

HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA EN LA POBLACIÓN JOVEN DE CASTILLA Y LEÓN

CUESTIONARIO DE HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA EN LA POBLACIÓN JOVEN DE CASTILLA Y LEÓN V.6

**Dirección General de Salud
Pública
Servicio de Información de Salud
Pública**

**Dirección General de Innovación y
Formación del Profesorado
Servicio de Supervisión de Calidad,
Evaluación y Programas Educativos**

Marzo de 2025

Cuestionario de hábitos y estilos de vida en la población joven de Castilla y León. Curso 2024-2025

ARGUMENTARIO E INSTRUCCIONES: La Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, en colaboración con la Consejería de Educación y la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, está 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 sido 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 tu opinión represente a la de los jóvenes de tu misma edad de nuestra Comunidad. Por este motivo, tu participación rellenando 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 en alguna de las preguntas no encuentras la respuesta exacta, marca la que más se acerque a lo que tú haces o piensas. 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. En algunas preguntas hay un espacio para que escribas tu respuesta, ya como texto o en forma de número. Otras preguntas ofrecen distintas respuestas, en forma de lista o de desplegable. Debes elegir sólo una, salvo que el enunciado de la pregunta diga expresamente que puedes seleccionar varias. Debes contestar la opción que tú creas más apropiada a lo que quieres responder. Recuerda que no hay opciones mejores ni peores, todas son igual de valiosas. Lo importante es que contestes con sinceridad. Por favor, no comentes las preguntas con tus compañeros de clase mientras rellenas el cuestionario. Cuando envíes el cuestionario verás "CUESTIONARIO ENVIADO CORRECTAMENTE". No olvides cerrar sesión y apagar el ordenador para mantener la privacidad.

DATOS GENERALES

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

Las preguntas marcadas con asterisco (*) son obligatorias

1 ¿Cuál es tu sexo biológico? *

- 1. Chico
- 2. Chica

2 ¿En qué mes naciste? *

3 ¿En qué año naciste? *

4 ¿Cuál es TU país de nacimiento? *

- 1. España
- 2. Otros

5 Indica cuál es TU país de nacimiento *

6 ¿Cuál es/era el país de nacimiento de tu PADRE? *

1. España
2. Otro
3. No sabe

7 Indica cuál es/era el país de nacimiento de tu PADRE *

8 ¿Cuál es/era el país de nacimiento de tu MADRE? *

1. España
2. Otro
3. No sabe

9 Indica cuál es/era el país de nacimiento de tu MADRE *

10 ¿Cuál es la situación laboral de tu... *

- PADRE

- MADRE

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

- PADRE

- MADRE

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

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

1. Padre
2. Madre
3. Hermanos/hermanas
4. Otros familiares
5. Tu pareja (marido/mujer, novio/a, compañero/a)
6. Amigos/as
7. Otras personas

14 ¿Cuántos hermanos tienes? (excluyéndote a ti). (Pon 0 si no tienes hermanos/as) *

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

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

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

1. Hipertensión arterial
2. Diabetes (azúcar elevado)
3. Colesterol elevado
4. Alergia
5. Jaquecas, migrañas o dolores de cabeza
6. Otras enfermedades
7. No me ha dicho que tenga ninguna enfermedad

19 En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia has presentado alguno de los siguientes síntomas? *

- Dolor de cabeza

- Dolor de estómago

- Dolor de espalda

- Bajo de ánimo

- Irritabilidad o mal genio

- Nerviosismo

- Dificultades para dormir

- Sensación de mareo

20 Si 10 es la MEJOR situación posible y 0 la PEOR posible, en general ¿en qué nivel crees que está en este momento tu vida? *

ACTIVIDAD FÍSICA

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

Las preguntas marcadas con asterisco (*) son obligatorias

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

2 ¿Qué actividad/es física/s realizas? (puedes señalar más de una respuesta) *

1. Atletismo
2. Baloncesto
3. Balonmano
4. Béisbol
5. Ciclismo
6. Danza y /o baile
7. Fútbol/fútbol sala
8. Gimnasia
9. Judo/karate otras artes marciales
10. Natación
11. Rugby
12. Tenis/Pádel/Bádminton/Tenis de mesa
13. Voleibol/Vóley playa
14. Otras actividades

3 ¿Cuántos días a la semana? *

4 ¿Cuántas horas al día? *

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

- ...un día de diario?

