

CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES - INMA SABADELL VISITA 14-16 años

IDNUM Adolescente		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.

¡Muchas gracias por participar!

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.

A. ESTADO DE ÁNIMO Y SENTIMIENTOS

Piensa en <u>la última semana</u> ...	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
1. ¿Has disfrutado de la vida?	<input type="checkbox"/>				
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
2. ¿Has estado de buen humor?	<input type="checkbox"/>				
3. ¿Te has divertido?	<input type="checkbox"/>				
	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
4. ¿Te has sentido triste?	<input type="checkbox"/>				
5. ¿Te has sentido tan mal que no querías hacer nada?	<input type="checkbox"/>				
6. ¿Te has sentido solo?	<input type="checkbox"/>				
7. ¿Te gusta tu forma de ser?	<input type="checkbox"/>				

B. TU VIDA FAMILIAR Y TU TIEMPO LIBRE

Piensa en <u>la última semana</u> ...	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Has tenido suficiente tiempo para ti?	<input type="checkbox"/>				
2. ¿Has podido hacer las cosas que querías en tu tiempo libre?	<input type="checkbox"/>				
3. ¿Tus padres han tenido suficiente tiempo para ti?	<input type="checkbox"/>				

4. ¿Tus padres te han tratado de forma justa?	<input type="checkbox"/>				
5. ¿Has podido hablar con tus padres cuando has querido?	<input type="checkbox"/>				
6. ¿Has tenido suficiente dinero para hacer lo mismo que tus amigos/as?	<input type="checkbox"/>				
7. ¿Has tenido suficiente dinero para tus gastos?	<input type="checkbox"/>				

C. TUS AMIGOS/AS

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

D. ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD

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

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

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

E. EL COLEGIO

Piensa en <u>la última semana...</u>	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
1. ¿Te has sentido feliz en el colegio?	<input type="checkbox"/>				
2. ¿Te ha ido bien en el colegio?	<input type="checkbox"/>				
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
3. ¿Has podido prestar atención?	<input type="checkbox"/>				

4. ¿Te has llevado bien con tus profesores/as?

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?							¿Completas este ejercicio normalmente en grupo/equipo o solo?	¿Sueles practicar este deporte dentro o fuera?
		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.	<input type="checkbox"/> en grupo/equipo <input type="checkbox"/> solo	<input type="checkbox"/> dentro <input type="checkbox"/> fuera
b. Baloncesto	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	90 min.	___ min.	90 min.	___ min.	___ min.	60 min.	___ min.	<input checked="" type="checkbox"/> en grupo/equipo <input type="checkbox"/> solo	<input checked="" type="checkbox"/> dentro <input type="checkbox"/> fuera
c. Bicicleta	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	___ min.	60 min.	<input type="checkbox"/> en grupo/equipo <input checked="" type="checkbox"/> solo	<input type="checkbox"/> dentro <input checked="" type="checkbox"/> fuera

1.1. En el horario escolar:

	¿Sueles realizar esta actividad?	¿Cuántos minutos al día?					¿Completas este ejercicio normalmente en grupo/equipo o solo?	¿Sueles practicar este deporte dentro o fuera?
		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.	<input type="checkbox"/> en grupo/equipo <input type="checkbox"/> solo	<input type="checkbox"/> dentro <input type="checkbox"/> fuera
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.	<input type="checkbox"/> en grupo/equipo <input type="checkbox"/> solo	<input type="checkbox"/> dentro <input type="checkbox"/> fuera

1.2. Fuera del horario escolar:

	¿Sueles realizar esta actividad?	¿Cuántos minutos al día?							¿Completas este ejercicio normalmente en grupo/equipo o solo?	¿Sueles practicar este deporte dentro o fuera?
		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo		

Infancia y Adolescencia
a. Artes marciales (karate, judo etc.)

