

# **CUESTIONARIO DE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA EN LA POBLACIÓN JOVEN DE CASTILLA Y LEÓN**

## **Argumentario e instrucciones.**

Desde la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, en colaboración con la Consejería de Educación, estamos realizando una encuesta en toda la Comunidad Autónoma, con objeto de conocer diversos aspectos relacionados con los hábitos y estilos de vida de los jóvenes.

Tu Centro Escolar ha resultado elegido de forma aleatoria entre el conjunto de Centros Escolares de la Comunidad de Castilla y León y, dentro de él y de igual manera, tu aula. Este procedimiento estadístico hace que tú opinión represente a la de los jóvenes de tu misma edad de nuestra Comunidad. Por este motivo, tu participación, llenando este cuestionario, es esencial en el desarrollo del estudio.

Se trata de un cuestionario anónimo, no incluye tu nombre ni ninguna otra información que pueda identificarte a ti de manera individual.

Este cuestionario no es un examen ni un test. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Si no encuentras en alguna de las preguntas la respuesta exacta, marca la que se acerque más a lo que tú piensas o haces.

Para que los resultados del estudio sean lo más satisfactorios posibles, es importante que tus contestaciones sean sinceras y francas. Recuerda que se trata de un cuestionario totalmente anónimo.

Cada pregunta ofrece distintas respuestas. Debes elegir sólo una, salvo que el enunciado de la pregunta diga expresamente que puedes seleccionar varias.

Cada posible respuesta tiene a su lado una zona para su selección. El correspondiente a la opción elegida debes marcarlo. Si te equivocas, al volver a seleccionarlo la modificarás, pudiendo volver a marca la nueva opción que deseas responder.

En el cuestionario hay algunas preguntas que tienen varias filas y columnas. Debes contestar la opción que tú creas conveniente de cada fila, señalando la respuesta que consideres más apropiada.

Recuerda que no hay opciones mejores ni peores, todas son igual de valiosas. Lo importante es que respondas con sinceridad.

Por favor, no comentes las preguntas con tus compañeros de clase mientras rellenas el cuestionario.

Esperamos que encuentres este cuestionario interesante. Tus respuestas son especialmente importantes para ayudar a mejorar la planificación y puesta en marcha de actividades especialmente dirigidas a los jóvenes de nuestra región.

Muchas gracias por tu colaboración.

## **CUESTIONARIO**

### **DATOS GENERALES**

Para empezar, te vamos a hacer algunas preguntas de carácter general...

#### **P1. ¿Cuál es tu sexo?**

- Chico  
 Chica

#### **P2. ¿En qué día, mes y año naciste?**

\_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año

#### **P3. ¿Cuál es/era el país de nacimiento...**

OPCIONES	...tuyo?	...de tu padre?	...de tu madre?
<b>ESPAÑA</b>			
<b>OTRO ¿CUÁL?</b>			

#### **P4. ¿Cuál es la situación laboral de tu...**

OPCIONES	...padre?	...madre?
<b>Trabaja</b>		
<b>En paro</b>		
<b>Tareas del hogar</b>		
<b>Pensionista/jubilado</b>		
<b>Otras actividades</b>		
<b>Ha fallecido ya</b>		

#### **P5. ¿Cuál es el mayor nivel de estudios que ha completado tu...**

OPCIONES	...padre?	...madre?
<b>Sin estudios o estudios primarios sin terminar</b>		
<b>Certificado escolar o graduado escolar</b>		
<b>FP o bachillerato</b>		
<b>Estudios universitarios</b>		

**P6. ¿Con qué personas compartes la casa donde vives? (marca todas las opciones que necesites)**

- Padre
- Madre
- Hermanos/hermanas
- Otros familiares
- Pareja (marido/mujer, novio/a, compañero/a)
- Amigos/as
- Otras personas
- Nadie, vivo solo/a

