

ESTUDIO HBSC

HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN

Cuestionario empleado en el Estudio HBSC – 2022

Equipo de investigación

Carmen Moreno
Pilar Ramos
Francisco Rivera
Inmaculada Sánchez-Queija
Antonia Jiménez-Iglesias
Irene García-Moya
Concepción Moreno-Maldonado
Carmen Paniagua
Ana Villafuerte-Díaz
Esther Ciria-Barreiro
Antony Morgan
Eva Leal-López



CUESTIONARIO HBSC-2022



1. VARIABLES DEMOGRÁFICAS - DEMOGRAPHICS (DG)

DG001 ¿Eres un chico o una chica?

- Chico
- Chica

DG002 ¿En qué curso estás?

- 5º de primaria
- 6º de primaria
- 1º de ESO
- 2º de ESO
- 3º de ESO
- 4º de ESO
- 1º de bachillerato
- 2º de bachillerato
- 1º curso de un módulo de grado medio
- 2º curso de un módulo de grado medio
- Formación profesional básica
- Otro. ¿Cuál? _____

DG003 ¿Estás repitiendo curso?

- Sí
- No

DG004 ¿En qué año naciste?

2002 o antes	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<input type="checkbox"/>											

DG005 ¿En qué mes naciste?

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
<input type="checkbox"/>											

DG006 Las identidades de las personas son variadas: algunas personas se identifican como chicos, otras como chicas y otras no se sienten representadas por este sistema. Marca, por favor, la opción con la que te sientas más identificado/a:

- Me identifico como chico
- Me identifico como chica
- No me identifico ni como chico ni como chica
- Otro/s. ¿Cuál/es? _____

DG007 En un día normal, ¿el camino de ida hacia el colegio lo haces...? Por favor, marca una casilla.

- Andando
- En bicicleta
- Autobús, tren, tranvía, metro o barco
- Coche, motocicleta o ciclomotor
- Otros medios de transporte -----

DG008 En un día normal, ¿el camino de vuelta desde el colegio lo haces...? Por favor, marca una casilla.

- Andando
- En bicicleta
- Autobús, tren, tranvía, metro o barco
- Coche, motocicleta o ciclomotor
- Otros medios de transporte -----

DG009 ¿Cuánto tiempo tardas desde tu casa al colegio? Por favor, marca una casilla.

- Menos de 5 minutos
- 5-15 minutos
- 15-30 minutos
- 30 minutos a 1 hora
- Más de 1 hora

DG010 ¿Eres un hijo/a adoptado/a?

- No (continúa en el siguiente bloque)
- Sí (salta al bloque de protección)

(LAS SIGUIENTES DOS PREGUNTAS DEBE INCLUIRSE AL FINAL DEL CUESTIONARIO)

"¡Felicidades por haber llegado hasta aquí! La información que nos das nos permitirá conocer la salud y bienestar físico, mental y social en la adolescencia. Queremos recordarte que esta información es totalmente confidencial y anónima, pero para poder analizar los datos necesitamos asegurarnos de dos cosas:

DG012 La mayoría de las personas nacen como hombre o mujer - esto es lo que llamamos sexo. ¿Con qué sexo te registraron al nacer?

- Hombre
- Mujer

DG013 ¿Cuántos años tienes? ___

2. HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN - EATING HABITS (ED)

ED001 ¿Con qué frecuencia acostumbras a desayunar (algo más que un vaso de leche o un zumo de fruta)?

Por favor, señala una casilla para días entre semana y una casilla para días de fin de semana.

Días entre semana (los de colegio o instituto)	Días de fin de semana
<input type="checkbox"/> Nunca desayuno entre semana	<input type="checkbox"/> Nunca desayuno los fines de semana
<input type="checkbox"/> Un día	<input type="checkbox"/> Habitualmente solo desayuno un día del fin de semana (el sábado o el domingo)
<input type="checkbox"/> Dos días	<input type="checkbox"/> Habitualmente desayuno los dos días del fin de semana (sábado y domingo)
<input type="checkbox"/> Tres días	
<input type="checkbox"/> Cuatro días	
<input type="checkbox"/> Cinco días	

ED002 ¿Cuántas veces a la semana acostumbras a comer o beber...?

	Nunca	Menos de una vez a la semana	Una vez a la semana	2-4 días a la semana	5-6 días a la semana	Una vez al día, todos los días	Todos los días, más de una vez
1. Frutas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Patatas fritas y aperitivos salados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Verduras o vegetales (por ejemplo, tomates, lechuga, lentejas, garbanzos, espinacas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dulces (caramelos o chocolate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bebidas energéticas (Red Bull, Monster, Burn, Locura...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Refrescos u otras bebidas que	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

contienen azúcar

7. Refrescos sin azúcar (por ejemplo, ligh, zero, diet, etc.)

ED003 ¿Con qué frecuencia tu familia y tú coméis juntos?

- Nunca
- Con poca frecuencia
- Alrededor de una vez a la semana
- La mayoría de los días
- Todos los días

ED004 ¿Cuántos días a la semana sueles comer en el comedor de tu colegio o instituto?

Nunca como en el colegio o instituto 1 día 2 días 3 días 4 días 5 días

3. HÁBITOS DE SUEÑO - SLEEPING HABITS (SH)

SH001 ¿Cuántas horas sueles dormir un día entre semana?

- 5 horas o menos
- 6 horas
- 7 horas
- 8 horas
- 9 horas
- 10 horas o más

SH002 ¿Cuántas horas sueles dormir un día del fin de semana?

- 5 horas o menos
- 6 horas
- 7 horas
- 8 horas
- 9 horas
- 10 horas o más

4. HIGIENE DENTAL - DENTAL HYGIENE (DH)

DH001 ¿Con qué frecuencia te cepillas los dientes?

- Nunca
- Menos de una vez a la semana
- Al menos una vez a la semana, pero no diariamente
- Una vez al día
- Más de una vez al día

5. DIETA E IMAGEN CORPORAL - WEIGHT CONTROL & BODY IMAGE (WC)

WC001 ¿En este momento estás siguiendo alguna dieta?

- No
- Sí, para ganar peso/volumen
- Sí, para perder peso/volumen
- Otra. ¿Cuál? _____

WC002 ¿Cuánto pesas sin ropa? (kilos)

WC003 ¿Cuánto mides descalzo/a? (metros)

WC004 ¿Piensas que tu cuerpo es...?

- Demasiado delgado
- Un poco delgado
- Tiene la talla adecuada
- Un poco gordo
- Demasiado gordo

WC005 Las siguientes afirmaciones tratan de los sentimientos que tienes hacia tu cuerpo. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Queremos saber qué sientes tú por tu cuerpo. Dinos hasta qué punto estás de acuerdo o no con las afirmaciones que te planteamos.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Me siento frustrado/a con mi apariencia física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Estoy satisfecho/a con mi apariencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Odio mi cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me siento cómodo/a con mi cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Desprecio mi cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me gusta mi apariencia a pesar de mis defectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. MENARQUÍA (MQ)

MQ001. SOLO PARA CHICAS: ¿Has tenido ya la menstruación (la regla)?

- No, todavía no he comenzado a menstruar
- Sí, ya me vino la menstruación
Indica la edad a la que te vino la menstruación

7. ACTIVIDAD FÍSICA - PHYSICAL ACTIVITY (PA)

La **actividad física** es cualquier actividad que hace que tu corazón se acelere y que en ocasiones te cueste trabajo respirar. Se puede hacer actividad física en los deportes, en las actividades escolares, jugando con los/as amigos/as o andando hacia el colegio o instituto. Algunos ejemplos de actividad física son correr, patinar, montar en bici, en monopatín, nadar, jugar al fútbol, al futbito, al baloncesto, hacer surf, bailar, andar rápido, etc.

Para la siguiente pregunta, calcula el tiempo que dedicas cada día a la actividad física.

PA001 En los últimos 7 días, ¿en cuántos días te sentiste físicamente activo/a durante un total de al menos 60 minutos por día? (Te preguntamos por el tiempo total; es decir, no es necesario que hayan sido 60 minutos seguidos, puedes sumar los distintos momentos del día en que realizabas algún tipo de actividad física).

0 días 1 día 2 días 3 días 4 días 5 días 6 días 7 días

PA002 FUERA DEL HORARIO ESCOLAR: ¿Con qué frecuencia realizas alguna actividad física en tu tiempo libre que haga que llegues a sudar o te falte el aliento?