	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	___ min.	<input type="checkbox"/> en grupo/equipo <input type="checkbox"/> solo	<input type="checkbox"/> dentro <input type="checkbox"/> fuera						
b. Baloncesto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	___ min.	<input type="checkbox"/> en grupo/equipo <input type="checkbox"/> solo	<input type="checkbox"/> dentro <input type="checkbox"/> fuera						
c. Bicicleta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	___ min.	<input type="checkbox"/> en grupo/equipo <input type="checkbox"/> solo	<input type="checkbox"/> dentro <input type="checkbox"/> fuera						
d. Correr	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	___ min.	<input type="checkbox"/> en grupo/equipo <input type="checkbox"/> solo	<input type="checkbox"/> dentro <input type="checkbox"/> fuera						
e. Excursión/caminar por la montaña etc.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	___ min.	<input type="checkbox"/> en grupo/equipo <input type="checkbox"/> solo	<input type="checkbox"/> dentro <input type="checkbox"/> fuera						
f. Fútbol	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	___ min.	<input type="checkbox"/> en grupo/equipo <input type="checkbox"/> solo	<input type="checkbox"/> dentro <input type="checkbox"/> fuera						
g. Natación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	___ min.	<input type="checkbox"/> en grupo/equipo <input type="checkbox"/> solo	<input type="checkbox"/> dentro <input type="checkbox"/> fuera						
h. Ir en skateboard, patinete o patines en línea – Normales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	___ min.	<input type="checkbox"/> en grupo/equipo <input type="checkbox"/> solo	<input type="checkbox"/> dentro <input type="checkbox"/> fuera						
i. Ir en skateboard o patinete – Eléctricos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	___ min.	<input type="checkbox"/> en grupo/equipo <input type="checkbox"/> solo	<input type="checkbox"/> dentro <input type="checkbox"/> fuera						
j. Tenis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	___ min.	<input type="checkbox"/> en grupo/equipo <input type="checkbox"/> solo	<input type="checkbox"/> dentro <input type="checkbox"/> fuera						
k. Wii o videojuegos activos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	___ min.	<input type="checkbox"/> en grupo/equipo <input type="checkbox"/> solo	<input type="checkbox"/> dentro <input type="checkbox"/> fuera						
l. Gimnasia rítmica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	___ min.	<input type="checkbox"/> en grupo/equipo <input type="checkbox"/> solo	<input type="checkbox"/> dentro <input type="checkbox"/> fuera						
m. Baile	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	___ min.	<input type="checkbox"/> en grupo/equipo <input type="checkbox"/> solo	<input type="checkbox"/> dentro <input type="checkbox"/> fuera						
Otros, especifica:		___ min.	<input type="checkbox"/> en grupo/equipo <input type="checkbox"/> solo	<input type="checkbox"/> en grupo/equipo <input type="checkbox"/> solo						
n. _____		___ min.	<input type="checkbox"/> en grupo/equipo <input type="checkbox"/> solo	<input type="checkbox"/> en grupo/equipo <input type="checkbox"/> solo						



Infancia y Medio Ambiente

o. _____	____ min.	____ min.	____ min.	____ min.	____ min.	____ min.	____ min.	<input type="checkbox"/> en grupo/equipo <input type="checkbox"/> solo	<input type="checkbox"/> en grupo/equipo <input type="checkbox"/> solo
p. _____	____ min.	____ min.	____ min.	____ min.	____ min.	____ min.	____ min.	<input type="checkbox"/> en grupo/equipo <input type="checkbox"/> solo	<input type="checkbox"/> en grupo/equipo <input type="checkbox"/> solo

2. **Actividades sedentarias – The Youth Activity Profile**

Estas preguntas se refieren a tus actividades sedentarias fuera de la escuela. La actividad sedentaria generalmente implica sentarse o acostarse e incluye cosas como mirar televisión, jugar videojuegos y usar un teléfono móvil. Responde las preguntas en función de tus actividades sedentarias fuera de la escuela en una semana normal.

2.1. Tiempo viendo televisión: en una semana normal, ¿Cuánto tiempo estuviste viendo la televisión fuera del colegio? (incluye el tiempo que estuviste viendo películas o programas de televisión pero NO jugando a videojuegos)

- No vi nada la televisión
- Vi la televisión menos de 1 hora al día
- Vi la televisión entre 1-2 horas al día
- Vi la televisión más de 2 horas y hasta 3 horas al día
- Vi la televisión más de 3 horas al día

2.2. Tiempo con videojuegos: En una semana normal, ¿Cuánto tiempo estuviste jugando a videojuegos fuera del colegio? (incluye jugar a la Nintendo DS, wii, Xbox, PlayStation, iPod Touch, iPad o juegos en tu teléfono móvil o PC)

- No jugué
- Jugué menos de 1 hora al día
- Jugué entre 1-2 horas al día
- Jugué más de 2 horas y hasta 3 horas al día
- Jugué más de 3 horas al día

2.3. Tiempo con el ordenador/tablet: En una semana normal, ¿Cuánto tiempo estuviste usando el ordenador fuera del colegio? (NO incluye el tiempo para hacer las tareas (deberes) y jugar videojuegos en línea o juegos de computadora, pero SÍ incluye el tiempo en cosas como Instagram, TikTok, Twitter y Facebook, así como el tiempo dedicado a navegar por Internet y a la mensajería instantánea).

- No usé el ordenador/tablet para estas actividades
- Usé el ordenador/tablet menos de 1 hora al día
- Usé el ordenador/tablet entre 1-2 horas al día
- Usé el ordenador/tablet más de 2 horas y hasta 3 horas al día
- Usé el ordenador/tablet más de 3 horas al día

2.4. Tiempo con teléfono móvil: En una semana normal, ¿Cuánto tiempo estuviste usando tu teléfono móvil fuera del colegio? (esto incluye el tiempo hablando por teléfono y escribiendo mensajes o utilizando Facebook o Instagram, pero NO incluye tiempo jugando a videojuegos). Si no tienes teléfono móvil y no usas nunca el de tus padres o algún amigo, elige la opción: “No usé nunca el teléfono móvil”.

- No usé nunca el teléfono móvil
- Usé el teléfono móvil menos de 1 hora al día
- Usé el teléfono móvil entre 1-2 horas al día
- Usé el teléfono móvil más de 2 horas y hasta 3 horas al día
- Usé el teléfono móvil más de 3 horas al día

2.5. Hábitos sedentarios en una semana normal: ¿Cuál de las siguientes frases define mejor tus hábitos sedentarios típicos en casa? (Piensa en una semana normal y no solo en la última semana).

