

ESTUDIO HBSC

HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN

Cuestionario empleado en el Estudio HBSC – 2018

Equipo de investigación

Carmen Moreno

Pilar Ramos

Francisco Rivera

Inmaculada Sánchez-Queija

Antonia Jiménez-Iglesias

Irene García-Moya

Concepción Moreno-Maldonado

Carmen Paniagua

Ana Villafuerte-Díaz

Esther Ciria-Barreiro

Antony Morgan

Eva Leal-López



CUESTIONARIO HBSC 2018



1. VARIABLES DEMOGRÁFICAS - DEMOGRAPHICS (DG).....	1
2. HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN - EATING HABITS (ED)	2
3. HÁBITOS DE SUEÑO - SLEEPING HABITS (SH)	3
4. HIGIENE DENTAL - DENTAL HYGIENE (DH).....	3
5. DIETA E IMAGEN CORPORAL - WEIGHT CONTROL & BODY IMAGE (WC).....	4
6. ACTIVIDAD FÍSICA - PHISICAL ACTIVITY (PA)	5
7. MEDIOS DE COMUNICACIÓN ELECTRÓNICOS - ELECTRONIC MEDIA COMMUNICATION (EMC)	6
8. CONDUCTAS DE RIESGO - RISK BEHAVIOUR (RB)	8
9. CONDUCTA ANTISOCIAL - ANTISOCIAL BEHAVIOUR (AB)	10
10. SALUD SEXUAL - SEXUAL HEALTH (SX).....	12
11. VIOLENCIA Y LESIONES - VIOLENCE & INJURIES (VIP).....	13
12. FAMILIA - FAMILY (FC)	15
13. IGUALES Y RELACIONES DE PAREJA - PEERS (PC) AND PARTNERS (RP)	22
14. SALUD POSITIVA - POSITIVE HEALTH (PH)	25
15. ESCUELA - SCHOOL (SC)	31
16. INMIGRACIÓN - INMIGRATION (IN).....	35
17. DESIGUALDADES SOCIALES - SOCIAL INEQUALITY (SI)	36
18. VECINDARIO - NEIGHBORHOOD (NH).....	40

1. VARIABLES DEMOGRÁFICAS - DEMOGRAPHICS (DG)

DG001 ¿Eres un chico o una chica?

- Chico
- Chica

DG002 ¿En qué curso estás?

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

DG003 ¿Estás repitiendo curso?

- Sí
- No

DG004 ¿En qué año naciste?

2000 o antes	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DG005 ¿En qué mes naciste?

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

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

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

2. HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN - EATING HABITS (ED)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. HÁBITOS DE SUEÑO - SLEEPING HABITS (SH)

SH001 ¿Cuántas horas sueles dormir un día entre semana?

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

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

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

4. HIGIENE DENTAL - DENTAL HYGIENE (DH)

DH001 ¿Con qué frecuencia te cepillas los dientes?

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

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

WC001 ¿En este momento estás siguiendo alguna dieta?

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

WC002 ¿Cuánto pesas sin ropa? (kilos)

WC003 ¿Cuánto mides descalzo/a? (metros)

WC004 ¿Piensas que tu cuerpo es...?

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

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

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

6. ACTIVIDAD FÍSICA - PHYSICAL ACTIVITY (PA)

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

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

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

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

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

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

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

Las siguientes preguntas tratan sobre el “contacto online” y la “comunicación online”. Cuando usamos estos términos nos referimos a enviar y recibir mensajes de texto, emoticonos, fotos, videos o mensajes de audio mediante mensajería instantánea (WhatsApp, Viber, Snapchat...), redes sociales (Facebook, Instagram, Twitter...) o email (a través de un ordenador, tablet o teléfono móvil).

EMC001 ¿Con qué frecuencia tienes contacto ONLINE con las siguientes personas?

