

# DESKcohort 2da ola

Completad el siguiente cuestionario por favor.

¡Gracias!

---

He sido informado/ada 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? (Pulsa la icona del calendario. Después, marca primero el año, después el mes, y por último el día. )
- 
- 2 ¿Cuál es tu sexo biológico?  Hombre  
 Mujer
- 
- 3 ¿Te identificas con tu sexo biológico?  Sí  
 No
- 
- 3.1 ¿Cómo te defines? \_\_\_\_\_
- 
- 4 ¿En qué comarca vives?  Anoia  
 Bages  
 Berguedà  
 Solsonès  
 Moianès  
 Osona  
 Altres
- 
- 4.1 ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 
- 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 Y 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?

- 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 ¿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

---

5.1 Y 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

5 ¿En qué pueblo/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'Osomort
- 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
- Tàvertet
- Tona
- Torelló
- Vic
- Vidrà
- Viladrau
- Vilanova de Sau

---

5.1 Y 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
- INS Cal Gravat
- INS Lluís de Peguera
- INS Manresa Sis
- L'Ave Maria
- Oms i de Prat
- Vedruna Artés
- Miquel Bosch i Jover
- 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
- Anoia
- 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'Anoia
- IE Castellterçol
- INS Moianès
- 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 Torelló
- 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

7 ¿A qué curso vas?

- 2n ESO
- 4rt ESO
- 2n BAT
- CFGM

8 ¿Dónde naciste tú y dónde nacieron tus progenitores?

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

8.1 ¿En qué país naciste?

\_\_\_\_\_

8.2 ¿En qué país nació tu padre?

\_\_\_\_\_

8.3 ¿En qué país nació tu madre?

\_\_\_\_\_

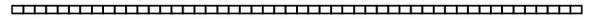
9 ¿Cuál es el nivel más alto de estudios terminados por tus padres o progenitores?

9 ¿Cuál es el nivel más alto de estudios terminados por los tutores legales con los que convives?

	Sin estudios o con estudios primarios sin terminar	Primarios, certificado escolar (hasta 8º de EGB, FP1)	Secundarios (BUP, COU, FP2, ciclos formativos)	Universitarios	No lo sé
Padre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Madre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tutor/a legal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10.1 Piensa en esta barra como si representara a 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. En la parte más baja 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)

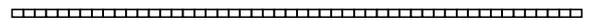
1 10



(Place a mark on the scale above)

10.2 Ahora asume que la barra es tu escuela. En lo alto está la gente que tiene más respeto, que sacan mejores notas y que tienen mejor reputación. Al final de todo 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)

11 Actualmente, ¿de cuánto dinero dispones habitualmente a la semana para tus gastos personales?

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

12 En relación con los otros compañeros/as de tu clase, ¿cuál crees que es tu nivel académico?

- Estoy en el grupo de personas con notas altas de mi clase  
 Estoy en el grupo de personas con notas medias de la clase  
 Estoy en el grupo de personas con notas bajas de la clase  
 No lo sé

13 ¿Has sido diagnosticado/a de alguna dificultad de aprendizaje o trastorno asociado?

- Sí  
 No

13.1 ¿Con qué diagnóstico?

- Dislexia  
 Discalculia  
 Trastorno de aprendizaje no verbal (TANV)  
 Disgrafía  
 Disortografía  
 Trastorno Específico del Lenguaje (TEL)  
 Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

13.2 ¿Recibes algún apoyo? (puedes marcar más de una opción)

- Sí, voy al psicopedagogo  
 Sí, voy al psicólogo  
 Sí, voy al logopeda  
 No, ninguno

