

CUESTIONARIO:

YOURLIFE (C15)



En primer lugar queremos darte las **gracias** por ayudarnos en este estudio. Se trata de una encuesta internacional **anónima** online sobre afectividad, sexualidad y estilos de vida. Los datos obtenidos con esta encuesta servirán para conocer mejor a los jóvenes de tu edad en estos aspectos: conocimientos, actitudes, necesidades...

La encuesta es **ANÓNIMA**. **No tendrás que escribir tu nombre** en ella, lo cual quiere decir que nadie podrá saber en ningún momento a quién corresponden tus respuestas. Además, tus respuestas solo serán vistas por los investigadores, y nunca por tus padres, por tus profesores, ni por nadie de tu colegio o instituto.

La encuesta es **VOLUNTARIA**. Si no quieres contestarla, puedes irte de la sala ahora o en el momento en que lo estimes oportuno, o puedes esperar sin hacer nada hasta que los demás terminen. Ninguna de estas decisiones tendrá ninguna consecuencia para ti. Además, si no te sientes cómodo/a respondiendo a alguna pregunta, no te preocupes: puedes elegir la opción “**No quiero contestar**”, que estará disponible en cada una de las preguntas. Pero recuerda, por favor, que es importante para el proyecto reunir información lo más completa posible.

Te llevará unos 30 minutos contestar la encuesta.

Queremos animarte a participar, y darte las gracias en caso de que aceptes. A través de esta encuesta participarás en un proyecto internacional apoyado por miles de jóvenes en todo el mundo.

Hacer clic en “Siguiete” significará que aceptas participar en la encuesta.

¡Muchas gracias por tu colaboración!

En algunos casos, los números de pregunta no son consecutivos. Esto NO es un error: se debe a que hay preguntas que se hacen en algunos cuestionarios y no en otros, en función de las edades y de las finalidades del estudio.

© ICS

Cómo citar: Carlos S, Osorio A, Calatrava M, López-Del Burgo C, Ruiz-Canela M, de Irala J. [Project YOURLIFE \(What Young People Think and Feel about Relationships, Love, Sexuality and Related Risk Behavior\): Cross-sectional and Longitudinal Protocol](#). *Front Public Health*. 2018;05:22

1. Cómo contestar la encuesta

- Esta encuesta **no es un examen**. No te vamos a poner ninguna nota, así que te animamos a contestar las preguntas de la manera más sincera posible. Estas mismas preguntas se están usando también en otros países con culturas diferentes. Por eso, algunas preguntas pueden parecerle un poco extrañas o irrelevantes para tu vida diaria. En algunas preguntas, el hecho de que planteemos varias respuestas posibles no significa que todas ellas sean igualmente saludables o recomendables. Lo planteamos así porque en algunos lugares, y a ciertas edades, puede haber gente que se encuentre en las circunstancias descritas en esas respuestas. De todas formas, intenta contestar también a esas preguntas.
- En cada pregunta tienes varias opciones de respuesta. Marca **solo una casilla** por cada pregunta. Si es difícil elegir entre varias respuestas, marca la que **más se acerque** a lo que tú piensas o haces la mayoría de las veces.
- En diversos lugares te hacemos preguntas que hacen referencia a tus **padres**. Esas preguntas pueden aplicarse, según sea tu caso, a padres biológicos, padres adoptivos, tutores legales o, en general, las personas responsables de ti.

2. ¿Cuántos años tienes?

- 10 o menos
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25 o más
- No quiero contestar

3. ¿Eres varón o mujer?

- Varón
- Mujer
- No quiero contestar

4. El curso pasado:

- Suspendí alguna
- Aprobé todo
- Saqué buenas notas
- No quiero contestar

5. Responde por favor a estas preguntas sobre tecnologías.

	No	Sí	No sé	No quiero contestar
¿Tienes acceso a Internet en tu casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La red de tu casa, ¿tiene <u>filtro</u> (programa que no deja acceder a algunas páginas de Internet)? [Si no tienes red en casa, marca "NO"].	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sueles tener algún ordenador o tablet en tu habitación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes televisión <u>en tu habitación</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes videoconsola (PlayStation, Wii, PSP, Xbox o similar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. ¿Tienes smartphone/tablet etc. propio (tuyo)?