- Nunca
- Menos de 1 vez al mes
- 1 vez al mes
- 1 vez a la semana
- 2 veces por semana
- 3 veces por semana
- De 4 a 6 veces por semana
- Todos los días

PA003 ¿Cuál de las siguientes frases define mejor tus hábitos sedentarios en tu tiempo libre (p.e. ver televisión, jugar a juegos de ordenador, pasar tiempo en redes sociales, leer libros, tocar instrumentos musicales, etc.)? Intenta pensar en una semana normal, no solo en la última semana.

- Apenas estoy sentado en mi tiempo libre
- Estoy sentado durante poco tiempo en mi tiempo libre
- Estoy sentado una cantidad moderada de tiempo en mi tiempo libre
- Estoy sentado mucho tiempo en mi tiempo libre
- Estoy sentado casi todo el tiempo en mi tiempo libre

8. MEDIOS DE COMUNICACIÓN ELECTRÓNICOS - ELECTRONIC MEDIA COMMUNICATION (EMC)

La siguiente pregunta trata sobre el “contacto online” y la “comunicación online”. Cuando usamos estos términos nos referimos a enviar y recibir mensajes de texto, emoticonos, fotos, videos o mensajes de audio mediante mensajería instantánea (WhatsApp, Snapchat...), redes sociales (Instagram, TikTok, Facebook, Twitter...) o videollamadas (Zoom...).

EMC001 ¿Con qué frecuencia tienes contacto ONLINE con las siguientes personas? Por favor, señala una casilla para cada línea.

	No lo sé / no se aplica	Nunca o casi nunca	Al menos cada semana	Todos los días o casi todos los días	Varias veces al día	Casi todo el tiempo a lo largo del día
1. Amigo/s íntimo/s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Amigos de un grupo grande de amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Amigos que conociste por Internet y que no conocías antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Otras personas que no son tus amigos (padre/madre, hermanos/as, compañero/as de clase, profesores/as).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EMC002 Estamos interesados/as en tus experiencias con los medios de comunicación social. El término medios de comunicación social se refiere a las redes sociales (Instagram, TikTok, Facebook, Twitter), mensajería instantánea (WhatsApp, Snapchat, Facebook messenger) o aplicaciones de videollamada (por ejemplo, Zoom).

Durante el último año ...

Por favor, señala una casilla para cada línea.

	No	Sí
1. ¿Has sentido con regularidad que no puedes pensar en otra cosa que no sea el momento en el que puedas usar los medios de comunicación social de nuevo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Con regularidad te has sentido insatisfecho/a porque querías pasar más tiempo usando los medios de comunicación social?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Con frecuencia te has sentido mal cuando no has podido usar los medios de comunicación social?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Has intentado pasar menos tiempo usando los medios de comunicación social, pero fracasaste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Has descuidado con regularidad otras actividades (hobbies, deporte) porque querías usar los medios de comunicación social?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Has tenido discusiones con regularidad con otras personas a causa de tu uso de los medios de comunicación social?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Has mentido con regularidad a tus padres o amigos/as sobre el tiempo que pasas usando los medios de comunicación social?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Has usado con frecuencia los medios de comunicación social para escapar de sentimientos negativos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Has tenido conflictos serios con tus padres, hermano/s o hermana/s debido a tu uso de los medios de comunicación social?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. CONDUCTAS DE RIESGO - RISK BEHAVIOUR (RB)

RB001 ¿Cuántos días (si existe alguno) has fumado cigarrillos?

Por favor, señala una casilla para cada línea.

	Nunca	1-2 días	3-5 días	6-9 días	10-19 días	20-29 días	30 días (o más)
1. En tu vida	<input type="checkbox"/>						
2. En los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>						

RB002 ¿Con qué frecuencia fumas cigarrillos en la actualidad?

- No fumo
- Menos de una vez a la semana
- Al menos una vez a la semana, pero no todos los días
- Todos los días

RB003 ¿Cuántos días (si existe alguno) has usado cigarrillos electrónicos (vapear)? Por favor no incluyas “productos de tabaco por calentamiento (cigarrillos sin combustión)”.

Por favor, señala una casilla para cada línea.

	Nunca	1-2 días	3-5 días	6-9 días	10-19 días	20-29 días	30 días (o más)
1. En tu vida	<input type="checkbox"/>						
2. En los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>						

RB004 ¿Cuántos días (si existe alguno) has bebido alcohol?

Por favor, señala una casilla para cada línea.

	Nunca	1-2 días	3-5 días	6-9 días	10-19 días	20-29 días	30 días (o más)
1. En tu vida	<input type="checkbox"/>						
2. En los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>						

RB005 Actualmente, ¿con qué frecuencia bebes algo de alcohol como, por ejemplo, cerveza, vino o licores, como la ginebra o el whisky? Cuenta incluso aquellas veces en que solo bebes una pequeña cantidad.

Por favor, marca una casilla en cada fila

	Nunca	Rara vez	Todos los meses	Todas las semanas	Todos los días
1. Cerveza, incluye las cervezas llamadas sin alcohol, pero que tienen un bajo nivel de alcohol (> 0,5%); no incluye las cervezas 0,0%	<input type="checkbox"/>				
2. Vino	<input type="checkbox"/>				
3. Licores (ginebra, vodka, whisky,...) tomados solos o combinados con refresco (por ejemplo, un “cubata”)	<input type="checkbox"/>				
4. Cualquier otra bebida que contenga alcohol	<input type="checkbox"/>				

RB006 ¿Alguna vez has bebido tanto alcohol que te has llegado a emborrachar?

Por favor, señala una casilla para cada línea.

	No, nunca	Sí, una vez	Sí, 2-3 veces	Sí, 4-10 veces	Sí, más de 10 veces
1. En tu vida	<input type="checkbox"/>				
2. En los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>				

RB007 Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días has tomado cinco o más vasos, cañas o copas de bebidas alcohólicas en una misma ocasión? Por “ocasión” entendemos tomar las bebidas seguidas o en un intervalo aproximado de 2 horas.

0 días	1 día	2 días	3 días	4-5 días	6-9 días	10-19 días	20 días o más
<input type="checkbox"/>							

RB008 ¿Has tomado alguna vez cannabis (hachís o marihuana, “porros”)?

Por favor, señala una casilla para cada línea.

	Nunca	1-2 días	3-5 días	6-9 días	10-19 días	20-29 días	30 días (o más)
1. En tu vida	<input type="checkbox"/>						
2. En los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>						

RB009 ¿Has tomado una o varias de estas drogas en tu vida?

Por favor, señala una casilla para cada línea.

	Nunca	1-2 días	3-5 días	6-9 días	10-19 días	20-29 días	30 días (o más)
1. Éxtasis (pastillas, pirulas, cristal, ...)	<input type="checkbox"/>						
2. Anfetaminas o speed (anfetas, metanfetamina, ice, pinini, ...)	<input type="checkbox"/>						
3. Opiáceos (heroína, metadona)	<input type="checkbox"/>						
4. Medicamentos para colocarse	<input type="checkbox"/>						
5. Cocaína (farlopa, farla, perico, ...)	<input type="checkbox"/>						
6. Alucinógenos (LSD, ácido, tripi, setas mágicas, mescalina, ketamina, special-K, ...)	<input type="checkbox"/>						
7. Otra/s droga/s ¿Cuál/es? (se deja en formato texto para conocer nuevas drogas)							

RB010 ¿Alguna vez has fumado cachimba (también llamadas narguila, shisha o pipa de agua), incluso si solo ha sido una o dos caladas?

- Sí
- No (OPCIÓN FILTRO: PASA A RB012)

RB011 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor tu forma de fumar cachimba (narguila, shisha o pipa de agua) durante el último mes (últimos 30 días)?

- No he fumado cachimba en el último mes
- Fumé cachimba menos de una vez a la semana
- Fumé cachimba al menos una vez a la semana, pero no a diario
- Fumé cachimba al menos una vez al día o la mayoría de los días

RB012 ¿A qué edad hiciste por primera vez las siguientes cosas? Si hay algo que no has hecho nunca, elige la categoría "Nunca".

	Nunca	11 años o menos	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años o más
1. Beber alcohol (algo más que probarlo o dar un trago)	<input type="checkbox"/>									
2. Emborracharte	<input type="checkbox"/>									
3. Fumar un cigarrillo (más que una calada)	<input type="checkbox"/>									
4. Fumar o tomar cannabis	<input type="checkbox"/>									
5. Fumar cachimba	<input type="checkbox"/>									
6. Otras drogas distintas a las anteriores	<input type="checkbox"/>									

10. CONDUCTA ANTISOCIAL - ANTISOCIAL BEHAVIOUR (AB)

AB001 ¿Cuántas veces has hecho o participado en algunas de las siguientes cosas desde el comienzo del curso? Por favor, marca solo una casilla en cada fila.

