

## HBSC 2010

### Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)

#### Estudio sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud

#### Estudio internacional promovido por la O.M.S.

---

##### **¡Gracias por decidir ayudarnos en este estudio!**

Contestando a estas preguntas nos ayudarás a conocer más sobre la forma en que vive la gente joven. Las mismas preguntas se están usando en encuestas en otros 42 países de Europa y América del Norte. Tus respuestas serán vistas **solo** por los **investigadores** y por nadie más. **No serán vistas por tus padres ni por tus profesores**. No debes escribir tu nombre en el cuestionario.

Las preguntas están siendo realizadas en países y culturas muy diferentes, por eso algunas pueden parecerle un poco extrañas. Por favor, toma tu tiempo en leer cada pregunta cuidadosamente y contéstala tan sinceramente como puedas. Recuerda que solo estamos interesados en tu opinión. No es un examen y no hay respuestas verdaderas o falsas.

##### **Cosas que necesitas saber**

En muchas preguntas se te pedirá que contestes marcando la casilla que mejor se ajuste a tu respuesta. Por favor, marca **solo una casilla** en cada pregunta o en cada parte de una pregunta. Si marcas más de una no podremos contar tu respuesta. Si es difícil elegir solo una respuesta, por favor, piensa en cuál es tu opinión la mayor parte del tiempo.

##### **Gracias por tu colaboración**

**1. ¿Eres un chico o una chica?**

- Chico
- Chica

**2. ¿En qué curso estás?**

- 1º de E.S.O
- 2º de E.S.O
- 3º de E.S.O
- 4º de E.S.O
- 1º de Bachillerato
- 2º de Bachillerato
- 1º curso de un módulo de grado medio
- 2º curso de un módulo de grado medio
- Programa de Garantía Social
- Otros.....

**3. ¿En qué mes naciste?**

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Enero                    | Febrero                  | Marzo                    | Abril                    | Mayo                     | Junio                    | Julio                    | Agosto                   | Septiembre               | Octubre                  | Noviembre                | Diciembre                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**4. ¿En qué año naciste?**

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1990 ó<br>antes          | 1991                     | 1992                     | 1993                     | 1994                     | 1995                     | 1996                     | 1997                     | 1998                     | 1999                     | 2000                     | 2001                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**5. ¿Naciste en España?**

- Sí
- No

**6. Si no naciste en España, ¿con qué edad llegaste a España?**

\_\_\_\_\_

**7. ¿En qué país nació tu madre?**

\_\_\_\_\_

- No sé

**8. ¿En qué país nació tu padre?**

\_\_\_\_\_

- No sé

**9. ¿Cuál es el idioma que más habláis en casa?**

\_\_\_\_\_

**10. ¿Eres un hijo o hija adoptado/a?** Si eres adoptado o adoptada, todas las preguntas de este cuestionario sobre tu familia o tus padres se refieren a tu familia adoptiva o tus padres adoptivos. Si no eres un hijo/a adoptado/a, por favor deja esta casilla en blanco.

- Sí
- No

**Vamos a comenzar hablando acerca de algunos HÁBITOS de TU VIDA:**

**11. ¿Con qué frecuencia acostumbras a desayunar? (algo más que un vaso de leche o un zumo de fruta). Por favor, rellena una casilla para los días entre semana (los de colegio o instituto) y otra para los días de fin de semana.**

Días entre semana (los de colegio o instituto)	Días de fin de semana
<input type="checkbox"/> Nunca desayuno entre semana	<input type="checkbox"/> Nunca desayuno los fines de semana
<input type="checkbox"/> Un día	<input type="checkbox"/> Habitualmente solo desayuno un día del fin de semana (el sábado o el domingo)
<input type="checkbox"/> Dos días	<input type="checkbox"/> Habitualmente desayuno los dos días del fin de semana (sábado y domingo)
<input type="checkbox"/> Tres días	
<input type="checkbox"/> Cuatro días	
<input type="checkbox"/> Cinco días	

**12. ¿Cuántas veces a la semana acostumbras a comer o beber...? Por favor, rellena una casilla por cada fila.**

	Nunca	Menos de una vez a la semana	Una vez a la semana	2-4 días a la semana	5-6 días a la semana	Una vez al día, todos los días	Todos los días, más de una vez
1. Frutas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Patatas fritas y aperitivos salados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Verduras o vegetales (por ejemplo, tomates, lechuga, lentejas, garbanzos, espinacas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dulces (caramelos o chocolate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Refrescos u otras bebidas que contienen azúcar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Carne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pescado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Leche o lácteos (yogur, queso, natillas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cereales (arroz, pasta, pan, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13. ¿Hay comedor escolar en tu centro o en otro cercano al que podrías asistir?**

- Sí  
 No

**14. ¿Cuántos días a la semana sueles comer en el comedor de tu colegio o instituto?**

Nunca como en el colegio o instituto	1 día	2 días	3 días	4 días	5 días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Algunos chicos se van al colegio o instituto o a la cama con hambre porque en su casa no hay suficiente comida. ¿Con qué frecuencia te ocurre esto a ti?

- Siempre
- A menudo
- Algunas veces
- Nunca

16. ¿Con qué frecuencia te cepillas los dientes?

- Más de una vez al día
- Una vez al día
- Al menos una vez a la semana, pero no diariamente
- Menos de una vez a la semana
- Nunca

17. ¿En este momento estás siguiendo alguna dieta o haciendo otra cosa para perder peso?