**Salud, descanso y estado de ánimo**

- 14 ¿Cómo dirías que es tu salud en general?
- Excelente  
 Muy buena  
 Buena  
 Regular  
 Mala
- 
- 15 ¿Has sufrido alguno de estos trastornos o afecciones en los últimos doce 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, esguinces, contracturas...) u otros trastornos musculoesqueléticos  
 Migraña o dolores de cabeza frecuentes  
 Problemas en los ojos o problemas de visión  
 Problemas de voz o disfonías  
 Problemas de oído  
 No he sufrido ninguno  
 Otros
- 
- 15.1 ¿Qué trastorno o lesión musculoesquelética has sufrido? (Puedes marcar más de una opción)
- Esguinces ligamentosos (gesto forzado que te lesiona el ligamento)  
 Contracturas musculares (dolor muscular por sobrecarga)  
 Roturas musculares (gesto forzado que te lesiona el músculo)  
 Fracturas (te has roto un hueso)  
 Tendinopatías (gesto repetido que te inflama el tendón. También llamado tendinitis)  
 Dolor de espalda  
 Otras
- 
- 15.1.1 ¿Qué trastorno o lesión?
- \_\_\_\_\_
- 
- 15.2 ¿Qué haces normalmente cuando tienes dolor de espalda?
- Repos  
 Ejercicio físico como salir a caminar, en bici, a correr...  
 Ejercicio de fuerza (ejercicios como abdominales, pesas, flexiones...)  
 Aplicación de calor (esterilla, agua caliente...)  
 Voy al fisioterapeuta  
 Tomo algún medicamento (ibuprofeno, paracetamol, etc.)  
 Tomo remedios naturales (infusiones, etc.)  
 Otros
- 
- 15.2.1 ¿Qué haces normalmente cuando tienes dolor de espalda?
- \_\_\_\_\_

15.3 ¿Asocias alguna de estas actividades con tu dolor de espalda?

- Estar sentado  
 Utilizar el móvil o la tableta  
 Estar en el ordenador  
 Hacer esfuerzos con la espalda (levantar pesos, mover objetos...)  
 Estar de pie  
 Llevar mochilas o bolsas en la espalda  
 Hacer actividad física (deporte, gimnasio, ejercicios de tonificación...)  
 Otros  
 No ho associo amb cap activitat en concret

15.3.1 Con qué actividad asocias el dolor de espalda?

\_\_\_\_\_

16 ¿Alguna vez has tenido alguna lesión deportiva? En caso afirmativo, ¿en qué zona?

- Sí, en el hombro  
 Sí, en la rodilla  
 Sí, en el tobillo  
 Otras  
 Nunca he tenido una

17 Aproximadamente, ¿cuántos kilos pesas sin ropa?

\_\_\_\_\_

(Kg)

18 Aproximadamente, ¿cuántos centímetros mides sin zapatos?

\_\_\_\_\_

(centímetros. ESCRIBE SIN PUNTOS NI COMAS.)

19 Durante el último mes, ¿cómo calificarías, en general, la calidad de tu sueño?

- Muy buena  
 Bastante buena  
 Bastante mala  
 Mala

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

	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Siempre
Muy cansado/a 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/a o en tensión	<input type="radio"/>				
Aburrido/ida de las cosas	<input type="radio"/>				
Enfadado/ada o violento/a	<input type="radio"/>				

21 En las últimas dos semanas...

	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 los demás?	<input type="radio"/>				
¿Has tenido energía de sobras?	<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 cercano/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"/>				

**Alimentación**

22 ¿Cuántas veces has tomado las siguientes comidas (consumo de cualquier alimento o bebida, excepto agua) durante los últimos 7 días (la última semana)? (Marca UNA RESPUESTA EN CADA LÍNEA)

	Ninguna vez	1-3 veces a la semana	4-6 veces a la 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"/>

23 ¿Con qué frecuencia tomas habitualmente los siguientes alimentos? (Marca una respuesta EN 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, cuscús, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patatas	<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 cocidas 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"/>
Lácticos (leche, yogur, 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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebidas energéticas (Red Bull, Monster, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Golosinas (caramelos, chicles, gominolas, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pastas (croissants, ensaimadas, madalenas, Donuts, Bollycao, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Snacks (patatas chip, pipas, kikos, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comida rápida (hamburguesas, kebabs, pizza, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Café	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24 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

24.1 ¿Qué dieta sigues?

Dieta vegetariana o vegana  
 Dieta baja en calorías  
 Dieta rica en proteínas  
 Dieta baja en carbohidratos  
 Dieta sin gluten  
 Otras

24.1.1 ¿Qué dieta sigues?