	Nunca	Una vez	Dos o más veces
1. No pagar por cosas como películas, billetes de autobús o tren, o comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Robar dinero u otras cosas a los miembros de tu familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Llevarse sin pagar cosas que valen menos de 20-25 euros de una tienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Destrozar o romper cosas a propósito como ventanas, bancos, contenedores de basura o buzones de correos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Tener una discusión violenta con un/a profesor/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Romper sillas, mesas, escritorios u otras cosas de tu colegio o instituto a propósito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Robar una cartera o un bolso mientras el/la propietario/a no está cerca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tirar piedras a casas, coches o trenes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Llegar a propósito más tarde de lo permitido al colegio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Llegar a propósito más tarde de lo permitido a casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Iniciar alguna pelea intencionalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Insultar a alguien con intención de hacerle daño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Colgar en internet o enviar vídeos o fotos de contenido sexual de personas conocidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AB002 En general, ¿cómo crees que los demás ven que participes en uno o varios de los comportamientos anteriores? Señala una sola casilla teniendo en cuenta que 0 es 'muy mal' y 10 'muy bien'.

	Lo ven muy mal 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Lo ven muy bien 10
1. Tus amigos/as	<input type="checkbox"/>										
2. Tu familia	<input type="checkbox"/>										
3. Tus vecinos/as	<input type="checkbox"/>										

11. SALUD SEXUAL - SEXUAL HEALTH (SX)

SX001 ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales completas? (algunas veces a esto se le llama “hacer el amor”, “practicar sexo”, “hacerlo todo” o “llegar hasta el final”).

- Sí
- No (**OPCIÓN FILTRO: PASA AL BLOQUE SIGUIENTE**)

SX002 ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera relación sexual completa?

- 11 años o menos
- 12 años
- 13 años
- 14 años
- 15 años
- 16 años
- 17 años
- 18 años
- 19 años o más

SX003 La última vez que tuviste relaciones sexuales completas, ¿utilizasteis -tú o tu pareja- un preservativo?

- Sí
- No
- No lo sé

SX004 La última vez que tuviste relaciones sexuales completas, ¿utilizasteis -tú o tu pareja- la píldora (pastilla anticonceptiva)?

- Sí
- No
- No lo sé

SX005 La última vez que tuviste relaciones sexuales completas, ¿utilizasteis algún otro método o procedimiento distinto de los anteriores?

- No
- No lo sé
- Sí. ¿Cuáles? _____

SX006 La última vez que tuviste relaciones sexuales completas, ¿utilizasteis -tú o tu pareja- la marcha atrás?

- Sí
- No
- No lo sé

SX007 ¿Cuántas veces has estado embarazada o dejado a alguien embarazada?

- Nunca
- 1 vez
- 2 o más veces
- No estoy seguro o no estoy segura

SX008 ¿Has tomado alguna vez la “píldora del día después”?

- No, nunca
- Sí, 1 vez
- Sí, 2 veces
- Sí, 3 veces o más

12. VIOLENCIA Y LESIONES - VIOLENCE & INJURIES (VIP)

Esta pregunta trata sobre las **LESIONES O HERIDAS** que hayas podido hacerte en los últimos doce meses, en tu casa o fuera de ella. Mucha gente joven se hace daño de manera accidental (por ejemplo, haciendo deporte, peleándose con otros, quemándose sin querer...) o no accidental (tomando productos que envenenan o queman). Las enfermedades (sarampión, gripe...) no se incluyen en esta pregunta, solo las lesiones o las heridas.

VI001 En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces te has lesionado y has tenido que recibir tratamiento por parte de un/a médico/a o enfermero/a?

- No he tenido ninguna lesión en los últimos 12 meses
- 1 vez
- 2 veces
- 3 veces
- 4 veces o más

VI002 En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has tenido una pelea física (te has pegado con alguien)?

- No he tenido ninguna pelea física en los últimos 12 meses
- 1 vez
- 2 veces
- 3 veces
- 4 veces o más

He aquí algunas preguntas sobre *bullying* o maltrato entre compañeros/as. Decimos que un/a alumno/a **ESTÁ SIENDO MALTRATADO/A** cuando otro/a alumno/a, o un grupo de ellos/as, le dice o hace cosas hirientes o desagradables. También hay maltrato cuando se le toma el pelo repetidamente de una manera que a él/ella no le gusta o cuando deliberadamente se les aparta del grupo. El/la alumno/a que maltrata tiene más poder que el/la alumno/a que es maltratado/a y quiere causarle daño. Pero **NO HAY MALTRATO** cuando dos alumnos/as que tienen fuerza y poder parecidos discuten o se pelean.

VI003 ¿Cuántas veces has sido maltratado/a en el colegio o instituto en los últimos dos meses?

- No he sido maltratado/a en el colegio o instituto en los últimos dos meses
- Ha sucedido una o dos veces
- 2 o 3 veces al mes
- Alrededor de una vez por semana
- Varias veces a la semana

VI004 ¿Cuántas veces has participado en un episodio de maltrato a otro/a compañero/a en el colegio o instituto durante los dos últimos meses?

- No he hecho eso a otro/a compañero/a u otros/as compañeros/as en el colegio o instituto durante los dos últimos meses
- Ha sucedido una o dos veces
- 2 o 3 veces al mes
- Alrededor de una vez por semana
- Varias veces a la semana

VI005 En los últimos dos meses, ¿con qué frecuencia has sido víctima de ciberacoso o ciberbullying (por ejemplo, alguien ha enviado mensajes instantáneos, correos electrónicos o mensajes de texto malintencionados sobre ti; ha publicado en su muro; ha creado un sitio web burlándose de ti; ha publicado en Internet fotos poco favorecedoras o inapropiadas de ti sin permiso o las ha compartido con otras personas)?

- No he sido víctima de ciberacoso o ciberbullying en los últimos dos meses
- Ha sucedido una o dos veces
- 2 o 3 veces al mes
- Alrededor de una vez por semana
- Varias veces a la semana

VI006 En los últimos dos meses, ¿con qué frecuencia has participado en actividades de ciberacoso o ciberbullying (enviar mensajes instantáneos, publicaciones en muros, e-mails o sms crueles, crear una página web burlándote de alguien, publicar online fotos no favorecedoras o inapropiadas de alguien sin su permiso o enviárselas a otras personas)?

- No he ciberacosado a otra persona en los últimos dos meses
- Ha sucedido una o dos veces
- 2 o 3 veces al mes
- Alrededor de una vez por semana
- Varias veces a la semana

VI007 ¿Con qué frecuencia te han ocurrido estas cosas en tu colegio o instituto en los dos últimos meses?

	No me ha ocurrido esto en los dos últimos meses	1 o 2 veces	2 o 3 veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana
1. Me han hecho daño insultándome, riéndose o burlándose de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Otros/as alumnos/as me han apartado de su grupo de amigos/as o me han ignorado por completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me han golpeado, pateado, empujado,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

zarandeado o encerrado

4. Han contado mentiras o inventado cotilleos sobre mí para que yo les cayera mal a los demás

5. Otros estudiantes me han gastado bromas, hecho comentarios o gestos de contenido sexual

13. SALUD POSITIVA - POSITIVE HEALTH (PH)

Continuamos ahora con otros temas relacionados con TU SALUD y con CÓMO TE SIENTES CONTIGO MISMO/A.

PH001 Dirías que tu salud es...

- Pobre
- Pasable
- Buena
- Excelente

PH002 En general, ¿en qué lugar sientes que está en este momento tu vida? Señala la casilla que está debajo del número que mejor describe dónde estás. Donde **10** es tu mejor vida posible y **0** es tu peor vida posible.

- 10 La mejor vida posible
- 9
- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- 0 La peor vida posible

PH003 En la última semana...

