

## Cuestionario adolescentes – seguimiento 17-18 años

Idnum \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### Salud respiratoria y asma

1. En los últimos 12 meses, ¿has tenido pitos o silbidos en el pecho?

- No
- Sí, a. En los últimos 12 meses, ¿cuántos ataques de pitos o silbidos en el pecho has tenido?
- Ninguno       De 1 a 3       De 4 a 12       Más de 12

2. En los últimos 12 meses, ¿has tenido dificultades para respirar (opresión en el pecho, falta de aliento)?

- No
- Sí, a. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has tenido dificultades para respirar?
- Nunca       De 1 a 3 veces       De 4 a 12 veces       Más de 12 veces

Si has contestado que “Sí” en la pregunta 1 o 2 (o en las dos), responde a las siguientes preguntas.

Si has contestado “No” a las dos preguntas, pasar a la pregunta 9.

3. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia, de promedio, te has despertado debido a pitos o silbidos en el pecho o dificultades para respirar (opresión en el pecho, falta de aliento)?

- Nunca me he despertado con pitos
- Menos de una noche a la semana
- Una o más noches a la semana

4. En los últimos 12 meses, ¿han sido alguna vez los pitos o silbidos en el pecho o las dificultades para respirar (opresión en el pecho, falta de aliento) tan importantes como para que cada dos palabras hayas tenido que parar para respirar?

- No       Sí

5. En los últimos 12 meses, ¿han notado pitos o silbidos al respirar durante/después de hacer ejercicio?

- No       Sí

6. En los últimos 12 meses, ¿has tenido tos seca durante la noche sin estar resfriado ni tener infección de pecho?

- No       Sí

7. En los últimos 12 meses, ¿has tomado alguna medicación para el asma o por dificultades respiratorias (pitos/silbidos en el pecho, opresión en el pecho, dificultad para respirar)?

- No (pasar a la pregunta 9)
- Sí, indica qué medicación has tomado separando si es con receta médica o no:
- a. Con receta médica: \_\_\_\_\_
- b. Sin receta médica: \_\_\_\_\_

**8. En los últimos 12 meses, ¿cómo puntuarías tus quejas/dolencias debidas a los pitos/silbidos en el pecho o a dificultades respiratorias (opresión en el pecho, dificultad para respirar)?**

*Sin quejas ni  
dificultades*

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

*Las mayores quejas/  
dificultades imaginables*

**9. En los últimos 12 meses, ¿has tenido habitualmente el pecho cargado o has tenido tos con expectoración (mocos) estando resfriado?**

No     Sí

**10. En los últimos 12 meses, ¿has tenido habitualmente el pecho cargado o has tenido tos con expectoración (mocos) cuando NO estabas resfriado?**

No     Sí

**11. ¿Has tenido el pecho cargado o has tenido tos con expectoración (mocos) la mayoría de los días (4 o más días por semana) durante al menos 3 meses al año?**

No     Sí

## Problemas en la nariz y ojos

**12. En los últimos 12 meses, ¿has tenido alguna vez problemas de estornudos, nariz tapada o mucosa aparte de cuando has estado resfriado o con gripe?**

No (pasar a la pregunta 13)

Sí, En los últimos 12 meses, ¿cuáles de los siguientes síntomas has tenido SIN estar resfriado ni con gripe?

a. Estornudos:     No     Sí

b. Nariz mucosa:     No     Sí

c. Nariz tapada:     No     Sí

d. En los últimos 12 meses, ¿este problema de nariz se ha acompañado de picor y lagrimeo en los ojos?

No     Sí

e. ¿En cuál de los últimos 12 meses ocurrió este problema de estornudos, nariz tapada o mucosa? Por favor, marca todos los meses que corresponda.

Enero

Febrero

Marzo

Abril

Mayo

Junio

Julio

Agosto

Septiembre

Octubre

Noviembre

Diciembre

f. Durante los últimos 12 meses, ¿has tomado alguna medicación para la rinitis alérgica?