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

EMC002 A continuación aparecen algunas afirmaciones sobre Internet. Por favor, indica si estás de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. En Internet, hablo de secretos más fácilmente que cara a cara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En Internet, hablo sobre mis sentimientos íntimos más fácilmente que cara a cara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. En Internet, hablo sobre mis preocupaciones más fácilmente que cara a cara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EMC003 Estamos interesados/as en tus experiencias con los medios de comunicación social. El término medios de comunicación social se refiere a las redes sociales (Facebook, Instagram, Twitter) y mensajería instantánea (WhatsApp, Snapchat, Facebook messenger).

Durante el año pasado...

Por favor, señala una casilla para cada afirmación.

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

8. CONDUCTAS DE RIESGO - RISK BEHAVIOUR (RB)

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

Por favor, señala una casilla para cada línea.

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

RB002 ¿Con qué frecuencia fumas cigarrillos en la actualidad?

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

RB003 ¿Cuántos días (si existe alguno) has bebido alcohol?

Por favor, señala una casilla para cada línea.

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

RB004 Actualmente, ¿con qué frecuencia bebes algo de alcohol como, por ejemplo, cerveza, vino o licores, como la ginebra o el whisky? Cuenta incluso aquellas veces en que solo bebes una pequeña cantidad.

	Nunca	Rara vez	Todos los meses	Todas las semanas	Todos los días
1. Cerveza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Licores (ginebra, vodka, whisky,...) tomados solos o combinados con refresco (por ejemplo, un "cubata")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cualquier otra bebida que contenga alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RB005 ¿Alguna vez has bebido tanto alcohol que te has llegado a emborrachar?

Por favor, señala una casilla para cada línea.

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

RB006 ¿Fuma alguna de las siguientes personas?

	No fuma	Fuma algunas veces	Fuma diariamente	No lo sé	No tengo o no veo a esta persona
1. Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hermano/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mejor amigo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RB007 ¿Has tomado alguna vez cannabis (hachís o marihuana, “porros”)?

Por favor, señala una casilla para cada línea.

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

RB008 ¿Has tomado una o varias de estas drogas en tu vida?

	Nunca	1-2 días	3-5 días	6-9 días	10-19 días	20-29 días	30 días (o más)
1. Éxtasis, pastillas, MDMA...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Anfetaminas o speed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Opiáceos (heroína, metadona)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Medicamentos para colocarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. LSD (ácido, tripi, alucinógenos...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RB009 ¿Alguna vez has fumado cachimba (también llamadas narguila, shisha o pipa de agua), incluso si solo ha sido una o dos caladas?

- Sí (OPCIÓN FILTRO: SÍ CONTESTA RB010)
- No

RB010 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor tu forma de fumar cachimba (narguila, shisha o pipa de agua) durante el último mes (últimos 30 días)?

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

RB011 ¿A qué edad hiciste por primera vez las siguientes cosas? Si hay algo que no has hecho nunca, elige la categoría “Nunca”.

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

9. CONDUCTA ANTISOCIAL - ANTISOCIAL BEHAVIOUR (AB)

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

	Nunca	Una vez	Dos o más veces
1. No pagar por cosas como películas, billetes de autobús o tren, o comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Robar dinero u otras cosas a los miembros de tu familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Llevarse sin pagar cosas que valen menos de 20-25 euros de una tienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Destrozar o romper cosas a propósito como ventanas, bancos, contenedores de basura o buzones de correos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tener una discusión violenta con un/a profesor/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Romper sillas, mesas, escritorios u otras cosas de tu colegio o instituto a propósito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Robar una cartera o un bolso mientras el propietario no está cerca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tirar piedras a casas, coches o trenes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Llegar a propósito más tarde de lo permitido al colegio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Llegar a propósito más tarde de lo permitido a casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Iniciar alguna pelea intencionalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Insultar a alguien con intención de hacerle daño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Colgar en internet o enviar vídeos o fotos de contenido sexual de personas conocidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AB002 Antes te hemos preguntado por la participación en las conductas que aparecen a continuación. Ahora queremos saber en qué medida consideras que las personas de tu entorno (familia, vecinos/as, amigos/as...) ven mal que te comportes del siguiente modo.