- Apenas estoy sentado en mi tiempo libre
- Estoy sentado durante poco tiempo en mi tiempo libre
- Estoy sentado una cantidad media de tiempo en mi tiempo libre
- Estoy sentado mucho tiempo en mi tiempo libre
- Estoy sentado casi todo el tiempo en mi tiempo libre

2.6. ¿Qué tipo de otras actividades sedentarias realizas habitualmente para las que no necesitas un televisor, teléfono móvil, ordenador o tableta? Por favor incluye en la tabla a continuación cuántas veces realizas estas actividades sedentarias en una semana normal. En caso de que no practiques la actividad en una semana normal, escribe “no” en el cuadro correspondiente.

	¿Sueles realizar esta actividad?	¿Cuántos minutos al día?						
		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
a) Leyendo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	__min	__min	__min	__min	__min	__min	__min
a) Tocando un instrumento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	__min	__min	__min	__min	__min	__min	__min
b) Artes y Manualidades	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	__min	__min	__min	__min	__min	__min	__min
c) Por favor, especifica otras:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	__min	__min	__min	__min	__min	__min	__min
d)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	__min	__min	__min	__min	__min	__min	__min
e)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	__min	__min	__min	__min	__min	__min	__min
f)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	__min	__min	__min	__min	__min	__min	__min

3. Actividad física global

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/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 en la que vives ayudan a promover la actividad física de los adolescentes? (parque para hacer deporte, instalación deportiva, caminos peatonales para correr, caminar...)

- Sí
- No
- No sabe/no contesta

DIETA Y ALIMENTACIÓN

1. Escribe cuántas veces por semana, en promedio, durante el último mes, has estado comiendo. Indica la hora de la comida.

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

	<i>Días por semana Rango de respuesta abierto (0-7)</i>	<i>Hora del día Días entre semana</i>	<i>Hora del día Fines de semana</i>
--	---	---	---

Desayuno	5	08.00	
----------	---	-------	--

Completa la tabla:

	<i>Días por semana Rango de respuesta abierto (0-7)</i>	<i>Hora del día Días entre semana</i>	<i>Hora del día Fines de semana</i>
Desayuno			
Snack entre desayuno y almuerzo			
Almuerzo			
Snack entre almuerzo y cena			
Cena			
Snack después de la cena			
Otras comidas/snacks			
Otras comidas/snacks			

2. ¿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 a algunos alimentos (ejemplo: gluten, lactosa,...)
- Porque soy vegano o vegetariano
- Por otra razón médica, ¿Cuál? _____
- No sabe/no contesta

No

No sabe/no contesta

3. ¿Has ido al comedor del instituto este año?

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

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

- a. Desayuno Sí No
- b. Almuerzo Sí No
- c. Comida Sí No
- d. Merienda Sí No
- e. Cena Sí No

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

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

6. KIDMED. Por favor, piensa en el que habitualmente sueles comer e indica si estas afirmaciones son correctas en tu caso (por favor, marca una sola respuesta en cada línea.

	Tú...	CIERTO	FALSO
1	Tomas una fruta o un zumo de frutas todos los días		
2	Tomas una segunda fruta todos los días		
3	Tomas verduras frescas, crudas, en ensalada o cocinadas, regularmente una vez al día		
4	Tomas verduras frescas, crudas, en ensaladas o cocinadas, más de una vez al día		
5	Tomas pescado con regularidad, como mínimo de 2 a 3 veces por semana		
6	Vas una vez a la semana a un fast-food (tipo hamburguesería, frankfurt...)		
7	Te gustan las legumbres (lentejas, garbanzos, judías blancas) y las comes más de una vez a la semana		
8	Tomas pasta o arroz casi a diario		
9	Desayunas cereales o derivados del pan, etc.		
10	Tomas frutos secos (cacahuetes, avellanas, etc) con regularidad como mínimo 2-3 veces por semana		
11	Consumes aceite de oliva en casa		
12	No desayunas		
13	Desayunas un láctico, como leche, yogurt, etc		
14	Desayunas bollería industrial		
15	Tomas 2 yogures y/o 40 gramos de queso a diario		
16	Tomas varias veces al día dulces o caramelos		

Entorno alimentario

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

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

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

- 2a) Mini-súper / tienda de la esquina /bodega _____ min _____ No sabe
- 2b) Supermercado _____ min _____ No sabe
- 2c) Tienda de frutas y verduras / Mercado de frutas y vegetales _____ min _____ No sabe

- 2d) Restaurante de comida rápida _____ min _____ No sabe
 2e) Restaurante que no sea de comida rápida _____ min _____ No sabe
 2f) Cafetería _____ min _____ No sabe
 2g) Gasolinera _____ min _____ No sabe
 2h) Panadería _____ min _____ No sabe
 2i) Tienda de caramelos _____ min _____ No sabe

Consumo de alcohol

1. ¿Has bebido alguna vez alcohol?

- Sí
 No

2. En caso afirmativo, piensa en tu consumo de alcohol durante los últimos 3 meses y especifica en promedio la frecuencia de consumo.