No

Sí, por favor, indica qué medicación has tomado separando si es con receta médica o no

a. Con receta médica: \_\_\_\_\_

b. Sin receta médica: \_\_\_\_\_

**g. En los últimos 12 meses, ¿has tenido problemas con la nariz o los ojos (SIN estar resfriado ni con gripe) relacionado con el contacto con alguna de las siguientes sustancias? Por favor marca todas las que correspondan:**

- Animales
- Hierbas, árboles, flores
- Polvo de la casa, ácaros
- Humo de tabaco o olores fuertes
- Contaminación del aire
- Otros, especificar: \_\_\_\_\_

## Problemas de piel

**13. En los últimos 12 meses, ¿has tenido la piel seca?**

- No     Sí

**14. En los últimos 12 meses, ¿has tenido alguna erupción con picor en la piel en algún momento?**

- No (pasa a la pregunta 15)
- Sí, a. **¿En cuál de los últimos 12 meses tuviste este eczema/erupción con picor? Por favor, marca todos los meses que corresponda, puedes elegir varias respuestas.**
- Enero             Febrero             Marzo             Abril             Mayo             Junio
- Julio             Agosto             Septiembre             Octubre             Noviembre             Diciembre

**b. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia, de promedio, has estado despierto por la noche por culpa de esta erupción con picor?**

- Nunca en los últimos 12 meses     Menos de una noche por semana     Una o más noches por semana

**c. En los últimos 12 meses, ¿ha desaparecido esta erupción por completo en algún momento?**

- No     Sí

**d. ¿Ha afectado esta erupción con picor alguna vez alguno de los siguientes lugares? Por favor señala todas las localizaciones que correspondan.**

- Los pliegues de los codos
- Detrás de las rodillas
- Delante de los tobillos
- Debajo de las nalgas
- Alrededor del cuello, las orejas o la cara

**15. ¿Has tenido alguna vez un eczema en las manos (lesiones con picor, ampollas, erupciones)?**

- No
- Sí, a. **¿a qué edad lo tuviste por primera vez? \_\_\_\_\_ años**

**16. ¿Has tenido alguna vez eczema después de contacto con ...? (Por favor señala todas las sustancias que correspondan):**

- Objetos metálicos (como botones, hebilla, cremallera, cinturón, reloj, gafas (de sol), clips para el pelo, teléfono móvil, auriculares). ¿Cuáles? \_\_\_\_\_
- Bisutería
- Tinte para el pelo o otros colorantes
- Tatuajes
- Productos cosméticos, perfumes, fragancias, desodorantes
- Shampoo, jabón o acondicionador
- Ropa
- Látex, goma/plásticos (guantes de goma/plástico, globos, preservativos)
- Otros materiales, ¿cuáles? \_\_\_\_\_
- No, con ningún material

**Reacciones alérgicas a alimentos****17. ¿Has tenido alguna vez en tu vida una reacción alérgica a algún alimento?**

- No (pasa a la pregunta 19)
- Sí, a. ¿a qué alimento o alimentos? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b. ¿a qué edad tuviste la primera reacción alérgica a algún alimento? \_\_\_\_\_ años

**18. ¿Has tenido alguna reacción alérgica a algún alimento durante el último año?**

- Sí
- No, pero no he tomado alimentos a los que había sido alérgico
- No, a pesar de haber tomado algún alimento al que había sido alérgico anteriormente

## Características del hogar y familiares

19. Actualmente, ¿cuántas personas viven en tu casa, incluyéndote a tí? \_\_\_\_\_

20. ¿Cuántos hermanos tienes? \_\_\_\_\_ (pon "0" si ninguno)

21. A parte de tí y tus hermanos, ¿con quién más vives habitualmente? Puedes marcar más de una respuesta.

- Madre y padre siempre
- Sólo con la madre
- Sólo con el padre
- Algunos días con la madre y otros con el padre
- Otros, especificar \_\_\_\_\_

22. ¿Cuánta gente duerme en tu habitación a parte de tí? (pon "0" si ninguna) \_\_\_\_\_

¿Fuman tu padre, madre o hermanos? Si fuman indica si lo hacen dentro de casa.

	a. ¿Fuma?		b. ¿Fuma dentro de casa?	
23. Padre	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
24. Madre	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
25. Hermanos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
26. Otras personas que viven contigo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí

27. ¿Tenéis algún animal viviendo en casa?

