

## CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES

<b>IDNUM Niño</b>		<b>Fecha cuestionario</b> <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.

¡Muchas gracias por participar!

### A. DIETA Y ALIMENTACIÓN

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

1.  Sí → 1a. ¿Podrías indicar el motivo por el que sigues la dieta o alimentación alternativa? *Puedes marcar más de una respuesta.*

1.  Para controlar el peso
2.  Porque tengo alergia a algunos alimentos (ejemplo: gluten, lactosa,....)
3.  Porque soy vegano o vegetariano
4.  Por otra razón médica, ¿Cuál? \_\_\_\_\_
9.  No sabe/no contesta

0.  No

9.  No sabe/no contesta

#### 2. ¿Has ido al comedor escolar este año?

1.  No he ido
2.  <1 vez/semana
3.  1-3 veces/semana
4.  4-5 veces/semana

#### 3. Señala las comidas que tomas habitualmente. *Puedes marcar más de una respuesta*

- |             |                                |                                |             |                                |                                |
|-------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------|--------------------------------|--------------------------------|
| a. Desayuno | 1. <input type="checkbox"/> Sí | 0. <input type="checkbox"/> No | d. Merienda | 1. <input type="checkbox"/> Sí | 0. <input type="checkbox"/> No |
| b. Almuerzo | 1. <input type="checkbox"/> Sí | 0. <input type="checkbox"/> No | e. Cena     | 1. <input type="checkbox"/> Sí | 0. <input type="checkbox"/> No |
| c. Comida   | 1. <input type="checkbox"/> Sí | 0. <input type="checkbox"/> No |             |                                |                                |

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

1.  3 ó más veces por semana
2.  2-3 veces por semana
3.  1 vez por semana
4.  1-3 veces al mes
5.  Nunca

## B. ACTIVIDADES FÍSICAS Y DEPORTE

Las siguientes preguntas hacen referencia a las actividades físicas (deportes, gimnasia, ir en bicicleta...) y sedentarias (mirar la televisión, jugar al ordenador, hacer los deberes...) que realizas en una semana típica (de lunes a domingo) dentro y fuera del horario escolar.

### 1. Actividades físicas

**En una semana típica, ¿cuántos minutos al día en promedio realizas las siguientes actividades dentro o fuera del horario escolar (excluir el viaje al colegio/instituto)? Por favor, especifica la respuesta para cada día de la semana. En caso de no realizar la actividad marca la casilla "no". Fíjate en este ejemplo:**

*EJEMPLO: Si (1) entrenas baloncesto los lunes y los miércoles durante 90 minutos y el sábado tienes un partido de 60 minutos, (2) sueles ir a dar un paseo en bicicleta los fines de semana durante una hora, pero (3) no practicas artes marciales, deberías contestar a las preguntas de abajo de la siguiente manera:*

	¿Sueles realizar esta actividad?	¿Cuántos minutos al día?						
		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
a. Artes marciales (karate, judo etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.
b. Baloncesto	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	90 min.	___ min.	90 min.	___ min.	___ min.	60 min.	___ min.
c. Bicicleta	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	60 min.

#### 1.1. En el horario escolar:

	¿Sueles realizar esta actividad?	¿Cuántos minutos al día?				
		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
a. Clases de educación física en el colegio/instituto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.
b. Correr, saltar, deportes, etc. en el descanso (patio) del colegio/instituto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.

#### 1.2. Fuera del horario escolar:

	¿Sueles realizar esta actividad?	¿Cuántos minutos al día?						
		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
a. Artes marciales (karate, judo etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.
b. Baloncesto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.

	¿Sueles realizar esta actividad?	¿Cuántos minutos al día?						
		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
c. Bicicleta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.
d. Correr	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.
e. Excursión/caminar por la montaña etc.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.
f. Fútbol	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.
g. Natación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.
h. Ir en skateboard, patinete o patines en línea – Normales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.
i. Ir en skateboard o patinete – Eléctricos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.
j. Tenis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.
k. Wii o videojuegos activos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.
l. Gimnasia rítmica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.
m. Baile	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.
Otros, especifica:		___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.
n. _____		___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.
o. _____		___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.
p. _____		___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.

## 2. Actividades sedentarias

- a. En una **semana típica**, ¿cuántos minutos al día de promedio **miras la televisión**, **ves vídeos** o **miras el móvil**?