	Lo ven bien	Lo ven normal	Lo ven un poco mal	Lo ven muy mal
1. No pagar por cosas como películas, billetes de autobús o tren, o comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Robar dinero u otras cosas a los miembros de tu familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Llevarse sin pagar cosas que valen menos de 20-25 euros de una tienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Destrozar o romper cosas a propósito como ventanas, bancos, contenedores de basura o buzones de correos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tener una discusión violenta con un/a profesor/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Romper sillas, mesas, escritorios u otras cosas de tu colegio o instituto a propósito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Robar una cartera o un bolso mientras el propietario no está cerca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tirar piedras a casas, coches o trenes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Llegar a propósito más tarde de lo permitido al colegio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Llegar a propósito más tarde de lo permitido a casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Iniciar alguna pelea intencionalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Insultar a alguien con intención de hacerle daño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Colgar en internet o enviar vídeos o fotos de contenido sexual de personas conocidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. SALUD SEXUAL - SEXUAL HEALTH (SX)

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

- Sí (OPCIÓN FILTRO: SÍ CONTESTA DESDE LA PREGUNTA SX002 A SX006)
- No

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

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

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

- Sí
- No
- No lo sé

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

- Sí
- No
- No lo sé

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

- No
- No lo sé
- Sí. ¿Cuáles? _____

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

- Sí
- No
- No lo sé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VI005 En los últimos dos meses, ¿con qué frecuencia has sido víctima de ciberacoso o cyberbullying (alguien me envió mensajes instantáneos, publicaciones en mi muro, e-mails o sms crueles, creó una página web en la que se burlaba de mí o me hizo fotos no favorecedoras o inapropiadas sin mi permiso y las publicó en internet)?

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

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

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

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

	No me ha ocurrido esto en los dos últimos meses	1 o 2 veces	2 o 3 veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana
1. Me han hecho daño insultándome, riéndose o burlándose de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Otros/as alumnos/as me han apartado de su grupo de amigos/as o me han ignorado por completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me han golpeado, pateado, empujado, zarandeado o encerrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Han contado mentiras o inventado cotilleos sobre mí para que yo les cayera mal a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Otros estudiantes me han gastado bromas, hecho comentarios o gestos de contenido sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. FAMILIA - FAMILY (FC)

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

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

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

FC002 Por favor, señala tu situación:

- Vivo con mi madre y mi padre
OPCIÓN FILTRO: LOS ADOLESCENTES QUE MARCAN ESTA OPCIÓN RESPONDEN A PREGUNTAS SOBRE PADRE Y MADRE, PREGUNTAS SOBRE RELACIÓN ENTRE PADRES Y PREGUNTAS GENERALES DE FAMILIA
- Vivo la mitad del tiempo con mi madre y la otra mitad con mi padre (custodia compartida)
OPCIÓN FILTRO: LOS ADOLESCENTES QUE MARCAN ESTA OPCIÓN RESPONDEN A PREGUNTAS SOBRE PADRE Y MADRE, PREGUNTAS SOBRE RELACIÓN ENTRE PADRES Y PREGUNTAS GENERALES DE FAMILIA
- Vivo con mi madre y su pareja porque mis padres están divorciados o separados
OPCIÓN FILTRO: LOS ADOLESCENTES QUE MARCAN ESTA OPCIÓN RESPONDEN A PREGUNTAS SOBRE MADRE, PREGUNTAS SOBRE PAREJA DE MADRE, PREGUNTAS SOBRE RELACIÓN ENTRE PADRES Y PREGUNTAS GENERALES DE FAMILIA
- Vivo con mi padre y su pareja porque mis padres están divorciados o separados
OPCIÓN FILTRO: LOS ADOLESCENTES QUE MARCAN ESTA OPCIÓN RESPONDEN A PREGUNTAS SOBRE PADRE, PREGUNTAS SOBRE PAREJA DE PADRE, PREGUNTAS SOBRE RELACIÓN ENTRE PADRES Y PREGUNTAS GENERALES DE FAMILIA
- Vivo con mis dos madres
OPCIÓN FILTRO: LOS ADOLESCENTES QUE MARCAN ESTA OPCIÓN RESPONDEN A PREGUNTAS SOBRE MADRE 1 y MADRE 2, PREGUNTAS SOBRE RELACIÓN ENTRE MADRES Y PREGUNTAS GENERALES DE FAMILIA
- Vivo con mis dos padres
OPCIÓN FILTRO: LOS ADOLESCENTES QUE MARCAN ESTA OPCIÓN RESPONDEN A PREGUNTAS SOBRE PADRE 1 y PADRE 2, PREGUNTAS SOBRE RELACIÓN ENTRE PADRES Y PREGUNTAS GENERALES DE FAMILIA
- Vivo solo con mi madre
OPCIÓN FILTRO: LOS ADOLESCENTES QUE MARCAN ESTA OPCIÓN RESPONDEN A PREGUNTAS SOBRE MADRE Y PREGUNTAS GENERALES DE FAMILIA
- Vivo solo con mi padre
OPCIÓN FILTRO: LOS ADOLESCENTES QUE MARCAN ESTA OPCIÓN RESPONDEN A PREGUNTAS SOBRE PADRE Y PREGUNTAS GENERALES DE FAMILIA
- Vivo con mis abuelos
OPCIÓN FILTRO: LOS ADOLESCENTES QUE MARCAN ESTA OPCIÓN RESPONDEN A PREGUNTAS GENERALES DE FAMILIA y SENTIMIENTOS SOBRE ACOGIMIENTO CON ABUELOS (cuestionario de adoptados)
- Vivo con mi familia de acogida
OPCIÓN FILTRO: LOS ADOLESCENTES QUE MARCAN ESTA OPCIÓN RESPONDEN A PREGUNTAS GENERALES DE FAMILIA
- Vivo en un centro de menores
OPCIÓN FILTRO: LOS ADOLESCENTES QUE MARCAN ESTA OPCIÓN PASAN A RESPONDER A LAS PREGUNTAS ESPECÍFICAS DE CENTRO FC017 Y FC018 Y SENTIMIENTOS DE VIVIR EN CENTRO (cuestionarios de adoptados)
- Ninguna de las opciones anteriores
OPCIÓN FILTRO: LOS ADOLESCENTES QUE MARCAN ESTA OPCIÓN RESPONDEN A PREGUNTAS GENERALES DE FAMILIA

PREGUNTAS SOBRE MADRE

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

- Muy difícil
- Difícil
- Fácil
- Muy fácil

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

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

FC005 Señala con qué frecuencia te ocurren las siguientes situaciones con tu madre:

	Nada	Rara vez	Ocasionalmente	Bastante a menudo	Muy a menudo
1. ¿Hablas con tu madre acerca de cómo te va en las diferentes asignaturas del colegio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Normalmente le cuentas cómo te fue en el colegio cuando llegas a casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Si sales por la noche, cuando llegas a casa, ¿le cuentas dónde has estado o lo que has hecho esa noche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tienes muchos secretos para tu madre sobre lo que haces en tu tiempo libre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Le ocultas mucho a tu madre sobre lo que haces por la noche y los fines de semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FC006 Mi madre...