- No, considero que mi peso es correcto
- No, pero debería perder algo de peso
- No, porque necesito ganar peso
- Sí

18. ¿A qué hora te sueles acostar a dormir...?

los días entre semana \_\_\_\_\_ los días de fin de semana \_\_\_\_\_

19. ¿A qué hora te sueles levantar...?

los días entre semana \_\_\_\_\_ los días de fin de semana \_\_\_\_\_

La **actividad física** es cualquier actividad que hace que tu corazón se acelere y que en ocasiones te cueste trabajo respirar. Se puede hacer actividad física en los deportes, en las actividades escolares, jugando con los amigos o andando hacia el colegio o instituto. Algunos ejemplos de actividad física son correr, patinar, montar en bici, en monopatín, nadar, jugar al fútbol, al futbito, al baloncesto, hacer surf, bailar, andar rápido, etc.

Para la siguiente pregunta, calcula el tiempo que dedicas cada día a la actividad física.

20. En los últimos 7 días, ¿en cuántos días te sentiste físicamente activo/a durante un total de al menos 60 minutos por día? (Te preguntamos por el tiempo total; es decir, no es necesario que hayan sido 60 minutos seguidos, puedes sumar los distintos momentos del día en que realizabas algún tipo de actividad física).

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0 días                   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7 días                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

21. ¿Has fumado tabaco alguna vez? (al menos un cigarro, puro o pipa)

- Sí
- No (pasa a la pregunta 23)

22. ¿Con qué frecuencia fumas tabaco en la actualidad?

- Todos los días
- Al menos una vez a la semana, pero no todos los días
- Menos de una vez a la semana
- No fumo

23. ¿Has probado alguna vez alguna bebida alcohólica? (algo más que un sorbito o un trago)

- Sí
- No (pasa a la pregunta 26)

24. Actualmente, ¿con qué frecuencia bebes algo de alcohol como, por ejemplo, cerveza, vino o licores, como la ginebra o el whisky? Cuenta incluso aquellas veces en que solo bebes una pequeña cantidad. Por favor, señala una casilla en cada fila.

	Todos los días	Todas las semanas	Todos los meses	Rara vez	Nunca
1. Cerveza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Licores (ginebra, vodka, whisky,...) tomados solos o combinados con refresco (por ejemplo, un "cubata")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Combinados de refresco y alguna bebida alcohólica que se compran ya hechos en botellas o latas individuales (por ejemplo Smirnoff Ice, Bacardi Breezer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cualquier otra bebida que contenga alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. ¿Alguna vez has bebido tanto alcohol que te has llegado a emborrachar?

- No, nunca
- Sí, una vez
- Sí, 2-3 veces
- Sí, 4-10 veces
- Sí, más de 10 veces

26. ¿En cuántas ocasiones (si existe alguna) has llevado a cabo alguna de las siguientes actividades en los últimos 30 días? Por favor, marca una casilla para cada línea.

	Nunca	1-2 veces	3-5 veces	6-9 veces	10-19 veces	20-39 veces	40 ó más
1. Fumar cigarrillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Beber alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estar borracho/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. ¿Fuma alguna de las siguientes personas? Por favor, marca una casilla para cada línea.

	Fuma diariamente	Fuma algunas veces	No fuma	No lo sé	No tengo o no veo a esta persona
1. Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Otros adultos que viven en tu casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mejor amigo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Continuamos ahora centrándonos en TU FAMILIA:

**28. Padre**

¿Tiene trabajo tu padre?

- Sí
- No
- No lo sé
- No tengo padre o no lo veo

Si la respuesta es SÍ. Por favor, escribe en qué sitio trabaja (por ejemplo: hospital, banco, restaurante...)

---



---

Por favor, escribe qué trabajo es el que realiza exactamente allí tu padre (por ejemplo: maestro, conductor de autobús...)

---



---

Si tu padre NO trabaja: ¿Por qué no tiene trabajo tu padre? (por favor, señala la casilla que mejor describe la situación)

- Está enfermo, jubilado o es estudiante
- Está buscando trabajo
- Cuida de otros o está a tiempo completo en casa (amo de casa)
- No lo sé

**Madre**

¿Tiene trabajo tu madre?

- Sí
- No
- No lo sé
- No tengo madre o no lo veo

Si la respuesta es SÍ. Por favor, escribe en qué sitio trabaja (por ejemplo: hospital, banco, restaurante...)

---



---

Por favor, escribe qué trabajo es el que realiza exactamente allí tu madre (por ejemplo: maestra, conductora de autobús...)

---



---

Si tu madre NO trabaja: ¿Por qué no tiene trabajo tu madre? (por favor, señala la casilla que mejor describe la situación)

- Está enferma, jubilada o es estudiante
- Está buscando trabajo
- Cuida de otros o está a tiempo completo en casa (ama de casa)
- No lo sé

**29. ¿Qué estudios tienen tu padre y tu madre?**

	Padre	Madre
1. Nunca estudió (no sabe leer ni escribir o lo hace con dificultad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Estudios básicos/primarios, terminados o sin terminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estudios secundarios (como bachillerato o formación profesional), terminados o sin terminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Estudios universitarios, terminados o sin terminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. No tengo o no veo a esta persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**30. En general, ¿cómo valoras la relación que tienen tu padre y tu madre entre ellos?**

*Señala el número de 0 a 10 que mejor describe lo que tú piensas.*

<input type="checkbox"/>	10	Mi padre y mi madre tienen <u>muy buenas</u> relaciones
<input type="checkbox"/>	9	
<input type="checkbox"/>	8	
<input type="checkbox"/>	7	
<input type="checkbox"/>	6	
<input type="checkbox"/>	5	
<input type="checkbox"/>	4	
<input type="checkbox"/>	3	
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	1	
<input type="checkbox"/>	0	Mi padre y mi madre tienen <u>muy malas</u> relaciones

**31. Todas las familias son diferentes (por ejemplo, no todos viven con su padre y con su madre, algunas veces viven solo con uno de ellos o tienen dos casas o viven con dos familias) y nosotros queremos saber cómo es la tuya.**

Por favor, responde a continuación pensando en la casa donde vives todo o la mayor parte del tiempo y señala las personas que viven allí.