- No → *A la pregunta 9*
 Sí
 No quiero contestar → *A la pregunta 9*

7. Tu smartphone/tablet propia, ¿tiene datos móviles activados?

- No
 Sí
 No quiero contestar

9. Habitualmente, DE LUNES A JUEVES, ¿cuánto TIEMPO EN TOTAL (sumando esos 4 días) sueles dedicar aproximadamente a las siguientes actividades?

	Nada	Menos de 1 hora	Entre 1 y 2 horas	Entre 2 y 3 horas	Entre 3 y 4 horas	Entre 4 y 10 horas	Más de 10 horas	No quiero contestar
Estudiar y hacer la tarea (fuera del horario escolar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leer libros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ver revistas juveniles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ver la TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugar a video-juegos (consola, juegos de ordenador...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajar (recibiendo dinero a cambio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Atención. Esta pregunta es similar a la anterior, pero ahora se refiere al fin de semana. Habitualmente, DE VIERNES A DOMINGO, ¿cuánto TIEMPO EN TOTAL (sumando esos 3 días) sueles dedicar aproximadamente a las siguientes actividades?

	Nada	Menos de 1 hora	Entre 1 y 2 horas	Entre 2 y 3 horas	Entre 3 y 4 horas	Entre 4 y 10 horas	Más de 10 horas	No quiero contestar
Estudiar y hacer la tarea (fuera del horario escolar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leer libros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ver revistas juveniles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ver la TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugar a video-juegos (consola, juegos de ordenador...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajar (recibiendo dinero a cambio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. De los siguientes tipos de programas, ¿cuáles sueles ver habitualmente (al menos, una vez a la semana)?

	No	Sí	No quiero contestar
Noticias, Deportes, Programas culturales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telenovelas, series	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reality shows	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programas de variedades, concursos, humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Indica en qué grado estás de acuerdo con las siguientes situaciones.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No quiero contestar
Paso el tiempo distraídamente, mirando mi Smartphone, la tablet o el ordenador, incluso cuando podría estar haciendo cosas más productivas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paso más tiempo relacionándome con “amigos virtuales” del que paso con las personas que están físicamente a mi alrededor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Debería estar menos “enganchado” o “conectado” a algunos aparatos electrónicos como el móvil, la tablet o el ordenador.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paso el tiempo viendo o contestando e-mails, chats, tweets... a todas horas incluso interrumpiendo otras actividades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suelo sentirme incómodo cuando me dejo por descuido el móvil u otro aparato electrónico en casa, porque siento la necesidad de estar conectado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mientras como, suelo tener el móvil delante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. A CONTINUACIÓN NOS GUSTARÍA QUE NOS CUENTES CÓMO PASAS TUS RATOS LIBRES

14. ¿Tienes amigos para los momentos difíciles?

- No
 Sí
 No sé
 No quiero contestar

15. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia has realizado las siguientes actividades?

	Nunca	Menos de 1 día al mes	1-3 días al mes	1-2 días a la semana	3 o más días a la semana	No quiero contestar
Pasar el rato en la calle, en un parque, en la playa o en otros lugares públicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer algún deporte, ir al monte, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voluntariado (colaborar con alguna ONG, asociación benéfica, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer o asistir a actividades artísticas y formativas (música, pintura, teatro, cursos, charlas, catequesis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir a discotecas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar en centros comerciales, salas de juegos, billares, estadio de fútbol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunirte en un local donde sólo estáis el grupo de amigos/as, sin adultos presentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer actividades con tus padres (hacer deporte, salidas o excursiones, jugar a juegos de mesa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumar cigarrillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumir bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumir 5 o más bebidas alcohólicas en unas pocas horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumir porros, marihuana, cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumir otras drogas (cocaína, drogas de diseño, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ver material erótico o pornográfico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ver material erótico o pornográfico en el móvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. ¿Has realizado alguna vez estas actividades?

