

CUESTIONARIO DE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA EN LA POBLACIÓN JOVEN DE CASTILLA Y LEÓN V.3

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 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 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 marcar la nueva opción que desees 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.

Una vez respondido a la totalidad de las preguntas debes aceptar la finalización de la encuesta y cerrar el navegador, es imprescindible. Si durante la realización de la encuesta se "cuelga" la aplicación es imprescindible que cierres el navegador y vuelvas arrancarlo de nuevo (con su URL respectiva) e iniciar la encuesta desde el principio. Ambos aspectos son fundamentales para que los datos queden correctamente grabados.

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 mes y año naciste?

_____ mes _____ año

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

OPCIONES	...tuyo?	...de tu padre?	...de tu madre?
ESPAÑA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTRO ¿CUÁL?			

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

OPCIONES	...padre?	...madre?
Trabaja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En paro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tareas del hogar/Ama de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensionista/jubilado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha fallecido ya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

OPCIONES	...padre?	...madre?
Sin estudios o estudios primarios sin terminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificado escolar o graduado escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FP o bachillerato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estudios universitarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**P6. El número total de personas con las que vives en tu casa es: _____
(pon "0" si vives solo/a).**

P7. ¿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

**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

P12. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia has presentado alguno de los siguientes síntomas...? Por favor escoge una casilla para cada fila.

	Todos los días	Todas las semanas	Todos los meses	Rara vez/nunca
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bajo de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilidad o mal genio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultades para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensación de mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P13. Si 10 es la mejor situación posible y 0 es la peor posible, en general en qué nivel crees que está en este momento tu vida.

0 (lo peor posible) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (lo mejor posible)

ACTIVIDAD FÍSICA

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

P14. 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,..., que te haga respirar más deprisa o sudar?

- Sí
- No, normalmente no hago ejercicio PASA A PREGUNTA 18
- No puedo (incapacidad o enfermedad) PASA A PREGUNTA 18

P15. ¿Qué actividad/es física/s realizas? _____

- Atletismo
- Baloncesto
- Balonmano
- Béisbol
- Ciclismo
- Danza y o baile
- Fútbol/fútbol sala
- Gimnasia
- Judo/karate otras marciales
- Natación

- Rugby
- Tenis/pádel/Bádminton/tenis de mesa (ping pong)
- Voleibol/Vóley playa
- Otras actividades

P16. ¿Cuántos días a la semana?

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

P17. ¿Cuántas horas al día?

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

P18. ¿Cuánto tiempo pasas sentado viendo la TV, jugando con la consola o en el ordenador, tabletas, móvil...?

OPCIONES	...un día de diario?	...un fin de semana/día festivo?
Menos de una hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 ó 2 horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Más de 2 horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P19. ¿Cuántos minutos caminas o montas en bicicleta diariamente para ir y/o para volver del centro escolar?

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

TALLA Y PESO

P20. Aproximadamente, ¿cuánto pesas sin zapatos ni ropa? _____ Kilos

P21. Aproximadamente, ¿cuánto mides sin zapatos? _____ Centímetros

P22. ¿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



ALIMENTACIÓN

A continuación te preguntamos sobre aspectos relacionados con la alimentación.

P23. Los días de diario sueles...

OPCIONES	Sí, en casa (incluye casa de familiar)	Sí, fuera de casa (comedor, ...)	No lo hago
...desayunar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...almorzar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...merendar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...cenar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P24. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...almorzar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...merendar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...cenar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P25. ¿Cuántas comidas sueles hacer al día? los días

- Entre semana _____
- Festivos y fines de semana _____

P26. ¿Cuándo comes/cenas en casa lo haces viendo la TV?

- Sí
- No

P27. ¿Qué tipo de leche o productos lácteos (yogur, queso,...) tomas habitualmente?

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

P28. ¿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

P29. ¿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
Fruta fresca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verduras/hortalizas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dulces (bollería/golosinas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refrescos con azúcar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida rápida (hamburguesas,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huevos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne (pollo, ternera, cerdo,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pescado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasta, arroz, patatas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pan, cereales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legumbres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embutidos/fiambres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leche y/o lácteos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P30. ¿Cuántas piezas de fruta sueles tomar diariamente?

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

P31. ¿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.

P32. ¿Te dejan fumar tus padres?