**Adultos**

- Madre
- Padre
- Pareja del padre:
  - Novio o marido de mi padre
  - Novia o mujer de mi padre
- Pareja de la madre:
  - Novia o mujer de mi madre
  - Novio o marido de mi madre
- Abuela
- Abuelo
- Padres acogedores
- Centro o residencia de menores
- Si hay alguna otra persona adulta con la que vivas o que te cuide en esta casa, escríbelo aquí por favor: \_\_\_\_\_

**Hijos/as**

**¿Cuántos hermanos y hermanas viven en esta casa?** (incluye también a tus hermanastros y hermanastras, así como a tus hermanos y hermanas de acogida o adoptivos, si los tienes).

Por favor, escribe el número o escribe 0 (cero) si no tienes ninguno. Y no te cuentes a ti mismo.

¿Cuántos **hermanos**? \_\_\_\_\_

¿Cuántas **hermanas**? \_\_\_\_\_

**32. ¿Tienes otra familia (en otra casa)?** Por ejemplo, si tus padres están separados o divorciados y vas a la casa del otro.

- No - *pasa a la pregunta 33*
- Sí 
  - ¿Con qué frecuencia estás allí?**
  - La mitad del tiempo
  - Con regularidad, pero menos de la mitad del tiempo
  - Algunas veces
  - Casi nunca / Nunca

**Por favor, señala las personas que viven en esta segunda familia:**

Adultos	Hijos/as
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre Pareja del padre: <input type="checkbox"/> Novio o marido de mi padre <input type="checkbox"/> Novia o mujer de mi padre Pareja de la madre: <input type="checkbox"/> Novia o mujer de mi madre <input type="checkbox"/> Novio o marido de mi madre <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Padres acogedores <input type="checkbox"/> Centro o residencia de menores	<p><b>¿Cuántos hermanos y hermanas viven en esta casa?</b> (incluye también a tus hermanastros y hermanastras, así como a tus hermanos y hermanas de acogida o adoptivos, si los tienes, pero NO a los que hayas mencionado en la pregunta anterior). Por favor, escribe el número o escribe 0 (cero) si no tienes ninguno. Y no te cuentes a ti mismo.</p> <p>¿Cuántos <b>hermanos</b>? _____</p> <p>¿Cuántas <b>hermanas</b>? _____</p>
<input type="checkbox"/> Si hay alguna otra persona adulta con la que vivas o que te cuide en esta casa, escríbelo aquí por favor: _____	

**33. Por favor, señala tu situación:**

- Vivo con mi madre y mi padre
- Vivo solo con mi madre (o solo con mi padre) porque mis padres están divorciados o separados.
- Vivo solo con mi madre (o solo con mi padre) porque mi madre (o mi padre) vive o trabaja en otro lugar.
- Vivo solo con mi madre (o solo con mi padre) porque mi madre (o mi padre) ha fallecido.
- Nunca he llegado a conocer a mi madre/padre.

**34. En el caso de que seas un hijo o hija adoptado/a, ¿cuántos años llevas viviendo con tu familia adoptiva?**

\_\_\_\_\_



**35. ¿Cuánto de fácil te resulta hablar con las siguientes personas sobre cosas que realmente te preocupan? Por favor, rellena una casilla por cada fila.**

	Muy fácil	Fácil	Difícil	Muy difícil	No tengo o no veo a esta persona
1. Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Esposo o pareja de la madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Esposa o pareja del padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hermano (s) mayor (es)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hermana (s) mayor (es)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mejor amigo o mejor amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Amistades del mismo sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Amistades del sexo opuesto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**36. ¿Qué sabe realmente tu madre acerca de...?**

	Sabe mucho	Sabe poco	No sabe nada	No tengo o no veo a mi madre
1. Quiénes son tus amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cómo gastas tu dinero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dónde estás después del colegio o instituto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dónde vas por la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Qué haces en tu tiempo libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**37. En general, lo que tu madre sabe sobre estas cosas es porque... (señala en cada fila una opción).**

	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
1. Ella te lo pregunta y tú se lo cuentas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tú se lo cuentas, aunque ella no te lo pregunte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ella controla lo que yo hago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Otras personas se lo cuentan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**38. ¿Qué sabe realmente tu padre acerca de...?**

	Sabe mucho	Sabe poco	No sabe nada	No tengo o no veo a mi padre
1. Quiénes son tus amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cómo gastas tu dinero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dónde estás después del colegio o instituto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dónde vas por la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Qué haces en tu tiempo libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**39. En general, lo que tu padre sabe sobre estas cosas es porque... (señala en cada fila una opción):**

	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
1. Él te lo pregunta y tú se lo cuentas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tú se lo cuentas, aunque él no te lo pregunte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Él controla lo que yo hago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Otras personas se lo cuentan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**40. Mi madre...**

	Casi siempre	Algunas veces	Nunca	No tengo o no veo a mi madre
1. Me ayuda tanto como lo necesito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me deja hacer las cosas que me gusta hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Es cariñosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Comprende mis problemas y preocupaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le gusta que tome mis propias decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Intenta controlar todo lo que hago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me trata como si fuera un/a niño/a pequeño/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Consigue hacerme sentir mejor cuando estoy triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**41. Mi padre...**

	Casi siempre	Algunas veces	Nunca	No tengo o no veo a mi padre
1. Me ayuda tanto como lo necesito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me deja hacer las cosas que me gusta hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Es cariñoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Comprende mis problemas y preocupaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le gusta que tome mis propias decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Intenta controlar todo lo que hago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me trata como si fuera un/a niño/a pequeño/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Consigue hacerme sentir mejor cuando estoy triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**42. A continuación aparece una lista de cosas que algunas familias hacen juntos. ¿Con qué frecuencia tú y tu familia soléis hacer cada una de estas cosas juntos? Señala una casilla por cada fila.**

	Todos los días	La mayoría de los días	Alrededor de una vez a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca
1. Ver la TV o un vídeo juntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jugar juntos dentro de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Comer juntos (por la mañana, a mediodía o por la noche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Salir de paseo juntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ir juntos a sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Visitar a amigos o familiares juntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hacer deporte juntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sentarse juntos y charlar sobre cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. En general, ¿cómo estás de satisfecho/a con las relaciones que tenéis en tu familia?

