

CUESTIONARIO PARA LAS Y LOS JÓVENES

Visita 24 -25 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 y/o depresión | <input type="checkbox"/> No |
| | <input type="checkbox"/> Sí → Indica la edad del diagnóstico: __ |
| Apnea del sueño | <input type="checkbox"/> No |
| | <input type="checkbox"/> Sí → Indica la edad del diagnóstico: __ |
| Hipertensión arterial (tensión alta) | <input type="checkbox"/> No |
| | <input type="checkbox"/> Sí → Indica la edad del diagnóstico: __ |
| Enfermedad cardiovascular | <input type="checkbox"/> No |
| | <input type="checkbox"/> Sí → Indica la edad del diagnóstico: __ |
| Enfermedad digestiva crónica (ej. Diarrea crónica, úlcera, hepatitis) | <input type="checkbox"/> No |
| | <input type="checkbox"/> Sí → Indica la edad del diagnóstico: __ |
| Enfermedad renal (ej. Insuficiencia renal, síndrome nefrótico) | <input type="checkbox"/> No |
| | <input type="checkbox"/> Sí → Indica la edad del diagnóstico: __ |
| Trastorno de los huesos y/o articulaciones y/o musculares | <input type="checkbox"/> No |
| | <input type="checkbox"/> Sí → Indica la edad del diagnóstico: __ |
| Problema hormonal | |

- Hipotiroidismo** No
 Sí → Indica la edad del diagnóstico: __
- Hipertiroidismo** No
 Sí → Indica la edad del diagnóstico: __
- Diabetes** 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 (p. Ej, Aspirina, ibuprofeno)
 Paracetamol
 Otros: _____
 No, ninguno

5. ¿Tu madre o padre biológico han sido diagnosticados por un médico de alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud?

	Madre	Padre
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta
Bronquitis crónica, enfisema y/o EPOC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta
Hipertensión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

- | | | |
|-----------------|---|---|
| Diabetes | <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta | <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta |
| | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Sí |
| | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No |
| Otros | <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta | <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta |
| | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No |
| | <input type="checkbox"/> Sí → Especificar _____ | <input type="checkbox"/> Sí → Especificar _____ |

ESTUDIOS Y TRABAJO

1. ¿Qué estudios has completado?

- Ninguno
- Enseñanza primaria no finalizada
- Enseñanza primaria
- Enseñanza secundaria
- Bachillerato
- Enseñanza profesional media (ciclos formativos grado medio o FP1 y FP2)
- Enseñanza profesional superior (solo ciclos formativos de grado superior)
- Estudios universitarios
- No sabe/No contesta

2. ¿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"

3. 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 regularmente alguna vez?

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

5. ¿Fumas actualmente (como mínimo desde hace un mes)?

- No → 5a. ¿Cuánto tiempo hace que dejaste de fumar? ____ años ____ meses
→ 5b. Antes de dejar de fumar, ¿cuántos cigarrillos fumabas al día, de media? ____ cigarrillos

- Sí → **5c. 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, **5d. ¿Cuántos cigarrillos fumas al día, de media?** _____ cigarrillos
- 5e. ¿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. ¿Consumes bebidas con alcohol?

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ¿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"/>

3. ¿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"/>

4. Piensa en tu consumo de alcohol durante los últimos 12 meses y especifica en promedio la frecuencia de consumo de...

	Nunca o < 1 por mes	1-3 por mes	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
Alcoholes fermentados (vino, cava, cerveza) (1 vaso)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Alcoholes destilados (licores, whisky, gin, vodka, coñac) (1 vaso)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

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

→ 1b. ¿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

Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterranea

2. ¿Usas usted el aceite de oliva principalmente para cocinar?

No

Sí

3. ¿Cuánto aceite de oliva consumes en total al día (incluyendo el usado para freír, el de las comidas fuera de casa, las ensaladas, etc.)?

Menos de dos cucharadas

Dos o más cucharadas

4. ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día (las guarniciones o acompañamientos contabilizan por 1/2 ración)?

- Menos de dos
- Dos o más (al menos una de ella en ensaladas o crudas)

5. ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?

- Menos de tres
- Tres o más

6. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día (1 ración equivale a 100-150g)?

- Una o más
- Menos de una al día

7. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina, o nata consume al día (porción individual equivale a 12g)?

- Una o más
- Menos de una al día

8. ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día?

- Una o más
- Menos de una al día

9. ¿Bebe vino? ¿Cánto consume a la semana?

- Menos de tres
- Tres o más vasos por semana

10. ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana (una ración o plato equivalente a 150g)?

- Menos de tres
- Tres o más por semana

11. ¿Cuántas raciones de pescado o mariscos consume a la semana (un plato, pieza o ración equivalente a 100-150g de pescado ó 4-5 piezas de marisco)?

- Menos de tres
- Tres o más por semana

12. ¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulces o pasteles a la semana?

- Tres o más
- Menos de tres por semana

13. ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana (una ración equivalente a 30g)?

- Menos de una
- Una o más por semana

14. ¿Consume preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas (carne de pollo: una pieza o ración equivalente a 100-150g)?

- No
- Sí

15. ¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, el arroz u otros platos aderezados con una salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?

- Menos de dos por semana
- Dos o más por semana

Consumo de pescado

16. Las siguientes preguntas son para conocer tu consumo de pescado en los últimos 12 meses. Señala cuantas veces de media has consumido, tanto en casa como en otros lugares.