- ...un fin de semana/día festivo?

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

7 Aproximadamente, ¿Cuántos KILOS pesas sin zapatos ni ropa? *



8 Aproximadamente, ¿Cuántos CENTÍMETROS mides sin zapatos? *



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

ALIMENTACIÓN

A continuación, te preguntamos sobre aspectos relacionados con la alimentación.

Las preguntas marcadas con asterisco (*) son obligatorias

1 Los días de diario sueles... *

- desayunar?

- almorzar?

- comer?

- merendar?

- cenar?

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

- desayunar?

- almorzar?

- comer?

- merendar?

- cenar?

3 ¿Cuántas comidas sueles hacer al día los días entre semana? *

4 ¿Cuántas comidas sueles hacer al día los festivos y fines semana? *

5 Cuando comes/cenas en casa ¿lo haces viendo la TV? *

En la siguiente pregunta ten en cuenta que las "leches vegetales" como la de soja, almendras, avena, etc... no son lácteos.

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

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

8 ¿Con qué frecuencia has consumido durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS los siguientes alimentos y bebidas? *

- Fruta fresca

- Verduras/hortalizas

- Dulces (bollería/ golosinas)

- Refrescos con azúcar

- Comida rápida (hamburguesas,..)

- Huevos

- Carne (pollo, ternera, cerdo,..)

- Pescado

- Pasta, arroz, patatas

- Pan, cereales

- Legumbres

- Embutidos/ fiambres

- Leche y/o lácteos

- Bebidas vegetales (de soja, almendras, avena,,,))

9 ¿Cuántas piezas de fruta sueles tomar diariamente? *

10 Durante los ÚLTIMOS 12 MESES ¿has seguido alguna dieta especial o has realizado modificaciones en tu dieta habitual? *

CONSUMO DE TABACO

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

Las preguntas marcadas con asterisco (*) son obligatorias

1 ¿Te dejan fumar tus padres? *

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

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

1. Sí
2. No

4 ¿Qué edad tenías cuando empezaste a fumar? (en años) *

5 Aproximadamente, ¿cuántos cigarrillos sueles fumar el día que consumes tabaco? (SÓLO LOS QUE FUMAN ACTUALMENTE) *

6 ¿Has consumido productos de tabaco no convencionales (cigarrillo electrónico, pipa de agua o cachimba, shisha; vapeadores con saborizantes sin nicotina; vapeadores con nicotina; cigarrillos electrónicos con tabaco)? *

7 Respecto al consumo de tabaco de tu... *

- ..padre

- ..madre

8 ¿Fuma alguien en tu casa habitualmente? *

1. Sí
2. No

9 ¿Cuánto tiempo estás en espacios cerrados con humo, DENTRO de casa... *

- ...los días de diario?

- ...los fines de semana/festivos?

10 ¿Cuánto tiempo estás en espacios cerrados con humo, FUERA de casa... *

- ...los días de diario?

- ...los fines de semana/festivos?

CONSUMO DE ALCOHOL

Las próximas preguntas tratan sobre el consumo de alcohol.

Las preguntas marcadas con asterisco (*) son obligatorias

1

Durante LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS has consumido algún tipo de bebida con alcohol? (cerveza, vino o calimocho, cubata, licores,..) *

1. Sí
2. No

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

3 ¿Qué años tenías cuando comenzaste a consumir bebidas con alcohol por lo menos una vez a la semana? *

4 ¿Qué tipo de bebida alcohólica sueles consumir los DÍAS DE DIARIO? (puedes señalar más de una respuesta) *

1. No consumo
2. Cerveza
3. Vino, calimocho
4. Sidra
5. Vermut
6. Combinados o cubatas
7. Licores sin combinar
8. Otras bebidas con alcohol

5 ¿Qué tipo de bebida alcohólica sueles consumir los FINES DE SEMANA/FESTIVOS? (puedes señalar más de una respuesta) *

1. No consumo
2. Cerveza
3. Vino, calimocho
4. Sidra
5. Vermut
6. Combinados o cubatas
7. Licores sin combinar
8. Otras bebidas con alcohol

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, esa persona en total ha consumido 5 unidades de alcohol (2+1+2). Si no entiendes este ejemplo pregunta a la persona que está en el aula.