*Señala el número de 0 a 10 que mejor describe lo que tú sientes.*

<input type="checkbox"/>	10	En mi familia tenemos <u>muy buenas</u> relaciones entre nosotros
<input type="checkbox"/>	9	
<input type="checkbox"/>	8	
<input type="checkbox"/>	7	
<input type="checkbox"/>	6	
<input type="checkbox"/>	5	
<input type="checkbox"/>	4	
<input type="checkbox"/>	3	
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	1	
<input type="checkbox"/>	0	En mi familia tenemos <u>muy malas</u> relaciones entre nosotros

44. ¿Cómo de rica o adinerada piensas que es tu familia?

- Muy rica
- Bastante rica
- Normal
- No muy pobre
- Pobre

Queremos que nos cuentes tu experiencia como alumno o alumna de tu COLEGIO o INSTITUTO

45. En tu opinión, tu(s) profesor(es) piensan que tu rendimiento escolar, comparado con tus compañeros de clase, es:

- Muy bueno
- Bueno
- Promedio (del montón)
- Por debajo de la media

46. Hoy por hoy, ¿qué sientes hacia la escuela, el colegio o el instituto?

- Me gusta mucho
- Me gusta un poco
- No me gusta mucho
- No me gusta nada

**47. A continuación aparecen algunas afirmaciones sobre los compañeros y compañeras de tu clase. Por favor, señala hasta qué punto estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Elige una casilla por cada fila.**

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Los compañeros y compañeras de mi clase se divierten estando juntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La mayoría de los compañeros y compañeras de mi clase son amables y serviciales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Los otros compañeros y compañeras me aceptan como soy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**48. A continuación aparecen algunas afirmaciones sobre tu colegio o instituto y profesorado. Señala en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas.**

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Mis profesores me animan a expresar mis propias opiniones en las clases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nuestros profesores/as nos tratan justamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cuando necesito ayuda extra, mis profesores me la dan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mis profesores están interesados en mí como persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La mayoría de mis profesores son amables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me siento seguro/a en esta escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Siento que pertenezco a esta escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**49. ¿Cuánto te agobia el trabajo escolar?**

- Nada
- Un poco
- Algo
- Mucho

**Continuamos ahora con otros temas relacionados con TU SALUD y con CÓMO TE SIENTES CONTIGO MISMO o CONTIGO MISMA**

**50. Dirías que tu salud es...**

- Excelente
- Buena
- Pasable
- Pobre

**51. ¿Cuánto pesas sin ropa?** \_\_\_\_\_

**52. ¿Cuánto mides descalzo?** \_\_\_\_\_

**53. En el siguiente dibujo, la parte de arriba ('10') es tu mejor vida posible y la parte baja ('0') es tu peor vida posible.**

**En general, ¿en qué lugar sientes que está en este momento tu vida?**

*Señala la casilla que está al lado del número que mejor describe dónde estás.*

10	□	10	La <u>mejor</u> vida posible
9	□	9	
8	□	8	
7	□	7	
6	□	6	
5	□	5	
4	□	4	
3	□	3	
2	□	2	
1	□	1	
0	□	0	La <u>peor</u> vida posible

**54. En la última semana...**

1. ¿Te has sentido bien y en forma?	nada □	un poco □	bastante □	mucho □	muchísimo □
2. ¿Te has sentido lleno/a de energía?	nunca □	casi nunca □	algunas veces □	casi siempre □	siempre □
3. ¿Te has sentido triste?	nunca □	casi nunca □	algunas veces □	casi siempre □	siempre □
4. ¿Te has sentido solo/a?	nunca □	casi nunca □	algunas veces □	casi siempre □	siempre □
5. ¿Has tenido suficiente tiempo para ti mismo/a?	nunca □	casi nunca □	algunas veces □	casi siempre □	siempre □
6. ¿Has podido hacer las cosas que querías en tu tiempo libre?	nunca □	casi nunca □	algunas veces □	casi siempre □	siempre □
7. ¿Tus padres te han tratado de forma justa?	nunca □	casi nunca □	algunas veces □	casi siempre □	siempre □
8. ¿Te has divertido con tus amigos/as?	nunca □	casi nunca □	algunas veces □	casi siempre □	siempre □
9. ¿Te ha ido bien en el colegio o instituto?	nada □	un poco □	bastante □	mucho □	muchísimo □
10. ¿Has podido prestar atención, concentrarte?	nunca □	casi nunca □	algunas veces □	casi siempre □	siempre □

**55. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia has tenido...? Por favor, señala una casilla por cada fila.**

	Casi todos los días	Más de una vez a la semana	Casi todas las semanas	Casi todos los meses	Rara vez o nunca
1. Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dolor de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bajo estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Irritabilidad o mal genio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dificultades para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sensación de mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**56. ¿Piensas que tu cuerpo es...?**

- Demasiado delgado
- Un poco delgado
- Tiene la talla adecuada
- Un poco gordo
- Demasiado gordo

**57. Las siguientes afirmaciones tratan de los sentimientos que tienes hacia tu cuerpo. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Queremos saber qué sientes tú por tu cuerpo. Dinos hasta qué punto estás de acuerdo o no con las afirmaciones que te planteamos. Marca una casilla para cada afirmación.**