	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
1. Vino, cerveza, sidra- 1 copa, una caña o botellín 1/5	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
2. Licores (20-25 °): de frutas (e.g. manzana), de crema (e.g. Bayleys)- 1 copa	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
3. Whisky, ginebra, vodka, ron, licores 40° (con o sin refrescos)- 1 copa	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

Uso de agua

1. ¿Cuál es el principal tipo de agua potable que suele beber?

En casa	Fuera de casa
<input type="checkbox"/> Municipal (grifo, sin filtrar)	<input type="checkbox"/> Municipal (grifo, sin filtrar)
<input type="checkbox"/> Municipal (grifo, filtrada)	<input type="checkbox"/> Municipal (grifo, filtrada)
<input type="checkbox"/> Embotellada	<input type="checkbox"/> Embotellada
<input type="checkbox"/> Pozo privado	<input type="checkbox"/> Pozo privado
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Otro

ESTUDIOS Y TRABAJO

1. ¿Estás estudiando actualmente?

- No → ve a la pregunta 2
 Sí, 1a. ¿Qué curso estás haciendo actualmente?
 1º ESO
 2º ESO
 3º ESO
 4º ESO

- 1º Bachillerato
 2º Bachillerato
 Otro. Especificar _____

2. ¿Has repetido alguna vez?

- No → ve a la pregunta 3
 Sí, un curso
 Sí, dos o más cursos

2a. ¿A qué edad repetiste curso por primera vez? _____ años

COMUNIDAD

1. ¿Participas regularmente en las actividades de alguna de estas organizaciones? (Selecciona todas las que correspondan)

- Grupo de arte o de música
 Agrupación religiosa
 Agrupación excursionista
 Club social
 Club deportivo
 Grupo de juego
 Otro
 Ninguna

2. ¿Cuánto estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones?

	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No deseo contestar
a. Esta zona es un lugar en el que me gusta vivir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Es fácil obtener ayuda práctica de los vecinos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Se puede confiar en la mayoría de gente de mi vecindario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Hay personas a las que puedo acudir en busca de asesoramiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ¿Con qué frecuencia mantienes contacto con tus amigos?

- (casi) a diario
 Al menos una vez por semana
 De 1 a 3 veces al mes
 Menos de una vez al mes
 Rara vez o nunca
 No deseo contestar

4. ¿Con qué frecuencia mantienes contacto con tu familia extensa (por ejemplo: abuelos/as, tíos/as, primos/as, etc.)?

- (casi) a diario
 Al menos una vez por semana
 De 1 a 3 veces al mes
 Menos de una vez al mes
 Rara vez o nunca
 No deseo contestar

5. ¿Cuántos amigos/as íntimos tienes con los que mantienes una relación frecuente, incluyendo las redes sociales (una relación de confianza, cuentas secretas, disfrutas de su compañía)? No debes incluir a aquellos compañeros de clase o de actividad deportiva u otras actividades (música, etc.) con los que compartes tiempo/actividad, pero no considerarías amigos.

Número: _____

RUIDO

En las siguientes preguntas tendrás que indicar en qué cuantía te molesta o te perturba el ruido.

1. Piensa en los últimos 12 meses, ¿Cuánto te molestan o perturban los siguientes tipos de ruido cuando estás EN CASA DURANTE EL DÍA?

	Muchísimo	Mucho	Regular	Un poco	Nada
a. Coches	<input type="checkbox"/>				
b. Trenes	<input type="checkbox"/>				
c. Aviones	<input type="checkbox"/>				
d. Ruido de la gente en la calle	<input type="checkbox"/>				
e. Otros niños en casa	<input type="checkbox"/>				
f. Bares/pubs/discotecas	<input type="checkbox"/>				
g. Industrias/talleres	<input type="checkbox"/>				
h. Obras	<input type="checkbox"/>				
i. Otro, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/>				

2. Piensa en los últimos 12 meses, ¿Cuánto te molestan o perturban los siguientes tipos de ruido cuando estás EN CASA POR LA NOCHE durante las horas de dormir?

	Muchísimo	Mucho	Regular	Un poco	Nada
a. Coches	<input type="checkbox"/>				
b. Trenes	<input type="checkbox"/>				
c. Aviones	<input type="checkbox"/>				
d. Ruido de la gente en la calle	<input type="checkbox"/>				
e. Otros niños en casa	<input type="checkbox"/>				
f. Bares/pubs/discotecas	<input type="checkbox"/>				
g. Industrias/talleres	<input type="checkbox"/>				
h. Obras	<input type="checkbox"/>				
i. Otro, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/>				

3. Piensa en los últimos 12 meses, ¿Cuánto te molestan o perturban los siguientes tipos de ruido cuando estás EN EL INSTITUTO?

	Muchísimo	Mucho	Regular	Un poco	Nada
a. Coches	<input type="checkbox"/>				
b. Trenes	<input type="checkbox"/>				
c. Aviones	<input type="checkbox"/>				

- | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| d. Ruido de la gente en la calle | <input type="checkbox"/> |
| e. Otros niños en el instituto | <input type="checkbox"/> |
| f. Bares/pubs/discotecas | <input type="checkbox"/> |
| g. Industrias/talleres | <input type="checkbox"/> |
| h. Obras | <input type="checkbox"/> |
| i. Otro, ¿cuál? _____ | <input type="checkbox"/> |

4. La siguiente pregunta trata de determinar tu sensibilidad al ruido: ¿En qué medida estás de acuerdo con la siguiente afirmación?