**P7. El número total de personas con las que vives en tu casa es: \_\_\_\_\_  
(pon "0" si vives solo/a).**

**P8. ¿Cuántos hermanos tienes? (excluyéndote a ti): \_\_\_\_\_  
(pon "0" si no tienes hermanos/as).**

**P9. Comparado con tus compañeros de clase ¿en qué grupo crees que estás?**

- Entre los que sacan mejores notas
- En el grupo medio-alto
- En el grupo medio
- En el grupo medio-bajo
- Entre los que sacan peores notas

**P10. ¿En general, cómo consideras que es tu salud?**

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

**P11. ¿Te ha dicho tu médico que padeces alguna de las siguientes enfermedades? (puedes señalar más de una respuesta)**

- Hipertensión arterial
- Diabetes (azúcar elevado)
- Colesterol elevado
- Alergia
- Jaquecas, migrañas o dolores de cabeza
- Otras enfermedades
- No me ha dicho que tenga ninguna enfermedad

### ACTIVIDAD FÍSICA

Las siguientes preguntas son acerca del ejercicio físico o deporte que sueles realizar.

**P12. Durante tu tiempo libre, y fuera del horario escolar, ¿realizas con frecuencia alguna actividad física al menos 30 minutos al día, como caminar, hacer deporte, gimnasia,..., que te haga respirar más deprisa o sudar?**

- Sí
- No, normalmente no hago ejercicio PASA A PREGUNTA 16
- No puedo (incapacidad o enfermedad) PASA A PREGUNTA 16

**P13. ¿Qué actividad/es física/s realizas? \_\_\_\_\_**

- Atletismo
- Baloncesto
- Balonmano
- Béisbol
- Ciclismo
- Danza y/o baile
- Futbol/ futbol sala
- Gimnasia
- Judo/karate otras marciales
- Natación
- Rugby
- Tenis/padel/Badminton/tenis de mesa (ping pong)
- Voleibol/Voley playa
- Otras actividades

**P14. ¿Cuántos días a la semana?**

- Todos los días
- 5 ó 6 días
- 3 ó 4 días
- 1 ó 2 días

**P15. ¿Cuántas horas al día?**

- Menos de una hora
- 1 ó 2 horas
- Más de 2 horas

**P16. ¿ Cuánto tiempo pasas sentado viendo la TV, jugando con la consola o en el ordenador...**

OPCIONES	...un día de diario?	...un fin de semana/día festivo?
<b>Menos de una hora</b>		
<b>1 ó 2 horas</b>		
<b>Más de 2 horas</b>		

**P17. ¿Cuántos minutos caminas o montas en bicicleta diariamente para ir y/o para volver del centro escolar?**

- Utilizo medio de transporte (coche, autobús)
- Menos de 15 minutos al día
- 15-30 minutos al día
- 30-60 minutos al día
- Más de una hora al día

**ALIMENTACIÓN**

A continuación te preguntamos sobre aspectos relacionados con la alimentación.

**P18. Aproximadamente, ¿cuánto pesas sin zapatos ni ropa? \_\_\_\_\_ kilos**

**P19. Aproximadamente, ¿cuánto mides sin zapatos? \_\_\_\_\_ centímetros**

**P20. ¿Cómo dirías que es tu peso, en función de tu altura?**

- Menor de lo normal
- Normal
- Algo mayor de lo normal
- Bastante mayor de lo normal

**P21. Los días de diario sueles...**

OPCIONES	Sí, en casa (incluye casa de familiar)	Sí, fuera de casa (comedor, ...)	No lo hago
...desayunar?			
...almorzar?			
...comer?			
...merendar?			
...cenar?			

**P22. Los fines de semana o días festivos sueles...**

OPCIONES	Sí, en casa (incluye casa de familiar)	Sí, fuera de casa (comedor, ...)	No lo hago
...desayunar?			
...almorzar?			
...comer?			
...merendar?			
...cenar?			