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Me siento frustrado/a con mi apariencia física.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Estoy satisfecho/a con mi apariencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Odio mi cuerpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me siento cómodo/a con mi cuerpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Desprecio mi cuerpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me gusta mi apariencia a pesar de mis defectos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**58. Solo para LAS CHICAS: ¿Has tenido ya la menstruación (la regla)?**

- No, todavía no he comenzado a menstruar
- Sí, me vino la menstruación con ..... años y ..... meses

59. A continuación figuran una serie de preguntas relacionadas con diversos aspectos de nuestras vidas. Cada pregunta tiene siete posibles respuestas. Marca los números que expresan tu respuesta, siendo el número 1 y el 7 los correspondientes a respuestas extremas. Si las palabras que figuran junto al número 1 son correctas para ti, marca el 1; si las palabras que figuran junto al número 7 son adecuadas para ti, marca entonces el número 7. Si tu opinión es distinta, marca el número que mejor expresa tu opinión. *Por favor, da solo una respuesta por cada pregunta.*

1. Cuando hablas con los demás, ¿sientes que no te comprenden?

1		2		3		4		5		6		7
Nunca tengo esta sensación		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Siempre tengo esta sensación
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

2. En el pasado, cuando te has encontrado en una situación en la que tenías que hacer algo que dependía de la colaboración de los demás, has pensado que:

1		2		3		4		5		6		7
Seguro que no lo conseguías		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Seguro que lo conseguías
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

3. Piensa en las personas con las que estás en contacto diario, aparte de aquellas a las que consideras más cercanas. ¿Cómo crees que conoces a la mayor parte de éstas?

1		2		3		4		5		6		7
Crees que son extraños		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Las conoces muy bien
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

4. ¿Tienes la sensación de que en realidad no te importa lo que sucede a tu alrededor?

1		2		3		4		5		6		7
Muy rara vez o nunca		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Muy a menudo
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

5. ¿Ha sucedido en el pasado que te haya sorprendido el comportamiento de las personas que pensabas conocer bien?

1		2		3		4		5		6		7
Nunca me ha ocurrido		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Siempre me ha ocurrido
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

6. ¿Ha ocurrido que las personas con las que contabas te han decepcionado?

1		2		3		4		5		6		7
Nunca me ha ocurrido		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Siempre me ha ocurrido
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

7. La vida es:

1		2		3		4		5		6		7
Muy interesante		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Una completa rutina
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

8. Hasta la fecha tu vida ha estado:

1		2		3		4		5		6		7
Sin metas claras ni objetivos precisos		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Llena de metas y objetivos definidos
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

9. ¿Crees que se te trata de forma injusta?

1						7
Muy a menudo	2	3	4	5	6	Muy rara vez o nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. En los últimos diez años tu vida ha estado:

1						7
Llena de cambios sin saber que iba a suceder a continuación	2	3	4	5	6	Caracterizada por la claridad y coherencia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. La mayor parte de las cosas que hagas en el futuro van a ser:

1						7
Completamente fascinantes	2	3	4	5	6	Extremadamente aburridas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. ¿Sientes que te encuentras en una situación poco frecuente y que no sabes qué hacer?

1						7
Muy a menudo	2	3	4	5	6	Muy rara vez o nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. De qué forma se describe mejor tu opinión sobre la vida:

1						7
Siempre se puede encontrar una solución a las cosas dolorosas de la vida	2	3	4	5	6	No hay solución a las cosas dolorosas de la vida
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Cuando piensas acerca de la vida, a menudo:

1						7
Sientes lo bueno que es vivir	2	3	4	5	6	Te preguntas por qué tienes que existir
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Cuando te enfrentas a un problema difícil, encontrar una solución es:

1						7
Siempre confuso y difícil	2	3	4	5	6	Siempre totalmente claro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Realizar las actividades de cada día es:

1						7
Una fuente de placer y satisfacción	2	3	4	5	6	Doloroso y aburrido
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Tu vida en el futuro puede estar

1						7
Llena de cambios sin saber qué va a suceder a continuación	2	3	4	5	6	Muy clara y coherente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



18. Cuando algo poco satisfactorio ha sucedido en el pasado sueles:

1	2	3	4	5	6	7
"Tragártelo todo"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Decir "vale, esto ha sucedido" y seguir adelante
<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>

19. ¿Tienes muchas ideas y sentimientos que se mezclan?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muy rara vez o nunca
<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>

20. Cuando haces algo que te produce una buena sensación:

1	2	3	4	5	6	7
Sin duda alguna vas a seguir sintiéndote bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sin duda alguna va a ocurrir algo que te complique dicha sensación
<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>

21. ¿Sucede que tienes sentimientos en tu interior que preferirías no tenerlos?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muy rara vez o nunca
<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>

22. Esperas que tu vida personal en el futuro sea:

1	2	3	4	5	6	7
Completamente sin sentido o finalidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Llena de sentido y finalidad
<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>

23. ¿Crees que siempre vas a tener personas con las que poder contar en el futuro?

1	2	3	4	5	6	7
Seguro que sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dudas que las vayas a tener
<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>

24. ¿Te sucede que tienes la sensación de que no sabes exactamente qué va a suceder?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muy rara vez o nunca
<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>

25. Muchas personas, incluso aquellas con fuerte carácter, se sienten algunas veces como si fuesen un cero a la izquierda en ciertas situaciones. ¿Con qué frecuencia te has sentido así en el pasado?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muy a menudo
<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>

26. Cuando algo sucede, has comprobado por lo general que:

1	2	3	4	5	6	7
Le has dado excesiva o escasa importancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Has visto las cosas en su proporción adecuada
<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>

27. Cuando piensas en dificultades que pudieras afrontar en aspectos importantes de tu vida, tienes la sensación de que:

1	2	3	4	5	6	7
Siempre eres capaz de superar las dificultades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No vas a poder superar las dificultades
<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>

28. ¿Con qué frecuencia tienes la sensación de que tienen poco sentido las cosas que haces en tu vida cotidiana?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo						Muy rara vez o nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. ¿Con qué frecuencia tienes sensaciones de no estar seguro/a de poder mantener el control?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo						Muy rara vez o nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Por favor, sigue contestando con sinceridad.**

60. ¿Tiene tu familia coche propio o furgoneta?