- No     Sí, a. ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

## Actividad Física y Deportes

28. Durante una semana típica, en el último mes, cuantas horas a la semana hiciste:

a. Ejercicio físico intenso? (con sudor intenso, respiración mucho más acelerada de lo normal; por ejemplo: deporte intenso o bicicleta a ritmo rápido)	_____ horas/sem
b. Ejercicio físico moderado? (con algo de sudor, respiración algo acelerada; por ejemplo: deporte a intensidad moderada, bicicleta o natación a ritmo moderado)	_____ horas/sem
c. Ejercicio físico suave? (sin sudor, con respiración normal; por ejemplo: pasear)	_____ horas/sem

29. ¿Practicas o has practicado algún tipo de deporte (ej. futbol, judo, gimnasia, tenis, baloncesto, volei, danza, correr, bici, montar a caballo, etc)?

- No (pasa a la pregunta 30)       Sí, ¿cuál/es? ↘

	36. Deporte 1	37. Deporte 2	38. Deporte 3
a. Especifica los tres deporte más importantes que practicas o has practicado	_____	_____	_____
b. ¿Cuántos años has estado/estuviste haciendo este deporte?	_____ años	_____ años	_____ años
c. De estos años, ¿cuántos has estado federado o compitiendo?	_____ años	_____ años	_____ años
d. ¿Cuántas veces por semana practicas/practicabas este deporte?	_____ veces/semana	_____ veces/semana	_____ veces/semana
e. ¿Cuánto tiempo, de promedio, practicas/practicabas este deporte cada vez (entrenamientos y competiciones)?	_____ horas _____ minutos	_____ horas _____ minutos	_____ horas _____ minutos
f. ¿Cuánto años hace que no haces este deporte?	_____ años <input type="checkbox"/> Aún lo hago	_____ años <input type="checkbox"/> Aún lo hago	_____ años <input type="checkbox"/> Aún lo hago

## Televisión

30. En promedio, ¿cuánto tiempo miras la televisión/vídeos/películas en tu tiempo libre?

	Nunca	< 30 minutos al día	30-59 minutos al día	1h-1h59 minutos al día	2h-2h59 minutos al día	3h-3h59 minutos al día	4h-4h59 minutos al día	≥ 5 horas al día
a. Entre semana	<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. Fin de semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. ¿Tienes una televisión en tu habitación?

- No       Sí

## Estudios y trabajo

### 32. ¿Estás estudiando actualmente?

- No (pasar a la pregunta 33)
- Sí, a. ¿qué curso estás haciendo actualmente?
- 3º ESO
- 4º ESO
- 1º Bachillerato
- 2º Bachillerato
- Otro, especificar \_\_\_\_\_

### 33. ¿Has repetido alguna vez?

- No (pasar a la pregunta 34)
- Sí, un curso
- Sí, dos o más cursos
- } a. ¿A qué edad repetiste curso por primera vez? \_\_\_\_\_ años

### 34. ¿Qué notas sacas habitualmente? Marca la casilla que creas que más se aproxima a tu nota media...

	Suspense (0-4.9)	Aprobado / Suficiente (5)	Bien (6)	Notable (7-8)	Excelente (9-10)	No sé
a. Global de todas las asignaturas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. En matematicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. En lengua catalana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. En lengua castellana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. En ciencias naturales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 35. ¿En el último año has realizado algún trabajo remunerado (te han pagado por realizar el trabajo), con o sin contrato?

