

## 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; y 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.

La encuesta es **VOLUNTARIA**. Si no deseas contestarla, puedes dejar la computadora ahora o en el momento en que quieras y esperar sin hacer nada hasta que los demás terminen. O, incluso si te lo permite tu profesor, puedes salir del salón. 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.

Contestar la encuesta te tomará 30 minutos, más o menos.

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

Darle click a "Siguiete" significa 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*. 2016;11:04

## 1. Cómo contestar la encuesta

- Esta encuesta **no es un examen**. No te vamos a poner ninguna nota o calificación, 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 presentemos 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, es mejor que intentes 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 o representantes legales, apoderados 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 o más
- No quiero contestar

## 3. ¿Eres varón o mujer?

- Varón
- Mujer
- No quiero contestar

## 4. El curso pasado:

- No aprobé alguna materia
- Aprobé todas
- Saqué buenas notas o calificaciones
- No quiero contestar



**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 o los deberes (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 (en una consola o en la computadora)	<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 la computadora, 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 teléfono móvil (celular), la tablet o la computadora.	<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 teléfono móvil (celular) 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 teléfono móvil (celular) 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, salir al campo, 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 estás solo con 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 (tabaco)	<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"/>
Fumar marihuana o 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 teléfono móvil (celular)	<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 o deberes 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 teléfono móvil (celular), 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 (dinero que te dan tus padres o que ganas trabajando) ¿cuánto sueles gastar, en promedio, cada semana?**

Escríbelo, por favor, en **números**, y pensando en la moneda oficial de tu país.

**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 consumir 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 consumir 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**



**28. Indica si piensas que en el colegio deberían hablarles 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 pasarla 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 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 pasarla 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 pasarla 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 pasarla 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, con penetración.







**40. ¿Estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones?**

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No quiero contestar
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"/>
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"/>
En mi entorno me siento presionado/a para tener pareja (salir con alguien, tener enamorado/a).	<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"/>
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 varón 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 mujer 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"/>

**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 quedar 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 tenías? ¿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
- No me acuerdo
- No quiero contestar

**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 1 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", "enamorado/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", "enamorado/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 consumido 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 se dio 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. Sobre tu primera relación sexual, qué piensas acerca del 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 chica 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**





**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"/>
Te consuelan y apoyan cuando lo necesitas	<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 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 algún tipo de daño o agresión física o psicológica por parte de algún <u>compañero</u> de mi colegio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He padecido algún tipo de daño o agresión física o psicológica por parte de alguna persona <u>ajena</u> a mi colegio	<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
- Religión étnica
- 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. Indica cuál es la mascota de mayor tamaño que has tenido en tu infancia antes de comenzar la Secundaria o Educación Media:**

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

**85. De los lugares de vacaciones donde has estado en tu infancia antes de comenzar la Secundaria o Educación Media, indica de cuál guardas mejor recuerdo:**

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

**86. ¿Cuál es el alimento que más odiabas en tu infancia antes de comenzar la Secundaria o Educación Media?**

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

**87. De los siguientes deportes, indica cuál es el que más te gustaba al comenzar la Secundaria o Educación Media.**

Si el que más te gustaba no aparece en la lista, elige por favor tu siguiente deporte preferido.

- Básquetbol
- Handball
- Equitación
- Rugby
- Gimnasia, danza o atletismo
- Fútbol americano
- Ciclismo
- Natación o waterpolo
- Tenis, squash, otro deporte de raqueta
- Voleibol o Béisbol/Softball
- Patinaje
- No me gusta ninguno de esos deportes
- No quiero contestar

**88. ¿Cuál era tu color favorito al comenzar la Secundaria o Educación Media?**

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

**89. ¿Cuál era tu número favorito al comenzar la Secundaria o Educación Media?**

- 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 CONTESTAR ESTA ENCUESTA.**

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*. 2016;11:04