



CUESTIONARIO:

ESTILOS DE VIDA Y RELACIONES PERSONALES

(C13)

Queremos darte las **gracias** por ayudarnos en este estudio. Se trata de un estudio internacional para conocer mejor a los jóvenes de tu edad.

Esta encuesta es **ANÓNIMA**. **No tienes que escribir tu nombre**. Nadie podrá saber a quién corresponden las respuestas.

La encuesta es **VOLUNTARIA**. Si no quieres contestarla, puedes salir de la sala cuando quieras, o puedes esperar sin responderla hasta que los demás terminen. Ninguna de estas decisiones tendrá consecuencias para ti. Si no te sientes cómodo/a respondiendo a alguna pregunta puedes elegir la opción “No quiero contestar”.

Esta encuesta **NO ES UN EXAMEN**. No te vamos a poner nota, así que te animamos a contestar de la manera más sincera posible. Marca **solo una casilla de respuesta** por cada pregunta. Si es difícil elegir la respuesta, marca la que **más se acerque** a lo que piensas o haces la mayoría de las veces.

En algunas preguntas las respuestas no son igualmente saludables o recomendables. Las ponemos porque puede haber personas que se encuentren en esas circunstancias. También algunas preguntas pueden parecerle un poco “extrañas” para tu entorno (se están usando en otros países con culturas diferentes). Aun así, intenta contestarlas lo mejor que puedas.

Algunas preguntas hacen referencia a tus **padres**. Esas preguntas pueden aplicarse, según sea tu caso, a padres biológicos, adoptivos, tutores legales u otras personas responsables de ti.

Te llevará unos 20-30 minutos contestar la encuesta.

Hacer clic en “Siguiente” 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*.

2019;05:21

101. ¿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

102. ¿Cuál es tu sexo?

- Masculino
- Femenino
- No quiero contestar

103. El curso pasado:

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

170. Por favor pon una cruz en el cuadro que creas que corresponde a cada una de las preguntas. Por favor, responde a las preguntas según como te han ido las cosas en los últimos seis meses.

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto	No quiero contestar
Soy inquieto/a, hiperactivo/a, no puedo permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy todo el tiempo moviéndome, me muevo demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pienso las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termino lo que empiezo, tengo buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

104. ¿A qué edad tuviste tu primer teléfono móvil (propio)?

Consumir otras drogas (cocaína, anfetaminas, éxtasis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

109. En los últimos 12 meses, ¿has realizado alguna vez estas actividades?

		No	Sí sé	No quiero contestar
Enviar alguna vez imágenes de contenido erótico/sexual en las que aparezcas tú	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enviar imágenes de contenido erótico/sexual en las que aparezca alguien que conoces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibir imágenes de contenido erótico/sexual en las que aparezca alguien que conoces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pedir a alguien que te envíe alguna imagen suya de contenido erótico/sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

110. En los últimos 12 meses, ¿has visto pornografía (vídeos o fotos)?

- 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

111. ¿Cuánto dinero sueles gastar, de media, cada semana para tus gastos personales?

112. Estas preguntas tienen que ver con pensamientos y sentimientos sobre ti mismo/a y las relaciones personales con otros. Decide si son ciertas o no en relación a ti, en una escala del 0 (nada cierto) al 5 (totalmente cierto).

	Nada cierto 0	1	2	3	4	Totalmente cierto 5	No quiero contestar
La gente suele decirme que soy excesivamente emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo dificultades para expresar mis sentimientos a las personas que me importan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo me siento cohibido/a cuando estoy con mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando alguien cercano a mí me desilusiona, me alejo de él/ella por un tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiendo a distanciarme cuando la gente se acerca demasiado a mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi pareja (o mi mejor amigo/a) no toleraría que expresase mis verdaderos sentimientos sobre algunas cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A veces mis sentimientos me desbordan y tengo problemas para pensar con claridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