	Nada de acuerdo					Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5	6
Soy sensible al ruido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Pensando en los últimos 12 meses, durante las horas habituales de sueño y excluyendo la siesta, ¿con qué frecuencia están cerradas las ventanas de tu dormitorio?

	Siempre	A menudo	Raramente	Nunca
Durante el verano				
Durante el invierno				
Durante la primavera				
Durante el otoño				

ENTORNO EXTERIOR

Seguridad del barrio

1. ¿Cómo consideras tu vecindario en términos de seguridad? Caminar por la calle, jugar durante el día (incluso durante la noche), disturbios, robos, delitos, mala vigilancia o poca iluminación. Marca con una X la casilla que mejor indique la seguridad de tu vecindario. (0 indica que tu vecindario es muy peligroso y carece de seguridad; mientras que 9 indica que tu vecindario es muy seguro)

Muy peligroso (0)	1	2	3	4	5	6	7	8	Muy seguro (9)
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	----------------

Tiempo al aire libre

2. ¿Cuántas horas a la semana sueles pasar al aire libre durante el día durante una semana normal (incluidos los fines de semana)?

horas por semana (escribe 999 si no lo sabes)

3. ¿Cuántas horas a la semana sueles pasar al aire libre durante el día durante las vacaciones de verano (incluidos los fines de semana)?

horas por semana (escribe 999 si no lo sabes)

Acceso a espacios verdes

1. En una semana normal de otoño, invierno y primavera (fines de semana incluidos), , en promedio ¿Cuántas horas de tu tiempo libre pasas en los siguientes espacios verdes* y azules? Por favor, incluye todas las actividades que hagas: reuniones con amigos/as, deporte, montar en bicicleta los fines de semana,etc (Escribe “00” en caso de que no hayas pasado tiempo en ninguno de estos espacios verdes/azules).

*Los espacios verdes cubiertos de nieve también se consideran espacios verdes

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

2. En una semana normal de verano (vacaciones de verano), en promedio ¿Cuántas horas de tu tiempo libre pasas en los siguientes espacios verdes* y azules? Por favor, incluye todas las actividades que hagas: reuniones con amigos/as, deporte, montar en bicicleta los fines de semana,etc (Escribe “00” en caso de que no hayas pasado tiempo en ninguno de estos espacios verdes/azules).

*Los espacios verdes cubiertos de nieve también se consideran espacios verdes

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

3. ¿Hay algún espacio verde (parque, bosque, campos de agricultura, jardín, etc.) a menos de 15 minutos andando de tu casa donde puedas acceder libremente?

No

No lo sé

Sí → 2a. ¿Pasas parte de tu tiempo libre en ese espacio verde?

Sí

No

No lo sé

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

	No espacio verde/no ventana	Menos de la mitad	Más de la mitad
a. Dormitorio			
b. Comedor			

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

	Rara vez	Algunas veces	A menudo	No tiene ventana
c. Dormitorio				
d. Comedor				

6. ¿Estás satisfecho con los parques y espacios verdes en tu área local?

Por tu zona, nos referimos a unos 20 minutos a pie de tu casa.

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

HÁBITOS DE SUEÑO

Escala Bruni

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

Tu...	Nunca	Ocasional- mente (1-2 veces/ mes)	Algunas veces (1-2 veces/ semana)	A menudo (3-5 veces/ semana)	Siempre (diaria- mente)
a. Te vas a la cama de mal humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tienes dificultad para coger el sueño por la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Te sientes ansioso o miedoso cuando te quedas dormido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tienes la sensación de estar soñando al empezar a dormirte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Sudas excesivamente cuando te estás durmiendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Te despiertas más de dos veces cada noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Después de despertarte por la noche te cuesta dormirte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Es difícil despertarte por la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

i. Al despertarte por la mañana pareces cansado	<input type="checkbox"/>				
j. Parece que no te puedas mover al despertarte por la mañana	<input type="checkbox"/>				
k. Tienes somnolencia diurna	<input type="checkbox"/>				
l. Te duermes de repente en determinadas situaciones	<input type="checkbox"/>				

Tu...	No que yo sepa	Ocasional-mente (1-2 veces/mes)	Algunas veces (1-2 veces/semana)	A menudo (3-5 veces/semana)	Siempre (diariamente)
a. Sacudes o agitas partes del cuerpo al dormirte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Realizas acciones repetitivas tales como dar cabezazos o movimientos bruscos con la cabeza al dormirte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tienes tirones o sacudidas de las piernas mientras duermes, cambia a menudo de posición o da "patadas" a la ropa de cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tienes dificultades para respirar durante la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Respiras con dificultad o no puedes respirar mientras duermes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Roncas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Sudas excesivamente durante la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Caminas dormido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.. Hablas dormido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Rechinas los dientes cuando estás dormido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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. ¿Fuman tus padres?

