

DESKcohort_3a onada

Completad el siguiente cuestionario por favor.

Gracias!

He sido informado/informada y acepto contestar este cuestionario

- Sí
- No

Dos primeras letras del nombre

Dos primeras letras del primer apellido

Dos primeras letras del segundo apellido (si no tienes segundo apellido, escribe XX)

Datos sociodemográficos

- 1 ¿Qué día naciste?
- 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6
 - 7
 - 8
 - 9
 - 10
 - 11
 - 12
 - 13
 - 14
 - 15
 - 16
 - 17
 - 18
 - 19
 - 20
 - 21
 - 22
 - 23
 - 24
 - 25
 - 26
 - 27
 - 28
 - 29
 - 30
 - 31

-
- 1.1 ¿En qué mes naciste?
- Enero
 - Febrero
 - Marzo
 - Abril
 - Mayo
 - Junio
 - Julio
 - Agosto
 - Setiembre
 - Octubre
 - Noviembre
 - Diciembre

-
- 1.2 ¿Qué año naciste?
- 2004
 - 2005
 - 2006
 - 2007
 - 2008
 - 2009
 - 2010
 - 2011
 - 2012
 - Otros

-
- 1.3 ¿Qué año naciste?

(Escribe en valores numéricos (2002, 2003...))

2 ¿Cuál es tu sexo biológico? Masculino
 Femenino

3 ¿Con qué género te identificas? Chico
 Chica
 No binario
 Otros

3.1 ¿Con qué género te identificas?

4 ¿En qué comarca vives? Anoia
 Bages
 Berguedà
 Solsonès
 Moianès
 Osona
 Otros

5 ¿En qué pueblo/ciudad vives?

5 ¿En qué pueblo/ciudad vives? Aguilar de Segarra
 Artés
 Avinyó
 Balsareny
 Callús
 Cardona
 Castellbell i el Vilar
 Castellfollit del Boix
 Castellgalí
 Castellnou de Bages
 Fonollosa
 Gaià
 Manresa
 Marganell
 Monistrol de Montserrat
 Mura
 Navarcles
 Navàs
 Rajadell
 El Pont de Vilomara i Rocafort
 Sallent
 Sant Feliu Sasserra
 Sant Fruitós de Bages
 Sant Joan de Vilatorrada
 Sant Mateu de Bages
 Santpedor
 Sant Salvador de Guardiola
 Sant Vicenç de Castellet
 Súria
 Talamanca

5.1 Concretamente, ¿en qué barrio vives?

- Mion, Puigberenguer i Poal
- La Parada
- Les Bases
- La Balconada
- Viladordis
- Barri Antic
- Cal Gravat - Bufalvent
- Les Escodines
- Carretera Santpedor
- La Font dels Capellans
- El Guix, la Pujada Roja i les Cots
- Farreras, Suanya i Pirelli
- Plaça de Catalunya i Barriada Saldes
- Poble Nou
- Sagrada Família
- Sant Pau
- Valldaura
- Pere Ignasi Puig i el Xup
- Passeig i rodalies
- Carretera Vic-Remei
- La Guia, Santa Caterina i l'Oller
- Els Comptals
- Miralpeix

5 ¿En qué pueblo/ciudad vives?

- Calders
- Castellcir
- Castellterçol
- Collsuspina
- L'Estany
- Granera
- Moià
- Monistrol de Calders
- Santa Maria d'Oló
- Sant Quirze Safaja

5 ¿En qué pueblo/ciudad vives?

- Avià
- Bagà
- Berga
- Borredà
- Capolat
- Casserres
- Castell de l'Areny
- Castellar de N'Hug
- Castellar del Riu
- Cercs
- L'Espunyola
- Fígols
- Gironella
- Gisclareny
- Gòsol
- Guardiola de Berguedà
- Montclar
- Montmajor
- La Nou de Berguedà
- Olvan
- La Pobla de l'Illet
- Puig-reig
- La Quar
- Sagàs
- Saldes
- Sant Jaume de Frontanyà
- Sant Julià de Cerdanyola
- Santa Maria de Merlès
- Vallcebre
- Vilada
- Viver i Serrateix

5 ¿En qué pueblo/ciudad vives?

- Argençola
- Bellprat
- El Bruc
- Cabrera d'Anoia
- Calaf
- Calonge de Segarra
- Capellades
- Carme
- Castellfollit de Riubregós
- Castellolí
- Copons
- Hostalets de Pierola
- Igualada
- Jorba
- La Llacuna
- Masquefa
- Montmaneu
- Òdena
- Orpí
- Piera
- La Pobla de Claramunt
- Els Prats de Rei
- Pujalt
- Rubió
- Sant Martí de Tous
- Sant Martí de Sesgueioles
- Sant Pere Sallavinera
- Santa Margarida de Montbuí
- Santa Maria de Miralles
- La Torre de Claramunt
- Vallbona d'Anoia
- Veciana
- Vilanova del Camí

5 ¿En qué pueblo/ciudad vives?

- Castellar de la Ribera
- Clariana de Cardener
- La Coma i La Pedra
- Guixers
- Lladurs
- Llobera
- La Molsosa
- Navès
- Odèn
- Olius
- Pinell de Solsonès
- Pinós
- Riner
- Sant Llorenç de Morunys
- Solsona

5.1 Concretamente, ¿en qué barrio vives?

- Els Set Camins
- Poble Sec
- Les Comes Residencial
- Fàtima
- El Pla de la Massa
- Sant Agustí
- Santa Caterina
- Sant Crist
- El Rec
- La Masuca
- Montserrat
- Les Flors
- Ses Oliveres
- Molí Nou
- Centre Ponent
- Nucli Antic
- Centre - Llevant
- Les Comes Industrial

6 ¿En qué pueblo o ciudad vives?

- Alpens
- Balenyà
- El Brull
- Calldetenes
- Centelles
- Espinelves
- L'Esquirol
- Folgueroles
- Gurb
- Lluçà
- Malla
- Manlleu
- Les Masies de Roda
- Les Masies de Voltregà
- Montesquiu
- Muntanyola
- Olost
- Orís
- Oristà
- Perafita
- Prats de Lluçanès
- Roda de Ter
- Rupit i Pruit
- Sant Agustí de Lluçanès
- Sant Bartomeu del Grau
- Sant Boi de Lluçanès
- Sant Hipòlit de Voltregà
- Sant Julià de Vilatorrada
- Sant Martí d'Albars
- Sant Martí de Centelles
- Sant Pere de Torelló
- Sant Quirze de Besora
- Sant Sadurní d'Osona
- Sant Vicenç de Torelló
- Santa Cecília de Voltregà
- Santa Eugènia de Berga
- Santa Eulàlia de Riuprimer
- Santa Maria de Besora
- Seva
- Sobremunt
- Sora
- Taradell
- Tavèrnoles
- Tavertet
- Tona
- Torelló
- Vic
- Vidrà
- Viladrau
- Vilanova de Sau

5.1 Concretamente, ¿en qué barrio vives?

- Sentfores - La Guixa
- El Sucre
- El Nord
- Els Caputxins
- Centre Històric
- Cerrer Sant Pere
- Sant Llàtzer
- Quatre estacions
- La Calla
- Horta Vermella
- Remei
- Estadi
- Santa Anna
- Osona
- Serra-de-Senferm

6 ¿A qué escuela/instituto vas?