*INCLUYE: ver la televisión, ver series online, ver videos en el ordenador/tablet/móvil y mirar el móvil (Facebook, Instagram...)*

1. Durante la semana: \_\_\_\_\_ minutos/día
2. Durante el fin de semana: \_\_\_\_\_ minutos/día

**b. En una semana típica, ¿cuántos minutos al día de promedio juegas a juegos de ordenador o videojuegos inactivos?**

*INCLUYE: los juegos en el móvil/ tablet/ordenador.*

*EXCLUYE: televisión/videos y juegos como la Wii-Sports u otros videojuegos activos*

1. Durante la semana: \_\_\_\_\_ minutos/día
2. Durante el fin de semana: \_\_\_\_\_ minutos/día

**c. En una semana típica, ¿cuántos minutos al día de promedio juegas a juegos de mesa u otras actividades sedentarias fuera del colegio (por ejemplo: deberes, leer, juegos de rol, etc...)?**

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

1. Durante la semana: \_\_\_\_\_ minutos/día
2. Durante el fin de semana: \_\_\_\_\_ minutos/día

**3. Actividad física global**

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

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

**4. Otros**

**4.1. ¿Te gusta hacer ejercicio o hacer deporte?**

No me gusta nada

Me gusta mucho

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**4.2. ¿Encuentras que el colegio o la ciudad/el pueblo en que vives ayudan a promover la actividad física de los adolescentes? (parque para hacer deporte, instalación deportiva, caminos peatonales para correr, caminar...)**

1.  Sí
0.  No
9.  No sabe/no contesta

### C. CONSUMO DE TABACO

Las siguientes preguntas son sobre el consumo de tabaco, necesitamos conocerlo porque podría influir en la salud respiratoria. Agradecemos tu sinceridad, esta información será confidencial.

**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. ¿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)**

0.  No (pasar al apartado D)

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

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

0.  No    1.  Sí

**4. 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 → *Contestar preguntas f y g.*

**4.a. ¿cuántos cigarrillos fumas al día, por término medio?** \_\_\_\_\_ cigarrillos

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

### D. ACCESO A ESPACIOS VERDES

**1. En una semana normal, durante los últimos 12 meses, en promedio ¿Cuántas horas de tu tiempo libre pasas en los siguientes espacios verdes?**

- a. Parques. **Período escolar:** \_\_\_\_\_ (horas/semana). **Vacaciones de verano:** \_\_\_\_\_ (horas/semana)
- b. Bosques / Parques nacionales / Otros espacios verdes naturales. **Período escolar:** \_\_\_\_\_ (horas/semana). **Vacaciones de verano:** \_\_\_\_\_ (horas/semana)
- c. Campos de agricultura/jardines. **Período escolar:** \_\_\_\_\_ (horas/semana). **Vacaciones de verano:** \_\_\_\_\_ (horas/semana)
- d. Lagos/riberas/playas. **Período escolar:** \_\_\_\_\_ (horas/semana). **Vacaciones de verano:** \_\_\_\_\_ (horas/semana)

**2. ¿Puedes ver vegetación (árboles, campos, flores) desde alguna ventana de tu casa?**

0.  No

1.  Sí → **3a. ¿Cuánto de la vista de esa ventana está cubierta por vegetación? (si hay más de una ventana con vistas al espacios verdes o vegetación describe la ventana por la cual miras al exterior más frecuentemente)**

- 1.  Un cuarto
- 2.  La mitad
- 3.  Tres cuartos
- 4.  Todo

9.  No lo sé

### E. ESCALA DE AJUSTE FAMILIAR

Las siguientes preguntas son para comprender mejor a las personas. Por eso te pedimos que seas lo más sincero posible. Hay que contestar Sí o No, pero nunca Sí y No a una misma pregunta. Si hay preguntas que pueden ser contestadas tanto como Sí y como No, se decide por lo que es más frecuente.

	Sí (1)	No (0)
1. Mi casa la encuentro triste, estoy a disgusto en ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mis padres discuten muchas veces <i>(contesta solo si has conocido a tu madre y a tu padre)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mis padres muchas veces se enfadan <i>(contesta solo si has conocido a tu madre y a tu padre)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mis padres se quieren poco <i>(contesta solo si has conocido a tu madre y a tu padre)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. En mi casa hay bastantes líos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Contesta a las siguientes preguntas sólo si tienes hermanos:</b>		
6. Peleo y me llevo mal con mis hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Algunos hermanos se meten mucho conmigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me gustaría no tener hermanos y ser yo solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Algunos hermanos me tienen envidia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Alguna vez deseo que desaparezca algún hermano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Contesta a cada pregunta respecto a tu padre y a tu madre:</b>		
11. Me trata muy bien, como a una persona mayor	Padre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Madre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
12. Me quiere mucho	Padre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Madre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
13. Me anima a hacer las cosas	Padre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Madre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
14. Me castiga o me riñe pocas veces, cuando es necesario	Padre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Madre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
15. Me deja actuar a mí solo; tiene confianza en mí	Padre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Madre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
16. Está muy pendiente de mí, preocupado por lo que hago	Padre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Madre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
17. Suele estar con miedo de que me pase algo	Padre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Madre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
18. Me ayuda demasiado en lo que tengo que hacer	Padre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Madre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
19. Se preocupa de lo que he hecho y con quién he estado	Padre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Madre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
20. Me defiende contra todos los que me hacen algo	Padre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Madre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
21. Me deja hacer todo lo que yo quiero	Padre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Madre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
22. Le hace gracia lo que digo o hago	Padre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Madre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