		Fuma delante de tí
1a. Madre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, muy a menudo <input type="checkbox"/> Sí, a veces

		<input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca
1b. Padre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, muy a menudo <input type="checkbox"/> Sí, a veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca
1a. Pareja madre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, muy a menudo <input type="checkbox"/> Sí, a veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca
1a. Pareja padre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, muy a menudo <input type="checkbox"/> Sí, a veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca
1c. Otro 1	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, muy a menudo <input type="checkbox"/> Sí, a veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca
1d. Otro 2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, muy a menudo <input type="checkbox"/> Sí, a veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca

2. ¿Acudes a lugares donde se fume?

No

Sí → 2a. ¿Dónde?

- Otras casas que no sea la tuya
- Lugares de ocio
- Otro. Especificar: _____

→ 2b. ¿Con qué frecuencia?

- Menos de una vez por semana
- Una vez por semana
- 2-3 veces por semana

3. ¿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

Sí 3a. ¿qué edad tenías cuando fumaste por primera vez un cigarrillo? _____ años

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

No

Sí

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

Nunca

Menos de un día a la semana

Algún día a la semana, pero no diariamente

Diariamente, 5a. ¿cuántos cigarrillos fumas al día, de media? _____ cigarrillos

5b. ¿qué edad tenías cuando empezaste a fumar diariamente? _____ años

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

No (pasar a la pregunta 6)

Sí, 6a. ¿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
6b. ¿En los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>								
6c. ¿En los últimos 30 días?	<input type="checkbox"/>								

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

No

Sí

7a. ¿Qué edad tenías cuando usaste por primera vez un cigarrillo electrónico? ___ años

7b. ¿Fumas actualmente cigarrillos electrónicos?

No

Sí

7c. ¿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

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

No

Sí

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

No

Sí, he fumado

Sí, en la actualidad

EXPOSICIÓN A LA LUZ ANTES DE IR A DORMIR

A continuación, las siguientes preguntas están relacionadas con la exposición a la luz antes de irse a dormir.

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

Luz suficiente para leer y ver colores, aunque sea con dificultad

No puedo leer, pero veo todos los objetos de la habitación

Al cabo de unos segundos distingo formas dentro de la habitación

Solo veo luz que se filtra por las cortinas/puerta o dispositivos electrónicos

Oscuridad absoluta

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

	Siempre	A menudo	Raramente	Nunca
a. Cierras la ventana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Cierras las persianas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Cierras los porticones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Corres las cortinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Utilizas antifaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Otros remedios contra la luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Especifica:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ELECTROMAGNETICS FIELDS – separate questionnaire

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.

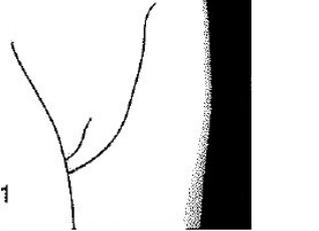
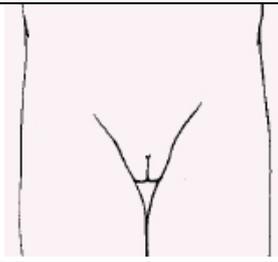
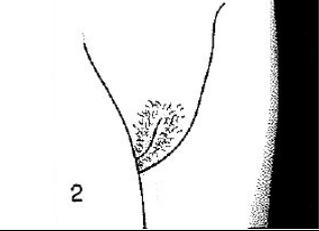
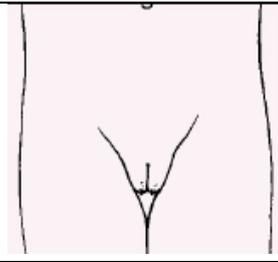
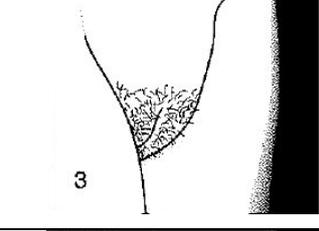
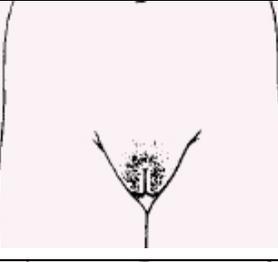
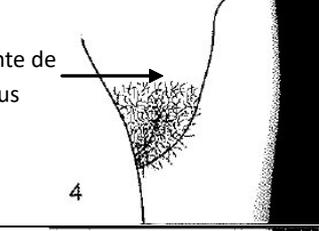
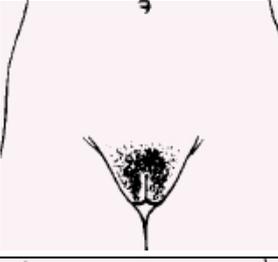
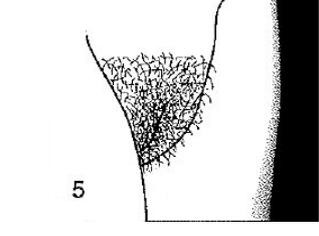
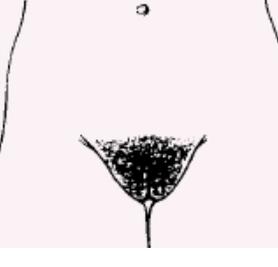
CHICOS Y CHICAS						
1. ¿Dirías que tu crecimiento en estatura ha comenzado (has empezado a dar el estirón)? (<i>estirón = crecimiento repentino, mayor crecimiento de lo habitual</i>)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, un poco	<input type="checkbox"/> Sí, sin duda	<input type="checkbox"/> 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)?	<input type="checkbox"/> No	<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?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí				
8.f ¿Tu menstruación es cada 28-30 días (regular) o son tus ciclos irregulares?	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Irregular				
8.g ¿Tienes dolor durante tus periodos menstruales?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí				