6 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? *

7 ¿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,...)? *

8 ¿Durante LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS has necesitado asistencia sanitaria por haber bebido en exceso? *

1. Sí
2. No

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.

Las preguntas marcadas con asterisco (*) son obligatorias

1 Durante LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ¿has probado algún tipo de drogas, exceptuando tabaco y alcohol? *

1. Sí
2. No

2 ¿Cuál?(puedes señalar más de una respuesta) *

1. Hachís, marihuana (cannabis, hierba, porro, costo)
2. Cocaína (coca, perico)
3. Heroína (caballo, polvo, jaco)
4. Speed o anfetaminas
5. Éxtasis u otras drogas de diseño
6. Alucinógenos (LSD, ácido, tripi, PCP)
7. Sustancias volátiles (colas, pegamento)

- 8. Tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta
- 9. Otras

RELACIONES SEXUALES

Ahora algunas cuestiones relacionadas con el comportamiento sexual. Te rogamos nuevamente la máxima sinceridad en las respuestas. Recuerda que el cuestionario es completamente confidencial y anónimo.

Las preguntas marcadas con asterisco (*) son obligatorias

1 ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales completas? *

- 1. Sí
- 2. No

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

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

- 1. Con ninguna
- 2. Con 1
- 3. Con 2
- 4. Con 3 ó más

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

- 1. Sí
- 2. No

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

- 1. Ninguno
- 2. Sí, lo utilizo

6 ¿Qué método anticonceptivo utilizas en tus relaciones sexuales completas? (puedes marcar más de una respuesta) *

1. Preservativo o condón
2. Píldoras anticonceptivas
3. Coitus interruptus o marcha atrás
4. Ogino o calendario del ciclo menstrual
5. Otros (diafragma, crema espermicida,...)

7 ¿Tú o tu pareja habéis utilizado alguna vez la "píldora del día después"? *

1. No, nunca
2. Sí, una vez
3. Sí, dos veces
4. Sí, tres o más veces

ACCIDENTABILIDAD Y SEGURIDAD VIAL

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

Las preguntas marcadas con asterisco (*) son obligatorias

1 Durante LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿has tenido alguna lesión, accidente (NO DE TRÁFICO), intoxicación o quemadura que necesitó tratamiento médico? (Si has tenido varios, responde refiriéndote al último) *

1. Sí
2. No

2 ¿Dónde ocurrió esta lesión? *

3 Durante LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿has tenido algún ACCIDENTE DE TRÁFICO que haya necesitado tratamiento médico? (si has tenido varios, responde refiriéndote al último) *

1. Sí
2. No

4 ¿Dónde ocurrió este accidente? *

1. Iba en un coche
2. Iba en una moto
3. Iba en un autobús

4. Iba montando en bicicleta, patines, skate,...
5. Iba andando, corriendo
6. Iba en patinete eléctrico
7. Otros

5 ¿Con qué frecuencia utilizas el CINTURÓN DE SEGURIDAD cuando vas en el coche como pasajero.. *

- ...en el asiento delantero?

- ...en el asiento trasero?

6 ¿Con qué frecuencia te pones el CASCO cuando vas como conductor o pasajero en... *

- moto?

- bicicleta?

- patinete eléctrico?

7 Durante LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ¿has montado en un vehículo (coche, moto) donde tú sabías que el conductor había bebido alcohol? *

1. Sí
2. No

DESCANSO

Las dos preguntas siguientes se refieren al tema del sueño.

Las preguntas marcadas con asterisco (*) son obligatorias

1 ¿Podrías indicarme aproximadamente CUÁNTAS HORAS DUERMES AL DÍA (incluidas siestas) ? *

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

1. Sí
2. No

HIGIENE DENTAL

Estas tres preguntas se relacionan con la salud bucodental

Las preguntas marcadas con asterisco (*) son obligatorias

1 ¿Cuántas veces has ido al dentista EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (excluidas las visitas de seguimiento o revisión de aparato dental)? *

2 ¿Con qué frecuencia te lavas los dientes? *

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

RELACIÓN CON LA FAMILIA

En este apartado nos gustaría que nos indicases algunos datos sobre tu relación con los miembros de tu familia.