- La Salle Manresa
- INS Guillem Catà
- INS Pius Font i Quer
- INS Lacetània
- FEDAC-Manresa
- Joviat / IE Manresa
- INS Cal Gravat
- INS Lluís de Peguera
- INS Manresa Sis
- L'Ave Maria
- Oms i de Prat
- Vedruna Artés
- Vedruna Cardona
- INS Sant Ramon
- Institut Bages Sud
- Institut de Navarcles
- Diocesana
- IE Sant Jordi
- INS Llobregat
- Paidos
- INS Gebert d'Aurillac
- INS Quercus
- Institut Cardener
- FEDAC - Sant Vicenç de Castellet
- INS Castellet
- INS d'Auro
- Llissach
- INS Mig-Món
- INS de Sant Llorenç de Morunys
- Arrels II
- INS Francesc Ribalta
- INS L'Alt Berguedà
- Vedruna Secundària Berga
- Escola FEDAC-Xarxa
- INS Guillem de Berguedà
- Institut Serra de Noet
- INS Pere Fontdevila
- INS de Puig-reig
- INS Alexandre de Riquer
- Mare del Diví Pastor
- Anòia
- Escola Pia d'Igualada
- Maristes Igualada
- INS Badia i Margarit
- INS Pere Vives i Vich
- INS Milà i Fontanals
- INS de Masquefa
- Apiària
- INS Montbuí
- INS de Vallbona d'Anòia
- IE Castellterçol
- Institut Les Margues
- Sagrats Cors de Centelles
- INS Pere Barnils
- Institut Gurb
- Mare de Déu de la Gleva
- INS de Voltreganès
- Casals-Gràcia
- La Salle Manlleu
- Institut del Ter
- INS Antoni Pous i Argila
- INS Castell de Quer
- INS Miquel Martí i Pol
- El Roser
- Institut Bisaura
- Vedruna Tona
- INS de Tona
- Rocaprevera
- Sagrats Cors de Torreló

- Cirviànum de Torelló
- INS ESC Marta Mata
- Vedruna Escorial Vic
- FEDAC Vic
- Sagrat Cor de Jesús
- Sant Miquel dels Sants
- INS de Vic
- INS Jaume Callís
- INS La Plana
- ESAD de Vic
- IE Barnola
- Escola Castell d'Òdena
- Institut Escola Renaixença
- IE Carles Capdevila
- IE Mossèn Cinto
- IE Josep Maria Xandri
- Acadèmia Igualada
- IE El Cabrerès

7 ¿A qué curso vas?

- 2º ESO
- 4º ESO
- 2º BAT
- CFGM

8 ¿Dónde naciste?

- Cataluña
- Resto de España
- Fuera de España
- No lo sé

8.1 ¿En qué país naciste?

9 ¿Dónde nacieron tus padres?

	Cataluña	Resto de España	Fuera de España	No lo sé	No tengo este progenitor
Padre	<input type="radio"/>				
Madre	<input type="radio"/>				

9.1 ¿En qué país nació tu padre?

9.2 ¿En qué país ha nacido tu madre?

10 ¿Cuál es el nivel más alto de estudios acabados de tus padres?

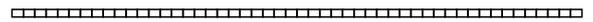
10 ¿Cuál es el nivel más alto de estudios acabados de tus tutores legales con quienes convives?

Sin estudios o con estudios primarios sin acabar	Primarios, certificado escolar (hasta 8.º de EGB, FP1)	Secundarios (BUP, COU, bachillerato, FP2, ciclos formativos)	Universitarios	No lo sé
--	--	--	----------------	----------

Padre	<input type="radio"/>				
Madre	<input type="radio"/>				
Tutor/a legal	<input type="radio"/>				

- 11 "Piensa en esta barra como si representara toda la gente que está situada en la sociedad. En la parte más alta está la gente que tiene lo mejor: tienen más dinero, tienen la mejor educación y los trabajos más respetados. Al final está la gente que está en peores condiciones: no tienen mucho dinero, o una buena educación, no tienen trabajo o un trabajo que nadie querría/poco respetado. Ahora piensa en tu familia. Marca el nivel/valor que mejor representa el lugar de tu familia en esta barra. (DEL 1 AL 10)

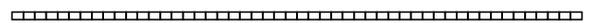
1 10



(Place a mark on the scale above)

- 12 Ahora asume que la barra es tu escuela. En lo alto está la gente que más se respeta, que sacan mejores notas y que tienen mejor reputación. Al final están las personas que nadie respeta, con quien nadie quiere ir y que tienen las peores notas. ¿Dónde te situarías en esta barra? (DEL 1 AL 10)

1 10



(Place a mark on the scale above)

- 13 Actualmente, ¿de cuánto dinero dispones habitualmente en la semana para tus gastos personales? Nos referimos al dinero que puedes usar tú, sin la supervisión de tus padres.

- 0€
 Entre 0 y 10€ a la semana
 Entre 10,01 y 30 € a la semana
 Mas de 30€ a la semana

- 14 ¿En tu casa hace frío durante el invierno?

- Sí, siempre
 Sí, a menudo
 Sí, a veces
 No

- 14.1 ¿Alguna de tus actividades se ven limitadas en casa por el frío? PUEDES MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN

- Sí, invitar amistades a casa
 Sí, estudiar o hacer los deberes
 Sí, utilizar todas las habitaciones de la casa (ejemplo: no poder estar en mi habitación porque hace demasiado frío)
 Sí, dormir bien
 Sí, otros
 No, ninguna

- 15 ¿En tu casa hace calor durante el verano?

- Sí, siempre
 Sí, a menudo
 Sí, a veces
 No

- 15.1 ¿Algunas de tus actividades se ven limitadas por el calor? PUEDES MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN.