- No
- Sí, uno
- Sí, dos o más

61. ¿Tienes un dormitorio para ti solo?

- No
- Sí

62. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces saliste de vacaciones con tu familia?

- Nunca
- Una vez
- Dos veces
- Más de dos veces

63. ¿Cuántos ordenadores tiene tu familia?

- Ninguno
- Uno
- Dos
- Más de dos

64. Por favor, pon una cruz en el cuadro que creas que corresponde a cada una de las preguntas: No es verdad, Es verdad a medias, Verdaderamente sí. Es importante que respondas a todas las preguntas lo mejor que puedas, aunque no estés completamente seguro/a de la respuesta, o te parezca una pregunta rara. Por favor, responde a las preguntas según cómo te han ido las cosas EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES.

	No es verdad	Es verdad a medias	Verdaderamente sí
1. Procupo ser agradable con los demás. Tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Soy inquieto/a, hiperactivo/a, no puedo permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Normalmente comparto con otros mis cosas (juegos, material escolar, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cuando me enfado, me enfado mucho y pierdo el control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Soy más bien solitario/a y tiendo a jugar solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Por lo general soy obediente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A menudo estoy preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ayudo si alguien está enfermo, disgustado o herido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Estoy todo el tiempo moviéndome, me muevo demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tengo un/a buen/a amigo/a por lo menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Peleo con frecuencia con otros, manipulo a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Por lo general caigo bien a la otra gente de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas, fácilmente pierdo la confianza en mí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Trato bien a los niños/as más pequeños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. A menudo me acusan de mentir o de hacer trampas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Otra gente de mi edad se mete conmigo o se burla de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. A menudo me ofrezco para ayudar (a padres, maestros, niños)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Pienso las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Cojo cosas que no son mías de casa, la escuela o de otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Me llevo mejor con adultos que con otros de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Termino lo que empiezo, tengo buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. ¿Afectan las anteriores dificultades a tu vida diaria en los siguientes aspectos?

	No	Solo un poco	Bastante	Mucho
1. Vida en la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Amistades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Aprendizajes en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Actividades de ocio o de tiempo libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Esta pregunta trata sobre las **LESIONES O HERIDAS** que hayas podido hacerte en los últimos doce meses, en tu casa o fuera de ella. Mucha gente joven se hace daño de manera accidental (por ejemplo, haciendo deporte, peleándose con otros, quemándose sin querer...) o no accidental (tomando productos que envenenan o queman). Las enfermedades (sarampión, gripe...) no se incluyen en esta pregunta, sólo las lesiones o las heridas.

**66. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces te has lesionado y ha tenido que verte un médico o una enfermera o enfermero?**

- No he tenido ninguna lesión en los últimos 12 meses
- 1 vez
- 2 veces
- 3 veces
- 4 veces o más

**67. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has tenido una pelea física (te has pegado con alguien)?**

- No he tenido ninguna pelea física en los últimos 12 meses
- 1 vez
- 2 veces
- 3 veces
- 4 veces o más

He aquí algunas preguntas sobre maltrato entre compañeros y compañeras. Decimos que un alumno o alumna **ESTÁ SIENDO MALTRATADO** cuando otro alumno o alumna, o un grupo de ellos, le dice o hace cosas hirientes o desagradables. También hay maltrato cuando se le toma el pelo repetidamente de una manera que a él o ella no le gusta o cuando deliberadamente se les aparta del grupo. Pero **NO HAY MALTRATO** cuando dos alumnos o alumnas que tienen fuerza y poder parecidos discuten o se pelean. Tampoco hay maltrato cuando la burla se le hace de forma amistosa o jugando.

**68. ¿Cuántas veces has sido maltratado en el colegio o instituto en los últimos dos meses?**

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

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

- No he hecho eso a otro (u otros) compañero (o compañera) en el colegio o instituto durante los dos últimos meses
- Solo ha sucedido una o dos veces
- 2 ó 3 veces al mes
- Alrededor de una vez por semana
- Varias veces a la semana

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

	No me ha ocurrido esto en los dos últimos meses	Solo una o dos veces	2 ó 3 veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana
1. 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"/>
2. Otros alumnos me han apartado de su grupo de amigos o me han ignorado por completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me han golpeado, pateado, empujado, zarandeado o encerrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 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"/>
5. 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"/>
6. Me han acosado/maltratado a través del ordenador o con mensajes de correo electrónico o imágenes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me han acosado/maltratado a través del teléfono móvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vamos ahora a continuar preguntándote por TUS AMIGOS Y AMIGAS:**

**71. Si piensas en tus mejores amigos y amigas ¿cuántos dirías que tienes? Por favor, señala una casilla en cada columna.**

**Amigos que son chicos**

- Ninguno
- Uno
- Dos
- Tres o más

**Amigas que son chicas**

- Ninguna
- Una
- Dos
- Tres o más

Para las preguntas que vienen a continuación tienes que pensar en el grupo de amigos y/o amigas con el que pasas la mayor parte de tu tiempo libre, sean o no del colegio o instituto. Puede tratarse de un grupo formado por dos personas (y una de ellas eres tú) o por más.