\_\_\_\_\_

24.2 ¿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 masa muscular  
 Para vivir más saludablemente  
 Por una enfermedad o problema de salud (incluido alergias o intolerancias)  
 Por la sostenibilidad y la cura del medio ambiente/por motivos éticos  
 Porque las personas con las que convivo la hacen  
 Por otra razón

24.2.1 ¿Qué razón?

\_\_\_\_\_

- 25 A lo largo de una semana habitual (7 días), ¿con qué frecuencia realizas estas comidas acompañado por alguien cercano 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 en la escuela)	<input type="radio"/>							
Comer	<input type="radio"/>							
Merendar	<input type="radio"/>							
Cenar	<input type="radio"/>							

- 26 Durante alguna de las comidas que tomas, ¿miras la televisión o estás delante de una pantalla? (Por ejemplo: ordenador, móvil, Tablet, Nintendo, Playstation, Xbox, GameBoy, NintendoDS, etc.)

	No hago esta comida	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)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Merienda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Actividad física y tiempo libre**

27 Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días has realizado alguna actividad física intensa AL MENOS durante 10 minutos seguidos, tanto dentro como fuera del instituto?

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

(La actividad física intensa es aquella que requiere un gran esfuerzo físico y te hace respirar mucho más fuerte de lo normal, como jugar al baloncesto, hockey, fútbol, correr, pedalear rápido en bicicleta, practicar artes marciales, saltar a la comba o hacer juegos que impliquen correr y perseguir.)

27.1 Cuántas horas de actividad física intensa haces en un día?

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

27.1 Cuantos minutos aproximadamente de media has realizado una actividad física intensa cada día que lo has hecho?

\_\_\_\_\_  
(Minutos/día. Escribe en números, no en letras. (1h=60', 2h=120', 3h=180', etc.))

28 Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días has realizado alguna actividad física moderada AL MENOS 10 minutos seguidos, tanto dentro como fuera del instituto?

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

(La actividad física moderada es aquella que requiere de un esfuerzo moderado que te hace respirar un poco más fuerte de lo normal, como pedalear a velocidad regular en bicicleta, caminar rápido, hacer senderismo, ir en monopatín o en patinete (no eléctrico) o realizar tareas domésticas como barrer o empujar el cortacésped. )

28.1 Cuantas horas de actividad física moderada haces en un día? NO INCLUYE CAMINAR

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

28.1 Cuántos minutos aproximadamente de media has realizado una actividad física moderada cada día que lo has hecho?

\_\_\_\_\_  
(Minutos/día. Escribe en números, no en letras. (1h=60', 2h=120', 3h=180', etc.))

29 Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días has caminado AL MENOS 10 minutos seguidos, tanto dentro como fuera del instituto?

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

---

29.1 Cuántas horas has caminado en un día?

\_\_\_\_\_

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

---

29.2 Cuántos minutos has caminado en un día?

\_\_\_\_\_

(Minutos/día. Escribe en números, no en letras.)

---

30 La última pregunta se refiere al tiempo que has estado sentado/da en los últimos 7 días. Incluye el tiempo sentado/a en clase, en las actividades extraescolares, en casa, estudiando, leyendo, yendo en transporte, en el tiempo de ocio, mirando la televisión, etc.

---

30.1 En los últimos 7 días, cuántas horas has estado sentado/a de media en un día? (tanto dentro como fuera del instituto)

\_\_\_\_\_

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

---

30.2 En los últimos 7 días, cuántos minutos has estado sentado/a en un día? (tanto dentro como fuera del instituto)

\_\_\_\_\_

(Minutos/día. Escribe en números, no en letras.)

---

31 De estas horas que estás sentado/a, ¿cuántas son mirando alguna pantalla? (estando con el móvil, viendo la televisión, jugando con la videoconsola o utilizando el ordenador, el iPad, o la tableta). No tengas en cuenta el tiempo de estudio.