- Sí, invitar amistades a casa
 Sí, estudiar o hacer los deberes
 Sí, utilizar todas las habitaciones de la casa (ejemplo: no poder estar en mi habitación porque hace demasiado calor)
 Sí, dormir bien
 Sí, otros
 No, ninguna

-
- 16 En relación con los otros compañeros/as de tu clase, ¿cuál crees que es tu nivel académico?
- Soy de las personas con notas altas de mi clase
 Soy de las personas con notas medianas de la clase
 Soy de las personas con notas bajas de la clase
-
- 17 ¿Has sido diagnosticado/a de alguna dificultad de aprendizaje o trastorno asociado?
- Sí
 No
-
- 17.1 ¿Qué diagnóstico? PUEDES MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN
- Dislexia
 Discalculia
 Trastorno de aprendizaje no verbal (TANV)
 Disgrafía
 Disortografía
 Trastorno Específico del Lenguaje (TEL)
 Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)
 Trastorno del Espectro Autista (TEA)
 Otros
-
- 17.2 Actualmente, ¿recibes algún apoyo en relación a la dificultad o trastorno diagnosticado? PUEDES MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN
- Sí, psicopedagogía
 Sí, psicología
 Sí, logopedia
 Sí, otros profesionales
 No, ninguno

Salud, descanso y estado de ánimo

- 18 ¿Cómo dirías que es tu salud en general?
- Excelente
 Muy buena
 Buena
 Regular
 Mala
-
- 19 ¿Has sufrido alguno de estos trastornos o afecciones en los últimos 12 meses? Marca todas las respuestas que correspondan.
- Diabetes
 Asma
 Bronquitis u otros problemas respiratorios diferentes del asma
 Episodios de estrés, ansiedad o depresión
 Problemas digestivos y gastrointestinales
 Dolor de espalda (cervical, dorsal, lumbar)
 Migraña o dolores de cabeza frecuentes
 Problemas en los ojos o problemas de visión (también incluye llevar gafas o lentillas)
 Problemas de voz o disfonías
 Problemas de oído
 No he sufrido ningún
 Otros
-
- 19.1 ¿Qué tipo dolor de espalda? PUEDES MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN
- Cervical (parte de arriba de la espalda y cuello)
 Dorsal (parte media de la espalda)
 Lumbar (parte baja de la espalda)
-
- 19.1.1 ¿Has tenido dolor LUMBAR o CERVICAL en las últimas 4 semanas?
- No
 Sí
-
- 19.1.2 ¿Cuándo sentiste este dolor (lumbar o cervical) por primera vez?
- Hace menos de 3 meses
 Entre 3 y 6 meses
 Entre 6 meses y 1 año
 Entre 1 y 5 años
 Hace mas de 5 años
-
- 19.1.3 ¿Con qué frecuencia has sentido este dolor (lumbar o cervical) teniendo en cuenta los últimos 6 meses?
- Cada día o casi cada día en los últimos 6 meses
 Al menos la mitad de los días en los últimos 6 meses
 Menos de la mitad de los días en los últimos 6 meses
-
- 19.2 ¿Qué haces normalmente cuando tienes dolor de espalda?
- Reposo
 Estiramientos, ejercicio físico (salir a andar, en bici, a correr, etc.) o ejercicio de fuerza (ejercicios como abdominales, pesas, flexiones, etc.)
 Aplicación de calor (almohadilla, agua caliente...)
 Voy al fisioterapeuta
 Tomo algún medicamento (ibuprofeno, paracetamol, etc.)
 Tomo remedios naturales (infusiones, etc.)
 Otras
-
- 19.2.1 ¿Qué haces normalmente cuando tienes dolor de espalda?
- _____

19.3 ¿Crees que tu dolor de espalda se relaciona con alguna de las siguientes actividades?

- Estar sentado/da
- Usar el móvil o la tablet.
- Estar con el ordenador
- Hacer esfuerzos con la espalda (levantar pesos, mover objetos...)
- Estar derecho/a
- Llevar mochilas o bolsas en la espalda
- Hacer actividad física (deporte, gimnasio, ejercicios de tonificación...)
- Otros
- No lo relaciono con ninguna actividad en concreto

19.3.1 Con qué actividad relacionas el dolor de espalda?

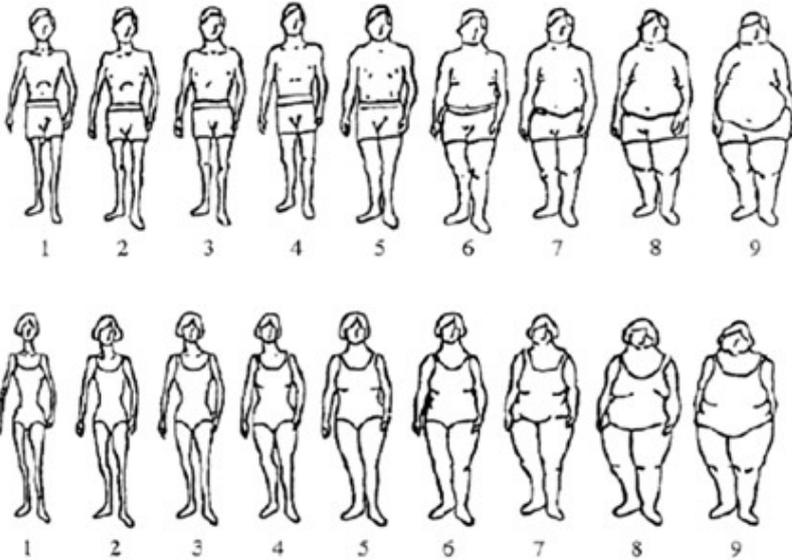
20 Aproximadamente, ¿cuántos kilos pesas sin ropa?

(Kg)

21 Aproximadamente, cuántos centímetros mides sin zapatos?

(centímetros. Escribe sin puntos ni comas.)

22 Observa la siguiente figura:



22.1 Marca la figura que consideres que más se asemeja a ti:

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9

22.2 Marca la figura con la que te gustaría asemejarte:

1 2 3 4 5 6 7 8 9

23 ¿Durante el último mes, como calificarías en general, la calidad de tu sueño?

- Muy buena
 Bastante buena
 Bastante mala
 Mala

24 ¿Con qué frecuencia te has sentido...?