**P23. ¿Cuántas comidas sueles hacer al día? los días**

- Entresemana \_\_\_\_\_  
 Festivos y fines de semana \_\_\_\_\_

**P24. ¿Cuándo comes/cenas en casa lo haces viendo la TV?**

- Sí  
 No

**P25. ¿Qué tipo de leche o productos lácteos (yogur, queso,...) tomas habitualmente?**

- No tomo leche ni lácteos  
 Enteros  
 Semidesnatados  
 Desnatados  
 Alterno entero/semidesnatado/desnatado

**P26. ¿Con qué frecuencia comes patatas fritas de bolsa, gusanitos, cortezas o similares?**

- Nunca o rara vez  
 Algunos días a la semana  
 La mayoría de los días

**P27. ¿Con qué frecuencia has consumido durante los últimos 7 días los siguientes alimentos y bebidas?**

OPCIONES	Nunca	1-2 veces	3-4 veces	5 veces o más
<b>Fruta fresca</b>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
<b>Verduras/hortalizas</b>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
<b>Dulces (bollería/golosinas)</b>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
<b>Refrescos con azúcar</b>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
<b>Comida rápida (hamburguesas,...)</b>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
<b>Huevos</b>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
<b>Carne (pollo, ternera, cerdo,...)</b>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
<b>Pescado</b>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
<b>Pasta, arroz, patatas</b>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
<b>Pan, cereales</b>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
<b>Legumbres</b>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
<b>Embutidos/fiambres</b>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

**P28- ¿Cuántas piezas de fruta sueles tomar diariamente?**

- No tomo fruta, habitualmente
- 1-2 piezas
- 3-4 piezas
- 5 o más piezas

**P29. ¿Durante los últimos 12 meses has seguido alguna dieta especial o has realizado modificaciones en tu dieta habitual?**

- No
- Sí, por enfermedad
- Sí, para adelgazar
- Sí, para engordar
- Sí, por otros motivos

**CONSUMO TABACO**

*Cambiando de tema, nos gustaría conocer algunas cuestiones relacionadas con el consumo de tabaco.*

**P30. ¿Has fumado más de 100 cigarrillos (5 paquetes) en tu vida?**

- Sí
- No

**P31. ¿Cuál de las siguientes formas describe mejor tu consumo de tabaco?**

- No he fumado nunca PASA A PREGUNTA 34
- He dejado de fumar
- Fumo sólo los fines de semana
- Fumo alguna vez a la semana pero no diariamente
- Fumo diariamente

**P32. ¿Qué edad tenías cuando empezaste a fumar? \_\_\_\_\_ años**

**P33. Aproximadamente, ¿cuántos cigarrillos sueles fumar el día que consumes tabaco?**

- 1 cigarrillo o caladas sueltas
- 2 a 5 cigarrillos
- 6 a 10 cigarrillos
- 11 a 20 cigarrillos
- Más de un paquete

**P34. ¿Te dejan fumar tus padres?**

- Sí
- No
- Algunas veces

**P35. Respeto al consumo de tabaco de tu...**

OPCIONES	...padre	...madre
<b>No fuma</b>		
<b>Fuma, pero no todos los días</b>		
<b>Fuma todos o casi todos los días</b>		
<b>Fumaba, pero lo ha dejado</b>		

**P36. ¿Fuma alguien en tu casa habitualmente?**

- Sí
- No

**P37. ¿Cuánto tiempo estás en espacios cerrados con humo, dentro o fuera de casa los...**

OPCIONES	...días de diario?	...fines de semana/festivos?
<b>Nada o esporádicamente</b>		
<b>Aproximadamente una hora al día</b>		
<b>2 ó 3 horas al día</b>		
<b>Más de 3 horas al día</b>		

**CONSUMO ALCOHOL**

Las próximas preguntas tratan sobre el consumo de alcohol.