---

31.1 Horas que estás sentado/a mirando alguna pantalla

\_\_\_\_\_

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

---

31.1 Minutos que estás sentado/a mirando alguna pantalla (sin tener en cuenta el tiempo de estudio)

\_\_\_\_\_

(Minutos/día. Escribe en números, no en letras.  
(1h=60', 2h=120', 3h=180', etc.))

### Uso de pantallas y nuevas tecnologías

- 32 En casa, ¿tienes algún límite sobre cuánto tiempo puedes utilizar el teléfono móvil diariamente?
- Sí  
 No  
 No utilizo el móvil

- 33 Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia has utilizado los siguientes tipos de aplicaciones de entretenimiento digital? Marca una casilla per línea.

	No las utilizo	Casi nunca	Alguna vez a la semana	Alguna vez al día	Varias veces al día	Constantemente
Redes sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplicaciones de mensajería instantánea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Videojuegos o apps de juego	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Webs y plataformas de series, películas y vídeos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plataformas de retransmisiones en directo (streamings)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiendas o compras en línea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 34 Lee las siguientes afirmaciones respecto a las aplicaciones de entretenimiento digital. Las aplicaciones de entretenimiento digital se refieren a las que has indicado en la pregunta anterior. Marca una casilla per línea.

	Nunca	Raramente	Alguna vez	A menudo	Muy frecuentemente
¿Con qué frecuencia te ha sido difícil dejar las aplicaciones de entretenimiento digital cuando estabas conectado/a?	<input type="radio"/>				
¿Con qué frecuencia has seguido conectado/a a las aplicaciones de entretenimiento digital pese a querer parar?	<input type="radio"/>				
¿Con qué frecuencia tus padres o amigos te dicen que deberías pasar menos tiempo utilizando las aplicaciones de entretenimiento digital?	<input type="radio"/>				
¿Con qué frecuencia prefieres pasar tiempo con las aplicaciones de entretenimiento digital en vez de pasar tiempo con otros (padres, amigos...)?	<input type="radio"/>				
¿Con qué frecuencia duermes menos por estar conectado/a a las aplicaciones de entretenimiento digital?	<input type="radio"/>				
¿Con qué frecuencia te encuentras pensando en las aplicaciones de entretenimiento digital, aunque no estés conectado/a?	<input type="radio"/>				
¿Con qué frecuencia estás deseando conectarte a las aplicaciones de entretenimiento digital?	<input type="radio"/>				
¿Con qué frecuencia piensas que deberías utilizar menos las aplicaciones de entretenimiento digital?	<input type="radio"/>				

	Nunca	Raramente	Alguna vez	A menudo	Muy frecuentemente
¿Con qué frecuencia has intentado pasar menos tiempo conectado/a a las aplicaciones de entretenimiento digital y no lo has conseguido?	<input type="radio"/>				
¿Con qué frecuencia intentas acabar tu trabajo rápidamente para conectarte a las aplicaciones de entretenimiento digital?	<input type="radio"/>				
¿Con qué frecuencia descuidas tus obligaciones (deberes, estar con la familia...) porque prefieres conectarte a las aplicaciones de entretenimiento digital?	<input type="radio"/>				
¿Con qué frecuencia te conectas a las aplicaciones de entretenimiento digital cuando estás "de bajón"?	<input type="radio"/>				
¿Con qué frecuencia te conectas a las aplicaciones de entretenimiento digital para olvidar tus penas o sentimientos negativos?	<input type="radio"/>				
¿Con qué frecuencia te sientes inquieto/a, frustrado/a o irritado/a si no puedes utilizar las aplicaciones de entretenimiento digital?	<input type="radio"/>				
¿Con qué frecuencia te has sentido acosado/a, amenazado/a o crees que te han hecho acoso escolar a través de aplicaciones de entretenimiento digital?	<input type="radio"/>				

- 35 ¿En tu casa existe algún límite sobre cuánto tiempo puedes estar viendo la televisión, jugando con la videoconsola, o utilizando el ordenador, iPad o la Tablet diariamente?
- Sí  
 No

**Consumo de tabaco**

36 ¿Has fumado tabaco alguna vez? (Al preguntar si has fumado, no nos referimos a una sola "calada", si no a fumar por lo menos unas cuantas "caladas" seguidas).