- No
- Sí

### 36. ¿En qué situación crees que estarás más probablemente el próximo año?

- Estudiando
- Buscando empleo o desempleado
- De aprendiz en algún oficio
- Trabajando a tiempo parcial durante todo el año
- Únicamente trabajando durante la temporada turística
- Trabajando a tiempo completo(mínimo 30 horas semanales) todo el año
- Alguna otra situación, especificar \_\_\_\_\_

## Uso de teléfono móvil y nuevas tecnologías

**37. ¿Tienes actualmente un teléfono móvil propio? (se refiere a un teléfono móvil para ti o un móvil compartido con un hermano/a u otro miembro de la familia)**

- No (pasar a la pregunta 38)
- Sí, a. ¿desde cuándo has tenido un teléfono móvil? \_\_\_\_\_(mes)\_\_\_\_\_ (año)

**38. En promedio, ¿cuántas llamadas realizas y/o recibes con el teléfono móvil? (se refiere a todos los teléfonos móviles y no sólo a tu teléfono móvil propio)**

- Ninguna (pasar a la pregunta 44)
- Menos de una por semana
- Una por semana o más, aproximadamente \_\_\_\_\_ llamadas/ semana (a) O \_\_\_\_\_ llamadas/día (b)

**39. En promedio, ¿cuánto tiempo pasas realizando y/o recibiendo llamadas con el teléfono móvil? (se refiere a todos los teléfonos móviles, y no solo a tu teléfono móvil propio)? Puedes contestar en minutos por día o por semana.**

\_\_\_\_\_ minutos por día (a) o \_\_\_\_\_ minutos por semana (b)

**40. ¿Cuándo empezaste a utilizar regularmente (al menos una vez por semana) el teléfono móvil para realizar y/o recibir llamadas?**

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> A los 5 años o antes | <input type="checkbox"/> A los 6 años  | <input type="checkbox"/> A los 7 años  | <input type="checkbox"/> A los 8 años  |
| <input type="checkbox"/> A los 9 años         | <input type="checkbox"/> A los 10 años | <input type="checkbox"/> A los 11 años | <input type="checkbox"/> A los 12 años |
| <input type="checkbox"/> A los 13 años        | <input type="checkbox"/> A los 14 años | <input type="checkbox"/> A los 15 años | <input type="checkbox"/> A los 16 años |
| <input type="checkbox"/> A los 17 años        | <input type="checkbox"/> A los 18 años |  |  |
- Aún no he empezado a realizar y/o recibir llamadas al menos una vez por semana

**41. ¿Cuándo hablas por teléfono, te colocas generalmente el teléfono en el lado derecho o en el izquierdo de la cabeza? (con generalmente nos referimos a más de la mitad del tiempo)**

- En el lado derecho
- En el lado izquierdo
- En ambos lados/indiferente

**42. ¿Usas auriculares Bluetooth?**

- No (pasar a la pregunta 43)
- Sí, a. ¿en qué proporción usas Bluetooth respecto al tiempo total de tus llamadas?
- Casi nunca o rara vez
- Menos de la mitad del tiempo
- La mitad del tiempo
- Más de la mitad del tiempo
- Siempre o casi siempre



**43. ¿Usas alguno de los siguientes dispositivos de manos libres (auriculares conectados al móvil con cable, altavoz del móvil o manos libres en el coche) al menos una vez a la semana?**

- No (pasar a la pregunta 44)
- Sí, **a. indica cuál/es (puedes marcar más de una opción):**
- Auriculares conectados al teléfono móvil con un cable
  - Altavoz del teléfono móvil
  - Manos libres en el coche

**b. ¿con qué proporción usas uno o varios de estos dispositivos de manos libres respecto al tiempo total de tus llamadas?**

- Casi nunca o rara vez
- Menos de la mitad del tiempo
- La mitad del tiempo
- Más de la mitad del tiempo
- Siempre o casi siempre

**44. ¿Utilizas el teléfono móvil para las siguientes funciones?**

	<b>45. Enviar mensajes de texto (incluyendo WhatsApp y Ping)</b>	<b>46. Enviar videos, archivos, correos electrónicos, o utilizar el teléfono móvil como módem para su ordenador</b>	<b>47. Otro usos de los datos (navegar por internet, bajarse música, películas, juegos en línea (online), Skype, etc.)</b>
<b>a. Uso</b>	<input type="checkbox"/> No (ir a pregunta 46) <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No (ir a pregunta 47) <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No (ir a pregunta 48) <input type="checkbox"/> Sí
<b>b. Cantidad de uso (en promedio)</b>	Núm. mensajes enviados: _____ <input type="checkbox"/> por día O _____ <input type="checkbox"/> por semana	Tiempo dedicado: _____ <input type="checkbox"/> minutos/día O _____ <input type="checkbox"/> minutos/semana	Tiempo dedicado: _____ <input type="checkbox"/> minutos/día O _____ <input type="checkbox"/> minutos/semana