**P38 ¿Durante los últimos 30 días has consumido algún tipo de bebida con alcohol (cerveza, vino o calimocho, cubata, licores, ...)?**

- Sí
- No

**P39 En general, ¿cuándo sueles consumir bebidas con alcohol?**

- No consumo bebidas alcohólicas PASA A LA PREGUNTA 45
- Rara vez consumo bebidas con alcohol
- Solo consumo bebidas con alcohol los fines de semana
- Alguna vez a la semana consumo bebidas con alcohol, pero no a diario
- Diariamente consumo bebidas con alcohol

**P40 ¿Que años tenías cuando comenzaste a consumir bebidas con alcohol por lo menos una vez a la semana? \_\_\_\_\_**

**P41 ¿Qué tipo de bebida alcohólica sueles consumir los .....**

OPCIONES	...días de diario?	...fines de semana/festivos?
<b>No consumo</b>		
<b>Cerveza</b>		
<b>Vino, calimochos</b>		
<b>Sidra</b>		
<b>Vermut</b>		
<b>Combinados o cubatas</b>		
<b>Licores sin combinar</b>		
<b>Otras bebidas con alcohol</b>		

**A continuación te vamos a proponer la realización de un ejercicio muy sencillo para calcular la cantidad de alcohol que has consumido en una misma ocasión, por ejemplo a lo largo de una misma noche:**

- Cada caña de cerveza, vaso de vino, sidra o vermut equivale a **1 UNIDAD DE ALCOHOL.**
- Cada cubata o licor sin combinar equivale a **2 UNIDADES DE ALCOHOL.**

Por ejemplo: si un día cualquiera, en una misma noche, alguien ha consumido dos cervezas, un vino y un cubata, en total esa persona ha consumido 5 unidades de alcohol ( $2+1+2$ ). Si no entiendes este ejemplo, pregunta a la persona que está en el aula.

**P42. Siguiendo el procedimiento que se te acaba de explicar, ¿en los últimos 30 días has consumido alguna vez en un día 6 o más unidades de alcohol?**

- No  
 Sí, una vez  
 Sí, más de una vez

**P43. ¿Durante los últimos 30 días te has emborrachado alguna vez (por ejemplo, no ser capaz de hablar adecuadamente, perder el conocimiento, vomitar, no recordar lo sucedido,...)?**

- Sí  
 No

**P44. ¿Durante los últimos 30 días has necesitado asistencia sanitaria por haber bebido en exceso?**

- Sí  
 No

**CONSUMO DE OTRAS DROGAS**

Esta sección trata de algunas cuestiones sobre el consumo de otro tipo de drogas, tema muy debatido pero del que tenemos muy poca información real. Te pedimos que contestes con la máxima sinceridad. Recuerda que el cuestionario es confidencial.



**P45. ¿Durante los últimos 30 días has probado algún tipo de drogas, exceptuando tabaco y alcohol?**

- Sí
- No PASA A PREGUNTA 47

**P46. ¿Cuál?**

- Hachís, marihuana (cannabis, hierba, chocolate, porro, costo)
- Cocaína (coca, perico)
- Heroína (caballo, polvo, jaco)
- Speed o anfetaminas
- Éxtasis u otras drogas de diseño
- Alucinógenos (LSD, ácido, tripi, PCP)
- Sustancias volátiles (colas, pegamento)
- Tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta
- Otras ¿cuál? \_\_\_\_\_

**RELACIONES SEXUALES**

*Ahora algunas cuestiones relacionadas con el comportamiento sexual. Te rogamos nuevamente la máxima sinceridad en las respuestas.*

**P47. ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales completas?**

- Sí
- No PASA A PREGUNTA 54

**P48. ¿Qué edad tenías cuando tuviste por primera vez relaciones sexuales completas?**

\_\_\_\_\_ años

**P49. En los últimos 30 días, ¿con cuántas personas has tenido relaciones sexuales completas?**

- Con ninguna
- Con 1
- Con 2
- Con 3 o más

**P50. La última vez que tuviste relaciones sexuales completas, ¿usaste tú o tu pareja preservativo o condón?**

- Sí
- No

**P51. ¿Utilizas algún método anticonceptivo en tus relaciones sexuales completas?**

- Ninguno
- Preservativo o condón



- Píldoras anticonceptivas
- Coitus interruptus o marcha atrás
- Ogino o calendario ciclo menstrual
- Otros (diafragma, crema espermicida)

**P52. ¿Durante los últimos 12 meses tú o tu pareja has usado la “píldora del día después”?**

- Sí
- No PASA A PREGUNTA 54

**P53. ¿Cuántas veces has empleado la píldora del día después?**

\_\_\_\_\_ veces

ACCIDENTABILIDAD Y SEGURIDAD VIAL

A través de las siguientes preguntas conoceremos datos sobre accidentes y seguridad vial.