- Sí  
 No

36.1 ¿A qué edad fumaste tabaco por primera vez? (Al preguntar si has fumado, no nos referimos a una sola "calada", si no a fumar por lo menos unas cuantas "caladas" seguidas).

\_\_\_\_\_ (años)

36.2 ¿Con qué frecuencia fumas tabaco habitualmente?

- No fumo  
 Menos de una vez por semana  
 Una o dos veces por semana  
 Tres o más veces por semana  
 Cada día

¿Qué tipo de tabaco fumas y cuántas unidades fumas?

Indica el número de unidades que fumas de cada tipo de tabaco en un día normal entre semana y en fines de semana (si no fumas alguno de estos tipos de tabaco, pon un 0).

ENTRE SEMANA (de lunes a jueves)

36.3 Cigarrillos convencionales (industriales)

\_\_\_\_\_ (Unidades/día. Escribe en números.)

36.4 Cigarrillos con tabaco de liar

\_\_\_\_\_ (Unidades/día. Escribe en números.)

36.5 Puros, puritos, pipa

\_\_\_\_\_ (Unidades/día. Escribe en números.)

FIN DE SEMANA (de viernes a domingo)

36.6 Cigarrillos convencionales (industriales)

\_\_\_\_\_ (Unidades/día. Escribe en números.)

36.7 Cigarrillos con tabaco de liar

\_\_\_\_\_ (Unidades/día. Escribe en números.)

36.8 Puros, puritos, pipa

\_\_\_\_\_ (Unidades/día. Escribe en números.)

37 ¿Has fumado alguna vez en tu vida shisha, cachimba o pipa turca?

- Sí  
 No  
 No sé qué es

37.1 Indica cuántas unidades de shisha, cachimba o pipa turca fumas habitualmente en un día entre semana (de lunes a jueves). Si no fumas habitualmente, pon 0.

\_\_\_\_\_ (Unidades/día. Escribe en números.)

---

37.2 Indica cuántas unidades de shisha, cachimba o pipa turca fumas habitualmente en un día de fin de semana (de viernes a domingo). Si no fumas habitualmente, pon 0.

(Unidades/día. Escribe en números.)

---

38 ¿Alguna de las personas con las que convives fuma dentro de casa (sin tener en cuenta balcones ni terrazas)?

- Sí  
 No

---

39 ¿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

**Consumo de alcohol**

- 40 ¿Has bebido alguna vez en tu vida por lo 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
- 
- 40.1 ¿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
- 
- 40.2 ¿Qué edad tenías cuando bebiste por primera vez MEDIO VASO de cualquier bebida alcohólica?
- \_\_\_\_\_ años
- 
- 40.3 En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia acostumbras a tomar alguna bebida alcohólica?
- Nunca  
 Una o menos veces la mes  
 2 a 5 veces al mes  
 2 o 3 veces a la semana  
 4 o más veces a la semana
- 
- 40.4 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
- 
- 40.5 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 en un intervalo aproximado de 2-4 horas)?
- Nunca  
 Menos de una vez al mes  
 Mensualmente  
 Semanalmente  
 Cada día o casi cada día
- 
- 40.6 En el último año, ¿con qué frecuencia has sido incapaz de recordar qué pasó la noche anterior porque habías estado bebiendo?
- Nunca  
 Menos de una vez al mes  
 Mensualmente  
 Semanalmente  
 Cada día o casi cada día

---

40.7 ¿Cuál/es de los siguientes efectos has sufrido como consecuencia de consumir bebidas alcohólicas? (Puedes marcar MÁS DE UNA RESPUESTA)

- No he tenido ningún efecto negativo por el consumo de bebidas alcohólicas
- Peleas o agresiones físicas
- Accidente
- Conflictos o discusiones con padres o hermanos
- Conflictos o discusiones con amigos/amigas
- Dificultades para estudiar o trabajar
- Haber sido víctima de un robo
- Problemas con la policía
- Haber sido hospitalizado o haber tenido que ir a urgencias
- Haber tenido relaciones sexuales sin preservativo
- Haber tenido relaciones sexuales de las cuales te has arrepentido al día siguiente
- Otras

---

¿Cuáles?