Estadíos de Tanner

Niñas (A rellenar por la niña)

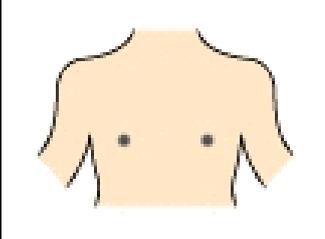
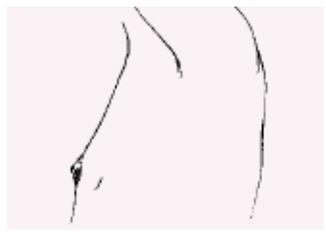
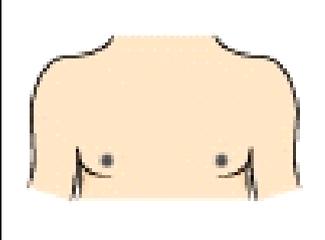
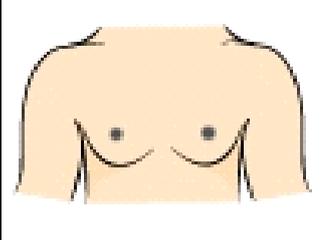
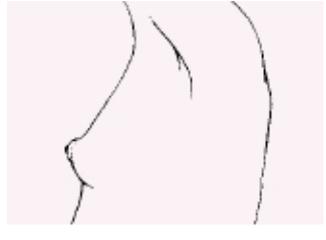
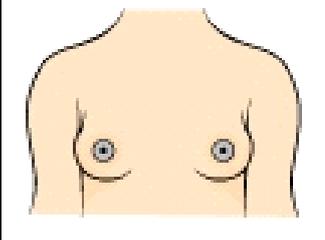
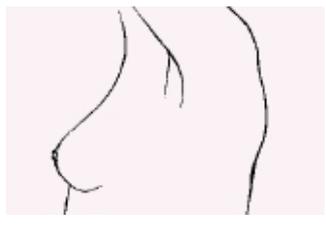
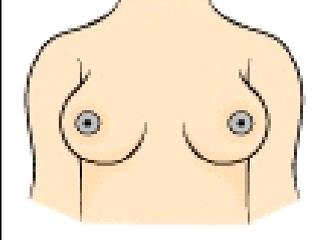
DESARROLLO DEL **VELLO PUBIANO** FECHA: / /

 <p>1</p>		<p>P1 Prepuberal Ligera vellosidad infantil. Similar a la del abdomen</p> <input type="checkbox"/>
 <p>2</p>		<p>P2 Vello escaso, lacio y ligeramente pigmentado. Generalmente a lo largo de los labios.</p> <input type="checkbox"/>
 <p>3</p>		<p>P3 Vello rizado y oscuro, aunque escasamente desarrollado. Sobre los labios, se extiende escasamente sobre el monte de Venus.</p> <input type="checkbox"/>
 <p>Monte de Venus →</p> <p>4</p>		<p>P4 Vello púbico de tipo adulto. El vello cubre el Monte de Venus pero no la cara interna de los muslos</p> <input type="checkbox"/>
 <p>5</p>		<p>P5 Vello tipo adulto en tipo y cantidad. Distribución clásica femenina en forma de triángulo (también cara interna de los muslos). El 10% puede extenderse fuera del triángulo pubiano (estadio 6)</p> <input type="checkbox"/>

Estadíos de Tanner

Niñas (A rellenar por la niña)

DESARROLLO DE LA MAMA

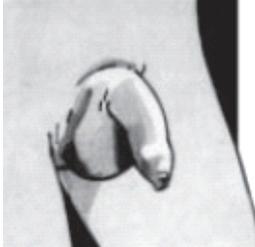
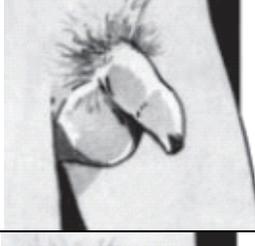
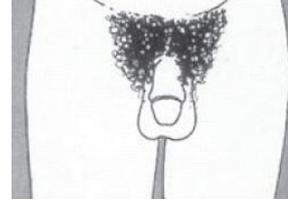
		<p>M1 Prepuberal Mama infantil. Sólo el pezón está ligeramente sobreelevado</p> <input type="checkbox"/>
		<p>M2 Brote mamario. Las areolas y los pezones sobresalen como un cono. Indica la existencia de tejido glandular subyacente. Aumento del tamaño de la areola.</p> <input type="checkbox"/>
		<p>M3 Crecimiento con elevación de la mama y la areola en el mismo plano. El tejido de la mama crea un pequeño cono.</p> <input type="checkbox"/>
		<p>M4 Mayor crecimiento. La areola y el pezón se distinguen como una segunda elevación, por encima del contorno de la mama.</p> <input type="checkbox"/>
		<p>M5 Desarrollo mamario total. La areola se encuentra a nivel de la piel de la mama, sólo sobresale el pezón. (Nota: en algunos casos, la mujer adulta puede mantenerse en el estadio 4)</p> <input type="checkbox"/>