Las preguntas marcadas con asterisco (*) son obligatorias

1 Te resulta fácil hablar de las cosas que te preocupan con las siguientes personas?(valóralo de 1 a 5 considerando que 1 ES MENOS FÁCIL y 5 ES MÁS FÁCIL) *

- Padre

- Esposo o pareja de tu madre (en caso de que tu padre y madre estén separados)

- Madre

- Esposa o pareja de tu padre (en caso de que tu padre y madre estén separados)

2 A continuación te pedimos que leas cuidadosamente cada enunciado y expreses tu valoración personal respecto a cada afirmación, de totalmente en desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (5) *

- Mi familia realmente intenta ayudarme

- Recibo el apoyo emocional que necesito de mi familia

- Puedo hablar de mis problemas con mi familia

- Mi familia está dispuesta a ayudarme a tomar decisiones

RELACIONES SOCIALES

Las preguntas marcadas con asterisco (*) son obligatorias

1 ¿Sueles salir con otras personas para distraerte? *

1. Sí
2. No

2 A continuación te pedimos que leas cuidadosamente cada enunciado y expreses tu valoración personal respecto a cada afirmación, de totalmente en desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (5) *

- Mis amigos realmente tratan de ayudarme

- Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal

- Tengo amigos con los que puedo compartir mis penas y alegrías

- Puedo hablar de mis problemas con mis amigos

BULLYING

He aquí algunas preguntas sobre bullying o maltrato entre compañeros/as. Decimos que un alumno/a **ESTÁ SIENDO MALTRATADO/A** cuando otro alumno/a, o un grupo de ellos/as, le dice o hace cosas hirientes o desagradables. También hay maltrato cuando se le toma el pelo repetidamente de una manera que a él/ella no le gusta o cuando deliberadamente se les aparta del grupo.

Pero **NO HAY MALTRATO** cuando dos alumnos/as que tienen fuerza y poder parecidos discuten o se pelean. **TAMPOCO** hay maltrato cuando la burla se le hace de forma amistosa o jugando.

Las preguntas marcadas con asterisco (*) son obligatorias

1 ¿Cuántas veces has sido maltratado/a en el colegio o instituto en **LOS ÚLTIMOS DOS MESES?** *

2 ¿Cuántas veces has participado en un episodio de maltrato a otro/ compañero/a en el colegio o instituto durante LOS DOS ÚLTIMOS MESES? *

3 ¿Con qué frecuencia te han ocurrido estas cosas en tu colegio o instituto en LOS DOS ÚLTIMOS MESES? *

- Me han hecho daño insultándome, riéndose o burlándose de mí.

- Otros alumnos/as me han apartado de su grupo de amigos/as o me han ignorado por completo.

- Me han golpeado, pateado, empujado, zarandeado o encerrado.

- Han contado mentiras o inventado cotilleos sobre mí para que yo les cayera mal a los demás.

- Otros estudiantes me han gastado bromas, hecho comentarios o gestos de contenido sexual.

- Alguien me envió mensajes instantáneos (por WhatsApp), publicaciones en mi muro, e-mails o sms crueles o creó una página web en la que se burlaba de mí.

- Alguien me hizo fotos no favorecedoras o inapropiadas sin mi permiso y las publicó en internet.

USO DE INTERNET Y DE MÓVIL

A continuación te pedimos que respondas a unas preguntas relacionadas con el uso que haces de internet. Te pedimos la máxima sinceridad.

Las preguntas marcadas con asterisco (*) son obligatorias

1 ¿Utilizas un móvil con acceso a datos (Smartphone)? *

1. Sí
2. No

2 ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la frecuencia con la que usas internet en el móvil? *

3 ¿Cuándo apagas el móvil? *

- Lo apago en clase

- Lo apago cuando estudio

- Lo apago en lugares no permitidos

- Lo apago al dormir

4 En LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ¿HAS REALIZADO alguna de las siguientes actividades en INTERNET?(en cualquier dispositivo: móvil, tablet, PC,...) *

- Uso de Redes sociales (WhatsApp, Instagram, Twitter, Facebook...)