**P54. ¿Durante los últimos 12 meses has tenido algún accidente (no de tráfico), intoxicación o quemadura cuyas heridas necesitaron tratamiento médico? (Si has tenido varios, responde refiriéndote al último)**

- Sí
- No PASA A PREGUNTA 56

**P55. ¿Dónde ocurrió este accidente?**

- En casa
- En el centro escolar
- En un centro deportivo
- Montando en bicicleta, patines, skate,...
- En la calle (zona recreativa, parque)
- En otro lugar

**P56. ¿Durante los últimos 12 meses has tenido algún accidente de tráfico cuyas heridas necesitaron tratamiento médico? (Si has tenido varios, responde refiriéndote al último)**

- Sí
- No PASA A PREGUNTA 58

**P57. ¿Dónde ocurrió este accidente?**

- Iba en un coche
- Iba en una moto
- Iba en un autobús
- Iba montando en bicicleta, patines, skate,...
- Iba andando, corriendo

**P58. ¿Con qué frecuencia utilizas el cinturón de seguridad cuando vas en el coche como pasajero...**

OPCIONES	...en el asiento delantero?	...en el asiento trasero?
<b>Nunca</b>		
<b>Algunas veces</b>		
<b>Casi siempre</b>		
<b>Siempre</b>		

**P59. ¿Con qué frecuencia te pones el casco cuando vas como conductor o pasajero en una...**

OPCIONES	...moto?	...bicicleta?
<b>No voy en...</b>		
<b>Siempre</b>		
<b>La mayoría de las veces</b>		
<b>Algunas veces</b>		
<b>Nunca</b>		

**P60. ¿Durante los últimos 30 días has montado en un vehículo (coche, moto) donde tú sabías que el conductor había bebido alcohol?**

- Sí  
 No

#### DESCANSO

*Las dos preguntas siguientes se refieren al tema del sueño.*

**P61. ¿Podrías indicarme aproximadamente cuántas horas duermes al día (incluidas siestas)?**

\_\_\_\_\_ horas

**P62. ¿Habitualmente te levantas por la mañana con la sensación de haber descansado?**

- Sí  
 No

#### HIGIENE DENTAL

*Estas otras dos se relacionan con la salud bucodental.*

**P63. ¿Cuántas veces has ido al dentista en los últimos 12 meses?**

\_\_\_\_\_ veces

**P64. ¿Con qué frecuencia te lavas los dientes?**

- Más de una vez al día
- Una vez al día
- Menos de una vez al día
- Nunca

**P65. ¿Te lavas los dientes antes de acostarte por las noches?**

- Sí
- A veces
- No

**RELACIONES SOCIALES**

*Finalmente, nos gustaría conocer algunos datos relacionados con el trato entre personas.*

**P66. ¿Estás habitualmente contento?**

- Sí
- No

**P67. ¿Sueles distraerte y salir con otras personas?**

- Sí
- No

**P68. ¿Tienes posibilidad de hablar con alguien de lo que te preocupa (amigos, familiares)?**

- Sí
- No

**P69. ¿Tienes personas que se preocupan de lo que te sucede?**

- Sí
- No

**P70. ¿Recibes cariño, afecto, consejos cuando los necesitas (amigos, familiares)?**

- Sí
- No

*Por último, nos gustaría conocer qué te ha parecido el cuestionario y su contenido. Señala qué preguntas te han parecido más útiles y las que, según tu opinión, tienen poco valor.*

---

---

---

---

---

---

---

**Muchas gracias por tu colaboración**