**72. La mayoría de los amigos que pertenecen a mi grupo...**

	Nunca o casi nunca	A veces	A menudo	No lo sé
1. Van bien en el colegio o instituto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fuman cigarrillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Beben alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se emborrachan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Han consumido drogas para colocarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Participan en actividades deportivas con otros chicos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Participan en actividades culturales distintas a las deportivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Se llevan bien con sus padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**73. ¿Cuántos días a la semana acostumbras a pasar algún rato con tus amigos o amigas justo después de salir del colegio o instituto?**

0 días      1      2      3      4      5 días  
                             

**74. ¿Cuántas tardes a la semana acostumbras a estar con tus amigos o amigas?**

0 tardes      1      2      3      4      5      6      7 tardes  
                                         

**75. ¿Cuántas noches a la semana acostumbras a salir con tus amigos o amigas?**

0 noches      1      2      3      4      5      6      7 noches  
                                         

**76. Últimamente, cuando sales con tus amigos por la tarde o noche ¿a qué hora te sueles recoger el día que vuelves más tarde a casa?**

No salgo con mis amigos (*pasa a la pregunta 78*)

8 de la noche (o antes)      9h      10h      11h      12h      1 de la madrugada      2h      3h      4h      5h      6h      7 de la mañana (o más tarde)

77. ¿Con qué frecuencia hablas con tu(s) amigo(s) por teléfono, les envías mensajes de texto o contactas con ellos por Internet?

- Rara vez o nunca
- 1 o 2 días a la semana
- 3 o 4 días a la semana
- 5 o 6 días a la semana
- Todos los días

78. Si tuvieras que calificar la relación que tienes con tus amigos en general, ¿qué nota le pondrías?

*Señala una sola casilla teniendo en cuenta que 10 es la mejor relación posible y 0 la peor relación posible.*

<input type="checkbox"/>	10	Tengo <u>la mejor</u> relación posible con mis amigos
<input type="checkbox"/>	9	
<input type="checkbox"/>	8	
<input type="checkbox"/>	7	
<input type="checkbox"/>	6	
<input type="checkbox"/>	5	
<input type="checkbox"/>	4	
<input type="checkbox"/>	3	
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	1	
<input type="checkbox"/>	0	Tengo <u>la peor</u> relación posible con mis amigos

También queremos que nos cuentes cómo ocupas tu TIEMPO LIBRE:

79. ¿Cuántas horas al día sueles dedicar normalmente a ver la televisión (incluyendo videos y DVDs) en tu tiempo libre? *Por favor, rellena una casilla para los días entre semana y otra para los del fin de semana.*

Días entre semana	Días de fin de semana
<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Alrededor de media hora al día	<input type="checkbox"/> Alrededor de media hora al día
<input type="checkbox"/> Alrededor de 1 hora al día	<input type="checkbox"/> Alrededor de 1 hora al día
<input type="checkbox"/> Alrededor de 2 horas al día	<input type="checkbox"/> Alrededor de 2 horas al día
<input type="checkbox"/> Alrededor de 3 horas al día	<input type="checkbox"/> Alrededor de 3 horas al día
<input type="checkbox"/> Alrededor de 4 horas al día	<input type="checkbox"/> Alrededor de 4 horas al día
<input type="checkbox"/> Alrededor de 5 horas al día	<input type="checkbox"/> Alrededor de 5 horas al día
<input type="checkbox"/> Alrededor de 6 horas al día	<input type="checkbox"/> Alrededor de 6 horas al día
<input type="checkbox"/> Alrededor de 7 horas o más al día	<input type="checkbox"/> Alrededor de 7 horas o más al día

80. ¿Cuántas horas pasas aproximadamente cada día jugando con el ordenador o la consola (Playstation, Xbox, Nintendo DS, PSP, etc.) durante tu tiempo libre? *Marca una casilla para los días entre semana (de lunes a viernes) y otra casilla para los fines de semana.*

Días entre semana	Días de fin de semana
<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Alrededor de media hora al día	<input type="checkbox"/> Alrededor de media hora al día
<input type="checkbox"/> Alrededor de 1 hora al día	<input type="checkbox"/> Alrededor de 1 hora al día
<input type="checkbox"/> Alrededor de 2 horas al día	<input type="checkbox"/> Alrededor de 2 horas al día
<input type="checkbox"/> Alrededor de 3 horas al día	<input type="checkbox"/> Alrededor de 3 horas al día
<input type="checkbox"/> Alrededor de 4 horas al día	<input type="checkbox"/> Alrededor de 4 horas al día
<input type="checkbox"/> Alrededor de 5 horas al día	<input type="checkbox"/> Alrededor de 5 horas al día
<input type="checkbox"/> Alrededor de 6 horas al día	<input type="checkbox"/> Alrededor de 6 horas al día
<input type="checkbox"/> Alrededor de 7 horas o más al día	<input type="checkbox"/> Alrededor de 7 horas o más al día

**81. ¿Aproximadamente cuántas horas pasas normalmente al día usando el ordenador para chatear, navegar por internet, mandar e-mails, hacer tus deberes, etc. durante tu tiempo libre? Marca una casilla para los días entre semana y otra casilla para los fines de semana.**

Días entre semana	Días de fin de semana
<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Alrededor de media hora al día	<input type="checkbox"/> Alrededor de media hora al día
<input type="checkbox"/> Alrededor de 1 hora al día	<input type="checkbox"/> Alrededor de 1 hora al día
<input type="checkbox"/> Alrededor de 2 horas al día	<input type="checkbox"/> Alrededor de 2 horas al día
<input type="checkbox"/> Alrededor de 3 horas al día	<input type="checkbox"/> Alrededor de 3 horas al día
<input type="checkbox"/> Alrededor de 4 horas al día	<input type="checkbox"/> Alrededor de 4 horas al día
<input type="checkbox"/> Alrededor de 5 horas al día	<input type="checkbox"/> Alrededor de 5 horas al día
<input type="checkbox"/> Alrededor de 6 horas al día	<input type="checkbox"/> Alrededor de 6 horas al día
<input type="checkbox"/> Alrededor de 7 horas o más al día	<input type="checkbox"/> Alrededor de 7 horas o más al día