	No	Sí	No sé	No quiero contestar
¿Has enviado alguna vez imágenes de contenido sexual/erótico en las que aparezcas tú o alguna persona que conozcas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has pedido a alguien que te enviara alguna imagen suya de contenido sexual/erótico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has recibido imágenes de contenido sexual/erótico en las que aparezca alguna persona que conozcas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Crees que tus padres, o las personas responsables de ti...

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	No quiero contestar
... supervisan tus tareas escolares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... saben qué haces en el tiempo libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... te exigen cumplir un horario en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... limitan lo que gastas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... limitan el tiempo en que puedes ver la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... te dejan ver cualquier programa de televisión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... te controlan el uso del móvil, internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... te dejan ver cualquier cosa en internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... te controlan los libros y las revistas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Del dinero que habitualmente tienes (paga, dinero que ganas trabajando) ¿cuántos euros sueles gastar, de media, cada semana?

Escríbelo, por favor, en números.

19. ¿Es importante PARA TI lo que piensan TUS PADRES sobre los siguientes temas?

	Nada importante	Poco importante	Más o menos importante	Bastante importante	Muy importante	No quiero contestar
... fumar, tomar alcohol o drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... lo que haces en tu tiempo libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... temas de amor y sexualidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Atención. Esta pregunta es similar a la anterior, pero ahora se refiere a la importancia que das a lo que piensan tus amigos/as.

¿Es importante PARA TI lo que piensan TUS AMIGOS/AS sobre los siguientes temas?

	Nada importante	Poco importante	Más o menos importante	Bastante importante	Muy importante	No quiero contestar
... fumar, tomar alcohol o drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... lo que haces en tu tiempo libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... temas de amor y sexualidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. TAMBIÉN NOS INTERESA SABER DE DÓNDE CONSIGUES INFORMACIÓN SOBRE ALGUNOS TEMAS

22. Cuando quieres obtener información sobre temas relacionados con el amor y la sexualidad, ¿con qué frecuencia hablas o consultas con las siguientes fuentes?

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	No quiero contestar
Tu padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tu madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tus amigos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tu novio/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Algún/a profesor/a en quien confías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centros de atención a jóvenes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. ¿Has hablado con tus padres (padre, madre o ambos) acerca de los siguientes temas?

	Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Mucho	No quiero contestar
Cómo saber cuándo estaré preparado/a para tener relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si no quisiera tener relaciones sexuales, cómo decírselo a la persona con quien salga (“novio/a”)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cómo saber si la persona con la que salgo (“novio/a”) es la adecuada para construir un futuro juntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cómo manejar mejor mis sentimientos y afectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cómo manejar mejor mi impulso sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cómo distinguir entre atracción sexual, enamoramiento y amor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Atención. Esta pregunta es similar a la anterior, pero ahora se refiere a si te gustaría hablar más. Indica si te gustaría hablar más con tus padres sobre los siguientes temas:

	No	Sí	No quiero contestar
Cómo saber cuándo estaré preparado/a para tener relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si no quisiera tener relaciones sexuales, cómo decírselo a la persona con quien salga (“novio/a”)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cómo saber si la persona con la que salgo (“novio/a”) es la adecuada para construir un futuro juntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cómo manejar mejor mis sentimientos y afectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cómo manejar mejor mi impulso sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cómo distinguir entre atracción sexual, enamoramiento y amor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Indica si en el colegio/instituto te han explicado las siguientes cuestiones:

	Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Mucho	No quiero contestar
Los aspectos biológicos de la sexualidad (cambios en el cuerpo, funcionamiento del sistema reproductor, embarazo, sida...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los aspectos afectivos de la sexualidad (distinguir entre atracción, enamoramiento y amor; aprender a manejar los sentimientos,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Indica si piensas que en el colegio/instituto deberían hablaros más, o menos, sobre las siguientes cuestiones.

	Deberían hablarnos mucho menos	Deberían hablarnos menos	Me parece bien cuánto nos hablan	Deberían hablarnos más	Deberían hablarnos mucho más	No quiero contestar
Sobre los aspectos biológicos de la sexualidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sobre los aspectos afectivos de la sexualidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. ¿Piensas que TUS PADRES te transmiten mensajes a favor de que...?

