso

Dirección anterior 2						Des de ___ / ___ / ___ / hasta de ___ / ___ / ___ / (Mes/Año)	___ piso	No aplicable	No aplicable	___ piso
----------------------	--	--	--	--	--	---	----------	--------------	--------------	----------

RECURSOS ECONÓMICOS DEL HOGAR

1. Señala por favor si la realidad de tu hogar se ajusta a los recursos y situaciones del siguiente listado.

	Sí, es correcto	No, es incorrecto
Tienes una conexión a internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puedes la cambiar ropa desgastada o rota por nueva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tienes dos pares de zapatos de tu talla (incluido un par de zapatos para todo clima)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastas una pequeña cantidad de dinero en ti mismo/a de forma semanal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tienes actividades de ocio regularmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te reúnes con familia o amigos para compartir una comida o bebida al menos una vez al mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGUNTAS ADICIONALES

ENTORNO ALIMENTARIO

1. ¿Alrededor de cuántos MINUTOS te tomaría caminar desde tu casa hasta los lugares más cercanos enumerados abajo? Por favor selecciona el tiempo que te tomaría caminar a cada lugar, sin importar si vas ahí.

- 1a) Mini-súper / tienda de la esquina /bodega _____ min _____ No sabe
- 1b) Supermercado _____ min _____ No sabe
- 1c) Tienda de frutas y verduras / Mercado de frutas y vegetales _____ min _____ No sabe
- 1d) Restaurante de comida rápida _____ min _____ No sabe
- 1e) Restaurante que no sea de comida rápida _____ min _____ No sabe
- 1f) Cafetería _____ min _____ No sabe
- 1g) Gasolinera _____ min _____ No sabe
- 1h) Panadería _____ min _____ No sabe
- 1i) Tienda de caramelos _____ min _____ No sabe

2. ¿Alrededor de cuántos MINUTOS te tomaría caminar desde el instituto/universidad/trabajo hasta los lugares más cercanos enumerados abajo? Por favor selecciona el tiempo que te tomaría caminar a cada lugar, sin importar si vas ahí.

- 2a) Mini-súper / tienda de la esquina /bodega _____ min _____ No sabe
- 2b) Supermercado _____ min _____ No sabe
- 2c) Tienda de frutas y verduras / Mercado de frutas y vegetales _____ min _____ No sabe
- 2d) Restaurante de comida rápida _____ min _____ No sabe
- 2e) Restaurante que no sea de comida rápida _____ min _____ No sabe
- 2f) Cafetería _____ min _____ No sabe
- 2g) Gasolinera _____ min _____ No sabe

2h) Panadería _____ min _____ No sabe

2i) Tienda de caramelos _____ min _____ No sabe

ACCESO A ESPACIOS VERDES Y AZULES

1. En una semana normal de otoño, invierno y primavera (fines de semana incluidos), en promedio ¿Cuántas horas de tu tiempo libre pasas en los siguientes espacios verdes* y azules? Por favor, incluye todas las actividades que hagas: reuniones con amigos/as, deporte, montar en bicicleta los fines de semana, etc. (Escribe "0" en caso de que no hayas pasado tiempo en ninguno de estos espacios verdes/azules). *Los espacios verdes cubiertos de nieve también se consideran espacios verdes

Sitio:	Horas/semana
Parques/Parques urbanos	_ _
Bosques / Parques nacionales / Otros espacios verdes naturales.	_ _
Campos de agricultura/jardines	_ _
Jardines privados (en tu casa)	_ _
Lagos/riberas/playas	_ _

2. En una semana normal de verano (vacaciones de verano), en promedio ¿Cuántas horas de tu tiempo libre pasas en los siguientes espacios verdes* y azules? Por favor, incluye todas las actividades que hagas: reuniones con amigos/as, deporte, montar en bicicleta los fines de semana, etc. (Escribe "0" en caso de que no hayas pasado tiempo en ninguno de estos espacios verdes/azules).

Sitio:	Horas/semana
Parques/Parques urbanos	_ _
Bosques / Parques nacionales / Otros espacios verdes naturales.	_ _
Campos de agricultura/jardines	_ _
Jardines privados (en tu casa)	_ _
Lagos/riberas/playas	_ _

3. ¿Cuánto verdor (árboles, pastos, flores, etc.) puedes ver a través de las siguientes ventanas?

No espacio verde/ no ventana Menos de la mitad Más de la mitad

- | | | | |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Dormitorio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Comedor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. ¿Con qué frecuencia (durante el día) miras a través de las siguientes ventanas?

Rara vez Algunas veces A menudo No tengo ventana

- | | | | | |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| c. Dormitorio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Comedor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. ¿Estás satisfecho con los parques y espacios verdes en tu zona? Por tu zona, nos referimos que los tengas a unos 20 minutos a pie de tu casa

- Muy satisfecho
- Bastante satisfecho
- Ni satisfecho ni insatisfecho
- bastante insatisfecho
- Muy insatisfecho