FICHA 2a

Estadíos de Tanner

Niños (A rellenar por el niño)

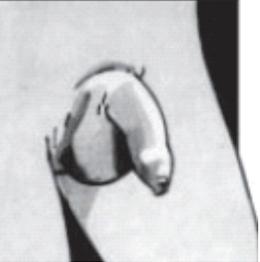
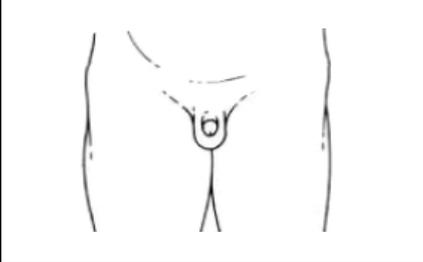
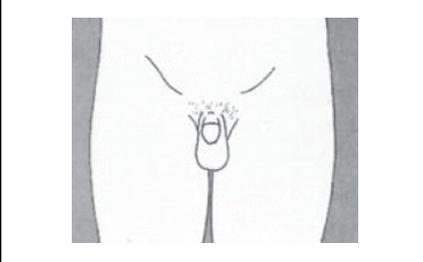
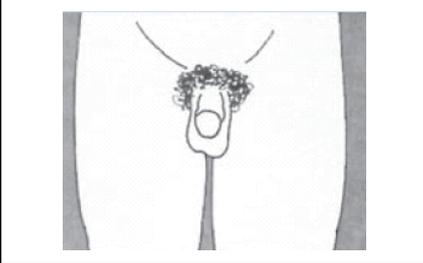
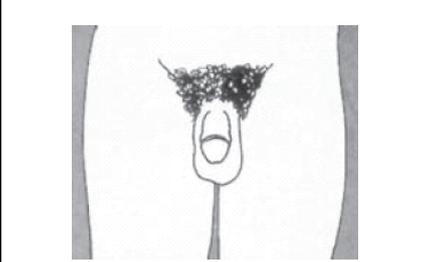
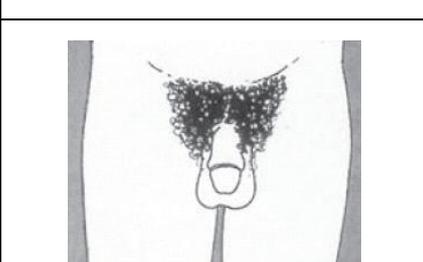
DESARROLLO DEL **VELLO** PUBIANO FECHA: __/__/__

		<p>P1</p> <p>Prepuberal</p> <p>Ligera vellosidad infantil. Similar a la del abdomen</p> <input type="checkbox"/>
		<p>P2</p> <p>Vello escaso, lacio y ligeramente pigmentado. Generalmente arraigado al pene.</p> <input type="checkbox"/>
		<p>P3</p> <p>Vello rizado y oscuro (claramente pigmentado), aunque escasamente desarrollado. Arraigado al pene.</p> <input type="checkbox"/>
		<p>P4</p> <p>Vello púbico de tipo adulto, pero no con respecto a la distribución. El vello crece hacia los pliegues inguinales, pero no en la cara interna de los muslos.</p> <input type="checkbox"/>
		<p>P5</p> <p>Vello tipo adulto en tipo y cantidad. Distribución horizontal en forma de triángulo (también cara interna de los muslos). El 80% puede extenderse fuera del triángulo pubiano extendiéndose hacia la línea alba (estadio 6).</p> <input type="checkbox"/>

Estadíos de Tanner

Niños (A rellenar por el niño)

DESARROLLO DE LOS GENITALES

		<p>G1</p> <p>Prepuberal</p> <p>Pene, escroto y testículos infantiles, más o menos del mismo tamaño y forma que en la infancia.</p> <input type="checkbox"/>
		<p>G2</p> <p>Agrandamiento del escroto y testículos. La piel del escroto se vuelve más roja, delgada y arrugada. El pene no tiene agrandamiento o es insignificante.</p> <input type="checkbox"/>
		<p>G3</p> <p>Agrandamiento del pene, principalmente en longitud. Continúa el desarrollo testicular y escrotal.</p> <input type="checkbox"/>
		<p>G4</p> <p>Aumento del tamaño del pene, con crecimiento del diámetro y desarrollo del glande. Continúa el crecimiento testicular y escrotal. La piel del escroto se oscurece.</p> <input type="checkbox"/>
		<p>G5</p> <p>Genitales de tipo y tamaño adulto.</p> <input type="checkbox"/>