113. Continuamos con las preguntas sobre ti mismo/a y las relaciones personales con otros

	Nada cierto 0	1	2	3	4	Totalmente cierto 5	No quiero contestar
Con frecuencia me siento incómodo/a cuando la gente se acerca demasiado (físicamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy preocupado por perder mi independencia en las relaciones personales más cercanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soy excesivamente sensible a la crítica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con frecuencia siento que mi mejor amigo/a (o mi pareja) quiere demasiado de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si he tenido una discusión con mi mejor amigo/a (o mi pareja) tiendo a pensar en ello todo el día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando una de mis relaciones personales es muy intensa siento la necesidad de alejarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si alguien está enfadado/a o entristecido/a conmigo, no soy capaz de dejarlo pasar fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

114. Terminamos ya con las preguntas sobre ti mismo/a y las relaciones personales con otros

	Nada cierto 0	1	2	3	4	Totalmente cierto 5	No quiero contestar
Fácilmente soy herido/a por otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con frecuencia me pregunto sobre qué tipo de impresión creo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalmente cuando las cosas van mal, hablar de ellas lo hace peor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivo las cosas más intensamente que otros/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si mi mejor amigo/a (o mi pareja) me diese el espacio que necesito, nuestra relación personal podría ser mejor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las discusiones con mis padres o hermanos/as consiguen hacerme sentir fatal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A veces me encuentro físicamente mal después de un desacuerdo con mi mejor amigo/a (o mi pareja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando estoy enfadado/a, pierdo el control sobre mi comportamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

115. Indica con qué frecuencia has estado en alguna de estas situaciones:

	Nunca 0	1	2	3	4	5	Muy a menudo 6	No quiero contestar
He sufrido algún tipo de daño o agresión física o psicológica (me han insultado, golpeado, me han hecho el vacío...) por parte de alguien de mi colegio/instituto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He ejercido/provocado algún tipo de daño o agresión física o psicológica (he insultado, golpeado, he hecho el vacío...) a alguien de mi colegio/instituto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

120. Indica TU OPINIÓN PERSONAL sobre las siguientes afirmaciones (desde un mínimo de 0: “totalmente en desacuerdo” hasta un máximo de 6: “totalmente de acuerdo”).

	Totalmente en desacuerdo 0	1	2	3	4	5	Totalmente de acuerdo 6	No quiero contestar
No es propio de los hombres encargarse de las tareas del hogar (limpieza, cocina, ropa...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un hombre y una mujer 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las madres sólo deberían trabajar en casa (tareas del hogar, cuidado de hijos...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los hombres son incapaces de controlar su impulso sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las mujeres son incapaces de controlar sus emociones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En una pareja, se debería hacer lo que diga el chico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los hombres y las mujeres son iguales en dignidad/valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

121. ¿Cómo de importantes consideras TÚ los siguientes aspectos a la hora de elegir pareja/“salir con alguien”? (nos referimos a tener una relación sentimental “especial” con alguien, distinta a la que tienes con otros amigos/as).

	Nada importante 0	1	2	3	4	5	Muy importante 6	No quiero contestar
Que sea guapo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que tenga buen cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que sea responsable, buen estudiante o trabajador/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que quiera 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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que pueda contar con él/ella en los momentos difíciles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

123. ¿Tienes pareja/“sales con alguien”? (recuerda que nos referimos a si tienes una relación sentimental “especial” con alguien, distinta a la que tienes con otros amigos/as)

- No, nunca he tenido pareja → *A la pregunta 150*
- Ahora no, pero he tenido pareja/he salido con alguien antes
- Sí
- No quiero contestar → *A la pregunta 150*

124. Responde a las siguientes preguntas pensando en la relación de pareja (pasada o actual) más conflictiva que hayas tenido. Si crees que ninguna ha sido conflictiva, piensa en la más importante para ti.

125. ¿Cuánto tiempo llevas saliendo o estuviste saliendo aproximadamente con esa pareja?