1. ¿Te has sentido bien y en forma?	nada <input type="checkbox"/>	un poco <input type="checkbox"/>	bastante <input type="checkbox"/>	mucho <input type="checkbox"/>	muchísimo <input type="checkbox"/>
2. ¿Te has sentido lleno/a de energía?	nunca <input type="checkbox"/>	casi nunca <input type="checkbox"/>	algunas veces <input type="checkbox"/>	casi siempre <input type="checkbox"/>	siempre <input type="checkbox"/>
3. ¿Te has sentido triste?	nunca	casi nunca	algunas veces	casi siempre	siempre

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Te has sentido solo/a?	nunca <input type="checkbox"/>	casi nunca <input type="checkbox"/>	algunas veces <input type="checkbox"/>	casi siempre <input type="checkbox"/>	siempre <input type="checkbox"/>
5. ¿Has tenido suficiente tiempo para ti mismo/a?	nunca <input type="checkbox"/>	casi nunca <input type="checkbox"/>	algunas veces <input type="checkbox"/>	casi siempre <input type="checkbox"/>	siempre <input type="checkbox"/>
6. ¿Has podido hacer las cosas que querías en tu tiempo libre?	nunca <input type="checkbox"/>	casi nunca <input type="checkbox"/>	algunas veces <input type="checkbox"/>	casi siempre <input type="checkbox"/>	siempre <input type="checkbox"/>
7. ¿Tus padres te han tratado de forma justa?	nunca <input type="checkbox"/>	casi nunca <input type="checkbox"/>	algunas veces <input type="checkbox"/>	casi siempre <input type="checkbox"/>	siempre <input type="checkbox"/>
8. ¿Te has divertido con tus amigos/as?	nunca <input type="checkbox"/>	casi nunca <input type="checkbox"/>	algunas veces <input type="checkbox"/>	casi siempre <input type="checkbox"/>	siempre <input type="checkbox"/>
9. ¿Te ha ido bien en el colegio o instituto?	nada <input type="checkbox"/>	un poco <input type="checkbox"/>	bastante <input type="checkbox"/>	mucho <input type="checkbox"/>	muchísimo <input type="checkbox"/>
10. ¿Has podido prestar atención, concentrarte?	nunca <input type="checkbox"/>	casi nunca <input type="checkbox"/>	algunas veces <input type="checkbox"/>	casi siempre <input type="checkbox"/>	siempre <input type="checkbox"/>

PH004 En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia has tenido...?

Por favor, señala una casilla para cada línea.

	Rara vez o nunca	Casi todos los meses	Casi todas las semanas	Más de una vez a la semana	Casi todos los días
1. Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dolor de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bajo estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Irritabilidad o mal genio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dificultades para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sensación de mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PH005 Indica tu grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Me altero fácilmente cuando las cosas no salen como yo quiero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tengo arrebatos de rabia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Soy impaciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Puedo ser alborotador/a en los momentos inadecuados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me enfado cuando los adultos me dicen lo que puedo y lo que no puedo hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me cuesta esperar por lo que quiero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hago cosas sin pensarlas primero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Molesto a los otros metiéndome en cosas que no son asunto mío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PH006 Por favor, indica para cada una de las cinco afirmaciones cuál define mejor cómo te has sentido durante las últimas dos semanas. Durante las últimas dos semanas:

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Menos de la mitad del tiempo	De vez en cuando	Nunca
1. Me he sentido alegre y de buen humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me he sentido tranquilo/a y relajado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me he sentido activo/a y con energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me he despertado fresco/a y descansado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mi vida cotidiana ha estado llena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

de cosas que me
interesan

PH007 Las siguientes preguntas son sobre cómo afrontas las situaciones. Por favor, señala una casilla para cada afirmación.

	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría del tiempo	Siempre
¿Con qué frecuencia encuentras soluciones a los problemas si te esfuerzas lo suficiente?	<input type="checkbox"/>				
¿Con qué frecuencia consigues hacer las cosas que decides?	<input type="checkbox"/>				

PH008 Durante el mes pasado...

	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo
¿Con qué frecuencia has sentido que no eras capaz de controlar las cosas importantes en tu vida?	<input type="checkbox"/>				
¿Con qué frecuencia te has sentido con confianza en tus habilidades para ocuparte de tus problemas personales?	<input type="checkbox"/>				
¿Con qué frecuencia has sentido que las cosas iban como querías?	<input type="checkbox"/>				
¿Con qué frecuencia has sentido que se te estaban amontonando tantas dificultades que no podías superarlas?	<input type="checkbox"/>				

PH009 En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia te has sentido solo/a?

Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría del tiempo	Siempre
<input type="checkbox"/>				

14. PARTICIPACIÓN SOCIAL – SOCIAL PARTICIPATION (PS)

PS001 Cuando piensas en tu vida cuando seas adulto, ¿cuánto de probable es que hagas las siguientes cosas?

	Nada probable	Un poco probable	Algo probable	Bastante probable	Muy probable
1. Trabajaré como voluntario o voluntaria para ayudar a las personas necesitadas	<input type="checkbox"/>				
2. Participaré en asuntos que tienen que ver con la salud y la seguridad que afectan a mi comunidad	<input type="checkbox"/>				
3. Trabajaré en grupo para resolver algún problema de la comunidad donde vivo	<input type="checkbox"/>				

PS002 ¿Con qué frecuencia participas en cada una de las siguientes actividades fuera de la escuela? Por favor, señala una casilla para cada línea.

	Nunca o casi nunca	Mensualmente	Semanalmente	Todos o casi todos los días
1. Hablar con tu madre/padre sobre asuntos políticos o sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ver televisión para informarte sobre noticias nacionales e internacionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Leer el periódico para informarte sobre noticias nacionales e internacionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hablar con tus amigos/as sobre asuntos políticos y sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Usar Internet para informarte sobre noticias nacionales e internacionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hablar con tu madre/padre sobre lo que está sucediendo en otros países	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hablar con tus amigos/as sobre lo que está sucediendo en otros países	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PS003 Todas las personas pertenecemos a distintos grupos y comunidades sociales, como la clase en el instituto, el barrio, los equipos de deportes, la ciudad, el país y la sociedad en general. Valora cuánto de verdad consideras cada una de las siguientes afirmaciones respecto al sentimiento que tienes, en general, de pertenecer a esos grupos o comunidades, desde *No es muy cierto para mí* hasta *Muy cierto para mí*. Marca la casilla bajo la valoración que mejor se ajuste a ti.

Por favor, señala una casilla para cada línea.

	No muy cierto para mí	No es cierto para mí	Ni cierto ni incierto para mí	Algo cierto para mí	Muy cierto para mí
1. Siento un fuerte sentimiento de compañerismo y unidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Siento responsabilidad por los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Siento que es bueno pertenecer a una comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Siento que contribuyo sin esperar nada a cambio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Siento que significo mucho para los otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Siento que los otros significan mucho para mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Siento que confío en la mayoría de la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Siento que confiamos los unos en los otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PS004 Marca la respuesta que muestre mejor cómo haces cada una de las siguientes cosas.

Por favor, señala una casilla para cada línea.

	Muy mal	Mal	Regular	Bien	Muy bien
1. ¿Se te da bien expresar tus opiniones cuando tus compañeros y compañeras de clase no están de acuerdo contigo?	<input type="checkbox"/>				
2. ¿Se te da bien hacer amistades?	<input type="checkbox"/>				
3. ¿Se te da bien tener una charla con una persona desconocida?	<input type="checkbox"/>				
4. ¿Se te da bien trabajar en armonía con tus compañeros y compañeras?	<input type="checkbox"/>				
5. ¿Se te da bien decir a otras personas de tu edad que no te gusta lo que están haciendo?	<input type="checkbox"/>				

6.	¿Se te da bien contar una anécdota divertida a un grupo de personas de tu edad?	<input type="checkbox"/>				
7.	¿Se te da bien mantener el contacto con otras personas de tu edad?	<input type="checkbox"/>				
8.	¿Se te da bien evitar las peleas con otras personas de tu edad?	<input type="checkbox"/>				

15. FAMILIA - FAMILY (FC)

FC001 Todas las familias son diferentes (por ejemplo, no todos/as viven con su padre y con su madre, algunas veces viven solo con uno de ellos o tienen dos casas o viven con dos familias) y nos gustaría saber cómo es la tuya.

Por favor, responde pensando en la casa donde vives todo o la mayor parte del tiempo y señala las personas que viven allí.