	Nunca o <1 mes	1-3 por mes	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por día	2 o más por día
a. Pescado azul grande: pez espada, atún, bonito (plato o ración)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Pescado azul pequeño-mediano: sardina, boquerón, caballa, salmón (plato o ración)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Pescado blanco: merluza, lenguado, dorada (plato o ración)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Conservas de sardina, sardinilla o caballa (lata pequeña)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Conservas de atún o bonito (lata pequeña)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Calamares, sepia, pulpo, berberechos, mariscos, almejas, mejillones (1 ración, 100g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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)

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)
Fútbol	Equitación
Natación (entrenamiento) y natación sincronizada	Gimnasia
Patinaje	Labores de casa que incluyen: hacer la cama, barrer y pasar la aspiradora
Pádel	Natación recreativa
Rugby	Pasear o jugar con las mascotas (activo)
Saltar a la cuerda/conga	Piragüismo
Tenis	Senderismo
Waterpolo	Surf y Paddle Surf
Entrenamiento militar o similares	Tenis de mesa o ping pong
	Voleibol
	Videoguegos 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: ver la televisión, ver series online, ver videos en el ordenador/tablet/móvil y mirar el móvil (Facebook, Instagram...)</i>	<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: los juegos en el móvil/ tablet/ordenador</i>	<input type="checkbox"/> Sí → <input type="checkbox"/> No	_____ horas ____ minutos	_____ horas ____ minutos

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

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

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/universidad de manera regular? (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	Más 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 (eléctrico/tradicional)	<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/universidad?

|_| Días por semana

CALIDAD DEL SUEÑO

Las siguientes preguntas están relacionadas 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		
1. Durante el <u>mes pasado</u> , ¿a qué hora te has ido habitualmente a la cama por la noche?	____ hora ____ minutos	____ hora ____ minutos		
2. Durante el <u>mes pasado</u> , ¿cuánto tiempo (en minutos) te ha costado dormirte cada noche?	____ minutos	____ minutos		
3. Durante el <u>mes pasado</u> , ¿a qué hora te has levantado habitualmente por la mañana?	____ hora ____ minutos	____ hora ____ minutos		
4. 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		
5. Durante el <u>mes pasado</u> , ¿con qué frecuencia has tenido problemas de sueño debido a que ...				
	Ninguna vez durante el último mes	Menos de 1 vez a la semana	1 o 2 veces a la semana	3 veces o más a la semana
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"/>
6. Durante el <u>mes pasado</u> , ¿con qué frecuencia has tomado medicamentos para conciliar el sueño (con prescripción médica o automedicados)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Durante el <u>mes pasado</u> , ¿con qué frecuencia has tenido problemas para permanecer despierto/a mientras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

conducías, comías o desarrollabas alguna actividad social?

	Muy buena	Moderadamente buena	Moderadamente mala	Muy mala
8. Durante el <u>mes pasado</u> , ¿cómo clasificarías tu calidad de sueño en conjunto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ningún problema	Sólo un poco problemático	Moderadamente problemático	Muy problemático
9. Durante el <u>mes pasado</u> , ¿cómo de problemático te ha resultado mantener el entusiasmo suficiente para hacer cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. ¿Cuánta gente duerme en tu habitación a parte de tí?

Número: _____ (pon "0" si ninguno)

11. 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"/>

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	<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. 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"/>
j. He tenido facturas de móvil que no he podido 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"/>

2. ¿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 online (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 online (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"/>

COMPORTAMIENTO Y EMOCIONES

1. Para cada ítem, por favor marca la casilla para “No es es verdad”, “Es verdad a medias” o “Verdaderamente cierto”. Nos ayudaría si respondieras todos los ítems lo mejor que puedas aunque no estés completamente seguro. Por favor, responde a las preguntas según cómo te han ido las cosas en los últimos seis meses.

	No es verdad	Es verdad a medias	Verdaderamente cierto
a. Procuero 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, me resulta difícil 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, por ejemplo, comida o bebida	<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 otra gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Por lo general estoy dispuesto/a a hacer lo que otra gente quiere	<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 al menos un/a buen/a amigo/a	<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, deprimido o con ganas de llorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Por lo general caigo bien a la otra gente	<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	<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 se mete conmigo o se burla de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. A menudo me ofrezco para ayudar (familiares, amigos/as, compañeros/as)	<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, el trabajo o de otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w. Me llevo mejor con las personas mayores 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. Termino lo que empiezo, tengo buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

inquieto/a o agitado/a que te has estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual.

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y DEL HOGAR

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

1. ¿Vives con tus padres?

- Sí
 No

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

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
 Sí → 1.1 Fecha de cambio: ____/____/____

1.2 Por favor, indica la dirección de la casa actual

Calle: _____ N° _____ Puerta _____
Municipio: _____ CP: _____

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.

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

4. ¿Cuál es el régimen de tenencia de tu vivienda actual? Elige la opción que se ajuste más a tu situación

- Propietario/a
 Propietario/a que paga una hipoteca
 Inquilino/a o subarrendatario/a que paga el alquiler
 Inquilino/a o subarrendatario/a al que otra persona le paga el alquiler
 Vivienda alquilada a precio reducido
 Vivienda gratuita (por ejemplo, domicilio familiar)
 Otro
-