- Menos de 1 mes
- 1 mes
- 2-3 meses
- 4-5 meses
- 6 meses o más
- No quiero contestar

126. Tu pareja era/es:

- Chico
- Chica
- No quiero contestar

127. ¿Qué edad teníais cuando empezasteis a salir juntos como pareja?

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

128. ¿Con qué frecuencia has tenido o tienes los siguientes sentimientos con tu pareja?

	Nunca 0	1	2	3	4	5	Muy a menudo 6	No quiero contestar
Te has sentido asustado/a, con miedo de 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"/>
Te has 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te has 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

129. Indica cuánto te molestarían las siguientes situaciones (desde 0:“nada” hasta 6:“mucho”)

	Nada 0	1	2	3	Mucho 4	No quiero 5 contestar
Que mi pareja confiara en otras personas aparte de mí. Que mi pareja prestara atención a otras personas además de prestármela a mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que mi pareja ligara/tonteara con otra persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que mi pareja abrazara a alguien más tiempo de lo normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que otra persona le prestara atención a mi pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que otra persona abrazara a mi pareja más tiempo de lo normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

130. Señala con qué frecuencia TU PAREJA tiene o ha tenido alguno de estos comportamientos contigo:

	Nunca 0	1	2	3	4	5	Muy a menudo 6	No quiero contestar
Te grita, insulta o critica (en persona, por el móvil, por redes sociales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No te deja hablar o ver a tu familia o amigos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te llama o manda mensajes continuamente para controlar qué haces, dónde o con quién estás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te amenaza con dejarte cuando discutís	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te amenaza con hacerte daño si le dejas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impone las reglas (horarios, salidas, etc.) sobre vuestra relación sin contar con tu opinión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha revisado tu móvil sin tu permiso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controla lo que haces en las redes sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

132. Ahora, señala con qué frecuencia TÚ tienes o has tenido alguno de estos comportamientos con tu pareja:

	Nunca 0	1	2	3	4	5	Muy a menudo 6	No quiero contestar
Le gritas, le insultas o le criticas (en persona, por el móvil, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No le dejas hablar o ver a su familia o amigos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le llamas o mandas mensajes continuamente para controlar qué hace, dónde o con quién está.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le amenazas con dejarle cuando discutís	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le amenazas con hacerle daño si te deja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impones las reglas (horarios, salidas, etc.) sobre vuestra relación sin contar con su opinión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has revisado su móvil sin su permiso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controlas lo que hace en las redes sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

150. AHORA NOS GUSTARÍA SABER ALGUNAS OTRAS COSAS SOBRE TU FAMILIA

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

- Ninguno
- 1
- 2
- 3 o más
- No quiero contestar

152. ¿Con quién vives en tu casa?

	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"/>
Otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

153. Tus padres... (en caso de que alguno de ellos haya fallecido, indica la situación en que se hallabancuando ambos vivían)

- Viven juntos pero nunca se han casado entre sí
- Están casados
- Están separados/divorciados, pero ninguno se ha vuelto a casar ni tiene pareja estable
- Están separados/divorciados, y al menos uno tiene pareja estable o se ha vuelto a casar
- No sé
- No quiero contestar

154. ¿Cuál es el nivel de estudios más alto que ha completado tu padre?

- Sin estudios
- Educación Primaria (o equivalente: EGB...): hasta los 12/14 años
- Educación Secundaria (ESO, Bachillerato, FP grado medio, BUP, COU...): hasta los 16/18 años
- Estudios superiores no universitarios (FP superior)
- Estudios universitarios de Grado (Diplomatura, Licenciatura)
- Estudios universitarios de Posgrado (Máster, Doctorado)
- No sé
- No quiero contestar

155. ¿Cuál es el nivel de estudios más alto que ha completado tu madre?