	No	Sí	No quiero contestar
... si te casas, tu matrimonio dure toda la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... esperes a casarte para tener relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... puedes tener relaciones sexuales sin que eso implique ningún riesgo (“no pasa nada”)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... puedes tener relaciones sexuales para pasártelo bien, sin que haya compromiso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... uses preservativo si decides tener relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. ¿Piensas que EN TU COLEGIO/INSTITUTO te transmiten mensajes a favor de que...?

	No	Sí	No quiero contestar
... esperes a casarte para tener relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... puedes tener relaciones sexuales sin que eso implique ningún riesgo (“no pasa nada”)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... puedes tener relaciones sexuales para pasártelo bien, sin que haya compromiso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... uses preservativo si decides tener relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. ¿Piensas que TUS AMIGOS te transmiten mensajes a favor de que...?

	No	Sí	No quiero contestar
... esperes a casarte para tener relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... puedes tener relaciones sexuales sin que eso implique ningún riesgo (“no pasa nada”)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... puedes tener relaciones sexuales para pasártelo bien, sin que haya compromiso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... uses preservativo si decides tener relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. ¿Piensas que LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN te transmiten mensajes a favor de que...?

	No	Sí	No quiero contestar
... esperes a casarte para tener relaciones sexuales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... puedes tener relaciones sexuales sin que eso implique ningún riesgo (“no pasa nada”)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... puedes tener relaciones sexuales para pasártelo bien, sin que haya compromiso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... uses preservativo si decides tener relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. A CONTINUACIÓN, NOS GUSTARÍA CONOCER ALGO DE LO QUE TÚ SIENTES Y OPINAS ACERCA DEL AMOR Y LA SEXUALIDAD

A partir de ahora, por “relaciones sexuales” nos referimos a relaciones sexuales completas.

34. ¿Cuántos jóvenes de tu edad crees que han tenido relaciones sexuales?

	Nadie o casi nadie	Menos de la mitad	La mitad	Más de la mitad	Todos o casi todos	No quiero contestar
Jóvenes de tu edad de tu colegio/instituto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jóvenes de tu edad en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. ¿Cuál crees que es el riesgo de que ocurran las siguientes cosas en las personas que tienen relaciones sexuales **CON** preservativo?

	Nulo	Bajo o Medio	Alto o muy alto	No sé	No quiero contestar
De que se produzca un embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De infectarse con el virus del sida (VIH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Suponiendo que se usa siempre preservativo en las relaciones sexuales, valora el riesgo de contagiarse de una infección de transmisión sexual en las siguientes situaciones.

	Nulo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto	No quiero contestar
Tener una sola pareja en toda la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tener 2 o más parejas sexuales a lo largo de la vida (no simultáneamente, es decir, teniendo en cada momento una sola pareja estable a la que se es fiel durante ese tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tener 2 o más parejas sexuales a la vez (durante una misma temporada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. ¿Consideras importantes los siguientes aspectos a la hora de elegir pareja?

	Nada importante	Poco importante	Más o menos importante	Bastante importante	Imprescindible	No quiero contestar
Que me guste físicamente (que sea guapo/a, que tenga buen cuerpo...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que tenga dinero, moto, coche...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que sea solidario/a, que se preocupe por los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que sea inteligente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que sea sensible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que tenga sentido del humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que sea buen trabajador, buen estudiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que sea partidario/a de esperar al matrimonio antes de tener relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que ambos tengamos aficiones o intereses comunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que ambos tengamos principios similares en cuestiones importantes (valores, fe...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que yo vea que podré contar con él/ella en mis momentos difíciles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Atención. Esta pregunta es similar a la anterior, pero ahora se refiere a las prioridades del sexo opuesto al tuyo.

¿Crees que los jóvenes del sexo opuesto al tuyo consideran importantes los siguientes aspectos a la hora de elegir pareja?