**48. ¿Cuál es la marca y el modelo del teléfono móvil que usas con más frecuencia actualmente? (especificar todo lo que se pueda, (ej. "Samsung Galaxy S2"))**

**a. Marca** \_\_\_\_\_ **b. Modelo** \_\_\_\_\_

**49. ¿Tenéis teléfono inalámbrico en casa?**

- No (pasar a la pregunta 51)
- Sí, **a. En promedio, ¿cuántas llamadas realizas y/o recibes con el teléfono inalámbrico?**
  - Ninguna
  - Menos de una por semana
  - Una por semana o más, aproximadamente \_\_\_\_\_ llamadas/semana **(b)** O \_\_\_\_\_ llamadas/día **(c)**

**50. En promedio, ¿cuánto tiempo pasas realizando y/o recibiendo llamadas con el teléfono inalámbrico? Puedes contestar en minutos por día o por semana.**

\_\_\_\_\_ minutos por día **(a)** O \_\_\_\_\_ minutos por semana **(b)**

**51. ¿Tenéis Wi-Fi (internet inalámbrico) en casa?**

- No  
 Sí

**52. ¿Hay Wi-Fi (internet inalámbrico) en el colegio?**

- No  
 Sí  
 No lo sé

**¿Usas la tableta (ej. iPad), el ordenador portátil, o la videoconsola (ej. PlayStation, Nintendo, Xbox, Wii, Game Boy) fuera del colegio? (en la columna 'a' puedes marcar varias opciones)**

Usas...	a. ¿Tiene este aparato conexión a internet?	b. ¿Está este aparato siempre conectado a internet?	c. En promedio, ¿cuánto tiempo usas este aparato?
<b>53. Tableta?</b> <input type="checkbox"/> No (ir a preg. 54) <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí, con 3G <input type="checkbox"/> Sí, con Wi-Fi <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, siempre <input type="checkbox"/> Sí, la mayoría de veces <input type="checkbox"/> No, sólo a veces	_____ minutos/día entre semana _____ minutos/día fin de semana
<b>54. Ordenador portátil?</b> <input type="checkbox"/> No (ir a preg. 55) <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí, con cable <input type="checkbox"/> Sí, con Wi-Fi <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, siempre <input type="checkbox"/> Sí, la mayoría de veces <input type="checkbox"/> No, sólo a veces	_____ minutos/día entre semana _____ minutos/día fin de semana
<b>55. Videoconsola?</b> <input type="checkbox"/> No (ir a preg. 56) <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí, con cable <input type="checkbox"/> Sí, con Wi-Fi <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, siempre <input type="checkbox"/> Sí, la mayoría de veces <input type="checkbox"/> No, sólo a veces	_____ minutos/día entre semana _____ minutos/día fin de semana

**56. 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. He gastado más de lo que debía o podía pagar	<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. 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"/>
d. Me cuesta apagar 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. 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"/>
f. 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"/>

	<i>totalmente en desacuerdo</i>							<i>totalmente de acuerdo</i>		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
g. 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"/>
h. 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"/>
i. 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"/>
j. Me han dicho que paso demasiado tiempo con 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"/>

## Consumo de tabaco

**57. ¿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 58)

Sí, a. **¿qué edad tenías cuando fumaste por primera vez un cigarrillo?** \_\_\_\_\_ años

**c. ¿Alguna vez en tu vida has fumado semanalmente (todas las semanas) durante tres o más meses seguidos?**

No       Sí

**e. 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, **f. ¿cuántos cigarrillos fumas al día, por término medio?** \_\_\_\_\_ cigarrillos