	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	No tengo o no veo a mi madre*
1. Me ayuda tanto como lo necesito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Es cariñosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Comprende mis problemas y preocupaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Consigue hacerme sentir mejor cuando estoy triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGUNTAS SOBRE PADRE

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

- Muy difícil
- Difícil
- Fácil
- Muy fácil

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

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

FC009 Señala con qué frecuencia te ocurren las siguientes situaciones con tu padre:

	Nada	Rara vez	Ocasionalmente	Bastante a menudo	Muy a menudo
1. ¿Hablas con tu padre acerca de cómo te va en las diferentes asignaturas del colegio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Normalmente le cuentas cómo te fue en el colegio cuando llegas a casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Si sales por la noche, cuando llegas a casa, ¿le cuentas dónde has estado o lo que has hecho esa noche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tienes muchos secretos para tu padre sobre lo que haces en tu tiempo libre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Le ocultas mucho a tu padre sobre lo que haces por la noche y los fines de semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FC010 Mi padre...

	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	No tengo o no veo a mi padre*
1. Me ayuda tanto como lo necesito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Es cariñoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Comprende mis problemas y preocupaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Consigue hacerme sentir mejor cuando estoy triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGUNTAS SOBRE PAREJA DE LA MADRE

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

- Muy difícil
- Difícil
- Fácil
- Muy fácil

PREGUNTAS SOBRE PAREJA DEL PADRE

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

- Muy difícil
- Difícil
- Fácil
- Muy fácil

PREGUNTAS SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LOS PADRES

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

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

PREGUNTAS SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LAS MADRES

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

- 10 Tienen la mejor relación posible
- 9
- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3

- 2
- 1
- 0 Tienen la peor relación posible

PREGUNTAS GENERALES DE FAMILIA

FC014 Estamos interesados/as en lo que sientes sobre las siguientes afirmaciones. Lee atentamente cada afirmación.

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

FC015 En mi familia:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Creo que las cosas importantes se hablan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cuando hablo, alguien escucha lo que digo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nos preguntamos cuando no nos entendemos los unos a los otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cuando hay un malentendido, lo hablamos hasta que está aclarado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FC016 En general, ¿cómo estás de satisfecho/a con las relaciones que tenéis en tu familia?

Señala una sola casilla teniendo en cuenta que 10 es 'muy buenas relaciones' y 0 'muy malas relaciones'

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

FC017 (A ESTA PREGUNTA SOLO LLEGAN LOS QUE HAN RESPONDIDO QUE VIVEN EN UN CENTRO DE ACOGIDA EN LA FC003) Estamos interesados/as en lo que sientes sobre las siguientes afirmaciones. Lee atentamente cada afirmación. Indica cómo te sientes en relación con cada afirmación.

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

verdadera fuente de
consuelo para mí

8. En mi vida hay una
persona especial que se
preocupa de mis
sentimientos

FC018 (A ESTA PREGUNTA SOLO LLEGAN LOS QUE HAN RESPONDIDO QUE VIVEN EN UN CENTRO DE ACOGIDA EN LA FC003)

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

13. IGUALES Y RELACIONES DE PAREJA - PEERS (PC) AND PARTNERS (RP)

Vamos ahora a continuar preguntándote por TUS AMIGOS Y AMIGAS.

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

	1 Totalmente en desacuerdo	2	3	4	5	6	7 Totalmente de acuerdo
1. Mis amigos/as intentan ayudarme de verdad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Puedo contar con mis amigos/as cuando las cosas van mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tengo amigos/as con los que comparto mis penas y alegrías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

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

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

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

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

RP001 ¿Hacia quién te sientes atraído/a?

- Chicas
- Chicos
- Ambos (tanto chicas como chicos)
- Ninguno

RP002 ¿Tienes pareja actualmente?

- Sí
- No

RP003 ¿Has tenido pareja previamente?

- Sí
- No

RP004 ¿Cuánto tiempo llevas (te llevaste) con tu pareja? (se pregunta en presente o pasado en función de las respuestas a las dos preguntas anteriores)

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

RP005 Responde cada una de las siguientes cuestiones pensando en tu pareja

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

14. SALUD POSITIVA - POSITIVE HEALTH (PH)

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

PH001 Dirías que tu salud es...