	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Siempre
Muy cansado/ada para hacer cosas	<input type="radio"/>				
Con problemas para dormir	<input type="radio"/>				
Desplazado/ada, triste o deprimido/ida	<input type="radio"/>				
Desesperanzado/ada de cara al futuro	<input type="radio"/>				
Nervioso/osa o en tensión	<input type="radio"/>				
Aburrido/ida de las cosas	<input type="radio"/>				

25 En las últimas dos semanas, con qué frecuencia...

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	A menudo	Siempre
¿Te has sentido optimista respecto al futuro?	<input type="radio"/>				
¿Te has sentido útil?	<input type="radio"/>				
¿Te has sentido relajado o relajada?	<input type="radio"/>				
¿Has sentido interés por otros?	<input type="radio"/>				
¿Has tenido energía de sobra?	<input type="radio"/>				
¿Has afrontado bien los problemas?	<input type="radio"/>				
¿Has podido pensar con claridad?	<input type="radio"/>				
	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	A menudo	Siempre
¿Te has sentido bien contigo mismo/a?	<input type="radio"/>				
¿Te has sentido próximo/a a otras personas?	<input type="radio"/>				
¿Te has sentido seguro o segura (con confianza)?	<input type="radio"/>				

¿Has sido capaz de tomar tus propias decisiones?	<input type="radio"/>				
¿Te has sentido querido/a?	<input type="radio"/>				
¿Te has interesado por cosas nuevas?	<input type="radio"/>				
¿Te has sentido alegre?	<input type="radio"/>				

26 Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia te han preocupado los problemas relacionados con el cambio climático y otras condiciones ambientales globales (por ejemplo, el calentamiento global, la degradación ecológica, el agotamiento de los recursos, la extinción de especies, el agujero de la capa de ozono, la contaminación de los océanos, la deforestación, etc.)?

- Nunca
- Algunos días
- Más de la mitad de los días
- Casi cada día
- Cada día

Alimentación

27 ¿Cuántas veces has hecho las siguientes comidas (consumo de cualquier alimento o bebida, excepto agua) durante los últimos 7 días (la última semana)? MARCA UNA RESPUESTA POR CADA LÍNEA.

	Ninguna vez	1 - 3 veces por semana	4 - 6 veces por semana	Cada día
Desayunar (máximo 2-3h después de levantarte y antes de empezar las clases o la actividad del día)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desayunar a media mañana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Merendar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28 ¿Con qué frecuencia tomas habitualmente los siguientes alimentos? MARCA UNA RESPUESTA POR CADA LÍNEA.

	Más de una vez al día	1 vez al día	Entre 4 y 6 veces por semana	Entre 2 y 3 veces por semana	1 vez por semana	Entre 1 y 3 veces al mes	Nunca o menos de una vez al mes
Pan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arroz o pasta (espagueti, macarrones, cuscus, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patatas (cocidas, al horno, fritas (NO las de bolsa))	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cereales (Kellogg's, Krispies, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legumbres (lentejas, garbanzos, judías, hummus, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pescado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Huevos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Embutidos (jamón, longaniza, chorizo, salami, mortadela, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verduras y hortalizas cocinadas o crudas (lechuga, judías verdes, col, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Más de una vez al día	1 vez al día	Entre 4 y 6 veces por semana	Entre 2 y 3 veces por semana	1 vez por semana	Entre 1 y 3 veces al mes	Nunca o menos de una vez al mes
Pieza de fruta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frutos secos (almendras, avellanas, nueces, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lácteos (leche, yogurt, queso, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Refrescos (Coca-cola, Pepsi, Fanta, Seven up, Sunny, Nestea, etc.)	<input type="radio"/>						
Bebidas energéticas (Red Bull, Monster, etc.)	<input type="radio"/>						
Chucherías (caramelos, chicles, gominolas, etc.)	<input type="radio"/>						
Bollería (cruasanes, ensaimadas, magdalenas, Donuts, Bollycao, etc.)	<input type="radio"/>						
Snacks (patatas chips, pipas, kikos, etc.)	<input type="radio"/>						
Comida rápida (hamburguesas, kebabs, pizzas, etc.)	<input type="radio"/>						
Café	<input type="radio"/>						

29 Actualmente, sigues alguna dieta o régimen especial? (por ejemplo, dieta vegetariana, dieta sin gluten, dieta baja en calorías, dieta rica en proteínas, etc.) Sí No

29.1 ¿Qué dieta sigues? Dieta vegetariana o vegana Dieta baja en calorías Dieta rica en proteínas Dieta baja en carbohidratos Dieta sin gluten Otras

29.1.1 ¿Qué dieta sigues?

29.2 ¿Cuál es la razón principal por la cual sigues esta dieta o régimen? Para perder peso Para mantener el peso actual Para ganar peso o aumentar la masa muscular Para vivir más saludablemente Por una enfermedad o problema de salud (incluido alergias o intolerancias) Porque sigo las pautas de un tratamiento por un trastorno de conducta alimentaria (TCA) Por la sostenibilidad y la cura del medio ambiente/por motivos éticos Porque las personas con quienes convivo la hacen Por otra razón

29.2.1 ¿Qué razón?

30 En los últimos tres meses... (marca una opción por cada fila)

	Nunca o casi nunca	A veces	A menudo (dos veces por semana)	Bastante (más de dos veces por semana)
Me ha preocupado engordarme o ganar peso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A veces, he comido demasiado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He perdido el control de aquello que como (tengo la sensación de no poder parar de comer).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He vomitado después de comer para intentar bajar de peso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He hecho ayunos (dejar de comer durante 12 horas o más) para intentar bajar de peso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He hecho dietas para bajar de peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He hecho ejercicio para bajar de peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He utilizado "pastillas" para intentar bajar de peso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para bajar de peso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar peso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31 A lo largo de una semana habitual (7 días), ¿con qué frecuencia realizas estas comidas acompañado/a por alguien próximo a ti (persona significativa para ti como familiares o amigos)?

	0 veces	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 veces	6 veces	7 veces
Desayunar (antes de empezar las clases, tanto si desayunas en casa como si lo haces en la escuela)	<input type="radio"/>							
Comer	<input type="radio"/>							
Merendar	<input type="radio"/>							
Cenar	<input type="radio"/>							

32 Durante alguna de las comidas que haces, miras la televisión o estás ante alguna pantalla? (Por ejemplo: ordenador, móvil, Tablet, Nintendo, Playstation, Xbox, GameBoy, NintendoDS, etc.)

	Casi nunca o nunca	A veces	Casi siempre o siempre
--	--------------------	---------	------------------------

Desayunar (antes de empezar las clases, tanto si desayunas en casa como si lo haces en la escuela)

Comer

Merendar

Cenar

33 En los últimos 12 meses, ¿a tu familia y a ti os preocupaba que se os acabara la comida antes de tener dinero para comprar más? Nunca
 A veces
 A menudo

Actividad física y tiempo libre

- 34 Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días has realizado alguna actividad física intensa o moderada AL MENOS 10 minutos seguidos, tanto adentro como fuera del instituto?