Adultos/as	Hijos/as
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre Pareja del padre: <input type="checkbox"/> Novia o mujer de mi padre <input type="checkbox"/> Novio o marido de mi padre Pareja de la madre: <input type="checkbox"/> Novio o marido de mi madre <input type="checkbox"/> Novia o mujer de mi madre <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Padres de acogida <input type="checkbox"/> Centro o residencia de menores <input type="checkbox"/> Si hay alguna otra persona adulta con la que vivas o que te cuide en esta casa, escríbelo aquí por favor: _____	<p>¿Cuántos hermanos/as viven en esta casa? (incluye también a tus hermanastros/as, así como a tus hermanos/as de acogida o adoptivos, si los tienes). Por favor, escribe el número o escribe 0 (cero) si no tienes ninguno. Por favor, no te cuentes a ti mismo/a.</p> <p>¿Cuántas hermanas? _____ ¿Cuántos hermanos? _____</p>

FC002 Por favor, señala tu situación:

- Vivo con mi madre y mi padre
OPCIÓN FILTRO: LOS ADOLESCENTES QUE MARCAN ESTA OPCIÓN RESPONDEN A PREGUNTAS SOBRE PADRE Y MADRE, PREGUNTAS SOBRE RELACIÓN ENTRE PADRES Y PREGUNTAS GENERALES DE FAMILIA
- Vivo la mitad del tiempo con mi madre y la otra mitad con mi padre (custodia compartida)
OPCIÓN FILTRO: LOS ADOLESCENTES QUE MARCAN ESTA OPCIÓN RESPONDEN A PREGUNTAS SOBRE PADRE Y MADRE, PREGUNTAS SOBRE RELACIÓN ENTRE PADRES Y PREGUNTAS GENERALES DE FAMILIA
- Vivo con mi madre y su pareja porque mis padres están divorciados o separados
OPCIÓN FILTRO: LOS ADOLESCENTES QUE MARCAN ESTA OPCIÓN RESPONDEN A PREGUNTAS SOBRE MADRE, PREGUNTAS SOBRE PAREJA DE MADRE, PREGUNTAS SOBRE RELACIÓN ENTRE PADRES Y PREGUNTAS GENERALES DE FAMILIA
- Vivo con mi padre y su pareja porque mis padres están divorciados o separados
OPCIÓN FILTRO: LOS ADOLESCENTES QUE MARCAN ESTA OPCIÓN RESPONDEN A PREGUNTAS SOBRE PADRE, PREGUNTAS SOBRE PAREJA DE PADRE, PREGUNTAS SOBRE RELACIÓN ENTRE PADRES Y PREGUNTAS GENERALES DE FAMILIA
- Vivo con mis dos madres
OPCIÓN FILTRO: LOS ADOLESCENTES QUE MARCAN ESTA OPCIÓN RESPONDEN A PREGUNTAS SOBRE MADRE 1 Y MADRE 2, PREGUNTAS SOBRE RELACIÓN ENTRE MADRES Y PREGUNTAS GENERALES DE FAMILIA
- Vivo con mis dos padres
OPCIÓN FILTRO: LOS ADOLESCENTES QUE MARCAN ESTA OPCIÓN RESPONDEN A PREGUNTAS SOBRE PADRE 1 Y

PADRE 2, PREGUNTAS SOBRE RELACIÓN ENTRE PADRES Y PREGUNTAS GENERALES DE FAMILIA

- Vivo solo con mi madre
OPCIÓN FILTRO: LOS ADOLESCENTES QUE MARCAN ESTA OPCIÓN RESPONDEN A PREGUNTAS SOBRE MADRE Y PREGUNTAS GENERALES DE FAMILIA
- Vivo solo con mi padre
OPCIÓN FILTRO: LOS ADOLESCENTES QUE MARCAN ESTA OPCIÓN RESPONDEN A PREGUNTAS SOBRE PADRE Y PREGUNTAS GENERALES DE FAMILIA
- Vivo con mis abuelos
OPCIÓN FILTRO: LOS ADOLESCENTES QUE MARCAN ESTA OPCIÓN RESPONDEN A PREGUNTAS GENERALES DE FAMILIA
- Vivo con mi familia de acogida
OPCIÓN FILTRO: LOS ADOLESCENTES QUE MARCAN ESTA OPCIÓN RESPONDEN A PREGUNTAS GENERALES DE FAMILIA
- Vivo en un centro de menores
OPCIÓN FILTRO: LOS ADOLESCENTES QUE MARCAN ESTA OPCIÓN PASAN A RESPONDER A LAS PREGUNTAS ESPECÍFICAS DE CENTRO FC017 Y FC018
- Ninguna de las opciones anteriores
OPCIÓN FILTRO: LOS ADOLESCENTES QUE MARCAN ESTA OPCIÓN RESPONDEN A PREGUNTAS GENERALES DE FAMILIA

PREGUNTAS SOBRE MADRE

FC003 ¿Cuánto de fácil te resulta hablar con tu madre sobre cosas que realmente te preocupan?

- Muy difícil
- Difícil
- Fácil
- Muy fácil

FC004 ¿Qué sabe realmente tu madre acerca de...?

	No sabe nada	Sabe poco	Sabe mucho
1. Quiénes son tus amigos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cómo gastas tu dinero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dónde estás después del colegio o instituto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dónde vas por la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Qué haces en tu tiempo libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Lo que haces en internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGUNTAS SOBRE PADRE

FC007 ¿Cuánto de fácil te resulta hablar con tu padre sobre cosas que realmente te preocupan? Por favor, señala una casilla para cada línea.

- Muy difícil
- Difícil
- Fácil
- Muy fácil

FC008 ¿Qué sabe realmente tu padre acerca de...?

	No sabe nada	Sabe poco	Sabe mucho
1. Quiénes son tus amigos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cómo gastas tu dinero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dónde estás después del colegio o instituto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dónde vas por la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Qué haces en tu tiempo libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Lo que haces en internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGUNTAS SOBRE PAREJA DE LA MADRE

FC011 ¿Cuánto de fácil te resulta hablar con la pareja de tu madre sobre cosas que realmente te preocupan? Por favor, señala una casilla para cada línea.

- Muy difícil
- Difícil
- Fácil
- Muy fácil

PREGUNTAS SOBRE PAREJA DEL PADRE

FC012 ¿Cuánto de fácil te resulta hablar con la pareja de tu padre sobre cosas que realmente te preocupan? Por favor, señala una casilla para cada línea.

- Muy difícil
- Difícil
- Fácil
- Muy fácil

PREGUNTAS SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LOS PADRES

FC013 En general, ¿cómo valoras la relación que tienen tus padres entre ellos? Señala el número de 0 a 10 que mejor describe lo que tú piensas.

- 10 Tienen la mejor relación posible
- 9
- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- 0 Tienen la peor relación posible

PREGUNTAS SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LAS MADRES

FC013b En general, ¿cómo valoras la relación que tienen tus madres entre ellas? Señala el número de 0 a 10 que mejor describe lo que tú piensas.

- 10 Tienen la mejor relación posible
- 9
- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- 0 Tienen la peor relación posible

PREGUNTAS GENERALES DE FAMILIA

FC014 Estamos interesados/as en lo que sientes sobre las siguientes afirmaciones. Por favor, marca tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una. Por favor, señala una casilla para cada línea.

	Totalmente en desacuerdo 1	2	3	4	5	6	Totalmente de acuerdo 7
1. Mi familia intenta ayudarme de verdad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Consigo la ayuda emocional y el apoyo que necesito de mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Puedo hablar de mis problemas con mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mi familia está dispuesta a ayudarme a tomar decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FC015 En mi familia:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Creo que las cosas importantes se hablan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cuando hablo, alguien escucha lo que digo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nos preguntamos cuando no nos entendemos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

los unos a los otros

4. Cuando hay un malentendido, lo hablamos hasta que está aclarado

<input type="checkbox"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

FC016 En general, ¿cómo estás de satisfecho/a con las relaciones que tenéis en tu familia? Señala una sola casilla teniendo en cuenta que 10 es ‘muy buenas relaciones’ y 0 ‘muy malas relaciones’

- 10 En mi familia tenemos muy buenas relaciones entre nosotros/as
- 9
- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- 0 En mi familia tenemos muy malas relaciones entre nosotros/as

(A ESTA PREGUNTA SOLO LLEGAN LOS QUE HAN RESPONDIDO QUE VIVEN EN UN CENTRO DE ACOGIDA EN LA FC003)

FC017 Estamos interesados/as en lo que sientes sobre las siguientes afirmaciones. Lee atentamente cada afirmación. Indica cómo te sientes en relación con cada afirmación.