**g. ¿qué edad tenías cuando empezaste a fumar diariamente?** \_\_\_\_\_ años

## 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.

**58. ¿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 pregunta 59)

Sí, a. ¿en qué edad tomaste por primera vez una bebida alcohólica? \_\_\_\_\_ años

b. ¿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
<b>b. Los días laborables (lunes, martes, miércoles, jueves)?</b>	<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	
<b>c. Los fines de semana (viernes, sábado, domingo)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d. ¿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
d. ¿En los <u>últimos 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"/>
e. ¿En los <u>últimos 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"/>

f. ¿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
f. ¿En los <u>últimos 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"/>
g. ¿En los <u>últimos 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"/>

## Otro tipo de drogas

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

No (pasar a la pregunta 60)

Sí, a. ¿en qué edad tomaste por primera vez hachís o marihuana? \_\_\_\_\_ años

¿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
---	------------	-------	--------	--------	----------	----------	------------	------------	----------

b. ¿En los últimos 12 meses?	<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. ¿En los últimos 30 días?	<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"/>
-----------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

60. ¿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, a. ¿Cuál/cuales? \_\_\_\_\_

b. ¿Qué edad tenías cuando las probaste por primera vez? \_\_\_\_\_ años

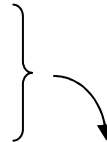
## Calidad del sueño

Las siguientes preguntas están relacionada con tus hábitos de sueño habituales solamente durante el último mes. Tus respuestas deben indicar lo sucedido de la manera más precisa para la mayor parte de los días y noches del mes pasado. Por favor, responde a todas las preguntas.

	a. Días laborables o entre semana	b. Días no laborables o fin de semana
61. Durante el <u>mes pasado</u> , ¿a qué hora te has ido habitualmente a la cama por la noche?	___ hora ___ minutos	___ hora ___ minutos
62. Durante el <u>mes pasado</u> , ¿cuánto tiempo (en minutos) te ha costado dormirte cada noche?	___ minutos	___ minutos
63. Durante el <u>mes pasado</u> , ¿a qué hora te has levantado habitualmente por la mañana?	___ hora ___ minutos	___ hora ___ minutos
64. Durante el <u>mes pasado</u> , ¿cuántas horas de sueño real has tenido por la noche (pueden ser diferentes del número de horas que pasaste en la cama)?	___ hora ___ minutos	___ hora ___ minutos

<b>65. Durante el <u>mes pasado</u>, ¿con qué frecuencia has tenido problemas de sueño debido a que ...</b>				
	<b>Ninguna vez durante el último mes</b>	<b>Menos de 1 vez a la semana</b>	<b>1 o 2 veces a la semana</b>	<b>3 veces o más a la semana</b>
a. No me puedo dormir tras 30 minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Me despierto en mitad de la noche o pronto por la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Me tengo que levantar para usar el baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. No puedo respirar confortablemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Toso o ronco ruidosamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Siento mucho frío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Siento mucho calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Tengo pesadillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Tengo dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Otro/s motivo/s, especificar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>66. Durante el <u>mes pasado</u>, ¿con qué frecuencia has tomado medicamentos para conciliar el sueño (con prescripción médica o automedicados)?</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>67. Durante el <u>mes pasado</u>, ¿con qué frecuencia has tenido problemas para permanecer despierto/a mientras conducías, comías o desarrollabas alguna actividad social?</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Muy buena</b>	<b>Moderadamente buena</b>	<b>Moderadamente mala</b>	<b>Muy mala</b>
<b>68. Durante el <u>mes pasado</u>, ¿cómo clasificarías tu calidad de sueño en conjunto?</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Ningún problema</b>	<b>Sólo un poco problemático</b>	<b>Moderadamente problemático</b>	<b>Muy problemático</b>
<b>69. Durante el <u>mes pasado</u>, ¿cómo de problemático te ha resultado mantener el entusiasmo suficiente para hacer cosas?</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

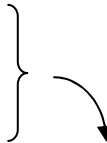
**70. ¿Con qué frecuencia usas el ordenador, el portátil, la tableta (ej. iPad), o el teléfono móvil durante la hora antes de ir a dormir?**

- (casi) nunca (pasar a la pregunta 71)
  - de vez en cuando, pero menos de una vez por semana
  - algunos días (de 1 a 6 días a la semana)
  - cada día
- 