	Nada importante	Poco importante	Más o menos importante	Bastante importante	Imprescindible	No quiero contestar
Que le guste físicamente (que sea guapo/a, tenga un buen cuerpo...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que tenga dinero, moto, coche...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que sea buena persona, solidario/a, leal, fiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que sea inteligente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que sea sensible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que tenga sentido del humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que sea buen trabajador, buen estudiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que sea partidario/a de esperar al matrimonio antes de tener relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que ambos tengan aficiones o intereses comunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que ambos tengan principios similares en cuestiones importantes (valores, fe...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que uno/a vea que podrá contar con la otra persona en sus momentos difíciles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. ¿Estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones?

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No quiero contestar
La paternidad/maternidad es un aspecto importante de la vida de una persona casada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el futuro me gustaría tener hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me parece bien que una pareja de jóvenes busque excitarse mutuamente con independencia de que lleguen a tener relaciones sexuales completas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El amor para siempre es posible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me gustaría encontrar un amor que dure para siempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las relaciones sexuales antes de casarte aumentan las posibilidades de que te vaya bien en tu matrimonio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para que el amor dure, es necesario que los dos estén dispuestos a sacrificarse el uno por el otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es bueno que un hombre posponga su primera relación sexual hasta estar preparado para hacerse responsable de una familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es bueno que una mujer posponga su primera relación sexual hasta estar preparado para hacerse responsable de una familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. ¿Estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones?

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No quiero contestar
En mi entorno me siento presionado/a para tener pareja (salir con alguien).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En mi entorno me siento presionado/a para tener relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si mi decisión fuera no tener relaciones sexuales por el momento, me considero preparado/a para hacérselo saber con claridad a la otra persona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tener relaciones sexuales es una necesidad que hay que satisfacer (como comer o dormir).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es mejor esperar a casarte para tener relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está bien que los jóvenes de mi edad tengan relaciones sexuales sólo por diversión, sin compromiso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los hombres son superiores a las mujeres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las mujeres son superiores a los hombres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En una pareja, lo que diga el chico es lo que se debería hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En una pareja, lo que diga la chica es lo que se debería hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una mujer y un hombre pueden trabajar igual de bien en cualquier profesión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En ocasiones está justificado que un chico pegue a su pareja (por ejemplo si su pareja le ha sido infiel, si le deja en ridículo ante otros o si no hace lo que él quiere).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En ocasiones está justificado que una chica pegue a su pareja (por ejemplo si su pareja le ha sido infiel, si le deja en ridículo ante otros o si no hace lo que ella quiere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En ocasiones está justificado tener relaciones sexuales aunque la otra persona diga que no quiere tenerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En ocasiones está justificado tener relaciones sexuales cuando la otra persona está demasiado borracha o drogada para decir si quiere o no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. ¿Has tenido alguna vez pareja (novio/a)?

- No → *A la pregunta 44*
- Sí
- No quiero contestar → *A la pregunta 44*

42. ¿A qué edad tuviste tu primera pareja (novio/a)?

- 10 o menos
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 No quiero contestar

43. En relación con las parejas que has tenido o con la que tienes actualmente, ¿con qué frecuencia te has encontrado en las siguientes situaciones?

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	No quiero contestar
Mi pareja tomaba muchas decisiones por mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me resultaba difícil estar sin mi pareja todo un día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He sentido que podía hacer cualquier cosa (locura) para evitar que mi pareja me dejara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me he sentido controlado/a, con falta de libertad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me he sentido asustado/a, con miedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me he sentido atrapado/a, sin poder dejar la relación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He sido insultado/a o humillado/a por él/ella delante de otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi pareja me dejaba de hablar (me ignoraba) durante varios días por algo que no le había gustado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi pareja me amenazaba con dejarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenía que decirle a menudo a mi pareja dónde estaba o qué hacía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi pareja no soportaba que hablase con personas del otro sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. ¿Has tenido relaciones sexuales? Recuerda por “relaciones sexuales” nos referimos a relaciones sexuales completas, con penetración.

- No
 Sí → *A la pregunta 47*
 No quiero contestar → *A la pregunta 58*

45. Si no has tenido relaciones sexuales, nos gustaría saber qué importancia han tenido las siguientes razones.

No tengo relaciones sexuales porque...