23. Muy pocas veces me castiga o riñe	Padre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Madre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
24. Casi todo lo que pido me lo concede	Padre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Madre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
25. Llorando o enfadándome consigo siempre lo que deseo	Padre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Madre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
26. Siempre me está llamando la atención	Padre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Madre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
27. Quiere que sea como una persona mayor	Padre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Madre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
28. Me exige y me controla todo lo que hago	Padre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Madre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
29. Todo lo que hago parece que está mal	Padre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Madre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
30. Se enfada por cualquier cosa que hago	Padre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Madre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
31. Me hace poco caso cuando yo hablo	Padre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Madre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
32. Habla poco conmigo	Padre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Madre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
33. Quiere a otros hermanos más que a mí	Padre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Madre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
34. Se preocupa poco por mí	Padre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Madre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
35. Muchas veces siento que me tiene abandonado	Padre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Madre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
36. Me suele pegar muchas veces	Padre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Madre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
37. Siempre me está chillando	Padre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Madre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
38. Me quiere poco	Padre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Madre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
39. Es serio/a conmigo	Padre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Madre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
40. Me tiene manía	Padre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Madre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

### G. PUBERTAD

#### ESCALA DE DESARROLLO PUBERAL (PDS)

*Instrucciones: Los chicos y las chicas pasan por varias fases de desarrollo a diferentes edades. Algunos chico/as empiezan antes y otros más tarde. En las siguientes preguntas, marca por favor, la opción que mejor te describa.*

CHICOS Y CHICAS						
	1	2	3	4	5	9
1. ¿Dirías que tu crecimiento en estatura ha comenzado (has empezado a dar el estirón)? ( <i>estirón = crecimiento repentino, mayor crecimiento de lo habitual</i> )	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, un poco	<input type="checkbox"/> Sí, sin duda	<input type="checkbox"/> Desarrollo completado		<input type="checkbox"/> No sabe/No contesta
2. En relación al crecimiento del vello corporal: ¿Dirías que el vello corporal te ha empezado a crecer? ( <i>vello corporal = axila o vello púbico</i> )	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, un poco	<input type="checkbox"/> Sí, bastante	<input type="checkbox"/> Desarrollo completado		<input type="checkbox"/> No sabe/No contesta
3. ¿Has notado algún cambio en tu piel, especialmente granos (acné)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, un poco	<input type="checkbox"/> Sí, bastante			
4. ¿Crees que tu desarrollo ha empezado más temprano o más tarde que la mayoría de los otros chicos/as de tu edad?	<input type="checkbox"/> Mucho más temprano	<input type="checkbox"/> Un poco antes	<input type="checkbox"/> Sobre la misma edad	<input type="checkbox"/> Un poco más tarde	<input type="checkbox"/> Mucho más tarde	<input type="checkbox"/> No sabe/No contesta
CHICOS						
5. ¿Has notado una profundización (tono de voz más grave) en tu voz?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, un poco	<input type="checkbox"/> Sí, bastante	<input type="checkbox"/> Desarrollo completado		<input type="checkbox"/> No sabe/No contesta
6. ¿Te ha empezado a crecer vello en la cara?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, un poco	<input type="checkbox"/> Sí, bastante	<input type="checkbox"/> Desarrollo completado		<input type="checkbox"/> No sabe/No contesta
CHICAS						
7. ¿Te han empezado a crecer los pechos?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, un poco	<input type="checkbox"/> Sí, sin duda	<input type="checkbox"/> Desarrollo completado		<input type="checkbox"/> No sabe/No contesta
8. ¿Has empezado a menstruar (te ha venido la regla)?	0. <input type="checkbox"/> No	1. <input type="checkbox"/> Sí				<input type="checkbox"/> No sabe/No contesta
8.a ¿Cuál fue la fecha de tu primera menstruación?	Día _____	Mes _____	Año _____			
8.b Si no sabes la fecha, ¿qué edad tenías?	_____ años					
8.c ¿Cuándo tuviste la última menstruación (indicar el primer día)?	Día _____	Mes _____				
8.d Duración de tu menstruación	_____ días					
8.e ¿Tienes sangrado entre periodos?	0. <input type="checkbox"/> No	1. <input type="checkbox"/> Sí				
8.f ¿Tu menstruación es cada 28-30 días (regular) o son tus ciclos irregulares?	0. <input type="checkbox"/> Regular	1. <input type="checkbox"/> Irregular				
8.g ¿Tienes dolor durante tus periodos menstruales?	0. <input type="checkbox"/> No	1. <input type="checkbox"/> Sí				