**a. Si usas el ordenador, el portátil, la tableta, o el teléfono móvil durante la hora antes de ir a dormir, ¿que haces la mayoría de veces?** (Puedes marcar más de una respuesta)

- Leer un libro electrónico
- Enviar mensajes a amigos
- Jugar a juegos
- Mirar videos
- Consultar Facebook, Twitter, noticias, u otros
- Otros, especificar \_\_\_\_\_

**71. ¿Te despiertas alguna vez por haber recibido mensajes en el ordenador, portátil, tableta, o teléfono móvil?**

- (casi) nunca (pasar a la pregunta 72)
  - de vez en cuando, pero menos de una vez por semana
  - algunos días (de 1 a 6 días a la semana)
  - cada día
- 

**a. Si te despiertas alguna vez por haber recibido mensajes, que haces?**

- Nada
- Leo el mensaje y vuelvo a dormir
- Leo el mensaje y lo contesto

**72. La siguiente pregunta es sobre si te consideras más matutino o más nocturno. 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. Sin embargo, si te levantas por la mañana y te sientes despierto directamente o si prefieres acostarte temprano por la noche entonces es más probable que seas matutino**

	Extrema- damente matutino	Modera- damente matutino	Ligera- mente matutino	Ningun tipo	Ligera- mente nocturno	Modera- damente nocturno	Extrema- damente nocturno
<b>¿Cómo te consideras actualmente?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Dolor de cabeza

### 73. ¿Has tenido alguna vez dolor de cabeza?

No (pasar a la pregunta 74)

Sí, a. ¿cuantos días en el último mes? \_\_\_\_\_ días

Quando tienes dolor de cabeza, ...	Nunca	Pocas veces	A veces	Muy a menudo	Siempre
b. ¿Con qué frecuencia tu dolor de cabeza es intenso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Con qué frecuencia el dolor limita tu capacidad para realizar tus actividades habituales (domésticas, trabajo, estudios, ocio)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Con qué frecuencia desearías poder acostarse cuando tienes dolor de cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. En el <u>último mes</u> , ¿con qué frecuencia te has sentido demasiado cansado/a para trabajar o realizar tus actividades diarias debido a su dolor de cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. En el <u>último mes</u> , ¿con qué frecuencia te has sentido harto/a o irritado/a debido a tu dolor de cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. En el <u>último mes</u> , ¿con qué frecuencia el dolor de cabeza te ha dificultado concentrarse en tus actividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Consumo de refrescos y otras bebidas

### 74. Las siguientes preguntas son para conocer tu consumo de refrescos y otras bebidas a lo largo del último año. Para cada tipo de bebida, señala cuantas veces como media la has tomado, tanto en casa como en el colegio como en otros lugares.

	Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4 o más por día
a. Refrescos normales de cola, naranja, limón (ej. <i>coca-cola</i> , <i>fanta</i> ) (Uno, 250 ml)	<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. Refrescos sin azúcar de cola, naranja, limón (ej. <i>coca-cola light</i> ) (Uno, 250 ml)	<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. Zumo de frutas envasado (1 vaso o envase de 200ml)	<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. Batido de leche tipo <i>Cacaolat</i> , <i>Colacao Energy</i> , u otros sabores (1 botella, 200ml)	<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. Otras bebidas lácteas con yogur tipo <i>Dan-Up</i> (1 botella pequeña, 165 ml))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Estado de salud general y bienestar

¿Cómo estás? ¿Cómo te sientes? Esto es lo que queremos saber sobre ti. Por favor, lee cada pregunta atentamente. Cuando pienses en tu respuesta, por favor intenta recordar la última semana, es decir, los últimos siete días. ¿Cuál es la respuesta que primero se te ocurre? Escoge la opción que creas mejor para ti y escribe una cruz en ella. Recuerda: Esto no es un examen. No hay respuestas correctas o incorrectas. Pero es importante que contestes todas las preguntas.