- Pobre
- Pasable
- Buena
- Excelente

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

- 10 La mejor vida posible
- 9
- 8
- 7

- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- 0 La peor vida posible

PH003 En la última semana...

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

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

Por favor, señala una casilla para cada línea.

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

PH005 A continuación figuran una serie de preguntas relacionadas con diversos aspectos de nuestras vidas. Cada pregunta tiene siete posibles respuestas. Marca los números que expresan tu respuesta, siendo el número 1 y el 7 los correspondientes a respuestas extremas.

1. ¿Tienes la sensación de que en realidad no te importa lo que sucede a tu alrededor?

1	2	3	4	5	6	7
Muy rara vez o nunca						Muy a menudo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ¿Ha sucedido en el pasado que te haya sorprendido el comportamiento de las personas que pensabas conocer bien?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca me ha ocurrido						Siempre me ha ocurrido
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ¿Ha ocurrido que las personas con las que contabas te han decepcionado?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca me ha ocurrido						Siempre me ha ocurrido
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Hasta la fecha tu vida ha estado:

1	2	3	4	5	6	7
Sin metas claras ni objetivos precisos						Llena de metas y objetivos definidos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ¿Crees que se te trata de forma injusta?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo						Muy rara vez o nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. ¿Sientes que te encuentras en una situación poco frecuente y que no sabes qué hacer?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo						Muy rara vez o nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Realizar las actividades de cada día es:

1		2	3	4	5	6		7
Una fuente de placer y satisfacción								Doloroso y aburrido
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

8. ¿Tienes muchas ideas y sentimientos que se mezclan?

1		2	3	4	5	6		7
Muy a menudo								Muy rara vez o nunca
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

9. ¿Sucede que tienes sentimientos en tu interior que preferirías no tenerlos?

1		2	3	4	5	6		7
Muy a menudo								Muy rara vez o nunca
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

10. Muchas personas, incluso aquellas con fuerte carácter, se sienten algunas veces como si fuesen un cero a la izquierda en ciertas situaciones. ¿Con qué frecuencia te has sentido así en el pasado?

1		2	3	4	5	6		7
Nunca								Muy a menudo
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

11. Cuando algo sucede, has comprobado por lo general que:

1		2	3	4	5	6		7
Le has dado excesiva o escasa importancia								Has visto las cosas en su proporción adecuada
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

12. ¿Con qué frecuencia tienes la sensación de que tienen poco sentido las cosas que haces en tu vida cotidiana?

1		2	3	4	5	6		7
Muy a menudo								Muy rara vez o nunca
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

13. ¿Con qué frecuencia tienes sensaciones de no estar seguro/a de poder mantener el control?

1		2	3	4	5	6		7
Muy a menudo								Muy rara vez o nunca
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

PH006 Indica tu grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Me altero fácilmente cuando las cosas no salen como yo quiero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tengo arrebatos de rabia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Soy impaciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Puedo ser alborotador/a en los momentos inadecuados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me enfado cuando los adultos me dicen lo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

que puedo y lo que no puedo hacer

6. Me cuesta esperar por lo que quiero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hago cosas sin pensarlas primero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Molesto a los otros metiéndome en cosas que no son asunto mío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PH007 ¿Con qué frecuencia participas en cada una de las siguientes actividades fuera de la escuela?

Por favor, señala una casilla para cada línea.