	Totalmente en desacuerdo 1	2	3	4	5	6	Totalmente de acuerdo 7
1. En mi vida hay una persona especial que intenta ayudarme de verdad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Consigo la ayuda emocional y el apoyo que necesito de esa persona especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Puedo hablar de mis problemas con esa persona especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Esa persona especial está dispuesta a ayudarme a tomar decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hay una persona especial que está cerca cuando lo necesito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Hay una persona especial con la que puedo compartir mis alegrías y tristezas	<input type="checkbox"/>						
7. Tengo una persona especial que es una verdadera fuente de consuelo para mí	<input type="checkbox"/>						
8. En mi vida hay una persona especial que se preocupa de mis sentimientos	<input type="checkbox"/>						

(A ESTA PREGUNTA SOLO LLEGAN LOS QUE HAN RESPONDIDO QUE VIVEN EN UN CENTRO DE ACOGIDA EN LA FC003)

FC018 ¿En quién pensabas cuando has contestado a la pregunta sobre una persona especial? No escribas su nombre, sino el tipo de relación que tienes con esa persona (alguna persona de tu familia, algún educador/a o alguien perteneciente al centro donde resides...).

FC019 A continuación encontrarás una serie de frases que describen conductas que los hijos e hijas pueden mostrar hacia los padres y madres en determinados momentos, sobre todo en la adolescencia, etapa en la que esas relaciones pueden ser conflictivas y desembocar en discusiones y disputas. Por favor, lee detenidamente cada frase e indica con qué frecuencia has llevado a cabo cada una de las siguientes conductas hacia tu padre y/o tu madre durante el último año.

Es muy importante que respondas a todas las cuestiones y que lo hagas de manera sincera. Marca el número que refleje la frecuencia de esa conducta durante el último año.

0= Nunca

1= Raramente (ha ocurrido alguna vez)

2= Algunas veces (2-3 veces)

3= Bastantes veces (4-5 veces)

4= Muy a menudo (6 veces o más)

1	He llegado a decir cosas a mi padre/madre como "¡Te odio!", "¡Ojalá te mueras!"	0	1	2	3	4
2	He insultado a mi padre/madre	0	1	2	3	4
3	He hecho comentarios negativos, ofensivos y/o degradantes a mi padre/madre	0	1	2	3	4
4	He amenazado a mi padre/madre (con hacerles daño, con hacerme daño a mí mismo/a, con irme de casa...)	0	1	2	3	4
5	En casa, vemos lo que yo quiero en la televisión	0	1	2	3	4
6	He exigido a mi padre/madre que me compren cosas incluso	0	1	2	3	4

	sabiendo que no se lo pueden permitir					
7	He adquirido deudas que mi padre/madre han tenido que pagar.	0	1	2	3	4
8	He lanzado cosas a mi padre/madre	0	1	2	3	4
9	Cuando discuto con mi padre/madre, yo tengo la última palabra	0	1	2	3	4
10	He golpeado a mi padre/madre con algo que pudiera hacerles daño	0	1	2	3	4
11	He dado una patada, bofetada o puñetazo a mi padre/madre	0	1	2	3	4
12	He robado dinero a mi padre/madre	0	1	2	3	4
13	He exigido a mi padre/madre que en casa se haga lo que yo quiera	0	1	2	3	4
14	He exigido a mi padre/madre que dejen lo que estaban haciendo para que me atiendan	0	1	2	3	4

FC020 Si has llevado a cabo algunas de las conductas anteriores, por favor, indica la frecuencia de las razones por las que crees que has actuado de ese modo.

0= Nunca 1= Algunas veces 2= Casi siempre 3= Siempre

1	Por querer llegar más tarde a casa cuando sales por la noche.	0	1	2	3
2	Para que tu padre/madre te dé más dinero.	0	1	2	3
3	Para que tu padre/madre te compre algo que quieras.	0	1	2	3
4	Para evitar hacer alguna tarea (p.ej., limpiar tu habitación).	0	1	2	3
5	Para evitar ir a clase y/o estudiar.	0	1	2	3
6	Por tu propio carácter.	0	1	2	3
7	En respuesta a una previa agresión física de tu padre/madre (p.ej., bofetada, puñetazo, empujón...).	0	1	2	3
8	En respuesta a una previa agresión verbal de tu padre/madre (p.ej., insulto).	0	1	2	3

16. IGUALES – PEERS CULTURE (PC)

Vamos ahora a continuar preguntándote por TUS AMIGOS Y AMIGAS.

PC001 Estamos interesados/as en lo que sientes sobre las siguientes afirmaciones. Lee atentamente cada afirmación. Indica cómo te sientes en relación con cada afirmación.

	1 Totalmente en desacuerdo	2	3	4	5	6	7 Totalmente de acuerdo
1. Mis amigos/as intentan ayudarme de verdad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Puedo contar con mis amigos/as cuando las	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

cosas van mal

3. Tengo amigos/as con los que comparto mis penas y alegrías

4. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos/as

Para las preguntas que vienen a continuación tienes que pensar en el GRUPO DE AMIGOS/AS con el que pasas la mayor parte de tu TIEMPO LIBRE, sean o no del colegio o instituto. Puede tratarse de un grupo formado por dos personas (y una de ellas eres tú) o por más.

PC002 La mayoría de los/as amigos/as que pertenecen a mi grupo...

	Nunca o casi nunca	A veces	A menudo	No lo sé
1. Van bien en el colegio o instituto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fuman cigarrillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Beben alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se emborrachan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Han consumido drogas para colocarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Participan en actividades deportivas con otros chicos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Participan en actividades culturales distintas a las deportivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Se llevan bien con sus padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PC003 Responde cada una de las siguientes cuestiones pensando en tus amigos/as

	Nada o poco	Algo	Mucha	Muchísima	La máxima posible
1. ¿Con qué frecuencia pasas tiempo divirtiéndote con tus amigos/as?	<input type="checkbox"/>				
2. ¿Con qué frecuencia le cuentas a tus amigos/as cosas que no quieres que sepan otras personas?	<input type="checkbox"/>				
3. ¿Con qué frecuencia estáis en desacuerdo y os enfadáis tus amigos/as y tú?	<input type="checkbox"/>				
4. ¿Con qué frecuencia vais a sitios juntos o hacéis cosas juntos tus amigos/as y tú?	<input type="checkbox"/>				
5. ¿Con qué frecuencia les cuentas a tus amigos/as cualquier cosa que te esté pasando?	<input type="checkbox"/>				
6. ¿Con qué frecuencia os ponéis furiosos/as y os peleáis tus amigos/as y tú?	<input type="checkbox"/>				
7. ¿Con qué frecuencia te gusta estar y pasarlo bien con tus amigos/as?	<input type="checkbox"/>				

8. ¿Con qué frecuencia compartes secretos y sentimientos privados con tus amigos/as?	<input type="checkbox"/>				
9. ¿Con qué frecuencia os peleáis tú y tus amigos/as?	<input type="checkbox"/>				

PC004 Si tuvieras que calificar la relación que tienes con tus amigos/as en general, ¿qué nota le pondrías? Señala una sola casilla teniendo en cuenta que 10 es la mejor relación posible y 0 la peor relación posible.

- 10 Tengo la mejor relación posible con mis amigos/as
- 9
- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- 0 Tengo la peor relación posible con mis amigos/as

17. RELACIONES DE PAREJA - ROMANTIC PARTNER (RP)

RP001 Te sientes atraído/a por... (Por favor señala la casilla que mejor te describe)

- Las chicas
- Los chicos
- Tanto las chicas como los chicos
- No me siento atraído/a por nadie todavía

RP002 Te has enamorado alguna vez de... (Por favor señala la casilla que mejor te describe)

- Chicas
- Chicos
- Tanto de chicas como de chicos
- Nunca me he enamorado

RP003 ¿Tienes pareja actualmente? *

- Sí
- No

RP005 ¿Has tenido pareja previamente? *

- Sí
- No

RP006 ¿Cuánto tiempo llevas (te llevaste) con tu pareja?

- Menos de 6 meses
- Entre 6 meses y un año
- Más de un año

RP007 Responde cada una de las siguientes cuestiones pensando en tu pareja

	Nada o poco	Algo	Mucha	Muchísima	La máxima posible
1. ¿Con qué frecuencia estáis en desacuerdo y os enfadáis tú y tu pareja?	<input type="checkbox"/>				
2. ¿Con qué frecuencia acudes a tu pareja en busca de apoyo cuando tienes problemas personales?	<input type="checkbox"/>				
3. ¿Cuánto le gustas o te quiere tu pareja?	<input type="checkbox"/>				
4. ¿Con qué frecuencia os ponéis furiosos/as y os peleáis tu pareja y tú?	<input type="checkbox"/>				
5. ¿Con qué frecuencia cuentas con tu pareja para que te ayude, te dé consejos o te comprenda?	<input type="checkbox"/>				
6. ¿Cuánto le importas a tu pareja?	<input type="checkbox"/>				
7. ¿Con qué frecuencia discutís u os peleáis tú y tu pareja?	<input type="checkbox"/>				
8. Cuando estás triste o mal (emocionalmente), ¿con qué frecuencia puedes contar con tu pareja para que te anime?	<input type="checkbox"/>				
9. ¿Cuánto de enamorado/a (le gustas o te quiere) está tu pareja de ti?	<input type="checkbox"/>				

18. ESCUELA - SCHOOL (SC)

Queremos que nos cuentes tu experiencia como alumno/a de tu COLEGIO o INSTITUTO

SC001 En tu opinión, ¿qué piensan tus profesores de tu rendimiento académico en comparación con el de tus compañeros/as?