	Nada importante	Poco importante	Más o menos importante	Bastante importante	Muy importante	No quiero contestar
... prefiero esperar hasta conocer a la persona con la que compartiré mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... no quiero quedarme embarazada o dejar embarazada a una chica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... no quiero infectarme del virus del sida o de otras infecciones de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... no he encontrado a la persona adecuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mi(s) pareja(s) no ha(n) querido tenerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mis padres no estarían de acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... creo que no está bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... no soy económicamente estable/independiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... no estoy casado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... no tengo la edad adecuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... no me siento preparado/a para ello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor tus planes de futuro con respecto a cuándo tener relaciones sexuales?:

- Tengo intención de esperar hasta que me case. → *A la pregunta 58*
- Tengo intención de esperar hasta que me comprometa con alguien con quien voy a casarme más adelante. → *A la pregunta 58*
- Tengo intención de esperar hasta que encuentre a alguien a quien quiera. → *A la pregunta 58*
- Tengo intención de tener relaciones sexuales en cuanto se me presente la oportunidad. → *A la pregunta 58*
- No lo he pensado aún. → *A la pregunta 58*
- No quiero contestar → *A la pregunta 58*

47. Cuando tuviste tu primera relación sexual, ¿qué edad teníais tú y tu pareja?

	10 o menos	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20 o más	No quiero contestar
¿Qué edad tenías?	<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"/>
¿Qué edad tenía tu pareja?	<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"/>

48. ¿Usaste tú o tu pareja un preservativo (masculino o femenino) en esa primera relación sexual?

- No
- Sí → *A la pregunta 50*
- No me acuerdo → *A la pregunta 50*
- No quiero contestar → *A la pregunta 50*

49. Si no usaste un preservativo, ¿cuál fue la razón principal?

- Por falta de información (por ejemplo: no saber usarlo)
- No teníamos uno porque normalmente son difíciles de conseguir
- No tenía uno en ese momento porque la relación fue imprevista
- No quisimos usarlo (yo, mi pareja o ambos)
- Otra razón
- No quiero contestar

50. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia has utilizado preservativo en las relaciones sexuales?

- Nunca
- Ocasionalmente
- Aproximadamente la mitad de las veces
- Casi siempre
- Siempre
- No me acuerdo
- No he tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses
- No quiero contestar

51. ¿Con cuántas personas diferentes has tenido relaciones sexuales en tu vida?

- Con una sola persona
- Con 2 o 3 personas
- Con 4 personas o más
- No quiero contestar

52. Si has tenido relaciones sexuales, nos gustaría saber qué importancia han tenido las siguientes razones.

Tuve mi primera relación sexual porque...

	Nada importante	Poco importante	Más o menos importante	Bastante importante	Muy importante	No quiero contestar
... sentía un impulso físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...quería divertirme/pasar un buen rato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... la mayoría de mis amigos/as ya las tenían, no quería ser “diferente”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... creía que era normal para una persona de mi edad tener relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... quería saber cómo era, por curiosidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... quería expresarle mi amor a la otra persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... quería sentirme aceptado/a, apreciado/a por la otra persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... quería tenerle contento/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... quería “conseguir” a esa persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... pensaba que mi pareja (“novio/a”) podía dejarme si decía que no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mi pareja (“novio/a”) me dijo que me dejaría si decía que no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... había bebido alcohol, fumado marihuana o tomado alguna otra droga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... no supe decir que no a una persona que me estaba insistiendo en tenerla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... me “dejé llevar” por la excitación física del momento (un beso, etc.), sin que fuese nuestra intención inicial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... como consecuencia de haber estado viendo imágenes de sexo (fotos, videos, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Cuando tuviste tu primera relación sexual, ¿cuál de las siguientes situaciones tuvo lugar?

- Yo presioné bastante a la otra persona
- Yo presioné un poco a la otra persona
- No hubo presión por parte de ninguno de los dos
- La otra persona me presionó un poco
- La otra persona me presionó bastante
- No lo sé/No me acuerdo
- No quiero contestar

54. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor cómo surgió esa primera relación sexual?