- Uso de E-mail (Hotmail, Gmail, otros...)

- Escucho o descargo música, vídeos, películas, series...

- A través de internet participo en juegos de realidad virtual (estrategias de guerra, juegos en primera persona: Fortnite, Call of Duty...)

- A través de internet participo en juegos de habilidad (Candy Crush, Angry birds...)

- A través de internet visito páginas sólo para adultos (de violencia, sexo, etc...)

5 Cuando usas internet en cualquier dispositivo, ¿EN LOS DOS ÚLTIMOS MESES con qué frecuencia te has encontrado en alguna de estas situaciones con DESCONOCIDOS? *

- Intercambiar mensajes

- Recibir mensajes/ imágenes de contenido sexual

- Enviar imágenes tuyas en postura sexy o provocativa

- Recibir llamadas

6 Tu padre/madre/cuidador UTILIZA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES COSAS PARA TU SUPERVISIÓN O AYUDA? *

- Algún programa de control parental u otros medios para bloquear o filtrar determinados contenidos online

- Algún programa de control parental u otros medios para hacer un seguimiento del contenido de internet que veo o las apps que uso

- Tecnología para rastrear donde estoy (a través de GPS, por ejemplo)

- Establecen normas y límites sobre el uso de internet

- Me sugieren modos de usar internet de forma segura

- Me ayudan cuando algo me molesta en internet

VIDEOJUEGOS

Las preguntas marcadas con asterisco (*) son obligatorias

1 En LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ¿HAS JUGADO a los siguientes tipos de VIDEOJUEGOS? *

- Juegos de rol

- Juegos de deportes y/o eSport

- Juegos de acción y estrategia con violencia y/o drogas y/o sexo

- Otro tipo de juegos

JUEGO CON DINERO

A continuación, vamos a preguntarte acerca de si has jugado o apostado con dinero.

Las preguntas marcadas con asterisco (*) son obligatorias

1 En LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ¿HAS JUGADO DINERO.. *

- ...en internet (online: web o aplicaciones de juegos de azar o apuestas)?

- ...fuera de internet (presencial: establecimientos especializados o terminales de apuestas en bares u otros establecimientos hosteleros)?

2 ¿Qué edad tenías la primera vez que jugaste dinero EN INTERNET? *

3 ¿Qué edad tenías la primera vez que jugaste dinero FUERA de INTERNET (PRESENCIAL)? *

4 ¿Alguna vez has sentido la necesidad de apostar más y más dinero? *

1. Sí
2. No

5 ¿Alguna vez has tenido que mentir a gente importante para tí acerca de cuánto juegas? *

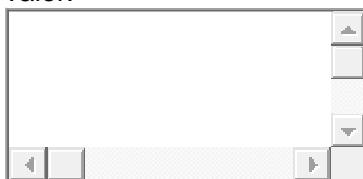
1. Sí
2. No

OPINIÓN SOBRE EL CUESTIONARIO

Por último, nos gustaría conocer qué te ha parecido el cuestionario y su contenido.

Las preguntas marcadas con asterisco (*) son obligatorias

1 Señala qué preguntas te han parecido más útiles y las que, según tu opinión, tienen poco valor. *



Una vez terminado el cuestionario debes validar. Si has olvidado contestar alguna pregunta te aparecerá una alerta en rojo para que las contestes, y al volver a validar te aparecerá "validación correcta" en color verde. Entonces puedes enviarlo y te dirá que si "deseas continuar". Debes ACEPTAR y aparecerá "enviando". Después verás "CUESTIONARIO ENVIADO CORRECTAMENTE" y un resumen con tus respuestas, vé a la parte superior y CIERRA SESIÓN y apaga el ordenador para mantener el anonimato. Muchas gracias por tu colaboración.

AVISO IMPORTANTE

El formulario se guarda automáticamente y puede modificarlo las veces que necesite pero una vez enviado ya no podrá modificarlo.

Importar borrador

Exportar borrador Validar [Enviar](#)