- (Que es) muy bueno
- (Que es) bueno
- (Que está) en la media
- (Que está) por debajo de la media

SC002 Hoy por hoy, ¿qué sientes hacia la escuela, el colegio o el instituto?

- Me gusta mucho
- Me gusta un poco

- No me gusta mucho
- No me gusta nada

SC003 A continuación aparecen algunas afirmaciones sobre los/as compañeros/as de tu clase. Señala hasta qué punto estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas.

Por favor, señala una casilla para cada línea.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Los/as compañeros/as de mi clase se divierten estando juntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La mayoría de los/as compañeros/as de mi clase son amables y serviciales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Los/as otros/as compañeros/as me aceptan como soy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SC004 Aquí aparecen algunas afirmaciones sobre tus profesores/as. Indica cuánto de acuerdo o en desacuerdo estás con cada una.

Por favor, señala una casilla para cada línea.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Siento que mis profesores/as me aceptan como soy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Siento que mis profesores/as se preocupan por mí como persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tengo mucha confianza en mis profesores/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SC005 ¿Cuánto te agobia el trabajo escolar?

- Nada
- Un poco
- Algo
- Mucho

SC006 Por favor, indica cuánto de acuerdo o en desacuerdo estás con las siguientes frases.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Si tengo un problema en el colegio/instituto, mis padres están dispuestos a ayudar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mis padres están dispuestos a ir al colegio/instituto para hablar con mis profesores/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mis padres me animan para que vaya bien en el colegio/instituto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mis padres se interesan por lo que me pasa en el colegio/instituto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mis padres están dispuestos a ayudarme con mis deberes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SC007 Aquí aparecen algunas afirmaciones sobre tus profesores/as. Por favor, indica cuánto de acuerdo o en desacuerdo estás con cada una. Por favor, marca una casilla en cada fila:

	Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Tengo al menos un/a profesor/a que se interesa por mí como persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tengo al menos un/a profesor/a que escucha y respeta mis opiniones o ideas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tengo al menos un/a profesor/a que intenta ver las cosas desde mi perspectiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tengo al menos un/a profesor/a que intenta que me sienta mejor cuando estoy triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tengo al menos un/a profesor/a que está dispuesto/a a escuchar mis problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Tengo al menos un/a profesor/a que está ahí para mí si necesito su ayuda

SC008 En general, ¿cómo estás de satisfecho/a con las relaciones que tienes con tus compañeros/as de clase? Si marcas '10' significa que las relaciones con tus compañeros/as de clase son muy buenas y si marcas '0' significa que las relaciones con tus compañeros/as de clase son muy malas.

- 10 Tengo muy buenas relaciones con mis compañeros/as de clase
- 9
- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- 0 Tengo muy malas relaciones con mis compañeros/as de clase

SC009 En general, ¿cómo estás de satisfecho/a con las relaciones que tienes con tus profesores/as. Si marcas '10' significa que las relaciones con tus profesores/as son muy buenas y si marcas '0' significa que las relaciones con tus profesores/as son muy malas.

- 10 Tengo muy buenas relaciones con mis profesores/as
- 9
- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- 0 Tengo muy malas relaciones con mis profesores/as

SC010 ¿Cómo de estresantes te han resultado estas situaciones durante los últimos 6 meses? Por favor, marca una casilla en cada fila.

	Nada estresante (o no me ha ocurrido)	Un poco estresante	Medianamente estresante	Bastante estresante	Muy estresante
1. Tener que estudiar cosas que no entendías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Que los/as profesores/as te exigieran demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Llevar al día el trabajo escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La preocupación sobre tu futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tener que tomar decisiones sobre un futuro trabajo o estudios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Poner presión sobre ti mismo para alcanzar tus metas de futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. No tener suficiente tiempo de ocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. No tener suficiente tiempo para actividades fuera del horario escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tener demasiados deberes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SC011 Cuando pienso en las relaciones que tengo con mis compañeros y compañeras (señala una opción de las siguientes):

- Creo que **a la mayoría les gusta estar conmigo**
- Creo que **a la mayoría no les gusta estar conmigo**
- Creo que **a muchos/as les gusta mucho** estar conmigo **y a otros muchos/as no les gusta nada**
- Creo que **la mayoría pasa de mí** (ni les gusta ni les disgusta estar conmigo, les da igual)
- Creo que **caigo bien a unos/as pocos/as** de mis compañeros/as **y no caigo bien a otros/as pocos**

19. VECINDARIO - NEIGHBORHOOD (NH)

A Continuación, aparecen algunas preguntas relacionadas con **TU BARRIO** o **ZONA EN LA QUE VIVES**.

NH001 Por favor, señala cómo te hacen sentir las siguientes afirmaciones referidas a la zona en la que vives.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. La gente dice "¡hola!" y a menudo se detiene para hablar con otros en la calle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Resulta seguro para los/as niños/as más pequeños/as jugar fuera durante el día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se puede confiar en la gente de aquí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hay buenos lugares para pasar el tiempo libre (por ejemplo: parques, tiendas, centros de ocio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Podría pedir ayuda o un favor a los/as vecinos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me siento seguro/a en la zona donde vivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NH002 En general, ¿cómo de satisfecho estás con tu vecindario (barrio, zona, etc.)? Donde '10' significa que estás totalmente satisfecho/a con tu vecindario y '0' significa que no estás nada satisfecho/a con tu vecindario.

- 10 Estoy totalmente satisfecho/a con mi vecindario
- 9
- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- 0 No estoy nada satisfecho/a con mi vecindario

20. INMIGRACIÓN - INMIGRATION (IN)

IN001 ¿Naciste en España?

- Sí
 No

IN002 Piensa en tí mismo/a, como persona que pertenece al país/región en la que vives. Contesta pensando en ser español, o de tu Comunidad Autónoma (andaluz/a, castellano/a, vasco/a), con aquella identidad con la que más te identifiques (la nacional o la de comunidad autónoma) y contesta el grado de acuerdo con estas afirmaciones:

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. He dedicado tiempo a averiguar más sobre la cultura del lugar en el que vivo, como su historia, sus tradiciones y sus costumbres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tengo un fuerte sentido de pertenencia al lugar en el que vivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Entiendo bastante bien qué significa ser un miembro de la cultura del lugar en el que vivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A menudo he hecho cosas que me ayudan a comprenderme mejor como español y/o de mi comunidad autónoma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. He hablado a menudo con otras personas para saber más sobre la cultura del lugar en el que vivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me siento fuertemente unido/a al lugar en el que vivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IN003 Si no has nacido en España, ¿en qué país has nacido?

- China
- Colombia
- Ecuador
- Marruecos
- Rumanía
- Venezuela
- Otro. ¿Cuál? _____
- No sé

IN004 Si no naciste en España, ¿con qué edad llegaste a España? (años)

IN005 Nos has dicho que tu familia o tú misma/o nacisteis fuera de España. A continuación, vas a encontrar una serie de preguntas sobre tu sentido de pertenencia a la cultura de la que procedes tú o tu familia (ej. africana, senegalesa, europea del este, búlgara, hispana americana, ecuatoriana...)

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. He dedicado tiempo a averiguar más sobre mi cultura de procedencia, por ejemplo, sobre su historia, sus tradiciones y sus costumbres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tengo un fuerte sentido de pertenencia a mi cultura de procedencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Entiendo bastante bien qué significa ser un miembro de mi cultura de procedencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A menudo he hecho cosas que me ayudan a comprender mejor mi origen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. He hablado a menudo con otras personas para saber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

más sobre mi cultura
de procedencia

6. Me siento fuertemente unido a mis orígenes/cultura de procedencia

IN006 ¿En qué país nació tu madre?

- España
- China
- Colombia
- Ecuador
- Marruecos
- Rumanía
- Venezuela
- Otro. ¿Cuál? _____
- No sé

IN007 ¿En qué país nació tu padre?