- Sí
- No
- Algunas veces

P33. ¿Cuál de las siguientes formas describe mejor tu consumo de tabaco?

- No he fumado nunca PASA A PREGUNTA 37
- He dejado de fumar
- Fumo sólo los fines de semana
- Fumo alguna vez a la semana pero no diariamente
- Fumo diariamente

P34. ¿Has fumado más de 100 cigarrillos (5 paquetes) en tu vida?

- Sí
 No

P35. ¿Qué edad tenías cuando empezaste a fumar? _____ años

P36. Aproximadamente, ¿cuántos cigarrillos sueles fumar el día que consumes tabaco? (SOLO LOS QUE FUMAN ACTUALMENTE)

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

P37. Respecto al consumo de tabaco de tu...

OPCIONES	...padre	...madre
No fuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuma, pero no todos los días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuma todos o casi todos los días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumaba, pero lo ha dejado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P38. ¿Fuma alguien en tu casa habitualmente?

- Sí
 No

P39. ¿Cuánto tiempo estás en espacios cerrados con humo, dentro o fuera de casa los...

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

CONSUMO ALCOHOL

Las próximas preguntas tratan sobre el consumo de alcohol.

P40. ¿Durante los últimos 30 días has consumido algún tipo de bebida con alcohol (cerveza, vino o calimocho, cubata, licores, ...)?

- Sí
 No

P41. En general, ¿cuándo sueles consumir bebidas con alcohol?

- No consumo bebidas alcohólicas PASA A LA PREGUNTA 47
 Rara vez consumo bebidas con alcohol PASA A LA PREGUNTA 43
 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

P42. ¿Qué años tenías cuando comenzaste a consumir bebidas con alcohol por lo menos una vez a la semana? _____

P43. ¿Qué tipo de bebida alcohólica sueles consumir los

OPCIONES	...días de diario?	...fines de semana/festivos?
No consumo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cerveza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vino, calimocho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sidra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combinados o cubatas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Licores sin combinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras bebidas con alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

P44. 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

P45. ¿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,...)?

- No
- Sí, una vez
- Sí, dos veces
- Sí, tres veces
- Sí, más de tres veces

P46. ¿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.

P47. ¿Durante los últimos 30 días has probado algún tipo de drogas, exceptuando tabaco y alcohol?

- Sí
- No PASA A PREGUNTA 49

P48. ¿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. Recuerda que el cuestionario es completamente confidencial y anónimo.

P49. ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales completas?

- Sí
- No PASA A PREGUNTA 56

P50. ¿Qué edad tenías cuando tuviste por primera vez relaciones sexuales completas?

_____ años

P51. En los últimos 30 días, ¿con cuántas personas has tenido relaciones sexuales completas?

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

P52. La última vez que tuviste relaciones sexuales completas, ¿usaste tú o tu pareja preservativo o condón?

- Sí
- No

P53. ¿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, ...)

P54. ¿Tú o tu pareja habéis usado alguna vez la "píldora del día después"?

- Sí
- No PASA A PREGUNTA 56

P55. ¿Cuántas veces tú o tu pareja habéis empleado la píldora del día después?

- 1
- 2
- 3 o más

ACCIDENTABILIDAD Y SEGURIDAD VIAL

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

P56. ¿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)

- Sí
- No PASA A PREGUNTA 58

P57. ¿Dónde ocurrió esta lesión?

- En casa
- En el centro escolar
- En un centro deportivo
- En la calle (zona recreativa, parque)
- En otro lugar

P58. ¿Durante los últimos 12 meses has tenido algún accidente de tráfico que necesitó tratamiento médico? (Si has tenido varios, responde refiriéndote al último)

- Sí
- No PASA A PREGUNTA 60

P59. ¿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
- Otros



P60. ¿Con qué frecuencia utilizas el cinturón de seguridad cuando vas en el coche como pasajero...

OPCIONES	...en el asiento delantero?	...en el asiento trasero?
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Algunas veces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casi siempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P61. ¿Con qué frecuencia te pones el casco cuando vas como conductor o pasajero en una...

OPCIONES	...moto?	...bicicleta?
No voy en...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La mayoría de las veces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Algunas veces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P62. ¿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.

P63. ¿Podrías indicarme aproximadamente cuántas horas duermes al día (incluidas siestas)?

_____ horas

P64. ¿Habitualmente te levantas por la mañana con la sensación de haber descansado?

