

CUESTIONARIO:



AFECTIVIDAD Y ESTILOS DE VIDA (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 tenés que escribir tu nombre**. Nadie podrá saber a quién corresponden las respuestas.

La encuesta es **VOLUNTARIA**. Si no querés contestarla, podés salir de la sala cuando quieras, o podés esperar sin responderla hasta que los demás terminen. Ninguna de estas decisiones tendrá consecuencias para vos. Si no te sentís cómodo/a respondiendo a alguna pregunta podés 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. Marcá **solo una casilla de respuesta** por cada pregunta. Si es difícil elegir la respuesta, marcá la que **más se acerque** a lo que pensás o hacés 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, intentá contestarlas lo mejor que podás.

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 vos.

Te llevará unos 20 minutos contestar la encuesta.

Hacer clic en “Siguiente” significará que aceptás 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 tenés?

- 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:

- Me aplazaron en alguna materia
 Aprobé todo
 Saqué buenas notas
 No quiero contestar

170. Por favor coloca una cruz en el cuadro que creas que mejor responde a cada una de las preguntas: No es cierto, Un tanto cierto, Absolutamente cierto. Es importante que respondas a todas las preguntas lo mejor que puedas, aunque no estés completamente seguro/a de la respuesta, o te parezca una pregunta rara. Por favor, responde a las preguntas pensando como fueron tus 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 celular (propio)?

- No tengo móvil → *A la pregunta 106*
- 7 o menos
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16 o más
- No quiero contestar → *A la pregunta 106*

105. Tu celular propio:

	NO	SÍ	No sé	No quiero contestar
¿Tiene datos móviles (conexión continua a Internet)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene filtro (programa que no deja acceder a algunas páginas de Internet)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

106. NOS GUSTARÍA QUE NOS CUENTES CÓMO PASAS TUS RATOS LIBRES**107. 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 centros comerciales o en otros lugares públicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer algún deporte, ir a la montaña, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer 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 actividades artísticas o culturales (tocar un instrumento, cantar, actuar o pintar, visitar museos o ir al teatro, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salir por la noche, ir a fiestas (en una casa, calle, boliches,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunirte en una casa o un local donde solo estáis el grupo de amigos/as, sin adultos presentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer actividades con tus padres (hacer deporte, salidas o excursiones, juegos...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasar el rato leyendo algo que te gusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugar a videojuegos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 aparezcás vos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enviar imágenes de contenido erótico/sexual en las que aparezca alguien que conocés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibir imágenes de contenido erótico/sexual en las que aparezca alguien que conocés	<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 gastás en promedio, cada semana, para tus gastos personales?

112. Estas preguntas tienen que ver con pensamientos y sentimientos sobre vos mismo/a y las relaciones personales con otros. Marcá 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 inhibido/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 vos 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 vos 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 muy mal	<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 enojado/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 dejado de lado...) 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 dejado de lado...) 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...?

	Nunca 0	1	2	3	4	5	Muy a menudo 6	No quiero contestar
Tu padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tu madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tus amigos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tu novio/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Algún/a profesor/a en quien confías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un profesional del centro de salud o de atención a jóvenes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

117. ¿Piensas que TUS PADRES te enseñan...?

	NO	SÍ	No sé	No quiero contestar
... a identificar comportamientos violentos (físicos o psicológicos) en una relación de pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... que es más importante “el interior” de las personas que su apariencia física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... que 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"/>
... que los hombres y las mujeres son iguales en dignidad/valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... que es importante elegir bien a la pareja con quien compartir tu vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... que es mejor que no tengas relaciones sexuales hasta que haya un compromiso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... que es mejor que no tengas relaciones sexuales hasta que te cases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... que debes tener a mano un preservativo por si tienes relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

118. ¿Piensas que en TU COLEGIO/INSTITUTO (en sesiones, clases, etc.) te enseñan...?

	NO	SÍ	No sé	No quiero contestar
... a identificar comportamientos violentos (físicos o psicológicos) en una relación de pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... que es más importante “el interior” de las personas que su apariencia física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... que 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"/>
... que los hombres y las mujeres son iguales en dignidad/valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

119. Nos gustaría conocer tu grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones sobre el amor (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
El amor para siempre es posible	<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 gustaría encontrar un amor que dure para siempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solo se puede ser feliz teniendo una relación de 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"/>
El amor se acaba cuando se termina la pasión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El amor implica tener celos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El amor implica seguir con una pareja que no te conviene, porque te necesita para cambiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El amor implica abandonar tus propios intereses, amistades, etc. para dedicarte solo a 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"/>
El amor implica esforzarse para que la relación de pareja vaya bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 varón	<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 lindo/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, auto...	<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"/>

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. ¿Tenés pareja/“salís con alguien”? (recordá que nos referimos a si tenés una relación sentimental “especial” con alguien, distinta a la que tenés 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. Respondé a las siguientes preguntas pensando en la relación de pareja (pasada o actual) más conflictiva que hayás tenido. Si creás que ninguna ha sido conflictiva, pensá en la más importante para vos.