La actividad física intensa es aquella que requiere un gran esfuerzo físico y que te hace respirar mucho más fuerte del normal, como jugar a baloncesto, hockey, correr, pedalear rápido en bicicleta, practicar artes marciales, saltar a cuerda o jugar a juegos que impliquen correr y perseguir.

La actividad física moderada es aquella que requiere un esfuerzo físico moderado que te hace respirar algo más fuerte del normal, como pedalear a velocidad regular en bicicleta, andar rápido, hacer senderismo o ir en monopatín.

- Ningún día
 1 día
 2 días
 3 días
 4 días
 5 días
 6 días
 7 días

- 34.1 ¿Cuántos minutos de actividad física (moderada o intensa) has hecho en un día?

_____ (minutos/día. Escribe en números, no en letras.)

- 35 En general, ¿haces 1h de actividad física intensa o moderada cada día?

- No
 Sí

- 36 Si piensas en la última semana, ¿en un día cuántas horas has estado sentado/a de media? Incluye el tiempo sentado/a en clase, en las extraescolares, en casa, estudiando, leyendo, yendo en transporte, en el tiempo libre, mirando la televisión, etc.

_____ (Horas/día. Escribe en números, no en letras.)

- 36.1 De estas horas que estás sentado/da, ¿cuántas son mirando alguna pantalla? (estando con el móvil, mirando el televisor, jugando con la videoconsola o utilizando el ordenador, el iPad o la tablet). No tengas en cuenta el tiempo de estudio.

- 36.2 Horas que estás sentado/da mirando alguna pantalla

_____ (Horas/día. Escribe en números, no en letras.)

- 37a ¿Con qué frecuencia acostumbras a hacer las siguientes actividades extraescolares?

	No hago nunca esta actividad	2-3 veces al mes o raramente	1 vez por semana aproximadamente	2 veces por semana o más
Actividades deportivas (fútbol, gimnasia, danza, kárate, circo, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actividades artísticas (teatro, música, dibujo, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actividades intelectuales (clases de inglés o idiomas, club de lectura, curso de programación, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actividades de asociacionismo (como un agrupamiento escolta, esplai, actividades políticas o religiosas, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

37a. ¿Qué otras actividades extraescolares haces?

37b Indica con qué frecuencia acostumbras a hacer las siguientes actividades en tu tiempo libre.

	No hago nunca esta actividad	2-3 veces al mes o raramente	1 vez por semana aproximadamente	2 veces por semana o más
Ir a bares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ir a discotecas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Uso de pantallas y entretenimiento digital

- 38 ¿En tu casa tienes algún límite sobre cuánto de tiempo puedes usar el teléfono móvil diariamente? Sí
 No
 No uso el teléfono móvil
- 39 ¿En tu casa hay algún límite sobre cuánto tiempo puedes estar mirando el televisor, jugando con la videoconsola o utilizando el ordenador, el iPad o la tablet diariamente? Sí
 No
 No tengo ninguno de estos dispositivos
- 40 Lee las afirmaciones siguientes respecto a la frecuencia de uso de internet (por ejemplo, el uso de redes sociales y videojuegos). Marca una casilla por línea.

	Nunca	Raramente	Alguna vez	A menudo	Muy frecuentemente
¿Te ha resultado difícil dejar internet cuando estabas conectado/da?	<input type="radio"/>				
¿Has seguido conectado/da a internet a pesar de querer parar?	<input type="radio"/>				
¿Tus padres o amigos/as te dicen que tendrías que pasar menos tiempo utilizando internet?	<input type="radio"/>				
¿Prefieres pasar tiempo en internet en vez de pasar el tiempo otras personas (progenitores, amigos/gues...)?	<input type="radio"/>				
¿Duermes menos para estar conectado/da a internet?	<input type="radio"/>				
¿Te encuentras pensando a conectarte a internet, aunque no lo estés utilizando?	<input type="radio"/>				
¿Deseas conectarte a internet?	<input type="radio"/>				
¿Piensas que tendrías que utilizar menos internet?	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Alguna vez	A menudo	Muy frecuentemente
¿Has intentado pasar menos tiempo conectado/da a internet y no lo has conseguido?	<input type="radio"/>				
¿Intentas acabar el trabajo deprisa y corriendo para conectarte a internet?	<input type="radio"/>				

¿Dejas de hacer tus obligaciones (deberes, estar con la familia...) porque prefieres estar en internet?

¿Te conectas a internet cuando estás desanimado/da?

¿Te conectas a internet para olvidar las penas o los sentimientos negativos?

¿Te sientes inquieto/a, frustrado/da o irritado/da si no puedes utilizar internet?

¿Te has sentido molesto/da, amenazado/da o crees que te han hecho acoso escolar a través de internet?

Consumo de tabaco

- 41 ¿Has fumado alguna vez? (No nos referimos a una sola "calada", sino a fumar al menos unas cuántas "caladas" seguidas) Sí
 No
-
- 41.1 ¿A qué edad fumaste tabaco por primera vez? (Al preguntar si has fumado, no nos referimos a una sola "calada", sino a fumar al menos unas cuántas "caladas" seguidas.) _____ (años. Escribe en números, no en letras.)
-
- 41.2 ¿Con qué frecuencia fumas tabaco habitualmente? No fumo
 Menos de una vez por semana
 Uno o dos veces por semana
 Tres o más veces por semana
 Cada día
-
- 42 ¿Alguna de las personas con quienes convives fuma? PUEDES MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN. Sí, dentro de casa (sin tener en cuenta balcones ni terrazas)
 Sí, en espacios abiertos (incluido balcones y terrazas)
 Sí, en el coche
 Nadie con quien convivo fuma
-
- 43a ¿Has utilizado alguna vez un cigarrillo electrónico o vaper? Sí, actualmente, cada día
 Sí, actualmente, de manera ocasional
 Ahora no, pero antes (más de dos meses) cada día
 Ahora no, pero antes (más de dos meses) ocasionalmente (no cada día)
 Solo lo he probado
 No lo he probado nunca
 No sé qué es
-
- 43b ¿Has fumado alguna vez en la vida "shisha" o cachimba? No, nunca
 Sí, alguna vez en la vida
 Sí, en los últimos 12 meses
 Sí, en los últimos 6 meses
 Sí, en los últimos 30 días