- Sin estudios
- Educación Primaria (o equivalente: EGB...): hasta los 12/14 años
- Educación Secundaria (ESO, Bachillerato, FP grado medio, BUP, COU...): hasta los 16/18 años
- Estudios superiores no universitarios (FP superior)
- Estudios universitarios de Grado (Diplomatura, Licenciatura)
- Estudios universitarios de Posgrado (Máster, Doctorado)
- No sé
- No quiero contestar

156. Nos gustaría saber cómo son tus padres contigo. Indica con qué frecuencia:

	Nunca 0	1	2	3	4	5	Muy a menudo 6	No quiero contestar
Tus padres te ayudan cuando te sientes inseguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tus padres se esfuerzan por estar contigo y ayudarte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tus padres te limitan el tiempo que puedes ver la TV, jugar a videojuegos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tus padres te limitan el dinero que gastas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tus padres te controlan los libros y las revistas que lees	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tus padres te controlan el uso del móvil, tablet, internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sientes que a tus padres les interesan tus cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sientes apoyado y consolado por tus padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

157. Indica con qué frecuencia tus padres te enseñan o animan a...

	Nunca 0	1	2	3	4	5	Muy a menudo 6	No quiero contestar
... tener iniciativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... expresar tu opinión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... escuchar las ideas de los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mejorar, lograr tus objetivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... no dar información personal (tuya, de tus familiares o amigos/as) a otras personas a través de Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... no hablar en público de cosas que conoces de tus amigos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... no sacar fotos, grabar conversaciones o publicar en Internet cosas de otras personas sin su permiso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... no mentir ni fingir en los chats o en las redes sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

158. ¿Cuál es tu religión o creencia religiosa?

- No creo en Dios / No sé si Dios existe → *A la pregunta 161*
- Creo en Dios pero no pertenezco a ninguna religión concreta → *A la pregunta 161*
- Católica
- Protestante / Evangélica
- Ortodoxa
- Otras religiones cristianas
- Islam
- Hinduismo
- Budismo
- Religiones étnicas
- Religión tradicional china (taoísmo, confucianismo)
- Sintoísmo
- Sijismo
- Judaísmo
- Otra
- No quiero contestar

159. Señala con qué frecuencia:

	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
Acudes 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"/>
Rezas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

160. ¿Estás de acuerdo con esta frase: “mi fe es una influencia importante en mi vida y estoy dispuesto/atenerla en cuenta en mis decisiones”?

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Neutral
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo
- No quiero contestar

161. Las últimas 7 preguntas te las hacemos por razones administrativas. Intenta responderlas lo mejor posible.

162. ¿Cuál es la mascota de mayor tamaño que tuviste en tu infancia, antes de comenzar la ESO?

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

163. De los lugares de vacaciones donde estuviste en tu infancia antes de comenzar la ESO, ¿de cuál guardas mejor recuerdo?

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

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

- No odiaba ningún alimento
- Alguna hortaliza o verdura
- Alguna fruta
- Alguna carne
- Seso, hígado o riñones
- Algún pescado o marisco
- Queso, leche o yogur
- Legumbres (lentejas, garbanzos o alubias)
- Alguna sopa o puré
- Otro
- No quiero contestar

165. Escribe la inicial del nombre de tu mejor amigo/a en tu infancia, antes de comenzar la ESO (solo la primera letra):

166. De los siguientes deportes, ¿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 ballet
- Atletismo
- Natación o waterpolo
- Tenis, squash, otro deporte de raqueta
- Voleibol
- Béisbol
- Patinaje
- No me gusta ninguno de esos deportes
- No quiero contestar

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

- Blanco
- Rojo
- Rosa
- Naranja
- Amarillo
- Verde
- Azul
- Violeta
- Otro/Ninguno
- No quiero contestar

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

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Otro/Ninguno
- No quiero contestar

¡MUCHAS GRACIAS POR PARTICIPAR!

Te agradecemos que hayas querido compartir con nosotros esta información.

Aunque te hemos preguntado sobre algunas actividades que pueden tener riesgos para tu salud (beber alcohol, tomar drogas, etc.), eso no significa que los adolescentes hayan de realizar estas actividades. Las preguntas de esta encuesta se hacen solamente por necesidades de la investigación.

© 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*.

2019;05:21