---

---

40.8 ¿En cuál 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 aniversarios, Navidad, u otras fiestas
- En discotecas, bares y fiestas con los/as amigos/as
- Local alquilado con los amigos/as
- En ninguna de estas situaciones

---

40.9 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

---

41 ¿Con qué frecuencia te has subido a un vehículo (coche o moto) en el que quien conducía estaba bajo los efectos del alcohol u otras drogas?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo

---

42 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 a la semana
- Más de una vez a la semana

**Consumo de Cannabis**

- 43 ¿Has consumido cannabis (hachís, marihuana, porros) 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

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

\_\_\_\_\_

(años)

- 43.2 ¿Con qué frecuencia te ha pasado alguna de las situaciones que se describen a continuación, en los últimos 12 meses?

	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 tus amigos/as o miembros de tu familia que deberías 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"/>				

¿Qué problemas?

\_\_\_\_\_

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

- 45 ¿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**

46 ¿Has consumido alguna vez alguna droga que NO sea tabaco, alcohol o cannabis?  No  
 Sí

46.1 De cada una de las siguientes sustancias, indicas si las has tomado ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los ÚLTIMOS 12 MESES, y/o en los ÚLTIMOS 30 DÍAS (si las has consumido, anota en el recuadro correspondiente la edad en la cual las consumiste por primera vez en tu vida)

	Alguna vez en la vida	En los últimos 12 meses	En los últimos 30 días	Nunca he consumido
TRANQUILIZANTES O PASTILLAS PARA DORMIR sin que me las haya recetado el médico	<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, pastis, pirulas, cristal, md, rulas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LSD (tripi, ácido)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

46.1. EDAD en la cual empezaste a consumir por primera vez en tu vida TRANQUILIZANTES O PASTILLAS PARA DORMIR

\_\_\_\_\_ (años)

46.1. EDAD en la cual empezaste a consumir por primera vez en tu vida COCAÍNA

\_\_\_\_\_ (años)

46.1. EDAD en la cual empezaste a consumir por primera vez en tu vida SPEED, ANFETAMINAS

\_\_\_\_\_ (años)

46.1. EDAD en la cual empezaste a consumir por primera vez en tu vida ÉXTASIS (MDMA)

\_\_\_\_\_ (años)

46.1. EDAD en la cual empezaste a consumir por primera vez en tu vida LSD

\_\_\_\_\_ (años)

### Relaciones con los demás

- 47 En relación con tus compañeros y compañeras, te has encontrado en alguna de estas situaciones en el último año (situaciones en que te hayas sentido violentado/a)?
- |  | 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"/> |
- 48 Durante los últimos 12 meses, has participado con otros compañeros/as o con tu grupo en alguna de estas situaciones (situaciones que no consideres una broma o un juego)?
- |   | Nunca                 | 1 vez                 | 2 veces               | 3 veces               | 4 veces o más         |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Reírse o insultar a otros compañeros/as en la escuela/instituto o de camino hacia la escuela/instituto          | <input type="radio"/> |
| Golpear, atacar o amenazar a otros compañeros/as en la escuela/instituto o de camino hacia la escuela/instituto | <input type="radio"/> |
| Rechazar o marginar a otros compañeros/as   | <input type="radio"/> |
- 49 ¿Cómo son habitualmente las relaciones con tu familia? (Nos referimos a las personas con las que convives).
- Muy buenas
  - Bastante buenas
  - Regulares
  - Bastante malas
  - Muy malas

**Sexualidad**

- 50 De las siguientes opciones, ¿con cuál te sientes más identificado/a?
- 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 de tu mismo sexo)  
 Bisexual (te sientes atraído/a por personas del mismo sexo y de sexo diferente al tuyo)  
 Me lo estoy cuestionando / no lo sé  
 Prefiero no contestar  
 Otras

Cuál/es: \_\_\_\_\_

- 51 ¿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  
 No lo sé / No contesto

51.1 Edad de inicio:

(Escribe en números, no en letras.)