Consumo de alcohol

- 44 ¿Has bebido alguna vez en tu vida al menos medio vaso de cualquier bebida alcohólica?
- No, nunca
 Sí, alguna vez en la vida
 Sí, en los últimos 12 meses
 Sí, en los últimos 6 meses
 Sí, en los últimos 30 días
-
- 44.1 ¿Qué edad tenías cuando bebiste por primera vez MEDIO VASO de cualquier bebida alcohólica?
- _____
- (años)
-
- 44.2 ¿Cuántos días te has emborrachado en los últimos 30 días?
- Ningún día
 1 día
 2 días
 3 días
 4-5 días
 6-9 días
 10-19 días
 20-30 días
-
- 44.3 ¿En los últimos 12 meses, con qué frecuencia acostumbras a tomar alguna bebida alcohólica ?
- Nunca
 Uno o menos veces en el mes
 2 a 4 veces en el mes
 2 o 3 veces en la semana
 4 o más veces en la semana
-
- 44.4 ¿En los últimos 12 meses, cuántas consumiciones de bebidas con contenido alcohólico sueles beber en un día de consumo?
- 1 o 2
 3 o 4
 5 o 6
 7 a 9
 10 o más
-
- 44.5 ¿En los últimos 12 meses, con qué frecuencia tomas seis o más consumiciones alcohólicas en una sola ocasión de consumo (entendiendo como "ocasión" tomar las bebidas seguidas o en un intervalo aproximado de 2-4 horas)?
- Nunca
 Menos de una vez al mes
 Mensualmente
 Semanalmente
 Cada día o casi cada día
-
- 44.6 ¿En los últimos 12 meses, con qué frecuencia no recuerdas qué pasó la noche anterior porque habías bebido?
- Nunca
 Menos de una vez en el mes
 Mensualmente
 Semanalmente
 Cada día o casi cada día
-
- 44.7 ¿En qué contexto sueles consumir alcohol? PUEDES MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN.
- A casa con los/las amigos/gues
 En casa solo/a
 En casa con los padres
 A los bares
 De fiesta
 A la discoteca
 En la calle (botellón, parkineo, etc.)
 Otras

-
- 44.8 ¿En qué de las situaciones siguientes acostumbras a beber al menos medio vaso de algún tipo de bebida alcohólica? PUEDES MARCAR MÁS DE UNA RESPUESTA.
- Los días de clase (los días de cada día)
 - Durante los fines de semana
 - En las fiestas familiares, como cumpleaños, Navidad u otras fiestas
 - En discotecas, bares y fiestas con los/las amigos/amigas
 - Local alquilado con los amigos/gues
 - En ninguno de estas situaciones
-
- 44.9 ¿Durante el último año, con qué frecuencia has conducido algún vehículo de motor (coche o moto) bajo el efecto del alcohol u otras drogas?
- No conduzco
 - Nunca
 - Raramente
 - A veces
 - A menudo
-
- 45 ¿Durante el último año, con qué frecuencia has subido a un vehículo (coche o moto) en el que quién lo conducía estaba bajo los efectos del alcohol u otras drogas?
- Nunca
 - Raramente
 - A veces
 - A menudo
-
- 46 En los últimos 30 días, ¿cuántas veces has dejado de comer para compensar las calorías que después te tomarías al beber alcohol?
- Nunca
 - 1 vez
 - 2-3 veces al mes
 - 1 vez por semana
 - Más de una vez por semana
-
- 46.1 Aparte de dejar de comer, ¿has hecho alguno otro comportamiento para compensar las calorías ingeridas con el alcohol? En caso afirmativo, selecciónalas:
- Saltarse comidas o compensar la ingesta de alimentos ANTES de consumir alcohol.
 - Saltarse comidas o restringir la ingesta de alimentos DESPUÉS de consumir alcohol.
 - Hacer actividad física intensa ANTES de consumir alcohol.
 - Hacer actividad física intensa DESPUÉS de consumir alcohol.
 - Purgarse/vomitarse para eliminar las calorías ingeridas.
 - Tomar diuréticos, laxantes o pastillas para adelgazarse después del consumo de alcohol.

Consumo de Cannabis

- 50 ¿Has consumido cannabis (hachís, marihuana) alguna vez en tu vida?
- No nunca
 Sí, alguna vez en la vida
 Sí, en los últimos 12 meses
 Sí en los últimos 6 meses
 Sí, en los últimos 30 días

- 50.1 ¿Qué edad tenías cuando fumaste cannabis por primera vez?

(años. Escribe en números, no en letras.)

- 50.2 En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia te ha pasado alguna de las situaciones que se describen a continuación?

	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Muy a menudo
¿Has consumido hachís o marihuana antes del mediodía?	<input type="radio"/>				
¿Has consumido hachís o marihuana estando solo/a?	<input type="radio"/>				
¿Has tenido problemas de memoria al consumir hachís o marihuana?	<input type="radio"/>				
¿Te han dicho los/las amigos/as o miembros de tu familia que tendrías que reducir el consumo de hachís o marihuana?	<input type="radio"/>				
¿Has intentado reducir o dejar de consumir hachís o marihuana sin conseguirlo?	<input type="radio"/>				
¿Has tenido problemas debido a tu consumo de hachís o marihuana (discusión, pelea, accidente, mal resultado escolar, etc.)?	<input type="radio"/>				

- 50.2.1 ¿Qué problemas?

- 51 ¿Cómo de difícil crees que te sería conseguir hachís o marihuana para poder consumir si quisieras?
- Prácticamente imposible
 Difícil
 Relativamente fácil
 Muy fácil
 No lo sé

- 52 ¿En tu pueblo/ciudad hay asociaciones cannábicas?
- Sí, y asisto
 Sí, pero no asisto
 No hay
 No lo sé/ No sé qué es

Otras drogas

- 53 ¿Has consumido nunca alguna droga que NO sea tabaco, alcohol o cannabis? No
 Sí

- 53.1 De cada una de las siguientes sustancias, indica si no las has tomado nunca y con qué frecuencia. MARCA UNA OPCIÓN POR LÍNEA.