	Nunca o casi nunca	Mensualmente	Semanalmente	Todos o casi todos los días
1. Hablar con tu madre/padre sobre asuntos políticos o sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ver televisión para informarte sobre noticias nacionales e internacionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Leer el periódico para informarte sobre noticias nacionales e internacionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hablar con tus amigos/as sobre asuntos políticos y sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Usar Internet para informarte sobre noticias nacionales e internacionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hablar con tu madre/padre sobre lo que está sucediendo en otros países	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hablar con tus amigos/as sobre lo que está sucediendo en otros países	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Participar en un grupo de jóvenes (como scouts, un grupo de ajedrez, religioso, una banda de música, un voluntariado, un club deportivo fuera del colegio, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PH008 Todas las personas pertenecemos a distintos grupos y comunidades sociales, como la clase en el instituto, el barrio, los equipos de deportes, la ciudad, el país y la sociedad en general. Valora cuánto de verdad consideras cada una de las siguientes afirmaciones respecto al sentimiento que tienes, en general, de pertenecer a esos grupos o comunidades, desde *No es muy cierto para mí* hasta *Muy cierto para mí*. Marca la casilla bajo la valoración que mejor se ajuste a ti.

Por favor, señala una casilla para cada línea.

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

PH009 Marca la respuesta que muestre mejor cómo haces cada una de las siguientes cosas. Por favor, señala una casilla para cada línea.

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

8. ¿Se te da bien evitar las peleas con otras personas de tu edad?

15. ESCUELA - SCHOOL (SC)

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

SC001 ¿Qué nota sacaste el trimestre pasado en...?

	Suspense	Aprobado	Bien	Notable	Sobresaliente
Matemáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lengua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SC002 ¿Qué nota sacaste el curso pasado en...?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Matemáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lengua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SC003 Hoy por hoy, ¿qué sientes hacia la escuela, el colegio o el instituto?

- Me gusta mucho
- Me gusta un poco
- No me gusta mucho
- No me gusta nada

SC004 A continuación aparecen algunas afirmaciones sobre los compañeros/as de tu clase. Por favor, señala hasta qué punto estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Por favor, señala una casilla para cada línea.

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

3. Los/as otros/as
compañeros/as me
aceptan como soy

SC005 Aquí aparecen algunas afirmaciones sobre tus profesores/as. Por favor, indica cuánto de acuerdo o en desacuerdo estás con cada una.

Por favor, señala una casilla para cada línea.

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

SC006 ¿Cuánto te agobia el trabajo escolar?

- Nada
- Un poco
- Algo
- Mucho

SC007 Por favor, indica cuánto de acuerdo o en desacuerdo estás con las siguientes frases.

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

5. Mis padres están dispuestos a ayudarme con mis deberes

SC008 Aquí aparecen algunas afirmaciones sobre tus profesores/as. Por favor, indica cuánto de acuerdo o en desacuerdo estás con cada una.

	Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Tengo al menos un/a profesor/a que se interesa por mí como persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tengo al menos un/a profesor/a que escucha y respeta mis opiniones o ideas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tengo al menos un/a profesor/a que se sabe mi nombre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tengo al menos un/a profesor/a que me presta atención individual incluso en una clase con muchos/as alumnos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tengo al menos un/a profesor/a que se interesa por mis aficiones e intereses fuera de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tengo al menos un/a profesor/a que se da cuenta cuando me cuesta seguir la clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tengo al menos un/a profesor/a que nota cuando estoy preocupado/a por algo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tengo al menos un/a profesor/a que intenta ver las cosas desde mi perspectiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tengo al menos un/a profesor/a que es comprensivo/a conmigo si no me encuentro bien emocionalmente o lloro en clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tengo al menos un/a profesor/a que intenta que me sienta mejor cuando estoy triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tengo al menos un/a profesor/a que me apoya y trata de ayudarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tengo al menos un/a profesor/a que está dispuesto/a a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

escuchar mis problemas

13. Tengo al menos un/a profesor/a que está ahí para mí si necesito su ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tengo al menos un/a profesor/a que me escucharía si le contara un problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Tengo al menos un/a profesor/a que sabe cómo ayudarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SC009 ¿Cuántos de tus profesores/as te respetan y se interesan por ti, son comprensivos/as y tratan de ver las cosas desde tu punto de vista y estarían dispuestos a escucharte y ayudarte si les contaras un problema o les pidieras consejo? (pregunta realizada a estudiantes de 5º-6º Primaria)

- Ninguno
- Uno
- Dos
- La mayoría
- Todos

SC010 ¿Cuántos de tus profesores te respetan y se interesan por ti, son comprensivos y tratan de ver las cosas desde tu punto de vista y estarían dispuestos a escucharte y ayudarte si les contaras un problema o les pidieras consejo? (pregunta realizada a estudiantes a partir de 1º de E.S.O.)