- Sí
 No

HIGIENE DENTAL

Estas otras tres se relacionan con la salud bucodental.

P65. ¿Cuántas veces has ido al dentista en los últimos 12 meses (excluidas las visitas de seguimiento o revisión de aparato dental)?

_____ veces



P66. ¿Con qué frecuencia te lavas los dientes?

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

P67. ¿Te lavas los dientes antes de acostarte por las noches?

- Sí
- A veces
- No

RELACIÓN CON LA FAMILIA

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

P68. ¿Te resulta fácil hablar de las cosas que te preocupan, con las siguientes personas?

	No tengo o no veo a esta persona	De menos facilidad (1) a más facilidad (5)
Padre	<input type="checkbox"/>	Muy difícil <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Muy fácil
Esposo o pareja de tu madre (en caso que tu padre y madre estén separados).	<input type="checkbox"/>	Muy difícil <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Muy fácil
Madre	<input type="checkbox"/>	Muy difícil <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Muy fácil
Esposa o pareja de tu padre (en caso que tu padre y madre estén separados).	<input type="checkbox"/>	Muy difícil <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Muy fácil

P69. 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.	Total desacuerdo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Total acuerdo
Recibo el apoyo emocional que necesito de mi familia.	Total desacuerdo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Total acuerdo
Puedo hablar de mis problemas con mi familia.	Total desacuerdo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Total acuerdo
Mi familia está dispuesta a ayudarme a tomar decisiones.	Total desacuerdo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Total acuerdo

RELACIONES SOCIALES

P70. ¿Sueles salir con otras personas para distraerte?

- Sí
 No

P71. 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	Total desacuerdo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Total acuerdo
Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal	Total desacuerdo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Total acuerdo
Tengo amigos con los que puedo compartir mis penas y alegrías.	Total desacuerdo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Total acuerdo
Puedo hablar de mis problemas con mis amigos	Total desacuerdo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Total acuerdo



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.

P72. ¿Cuántas veces has sido maltratado/a en el colegio o instituto en los últimos dos meses?

- No he sido maltratado/a en el colegio o instituto en los últimos dos meses
- Ha sucedido una o dos veces
- 2 ó 3 veces al mes
- Alrededor de una vez por semana
- Varias veces a la semana

P73. ¿Cuántas veces has participado en un episodio de maltrato a otro/a compañero/a en el colegio o instituto durante los dos últimos meses?

- No lo he hecho a otro (u otros) compañeros/as en el colegio o instituto durante los dos últimos meses
- Ha sucedido una o dos veces
- 2 ó 3 veces al mes
- Alrededor de una vez por semana
- Varias veces a la semana

P74. ¿Con qué frecuencia te han ocurrido estas cosas en tu colegio o instituto en los dos últimos meses?

	Nunca	1-2 veces	2-3 veces	1 vez / semana	Varias veces / semana
Me han hecho daño insultándome, riéndose o burlándose de mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros alumnos/as me han apartado de su grupo de amigos/as o me han ignorado por completo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me han golpeado, pateado, empujado, zarandeado o encerrado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Han contado mentiras o inventado cotilleos sobre mí para que yo les cayera mal a los demás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros estudiantes me han gastado bromas, hecho comentarios o gestos de contenido sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguien me hizo fotos no favorecedoras o inapropiadas sin mi permiso y las publicó en internet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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:

P75. ¿Utilizas un móvil smartphone?

- Si
 No PASAR A LA PREGUNTA 78

P76. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la frecuencia con la que usas internet en el móvil?

- Casi constantemente
 Varias veces al día
 Varias veces a la semana
 Una vez por semana o menos
 Nunca

P77. ¿Cuándo apagas el móvil?

	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
Lo apago en clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lo apago cuando estudio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lo apago en lugares no permitidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lo apago al dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P78. Cuando usas internet en cualquier dispositivo, ¿en los dos últimos meses con qué frecuencia te has encontrado en alguna de estas situaciones con desconocidos?

	Nunca	1-2 veces	2-3 veces	1 vez / semana	Varias veces / semana
Intercambiar mensajes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibir mensajes / imágenes de contenido sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enviar imágenes tuyas en postura sexy o provocativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibir llamadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

P79. Señala qué preguntas te han parecido más útiles y las que, según tu opinión, tienen poco valor.

Muchas gracias por tu colaboración