	Alguna vez en la vida	En los últimos 12 meses	En los últimos 30 días	No he consumido nunca
TRANQUILIZANTES O PASTILLAS PARA DORMIR sin que el médico te las haya recetado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COCAÍNA (perico, farlopa, base, cocaína base, crack)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SPEED, ANFETAMINAS (metanfetamina, anfetam, ice)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ÉXTASIS (MDMA, pastís, pirulas, cristal, MD, rulas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ALUCINÓGENOS: LSD (tripi, ácido), setas alucinógenas, ketamina, tusi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
INHALADOS (popper)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Relaciones con los otros

- 54 ¿En relación con tus compañeros y compañeras, te has encontrado en alguna de estas situaciones en los últimos 12 meses?
- | | Nunca | 1 vez | 2 veces | 3 veces | 4 o más veces |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Se han reído de ti o te han insultado en la escuela/instituto o durante el camino hacia la escuela/instituto | <input type="radio"/> |
| Te han golpeado, atacado y/o amenazado en la escuela/instituto o de camino hacia la escuela/instituto | <input type="radio"/> |
| Te han marginado o rechazado que tú formes parte del grupo | <input type="radio"/> |
- 55 ¿Durante los últimos 12 meses has participado con otros compañeros/as o con tu grupo en alguna de estas situaciones (situaciones que no consideras una broma o un juego)?
- | | Nunca | 1 vez | 2 veces | 3 veces | 4 veces o más |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Reírte o insultar otros compañeros/as en la escuela/instituto o durante el camino en la escuela/instituto | <input type="radio"/> |
| Golpear, atacar o amenazar otros compañeros/as en la escuela/instituto o durante el camino en la escuela/instituto | <input type="radio"/> |
| Rechazar o marginar a otros compañeros/as | <input type="radio"/> |
- 56 ¿Sientes que tienes una red de amistades con quienes puedes compartir tanto tus momentos felices como tus problemas y preocupaciones?
- Sí, siempre.
 En general, sí.
 Ni sí ni no.
 En general, no.
 No, nunca.
- 57 ¿Cómo son habitualmente las relaciones con tu familia? (Nos referimos a las personas con quienes convives)
- Muy buenas
 Bastante buenas
 Regulares
 Bastante malas
 Muy malas
- 58 ¿Alguna vez en la vida has tenido pareja? PUEDES MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN
- Sí, chicos
 Sí, chicas
 Sí, personas no binarias
 No

58.1 ¿Alguna vez has recibido, por parte de tus parejas o ex parejas, alguno de los siguientes maltratos? Puedes marcar más de una respuesta.

- Maltrato emocional (hacerte sentir miedo, difundir datos íntimos tuyos, insultos, chantaje, destruir objetos durante las discusiones, controlar tu móvil o tus contactos, humillaciones ante otras personas, amenazas, etc.).
- Maltrato físico (recibir veces, un puñetazo o bofetada, un empujón, que te cojan con mucha fuerza, etc.).
- Maltrato sexual (insistirte al mantener relaciones sexuales cuando no querías, hacer prácticas sexuales que no te gusten, enviarte o forzarte a enviar fotografías íntimas que no querías, etc.).
- No he vivido ninguno de estas situaciones.

Sexualidad y salud sexual

- 59 ¿De las siguientes opciones con cuál te sientes más identificado/da?
- Heterosexual (te sientes atraído/a de manera habitual por personas de sexo diferente al tuyo)
 - Homosexual (te sientes atraído/a de manera habitual por personas del mismo sexo)
 - Bisexual (te sientes atraído/a por personas del mismo sexo y de sexo diferente al tuyo)
 - Asexual (no me siento atraído/a por otras personas)
 - Me lo estoy cuestionando /no lo sé
 - Prefiero no contestar
 - Otras

59.1 ¿Qué otra orientación sexual?

60 ¿Las personas de tu entorno (amistades, familiares, etc.) conocen tu orientación sexual?

- Sí, todo el mundo
- La mayoría de personas sí
- La mayoría de personas no
- No, nadie

61 ¿Has tenido relaciones sexuales alguna vez (incluyendo cualquier tipo de práctica sexual que implique contacto físico con otra persona, como el sexo oral, la masturbación mutua o la penetración)?

- Sí
- No

61.1 ¿Cuántos años tenías cuando tuviste la primera relación sexual?

_____ (Años. Escribe en números, no en letras.)

61.2 ¿Con quien has tenido relaciones sexuales? Incluyendo cualquier tipo de práctica sexual que implique contacto físico con otra persona, como el sexo oral, la masturbación mutua o la penetración). PUEDES MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN.

- Con chicos
- Con chicas
- Con personas no binarias.

61.3 En los últimos 12 meses, ¿con cuántas personas has mantenido relaciones sexuales?

_____ (parejas sexuales)

61.4 En los últimos 12 meses, ¿has mantenido relaciones sexuales con penetración vaginal?

- Sí
- No

61.4. En los últimos 12 meses, ¿tú y tu pareja sexual habéis utilizado alguno de los siguientes métodos para evitar el embarazo? PUEDES MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN.

- Preservativo
- Anticonceptivos orales
- Marcha atrás
- Tener relaciones durante la regla, los días antes o los días después
- DIU
- Otros métodos hormonales no orales (parche anticonceptivo, anillo vaginal, etc.)
- Ninguna de las anteriores

61.4. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has usado tú o tu pareja sexual la píldora del día siguiente?

- Ninguna
- Una
- Mas de una vez
- No lo sé / No contesto

61.4.3 ¿Alguna vez te has quedado embarazada o has dejado embarazada a tu pareja sexual?

Sí
 No
 No lo sé / No contesto

61.4.4 ¿Alguna vez has tenido alguna interrupción voluntaria del embarazo?

Sí
 No
 No lo se / No contesto

61.5 En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia has utilizado preservativos o bandas de látex, con las siguientes prácticas sexuales? MARCA UNA OPCIÓN POR FILA.

	No he realizado esta práctica	Siempre utilizo	A menudo utilizo	A veces utilizo	No utilizo nunca
Penetración vaginal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penetración anal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sexo oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sexo buco-anal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rozamiento entre genitales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

61.6 ¿Te han diagnosticado en alguna ocasión alguna infección de transmisión sexual (ITS) o ETS? Por ejemplo, clamidia, sífilis, micoplasma, gonorrea, VIH, Hepatitis B, Hepatitis C, Papiloma, etc.

No
 Sí, en los últimos 12 meses
 Sí, hace más de 12 meses

61.7 ¿Durante los últimos 12 meses, has consumido alcohol u otras drogas antes o durante las relaciones sexuales?

No
 Sí, alcohol
 Sí, otras drogas
 Sí, alcohol y otras drogas
 No lo sé / No contesto

62 En los últimos 12 meses, ¿consideras que has sido satisfecho/a con tu vida sexual? Puedes responder esta pregunta aunque no hayas tenido relaciones sexuales con otras personas.

Mucho
 Bastante
 Poco
 Nada
 No lo sé / No contesto

63 ¿Alguna vez en la vida has visto pornografía?

Sí
 No

63.1 ¿Cuántos años tenías cuando viste pornografía por primera vez?