- España
- China
- Colombia
- Ecuador
- Marruecos
- Rumanía
- Venezuela
- Otro. ¿Cuál? _____
- No sé

IN008 ¿Qué lengua o idioma habláis en casa?

- Español/Castellano
- Catalán
- Euskera
- Gallego
- Otro. ¿Cuál? _____

21. DESIGUALDADES SOCIALES - SOCIAL INEQUALITY (SI)

SI001 Padre	Madre
<p>¿Tiene trabajo tu padre?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí (PASA A LA MADRE)</p> <p><input type="checkbox"/> No (OPCIÓN FILTRO: SE LE PREGUNTA B)</p> <p><input type="checkbox"/> No lo sé (OPCIÓN FILTRO: MADRE)</p> <p><input type="checkbox"/> No tengo padre o no lo veo (OPCIÓN FILTRO: MADRE)</p> <p>B. Si tu padre NO trabaja: ¿Por qué no tiene trabajo tu padre? <i>Por favor, señala la casilla que mejor describe la situación.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Está enfermo, jubilado o es estudiante</p> <p><input type="checkbox"/> Está buscando trabajo</p> <p><input type="checkbox"/> Cuida de otros o está a tiempo completo en casa (amo de casa)</p> <p><input type="checkbox"/> No lo sé</p>	<p>¿Tiene trabajo tu madre?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí (PASA A LA SI002)</p> <p><input type="checkbox"/> No (OPCIÓN FILTRO: SE LE PREGUNTA B)</p> <p><input type="checkbox"/> No lo sé (OPCIÓN FILTRO: SI002)</p> <p><input type="checkbox"/> No tengo madre o no la veo (OPCIÓN FILTRO: SI002)</p> <p>B. Si tu madre NO trabaja: ¿Por qué no tiene trabajo tu madre? <i>Por favor, señala la casilla que mejor describe la situación.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Está enferma, jubilada o es estudiante</p> <p><input type="checkbox"/> Está buscando trabajo</p> <p><input type="checkbox"/> Cuida de otros o está a tiempo completo en casa (ama de casa)</p> <p><input type="checkbox"/> No lo sé</p>

SI002 ¿Qué estudios tienen tu padre y tu madre?

	Padre	Madre
1. Nunca estudió	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Estudios básicos/primarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estudios secundarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Estudios universitarios o superiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. No veo/no tengo a esa persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SI003 ¿Cómo de rica o adinerada piensas que es tu familia?

- Pobre
- No muy pobre
- Normal
- Bastante rica
- Muy rica

SI004 ¿Tiene tu familia coche propio o furgoneta?

- No
- Sí, uno
- Sí, dos o más

SI005 ¿Tienes un dormitorio para ti solo/a?

- No
- Sí

SI006 ¿Cuántos ordenadores tiene tu familia? (incluyendo portátiles y tablets, NO incluyendo videoconsolas y smartphones)

- Ninguno
- Uno
- Dos
- Más de dos

SI007 ¿Cuántos baños (habitación con una bañera, ducha o ambas) hay en tu casa?

- Ninguno
- Uno
- Dos
- Más de dos

SI008 ¿Tiene tu familia un lavavajillas en casa?

- No
- Sí

SI009 ¿Cuántas veces saliste de vacaciones fuera de España con tu familia el año pasado?

- Nunca
- Una vez
- Dos veces
- Más de dos veces

SI010 ¿Cuántos libros hay en tu casa? Normalmente hay unos 40 libros en cada estante de una estantería. Por favor, marca una casilla.

- No hay libros
- De 1 a 10 libros
- De 11 a 25 libros
- De 26 a 100 libros
- De 101 a 200 libros
- De 201 a 500 libros
- Más de 500 libros

SI011 Algunos/as chicos/as se van al colegio o instituto o a la cama con hambre porque en su casa no hay suficiente comida. ¿Con qué frecuencia te ocurre esto a ti?

- Nunca
- Algunas veces
- A menudo
- Siempre

22. SALUD MEDIOAMBIENTAL - PLANETARY HEALTH (PT)

Proteger el medio ambiente está estrechamente relacionado con proteger la salud humana. Esta relación entre el medioambiente y la salud humana se conoce como salud planetaria o medioambiental. Nos interesa tu opinión sobre la salud medioambiental y las cosas que pueden hacerse para proteger el medio ambiente.

PT001 A continuación, aparecen algunas afirmaciones sobre tu relación con la salud medioambiental. Señala tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una.

Por favor, marca una casilla en cada fila.

	Muy en desacuerdo				Muy de acuerdo
1. Preservar la diversidad de seres vivos es necesario para el desarrollo sostenible (preservar la diversidad biológica)	<input type="checkbox"/>				
2. El desarrollo sostenible requiere un cambio a los recursos naturales renovables	<input type="checkbox"/>				
3. El desarrollo sostenible requiere que los seres humanos reduzcamos todo tipo de residuos	<input type="checkbox"/>				
4. Creo que necesitamos leyes y normas más estrictas para proteger el medio ambiente	<input type="checkbox"/>				
5. Reducir el consumo de agua es necesario para el desarrollo sostenible	<input type="checkbox"/>				
6. En la actualidad me dedico con energía a buscar formas de resolver los problemas medioambientales	<input type="checkbox"/>				
7. Elijo temas medioambientales cuando puedo elegir el tema para un trabajo del colegio/instituto.	<input type="checkbox"/>				
8. He cambiado mi estilo de vida para proteger el medioambiente	<input type="checkbox"/>				

9. Creo que mi colegio/instituto es respetuoso con el medioambiente	<input type="checkbox"/>				
10. Mi familia es respetuosa con el medioambiente	<input type="checkbox"/>				
11. Mis amistades son respetuosas con el medioambiente.	<input type="checkbox"/>				

23. COVID (CV)

La reciente pandemia del COVID-19 ha afectado a las vidas de jóvenes de todo el mundo. Las siguientes preguntas son sobre tu experiencia de la pandemia y cómo os ha afectado a ti y a tu familia.

CV001 Pensando en la época de la pandemia del COVID-19, responde a las siguientes preguntas. Por favor, marca una casilla en cada fila.

	Sí	No	No lo sé
¿Has dado positivo por COVID-19 en un test (dar positivo significa que tenías COVID-19)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha dado positivo por COVID-19 en un test alguien de tu familiar cercana (padres, hermanos o abuelos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si has respondido que sí, ¿alguna de estas personas fue hospitalizada debido al COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CV002 Desde el principio de la pandemia del COVID-19, las vidas de muchas personas se han visto afectadas (confinamientos, cierres de colegios/institutos, aprendizaje a distancia, distanciamiento social).

¿Qué impacto han tenido esas medidas en los siguientes aspectos de tu vida? (Un impacto negativo significa que hizo que las cosas fueran peores, un impacto positivo significa que hizo que las cosas fueran mejores). Por favor, marca una casilla en cada fila.

	Muy negativo	Bastante negativo	Ni positivo ni negativo	Bastante positivo	Muy positivo
1. Tu vida en general	<input type="checkbox"/>				
2. Tu salud	<input type="checkbox"/>				
3. Las relaciones con tu familia	<input type="checkbox"/>				
4. Las relaciones con tus amistades	<input type="checkbox"/>				
5. Tu salud mental (p.ej. gestionar tus emociones, estrés, etc.)	<input type="checkbox"/>				

6. Tu rendimiento escolar	<input type="checkbox"/>				
7. La actividad física (p.ej., deportes, ir en bicicleta, paseos, etc.)	<input type="checkbox"/>				
8. Lo que comías o bebías	<input type="checkbox"/>				
9. Tus expectativas futuras (p.ej. exámenes, trabajo, etc.)	<input type="checkbox"/>				
10. La situación económica de tu familia	<input type="checkbox"/>				

CV003 Durante la pandemia del COVID-19, se pusieron en marcha varias medidas protectoras. Debajo se enumeran varias de ellas. ¿Con qué frecuencia hiciste las siguientes cosas? Por favor, marca una casilla en cada fila.

	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Siempre
1. Mantener el distanciamiento social (p.ej. mantenerte a distancia de otras personas)	<input type="checkbox"/>				
2. Lavarte las manos con regularidad	<input type="checkbox"/>				
3. Ponerte mascarilla	<input type="checkbox"/>				
4. Evitar reunirte con grupos de personas	<input type="checkbox"/>				
5. Quedarte en casa si tenías síntomas	<input type="checkbox"/>				
6. Quedarte en casa si te indicaron cuarentena por ser contacto estrecho	<input type="checkbox"/>				