- Fue completamente inesperado para mí
- Yo esperaba que sucedería pronto, pero no estaba seguro/a de cuándo sería
- Yo planeé de antemano que sucediera (pero no lo planeamos juntos)
- Lo planeamos juntos de antemano
- No lo sé/No me acuerdo
- No quiero contestar

55. En relación a tu primera relación sexual, queremos saber qué piensas sobre el momento de tu vida en el que ocurrió:

- Esperé demasiado: preferiría haber esperado MENOS
- Creo que fue el momento adecuado
- Fue demasiado pronto: preferiría haber esperado MÁS
- No lo sé
- No quiero contestar

56. En relación con tu actividad sexual, ¿te has sentido alguna vez de las siguientes formas?

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	No quiero contestar
Vacío/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Decepcionado/a (esperaba que fuera mejor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dependiente, "enganchado" a una persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dependiente, "enganchado" al sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. En tu opinión ¿cuándo empieza a existir una vida humana?

- En la fecundación (cuando se unen el óvulo y el espermatozoide)
- En la implantación (a los 15 días de la fecundación aproximadamente)
- En algún momento entre la implantación y el nacimiento
- Al nacer
- No sé / No estoy seguro/a
- No quiero contestar

59. ¿Estás de acuerdo con que una mujer aborte?

- No
- Sí, pero sólo en ciertas circunstancias
- Sí, siempre que ella lo quiera
- No sé
- No quiero contestar

60. AHORA NOS GUSTARÍA SABER ALGUNAS OTRAS COSAS SOBRE TI

61. ¿Cuántos hermanos/as tienes? (No te incluyas a ti mismo).

- Ninguno
 1
 2 o más
 No quiero contestar

62. Indica por favor con qué personas vives:

	No	Sí	No quiero contestar
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro adulto responsable de ti (tutor legal...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermano(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelo(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

63. ¿Cuál es el estado civil de tus padres? En caso de que alguno de ellos haya fallecido, indica la situación en que se hallaban cuando ambos vivían.

- Nunca se han casado (entre sí)
 Casados
 Separados/divorciados, pero ninguno se ha vuelto a casar ni tiene pareja estable
 Separados/divorciados, y al menos uno tiene pareja estable o se ha vuelto a casar
 Otros
 No quiero contestar

66. Señala con qué frecuencia las siguientes situaciones se aplican a tu vida.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	No quiero contestar
Suelo cenar con mis padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayudo en las tareas domésticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planifico las cosas que hago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Digo las cosas sin pensarlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hago las cosas sin pensarlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suelo terminar lo que empiezo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suelo ahorrar con regularidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67. Nos gustaría saber en qué medida consideras satisfactorias las siguientes relaciones:

	Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Mucho	Ha(n) fallecido	No quiero contestar
Considero satisfactoria la relación que mis padres mantienen entre ellos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Considero satisfactoria mi relación con mi madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Considero satisfactoria mi relación con mi padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. En general, tus padres:

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	No quiero contestar
Te dejan ver cualquier programa de televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con ellos te sientes consolado y apoyado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

69. Señala con qué frecuencia las siguientes situaciones se aplican a tu vida.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	No quiero contestar
Me gusta quedarme admirando de vez en cuando un paisaje de la naturaleza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me gusta hacerme preguntas a mí mismo sobre diferentes cosas de la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me gusta estar en silencio de vez en cuando sin ruidos ni aparatos electrónicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento libre en mi vida en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento querido/a por los demás (amigos, compañeros...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento contento/a con la vida que llevo en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En mi grupo de amigos puedo opinar sin miedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el colegio/instituto me siento aceptado/a por mis compañeros/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He padecido (o padezco) algún tipo de daño o agresión física o psicológica por parte de algún <u>compañero</u> de mi colegio/instituto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He padecido (o padezco) algún tipo de daño o agresión física o psicológica por parte de alguna persona <u>ajena</u> a mi colegio/instituto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

70. ¿Cuál es tu religión o creencia religiosa?