### 75. Actividades físicas y salud

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

- Excelente  
 Muy buena  
 Buena  
 Regular  
 Mala

Piensa en la <u>última semana</u> ...	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
b. ¿Te has sentido bien y en forma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Te has sentido físicamente activo/a (ej. has corrido, trepado, ido en bici)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Has podido correr bien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piensa en la <u>última semana</u> ...	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
e. ¿Te has sentido lleno/a de energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 76. Estado de ánimo y sentimientos

Piensa en la <u>última semana</u> ...	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
a. ¿Has disfrutado de la vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piensa en la <u>última semana</u> ...	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
b. ¿Has estado de buen humor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Te has divertido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piensa en la <u>última semana</u> ...	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
d. ¿Te has sentido triste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Te has sentido tan mal que no querías hacer nada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Te has sentido solo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿Has estado contento/a con tu forma de ser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 77. Tu vida familiar y tu tiempo libre

Piensa en la <u>última semana</u> ...	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
a. ¿Has tenido suficiente tiempo para ti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Has podido hacer las cosas que querías en tu tiempo libre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Tus padres han tenido suficiente tiempo para ti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Tus padres te han tratado de forma justa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Has podido hablar con tus padres cuando has querido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Has tenido suficiente dinero para hacer lo mismo que tus amigos/as?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿Has tenido suficiente dinero para tus gastos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 78. Tus amigos/as

Piensa en la <u>última semana</u> ...	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
a. ¿Has pasado tiempo con tus amigos/as?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Te has divertido con tus amigos/as?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Tú y tus amigos/as os habéis ayudado unos/as a otros/as?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Has podido confiar en tus amigos/as?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 79. El colegio

Piensa en la <u>última semana</u> ...	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
a. ¿Te has sentido feliz en el colegio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Te ha ido bien en el colegio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Piensa en la <u>última semana</u> ...	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
c. ¿Has podido prestar atención?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Te has llevado bien con tus profesores/as?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Comportamiento y emociones

**80. Por favor, responde a las preguntas según cómo te han ido las cosas en los últimos seis meses.**

**Responde a TODAS las preguntas lo mejor que puedas, aunque no estés completamente seguro/a de la respuesta, o te parezca una pregunta rara.**

	No es verdad	Es verdad a medias	Verdaderamente cierto
a. Procuro ser agradable con los demás. Tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Soy inquieto/a, hiperactivo/a, no puedo permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Normalmente comparto con otros mis juguetes, chucherías, lápices, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Cuando me enfado, me enfado mucho y pierdo el control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Prefiero estar solo/a que con gente de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Por lo general soy obediente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. A menudo estoy preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ayudo si alguien está enfermo, disgustado o herido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Estoy todo el tiempo moviéndome, me muevo demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Tengo un/a buen/a amigo/a por lo menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Peleo con frecuencia con otros, manipulo a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Por lo general caigo bien a la otra gente de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas, fácilmente pierdo la confianza en mí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Trato bien a los niños/as más pequeños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. A menudo me acusan de mentir o de hacer trampas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. Otra gente de mi edad se mete conmigo o se burla de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. A menudo me ofrezco para ayudar (a padres, maestros, niños)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. Pienso las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. Cojo cosas que no son mías de casa, la escuela o de otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w. Me llevo mejor con adultos que con otros de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x. Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y. Terminó lo que empiezo, tengo buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Preguntas sólo para las chicas - Crecimiento y desarrollo****81. ¿Has empezado a tener la regla (has tenido la primera regla)?** No Sí, a. ¿Qué edad tenías cuando tuviste la primera regla? \_\_\_\_\_ años

b. ¿En qué mes y año tuviste la primera regla? \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año

**82. Durante el último año, ¿cuántos días de sangrado has tenido normalmente durante cada regla?**

\_\_\_\_\_ número de días

 Es variable No lo sé**83. Si no lo sabes o es variable, es probablemente que sea:** 3 días o menos 4-6 días 7 días o más**84. Durante el último año, ¿cuántos días pasado entre dos reglas? En otras palabras, ¿cuántos días pasan desde el primer día de una regla hasta el primer día de la siguiente regla?**

\_\_\_\_\_ número de días

 Es variable No lo sé**85. Durante el último año, ¿has tomado anticonceptivos orales por cualquier motivo, incluso también para regular la regla?** No Sí