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

(parejas sexuales)

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

- Sí  
 No  
 No lo sé / No contesto

51.4 En los últimos 12 meses, ¿tú y tu pareja habéis utilizado alguno de los siguientes métodos para evitar el embarazo? (puedes seleccionar MÁS DE UNA OPCIÓN)

- Preservativo  
 Anticonceptivos orales (pastilla)  
 Marcha atrás  
 Tener relaciones durante la regla, los días antes o los días después  
 Ninguna de las anteriores  
 No lo sé / No contesto

51.5 ¿Cuántas veces has utilizado tú o tu pareja la pastilla del día después, en los últimos 12 meses?

- Ninguna  
 Una  
 Más de una  
 No lo sé / No contesto

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

- Sí  
 No  
 No lo sé / No contesto

51.7 ¿Alguna vez has tenido una interrupción voluntaria del embarazo?

- Sí  
 No  
 No lo sé / No contesto

51.8 En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia has utilizado preservativos o bandas de látex con las siguientes prácticas sexuales? (marca una opción para cada fila)

	Lo utilizo siempre que tengo relaciones	Lo utilizo a menudo que tengo relaciones	Lo utilizo a veces cuando tengo relaciones	No lo utilizo nunca que tengo relaciones	No he realizado esta práctica	No sé qué es esta práctica
Penetración vaginal	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>
Sexo oral	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>
Fricción entre genitales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

51.9 Durante los últimos 12 meses, ¿has consumido drogas antes o durante las relaciones sexuales? (selecciona una opción)

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

52 ¿Has ido alguna vez a hacerte una revisión ginecológica?

- Sí  
 No

53 ¿Tienes la regla (o menstruación)?

- Sí  
 No

54 ¿Tienes dolor habitualmente?

- Sí  
 A veces  
 No

55 En los últimos 12 meses, ¿consideras que has estado satisfecho/a con tu vida sexual?

- Mucho  
 Bastante  
 Poco  
 Nada  
 No lo sé / No contesto

56 ¿Piensas que querrías o necesitarías más información sobre sexualidad?

- Sí  
 No  
 No lo sé / No contesto

56.1 ¿Te han diagnosticado en alguna ocasión alguna infección de transmisión sexual (ITS) o ETS?

- Sí  
 No  
 No lo sé / No contesto

56.2 ¿Te has hecho la prueba del VIH o del sida alguna vez?

- Sí  
 No  
 Prefiero no responder

57 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 vía oral, anal o vaginal (violación con o sin fuerza, etc.)  
 No he sufrido ninguna  
 Prefiero no responder

**Movilidad y seguridad vial**

58 ¿Has dejado de desplazarte a los sitios caminando para ir con patinete eléctrico?

- Sí  
 No

58.1 ¿Cuántas horas al día vas con patinete eléctrico?

- No lo uso  
 Menos de 1 hora  
 Entre 1 y 3 horas  
 Más de 3 horas

**Juegos y apuestas**

59 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"/>
Eventos 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"/>

60 Durante los últimos 30 días, ¿qué tipo de anuncios has visto más frecuentemente?

- Casinos  
 Casinos online  
 Bingo  
 Póker  
 Apuestas deportivas online  
 Videojuegos  
 Loterías  
 Otros  
 Ninguno

62 En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia HAS APOSTADO DINERO? Marca una casilla por cada fila.

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

62.1 ¿Qué edad tenías la primera vez que apostaste dinero en internet (online)? \_\_\_\_\_

62.2 ¿Qué edad tenías la primera vez que apostaste dinero fuera de internet (de forma presencial)? \_\_\_\_\_

61 En los últimos 12 meses, ¿en qué juegos HAS APOSTADO DINERO? Puedes marcar más de una casilla.

	En internet (online)	Fuera de internet (presencial)	No he apostado dinero en este juego
Loterías, primitiva, bonoloto, cupones de la once, juego activo, eurojackpot, 7/39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loterías instantáneas (rasca once)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quinielas de fútbol y/o quinigol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apuestas deportivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máquinas tragamonedas, máquinas de azar/"tragaperras"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juego de cartas con dinero (póker, mus, blackjack, punto y banca...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bingo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Videojuegos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eSports o deportes electrónicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juegos en el casino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juegos en salas de juego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