(Años. Escribe en números, no en letras.)

63.2 En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia has visto pornografía?

Nunca
 Una vez en el mes
 2 o 3 veces en el mes
 Una vez por semana
 Entre 2 y 6 veces por semana
 Una vez en el día
 Muchas veces en el día

63.3 ¿Por qué motivos ves pornografía? PUEDES MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN.

- Porque me facilita la masturbación
- Para aprender cosas nuevas
- Porque no estoy contento/a con mi vida sexual
- Porque me proporciona una experiencia que sería imposible en la vida real
- Para pasar el rato cuando me aburro
- Porque me hace olvidar los problemas
- Porque me tranquiliza
- Porque puedo descubrir el qué me excita
- Otros

63.3.1 ¿Por qué otros motivos ves pornografía?

64 ¿Has ido alguna vez a hacerte una revisión ginecológica? PUEDES MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN. Las revisiones ginecológicas son visitas médicas para valorar el aparato reproductor femenino (útero, vagina y ovarios).

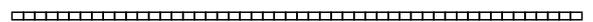
- Sí, por la revisión periódica
- Sí, por alguna infección de transmisión sexual (ITS)
- Sí, por infecciones de orina
- Sí, por temas relacionados con la regla
- Sí, por temas relacionados con el embarazo
- Sí, por otros temas.
- No he ido nunca

65 ¿Tienes la regla o (menstruación)?

- Sí
- No

65.1 Cuando te baja la regla, ¿tienes dolor abdominal o garrampas durante las primeras horas o días? Marca la intensidad del dolor del 0 al 10 (marca 0 si no tienes dolor y 10 si tienes un dolor insoportable).

0 10



(Place a mark on the scale above)

65.2 ¿A que edad tuviste tu primera regla?

- Menos de 12
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- Más de 16

65.3 Debido a tu regla, ¿te has sentido limitada o la regla te ha impedido hacer alguna actividad o tarea de tu día a día?

- No
- Sí

65.4 En los últimos 3 meses, ¿has experimentado alguno de los siguientes síntomas premenstruales, que empiezan durante la semana antes de la regla y se paran unos días después de que empiece a bajar la regla? MARCA UNA OPCIÓN POR LÍNEA.

	Nada	Leve	Moderado	Severo
Bajo estado de ánimo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ansiedad o tensión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lloros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Menos interés por las actividades sociales, domésticas o laborales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad para concentrarte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fatiga/Falta de energía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentirte desbordada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Estos síntomas han hecho que fueses menos eficiente o productiva haciendo tareas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

66 Indica si HAS SUFRIDO PERSONALMENTE alguna de las siguientes formas de violencia ALGUNA VEZ EN LA VIDA. PUEDES MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN.

- Sin contacto físico (bromas machistas con contenido sexual, miradas sexualizadas y continuadas no deseadas, exhibicionismo, etc.)
- Con contacto físico (invasión continua del espacio vital, tocamientos no deseados, acorralamientos con fines sexuales, etc.)
- Con introducción de objetos o alguna parte de su cuerpo en tu cuerpo, ya sea por vía oral, anal o vaginal (violación con o sin fuerza, etc.)
- No he sufrido ningún
- Prefiero no responder

Movilidad y seguridad en la vía

66 ¿Cuántas horas al día vas en patinete eléctrico?

- No voy
- Menos de 1 hora
- Entre 1 y 3 horas
- Más de 3 horas

66.1 ¿Has dejado de desplazarte a los lugares andando para ir con patinete eléctrico?

- Sí
- No

Juegos y apuestas

67 En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia has visto, en los siguientes canales, ANUNCIOS SOBRE APUESTAS?

	Nunca	Ocasionalmente	A menudo	Muy a menudo
Televisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Propaganda por la calle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiendas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acontecimientos deportivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

68 En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia HAS APOSTADO DINERO O PAGADO PARA JUGAR? Marca una casilla por cada fila.

	Nunca he apostado dinero	No he apostado dinero en los últimos 12 meses	Un día al mes o menos	2-4 días al mes	2-3 días por semana	4-5 días por semana	6 o más días por semana
En internet (online)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fuera de internet (presencial)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

68.1 ¿Alguna vez has sentido la necesidad de apostar más y más dinero?

- Sí
 No

68.2 ¿Alguna vez has tenido que mentir a gente importante para ti sobre cuánto juegas?

- Sí
 No

Información sobre salud y vacunas

69 ¿Cuando tienes dudas relacionadas con la salud, cuál es tu principal fuente de información? PUEDES MARCAR MÁS DE UNA RESPUESTA

- No suelo tener dudas relacionadas con la salud
- No suelo buscar información sobre salud
- Padre, madre, tutor/en
- Germà/más bien o hermana/se
- Amistades
- Profesorado
- Profesional de la salud
- Internet o redes sociales
- Televisión o radio
- Libros o revistas
- Otras

69.1 ¿Qué otras fuentes de información utilizas?

70 ¿Con qué frecuencia buscas información sobre diferentes aspectos relacionados con la salud en internet o redes sociales?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- Diariamente

70.1 ¿Cuándo buscas información sobre diferentes aspectos relacionados con la salud a internet o redes sociales, sobre qué temas buscas? PUEDES MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN.

- Salud en general
- Alimentación
- Fitness y actividad física
- Salud mental
- Sexualidad y salud reproductiva
- Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas
- Otras

70.1.1 ¿Qué otros temas buscas?

70.2 ¿Cuándo buscas información sobre salud en internet o redes sociales, en qué lugares buscas? PUEDES MARCAR MÁS DE UNA RESPUESTA

- Instagram
- TikTok
- Twitch
- ChatGPT
- Telegram
- Youtube
- Twitter
- SnapChat
- Páginas Web
- Otras

70.2.1 ¿A qué otros lugares de internet o redes sociales buscas?

71 ¿Consideras que las vacunas son necesarias?

- Sí
- No
- No lo se

72 ¿Consideras que las vacunas son seguras?

Sí
 No
 No lo sé

73 ¿Has sido vacunado/da de todas las vacunas que tocan para la edad que tienes?

Sí
 No
 No lo sé

74 ¿Te has vacunado de la COVID-19?

Sí, 1 dosis
 Sí, 2 dosis
 Sí, 3 dosis
 No me he vacunado
 No lo se

75 ¿Te has sentido cómodo contestando este cuestionario?

Sí
 No

¿Por qué?

Si quieres seguir participando en este estudio, escribe tu correo electrónico y tu número de móvil y contactaremos contigo en futuras ocasiones.

Teléfono

Correo electrónico