- No creo en Dios/No sé si Dios existe → *A la pregunta 84*
- Creo en Dios pero no pertenezco a ninguna religión concreta
- Católica
- Protestante / Evangélica
- Ortodoxa
- Otras religiones cristianas
- Islam
- Hinduismo
- Budismo
- Religiones étnicas
- Religión tradicional china (taoísmo, confucionismo)
- Sintoísmo
- Sijismo
- Judaísmo
- Otra
- No quiero contestar

71. Señala con qué frecuencia realizas las siguientes actividades:

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces al año	Alguna vez al mes	1 vez a la semana	Más de 1 vez a la semana	No quiero contestar
Acudir a la iglesia/templo de tu religión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rezar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

72. ¿Estás de acuerdo con la siguiente frase: “mi fe es una influencia importante en mi vida y estoy dispuesto/a tenerla en cuenta en mis decisiones”?

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No quiero contestar
¿Estás de acuerdo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

84. Las siguientes 6 preguntas son las últimas.

Las usaremos para emparejar tus respuestas actuales a este cuestionario con tus respuestas a un futuro cuestionario (si tu colegio/instituto vuelve a participar, y si tú vuelves a participar también). Si tus respuestas de hoy a estas preguntas coinciden con las que des dentro de 2 años, sabremos que vienen de la misma persona, sin conocer tu identidad.

Queremos hacer esto sin saber quién eres. Por eso no te preguntamos tu nombre, ni ninguna pregunta que pueda identificarte. Tu anonimato es importante para nosotros.

85. Indica cuál es la mascota de mayor tamaño que has tenido en tu infancia antes de comenzar la ESO:

- Ninguna
- Araña o insecto
- Conejo
- Gato
- Hámster o cobaya
- Pájaro
- Perro
- Pez, tortuga pequeña
- Lagartija, iguana, otro reptil
- Otro
- No quiero contestar

86. De los lugares de vacaciones donde has estado en tu infancia antes de comenzar la ESO, indica de cuál guardas mejor recuerdo:

- Ninguno
- Campo, montaña, pueblo
- Camping
- Playa
- Parque de atracciones / temático / acuático
- Otro
- No quiero contestar

87. ¿Cuál es el alimento que más odiabas en tu infancia antes de comenzar la ESO?

- No odiaba ningún alimento
- Coliflor o brócoli o coles de Bruselas.
- Verduras en general o frutas
- Cebolla
- Seso, hígado o riñones
- Pescado
- Queso
- Champiñones
- Tomate o judías verdes
- Otro
- No quiero contestar

88. De los siguientes deportes, indica cuál es el que más te gustaba al comenzar la ESO.

Si el que más te gustaba no aparece en la lista, elige por favor tu siguiente deporte preferido (hemos omitido el fútbol a propósito, porque sería una respuesta elegida con demasiada frecuencia).

- Baloncesto
- Balonmano
- Equitación
- Esquí o snowboard
- Gimnasia, danza o atletismo
- Golf
- Ciclismo
- Natación o waterpolo
- Tenis, squash, otro deporte de raqueta
- Voleibol o beisbol
- Patinaje
- No me gusta ninguno de esos deportes
- No quiero contestar

89. ¿Cuál era tu color favorito al comenzar la ESO?

- Ninguno
- Blanco
- Gris
- Negro
- Marrón
- Rojo
- Rosa
- Naranja
- Amarillo
- Verde
- Azul
- Violeta
- Otro
- No quiero contestar

90. ¿Cuál era tu número favorito al comenzar la ESO?

- Ninguno
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- Otro
- No quiero contestar

TE AGRADECEMOS QUE HAYAS QUERIDO COMPARTIR CON NOSOTROS ESTA INFORMACIÓN.

Por último, queremos que sepas que, aunque te hemos preguntado en el cuestionario si has tenido relaciones sexuales, y otras cuestiones que pueden estar relacionadas con la salud, esto no significa que se espera que los adolescentes realicen estas actividades. Las preguntas solamente se hacen por necesidades del estudio.

¡Muchas gracias por participar!

© ICS

Cómo citar: Carlos S, Osorio A, Calatrava M, López-Del Burgo C, Ruiz-Canela M, de Irala J. [Project YOURLIFE \(What Young People Think and Feel about Relationships, Love, Sexuality and Related Risk Behavior\): Cross-sectional and Longitudinal Protocol](#). *Front Public Health*.

2018;05:22