**82. ¿Cuáles de los siguientes tipos de actividades organizadas sueles practicar en tu tiempo libre? Se entiende por actividades organizadas aquellas que se realizan en un club deportivo (público o privado) o en otro tipo de club u organización. Por favor, marca una casilla para cada línea.**

	No realizo esta actividad	2-3 veces al mes o rara vez	Una vez a la semana aproximadamente	2 veces a la semana o más
1.Actividades deportivas organizadas (por ejemplo, fútbol, balonmano, baloncesto, hockey sobre hielo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Actividades físicas organizadas individuales (por ejemplo, natación, ciclismo, danza, kárate, atletismo, gimnasia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Actividades musicales y teatrales organizadas en grupo (por ejemplo, coro, orquesta/banda de música, grupo de teatro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.Actividades musicales organizadas individuales (por ejemplo, tocar un instrumento, recibir clases de música)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Organizaciones políticas (por ejemplo, actividades parlamentarias para la juventud)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.Actividades benéficas o de voluntariado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.Otras actividades organizadas en grupo (por ejemplo, actividades eclesióásticas, grupos de montañeros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**83. FUERA DEL HORARIO ESCOLAR: ¿Con qué frecuencia realizas alguna actividad física en tu tiempo libre que haga que llegues a sudar o te falte el aliento?**

- Todos los días
- De 4 a 6 veces por semana
- 2 o 3 veces por semana
- Una vez a la semana
- 2 veces al mes
- Menos de una vez al mes
- Nunca



**84. FUERA DEL HORARIO ESCOLAR: ¿Cuántas horas a la semana sueles realizar alguna actividad física que haga que llegues a sudar o te falte el aliento durante tu tiempo libre?**

- Ninguna
- Media hora aproximadamente
- 1 hora aproximadamente
- De 2 a 3 horas aproximadamente
- De 4 a 6 horas aproximadamente
- 7 horas ó más

**85. En la zona en la que vives, ¿existen...**

	Demasiados	Algunos	Ninguno
1. ...grupos de jóvenes que causan problemas (que actúan de forma antisocial)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...áreas llenas de desperdicios, basura o cristales esparcidos por el suelo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...edificios o viviendas en mal estado (en ruinas, con grandes grietas, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...adultos que causan problemas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**86. Por favor, señala cómo te hacen sentir las siguientes afirmaciones referidas a la zona en la que vives. Por favor, rellena una casilla por cada fila.**

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. La gente dice "¡hola!" y a menudo se detiene para hablar con otros en la calle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Resulta seguro para los niños/as más pequeños jugar fuera durante el día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se puede confiar en la gente de aquí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hay buenos lugares para invertir el tiempo libre (por ejemplo: parques, tiendas, centros de ocio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Podría pedir ayuda o un favor a los vecinos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. La mayoría de la gente de aquí tratarían de aprovecharse de ti si pudiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me siento seguro/a en la zona donde vivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**87. ¿Has tomado alguna vez cannabis (hachís o marihuana, "porros")? Por favor, rellena una casilla por cada fila.**

	Nunca	1-2 veces	3-5 veces	6-9 veces	10-19 veces	20-39 veces	40 ó más
1. En tu vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. En los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**88. ¿Has tomado una o varias de estas drogas en tu vida?**

	Nunca	1-2 veces	3-5 veces	6-9 veces	10-19 veces	20-39 veces	40 ó más
1. Drogas de diseño (éxtasis, pirula, LSD, ácido, tripi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Anfetaminas o speed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Opiáceos (heroína, metadona)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Medicamentos para colocarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pegamento o disolventes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Otras drogas ¿Cuáles? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**89. ¿A qué edad hiciste por primera vez las siguientes cosas? Si hay algo que no has hecho nunca, elige la categoría "Nunca".**

	Nunca	11 años o menos	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años o más
1. Beber alcohol (algo más que probarlo o dar un trago)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Emborracharte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fumar un cigarrillo (más que una calada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Otras drogas, distintas al cannabis, alcohol y tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**90. ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales completas? (algunas veces a esto se le llama "hacer el amor", "practicar sexo", "hacerlo todo" o "llegar hasta el final").**

- Sí
- No (*has terminado, pasa a la última página*)

91. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera relación sexual completa?

- No he tenido nunca relaciones sexuales completas
- 11 años o menos
- 12 años
- 13 años
- 14 años
- 15 años
- 16 años
- 17 años
- 18 años
- 19 años o más

92. La última vez que tuviste relaciones sexuales completas, ¿qué método utilizasteis - tú o tu pareja- para prevenir un embarazo?

- No he tenido nunca relaciones sexuales (*has terminado, pasa a la última página*)
- No utilizamos ningún método para prevenir un embarazo (*pasa a la pregunta 94*)

Por favor, rellena sí o no por cada fila.

	Sí	No
1. Píldoras (pastillas anticonceptivas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Preservativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. "Marcha atrás"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Algún otro método	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. No estoy seguro o no estoy segura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

93. La última vez que tuviste relaciones sexuales completas, ¿utilizasteis -tú o tu pareja- un preservativo?

- No he tenido nunca relaciones sexuales completas
- Sí
- No

94. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales completas en tu vida?

- No he tenido nunca relaciones sexuales completas
- 1 persona
- 2 personas
- 3 personas
- 4 personas
- 5 personas
- 6 o más personas

95. ¿Cuántas veces has estado embarazada o dejado a alguien embarazada? Señala solo una opción

- Nunca
- 1 vez
- 2 o más veces
- No estoy seguro o no estoy segura

96. ¿Has tomado alguna vez la "píldora del día después"?

- No, nunca
- Sí, 1 vez
- Sí, 2 veces
- Sí, 3 veces o más

**¡Muchas gracias por tu colaboración!**