

## CUESTIONARIO:



### ***ESTILOS DE VIDA Y RELACIONES PERSONALES (C15/C17)***

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"/>



**108. En los últimos 12 meses, ¿has consumido las siguientes sustancias?**

	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
Fumar cigarrillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumar porros o consumir cannabis, marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beber alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumir más de 5 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 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	No 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?**











**122. A continuación, nos gustaría conocer tu grado de acuerdo con 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
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si mi decisión fuera no tener relaciones sexuales por el momento, me considero preparado/a para decírselo con claridad a la otra persona.	<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 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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A veces está justificado pegar a tu pareja si hace algo que te enfada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A veces está justificado tener relaciones sexuales aunque la otra persona diga que no quiere tenerlas (por ejemplo si había empezado a acariciarte o besarte).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A veces está justificado tener relaciones sexuales cuando la otra persona está demasiado borracha/drogada para decir si quiere o no (por ejemplo si había empezado a acariciarte o besarte).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si se usa siempre preservativo en cada relación sexual es imposible contagiarse de una infección de transmisión 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"/>
Si se usa siempre preservativo en cada relación sexual es imposible quedarse embarazada.	<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 134*
- Ahora no, pero he tenido pareja/he salido con alguien antes
- Sí
- No quiero contestar → *A la pregunta 134*

**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





**133. Continuamos con los comportamientos que TÚ tienes o has tenido con tu pareja:**

	Nunca 0	1	2	3	4	5	Muy a menudo 6	No quiero contestar
Le has amenazado con herirle, hacerle daño o lanzarle algún objeto	<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 has golpeado, dado patadas, tirado del pelo o lanzado algún objeto	<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 has agarrado o empujado con fuerza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estropeas o amenazas con destrozar objetos muy queridos por ella/él	<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 obligas a enviarte fotos o vídeos de ella/él de contenido erótico/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"/>
Le envías fotos o vídeos de ti de contenido sexual aunque te haya dicho que no quiere recibirlas	<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 dices que le dejarás si no tiene relaciones sexuales u otros actos de tipo sexual contigo	<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 tocas partes de su cuerpo de manera sexual aunque te diga que no quiere	<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 obligas a realizar actos de tipo 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"/>
Te aprovechas de que haya bebido alcohol o tomado drogas para tener relaciones sexuales o realizar otros actos de tipo sexual con ella/él	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**134. A partir de ahora, por “relaciones sexuales” nos referimos a relaciones sexuales en las que hay penetración.**

**135. ¿Cuántos jóvenes de tu edad crees que ya han tenido relaciones sexuales?**

- Nadie o casi nadie
- Menos de la mitad
- La mitad
- Más de la mitad
- Todos o casi todos
- No sé
- No quiero contestar

**136. ¿Has tenido relaciones sexuales? Por “relaciones sexuales” nos referimos a relaciones sexuales completas, con penetración.**

- No
- Sí → A la pregunta 139
- No quiero contestar → A la pregunta 150

**137. Si no has tenido relaciones sexuales, ¿qué importancia tienen para ti las siguientes razones?**

	Nada importante 0	1	2	3	4	5	Muy importante 6	No quiero contestar
... no tengo la edad adecuada	<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 me siento preparado/a para ello	<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 he encontrado a la persona adecuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... prefiero esperar a estar casado/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"/>
... 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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... no soy económicamente independiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**138. ¿Cuál de las siguientes respuestas describe mejor tus planes de futuro sobre tener relaciones sexuales?**

- Tengo intención de esperar hasta que me case. → *A la pregunta 150*
- Tengo intención de esperar hasta que me comprometa con alguien con quien me vaya a casar → *A la pregunta 150*
- Tengo intención de esperar hasta que encuentre a alguien a quien quiera. → *A la pregunta 150*
- Tengo intención de tener relaciones sexuales en cuanto se me presente la oportunidad. → *A la pregunta 150*
- No lo he pensado aún. → *A la pregunta 150*
- No quiero contestar → *A la pregunta 150*

**139. Cuando tuviste tu primera relación sexual, ¿qué edad tenáis 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 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"/>

**140. ¿Usasteis un preservativo en esa primera relación sexual?**

- No
- Sí → *A la pregunta 142*
- No me acuerdo → *A la pregunta 142*
- No quiero contestar → *A la pregunta 142*

**141. 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

**142. ¿Hubo presión para tener tu primera relación sexual?**

- No hubo presión por parte de ninguno de las dos para tener la relación
- Sí, yo presioné a la otra persona para tener la relación
- Sí, la otra persona me presionó para tener la relación
- No lo sé/No me acuerdo
- No quiero contestar

**143. ¿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

**144. ¿Qué piensas sobre el momento de tu vida en el que ocurrió tu primera relación sexual?**

- 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

**145. Tras tu primera relación sexual, indica si te sentiste...**

	No	Sí	No sé	No quiero contestar
... querido/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... satisfecho/a sexualmente (tuve placer físico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... vacío/a	<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"/>
... decepcionado/a (esperaba que fuera mejor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**146. ¿Qué importancia han tenido para ti las siguientes razones para tener tu primera relación sexual?**

	Nada importante 0	1	2	3	4	5	Muy importante 6	No quiero contestar
Sentí un impulso físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creía que era normal para alguien de mi edad 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"/>
Quería saber cómo era (por curiosidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quería tener contento/a a la otra persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No supe decir que no a la 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me “dejé llevar” por la excitación física del momento (un beso, caricia, etc.), sin que fuese mi intención inicial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 tras estar viendo imágenes de sexo/pornografía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**147. Indica si en alguna relación sexual la otra persona te hizo algo violento que no te gustaba:**

- Nunca me ha pasado
- Me ha pasado, y todas las veces le dije a la persona con quien tenía la relación que no me gustaba lo que me hacía
- Me ha pasado, y alguna vez no me atreví a decirle a la persona con quien tenía la relación que no me gustaba lo que me hacía
- No quiero contestar

**148. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia has utilizado preservativo en tus relaciones sexuales?**

- Nunca
- Pocas veces
- 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

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

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 o más
- No me acuerdo
- No quiero contestar

**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 hallaban cuando 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







**160. ¿Estás de acuerdo con esta 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

**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, tener relaciones sexuales, 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