125. ¿Cuánto tiempo llevás 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:

- Varón
 Mujer
 No quiero contestar

127. ¿Qué edad tenían cuando empezaron 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. Indicá cuánto te molestarían las siguientes situaciones (desde 0:“nada” hasta 6:“mucho”)

	Nada 0	1	2	3	4	5	Mucho 6	No quiero contestar
Que mi pareja confiara en otras personas aparte de confiar en mí.	<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 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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Nunca 0	1	2	3	4	5	Muy a menudo 6	No quiero contestar
Te grita, insulta o critica (en persona, por el celular, 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 hacés, 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 discuten	<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 lo/la dejás	<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 su 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 celular 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 hacés 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"/>

131. Continuamos con los comportamientos que TU PAREJA tiene o ha tenido con vos:

	Nunca 0	1	2	3	4	5	Muy a menudo 6	No quiero contestar
Te ha amenazado con herirte, hacerte daño o lanzarte 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"/>
Te ha 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"/>
Te ha 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"/>
Estropea o amenaza con destrozar objetos muy queridos por vos	<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 obliga a enviarle fotos o vídeos tuyos 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"/>
Te envía fotos o vídeos suyos de contenido erótico/sexual aunque le hayas dicho que no querés recibirlos	<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 dice que te dejará si no tienes relaciones sexuales u otros actos de tipo sexual con él/ella	<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 toca partes de tu cuerpo de manera sexual aunque le digas que no quieres	<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 obliga 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"/>
Se aprovecha de que hayas bebido alcohol o tomado drogas para tener relaciones sexuales o realizar otros actos de tipo sexual con vos	<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 VOS tenés 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 gritás, le insultás o le criticás (en persona, por el celular, 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 lo/a dejás 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 llamás o mandás 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"/>
Lo/a amenazás con dejarle cuando discuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lo/a amenazás 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"/>
Imponés las reglas (horarios, salidas, etc.) sobre su 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 celular 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"/>
Controlás 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"/>

133. Continuamos con los comportamientos que VOS tenés o has tenido con tu pareja:

	Nunca 0	1	2	3	4	5	Muy a menudo 6	No quiero contestar
Lo/la 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"/>
Lo/la 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"/>
Lo/la 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"/>
Estropeás o amenazás con destrozar objetos muy queridos por él/ella	<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 obligás 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 enviás fotos o vídeos tuyos 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 decís que le dejarás si no tiene relaciones sexuales u otros actos de tipo sexual con vos	<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 tocás 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"/>
Lo/la obligás 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 aprovechás de que haya bebido alcohol o tomado drogas para tener relaciones sexuales o realizar otros actos de tipo sexual con él/ella	<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 vos 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	<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 tenías vos y tu pareja?

	10 o menos	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20 o más	No quiero contestar
¿Qué edad tenías VOS?	<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. ¿Usaron 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 presiono 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 pensás 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 vos 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 tenés? (No te incluyás a vos mismo)**

- Ninguno
 1
 2
 3 o más
 No quiero contestar

152. ¿Con quién vivís 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 vos (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

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

- Sin estudios
 Educación Primaria
 Educación Secundaria
 Estudios superiores no universitarios (Tecnatura)
 Estudios universitarios de Grado
 Estudios universitarios de Posgrado (Magister, Doctorado)
 No sé
 No quiero contestar

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

- Sin estudios
 Educación Primaria
 Educación Secundaria
 Estudios superiores no universitarios (Tecnatura)
 Estudios universitarios de Grado
 Estudios universitarios de Posgrado (Magister, Doctorado)
 No sé
 No quiero contestar

156. Nos gustaría saber cómo son tus padres con vos. Indicá con qué frecuencia:

	Nunca 0	1	2	3	4	5	Muy a menudo 6	No quiero contestar
Tus padres te ayudan cuando te sentís 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 con vos 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 gastás	<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 celular, 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"/>
Sentís 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 sentís apoyado 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 conocés 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, confucionismo)
- 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
Acudís 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"/>
Rezás	<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/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 secundaria?

- 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 secundaria, ¿de cuál guardas mejor recuerdo?

- Bosque, de campamento
- Campo, montaña
- 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 secundaria?

- 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 secundaria (solo la primera letra):

166. De los siguientes deportes, ¿cuál es el que más te gustaba al comenzar la secundaria?

- Basquetbol
- Handball
- Equitación
- Rugby
- 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 secundaria?

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

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

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

¡MUCHAS GRACIAS POR PARTICIPAR!

Te agradecemos que hayás 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