63 ¿Alguna vez has sentido la necesidad de apostar más y más dinero?  Sí  No

64 ¿Alguna vez has tenido que mentir a gente importante para ti sobre cuánto juegas?  Sí  No

**Sección COVID-19**

- 65 ¿Te han diagnosticado a ti o a alguna persona cercana a ti (pareja, familiar o amigo/a cercano/a) SARS-CoV-2 (coronavirus)?  Sí  
 No
- 
- 65.1 ¿Alguna de estas personas ha tenido que ser hospitalizada?  Sí  
 No
- 
- 65.2 ¿Se ha producido alguna muerte familiar a causa del SARS-CoV-2 (coronavirus)?  Sí  
 No  
 Prefiero no contestar
- 
- 66 Marca cuáles de tus comportamientos o problemas de salud crees que han empeorado debido a la COVID-19: (puedes marcar MÁS DE UNA OPCIÓN)
- Sueño
  - Problemas de salud u otras afecciones médicas
  - Alimentación
  - Actividad física
  - Uso de pantallas (móvil, ordenador...)
  - Desplazamientos
  - Juegos y apuestas con dinero
  - Otros
  - Ninguno
- 
- 67 ¿Cómo percibes tu estado de salud mental actualmente?  Excelente  
 Muy bueno  
 Bueno  
 Regular  
 Malo
- 
- 68 ¿Crees que ha empeorado tu estado de salud mental desde el inicio de la pandemia?  Sí, ha empeorado  
 No, sigo igual  
 No, ha mejorado  
 No lo sé
- 
- 69 Durante el confinamiento por la COVID19, ¿hiciste actividad física?  Sí  
 No
- 
- Durante el confinamiento por la COVID19, ¿cuántos minutos de actividad física moderada o intensa hacías el día que practicabas actividad física?
- Si solo has realizado una de los dos tipos de actividades, escribe un "0" en el espacio de la actividad que no has practicat.
- 
- 69.1 Horas de actividad física intensa: \_\_\_\_\_  
(Horas/día. Escribe en números, no en letras.)
- 
- 69.2 Minutos de actividad física intensa: \_\_\_\_\_  
(Minutos/día. Escribe en números, no en letras.)
- 
- 69.3 Horas de actividad física moderada: \_\_\_\_\_  
(Horas/día. Escribe en números, no en letras.)
- 
- 69.4 Minutos de actividad física moderada: \_\_\_\_\_  
(Minutos/día. Escribe en números, no en letras.)

69.5 Durante el confinamiento por la COVID19, habitualmente, ¿qué días de la semana en general hacías actividad física?

- Lunes  
 Martes  
 Miércoles  
 Jueves  
 Viernes  
 Sábado  
 Domingo

70 ¿Crees que tu consumo durante el último mes ha cambiado en comparación a antes de la pandemia? Piensa en como ha cambiado tu consumo. Nos referimos a la frecuencia en la que consumes.

	No consumía este sustancia antes de la pandemia	Ahora consumo con mucha menos frecuencia	Ahora consumo con menos frecuencia	Mi consumo no ha cambiado	Ahora consumo con más frecuencia	Ahora consumo con mucha más frecuencia	No lo sé / No contesto
Fumar tabaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fumar cigarrillos electrónicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consumir bebidas alcohólicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fumar cannabis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

71 Durante el último mes ha cambiado la cantidad de alcohol que bebes en una ocasión en comparación a antes de la pandemia?

- Bebo mucho menos  
 Bebo menos  
 No ha cambiado  
 Bebo más  
 Bebo mucho más  
 No bebía alcohol antes del confinamiento  
 No lo sé / No contesto

72 ¿Te has sentido cómodo/a contestando este cuestionario?

- Sí  
 No

¿Por qué?

\_\_\_\_\_

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

Teléfono

\_\_\_\_\_

Correo electrónico

\_\_\_\_\_