- Ninguno
- Uno
- Dos
- Más o menos la mitad
- La mayoría
- Todos

SC011 En general, ¿cómo estás de satisfecho/a con las relaciones que tienes con tus compañeros/as de clase? Si marcas '10' significa que las relaciones con tus compañeros/as son muy buenas y si marcas '0' significa que las relaciones con tus compañeros/as son muy malas.

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

- 2
- 1
- 0 Tengo muy malas relaciones con mis compañeros/as de clase

SC012 En general, ¿cómo estás de satisfecho/a con las relaciones que tienes con tus profesores/as. Si marcas '10' significa que las relaciones con tus profesores/as son muy buenas y si marcas '0' significa que las relaciones con tus profesores/as son muy malas.

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

16. INMIGRACIÓN - IMMIGRATION (IN)

IN001 ¿Naciste en España?,

- Sí (OPCIÓN FILTRO: PASAR A SI004)
- No

IN002 Si no has nacido en España, ¿en qué país has nacido?¹

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

IN003 Si no naciste en España, ¿con qué edad llegaste a España? (años)

¹ Los países más frecuentes son Rumanía, Marruecos, Ecuador, Colombia y China

IN004 ¿En qué país nació tu madre?²

- España
- Rumanía
- Marruecos
- Ecuador
- Colombia
- China
- Otro. ¿Cuál? _____

No sé

IN005 ¿En qué país nació tu padre?²

- España
- Rumanía
- Marruecos
- Ecuador
- Colombia
- China
- Otro. ¿Cuál? _____

No sé

IN006 ¿Qué lengua o idioma habláis en casa?

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

17. DESIGUALDADES SOCIALES - SOCIAL INEQUALITY (SI)

SI001 Padre

¿Tiene trabajo tu padre?

- Sí (OPCIÓN FILTRO: SE LE PREGUNTA A)
- No (OPCIÓN FILTRO: SE LE PREGUNTA B)
- No lo sé (OPCIÓN FILTRO: MADRE)
- No tengo padre o no lo veo (OPCIÓN FILTRO: MADRE)

A. Si tu padre tiene trabajo...

Por favor, escribe en qué sitio trabaja (por ejemplo: hospital, banco, restaurante...)

Madre

¿Tiene trabajo tu madre?

- Sí (OPCIÓN FILTRO: SE LE PREGUNTA A)
- No (OPCIÓN FILTRO: SE LE PREGUNTA B)
- No lo sé (OPCIÓN FILTRO: SIGUIENTE)
- No tengo madre o no la veo (OPCIÓN FILTRO: SIGUIENTE)

A. Si tu madre tiene trabajo...

Por favor, escribe en qué sitio trabaja (por ejemplo: hospital, banco, restaurante...)

Por favor, escribe qué trabajo es el que realiza exactamente allí tu padre (por ejemplo: maestro, conductor de autobús...)

Por favor, escribe qué trabajo es el que realiza exactamente allí tu madre (por ejemplo: maestra, conductora de autobús...)

B. Si tu padre NO trabaja: ¿Por qué no tiene trabajo tu padre? *Por favor, señala la casilla que mejor describe la situación.*

- Está enfermo, jubilado o es estudiante
- Está buscando trabajo
- Cuida de otros o está a tiempo completo en casa (amo de casa)
- No lo sé

B. Si tu madre NO trabaja: ¿Por qué no tiene trabajo tu madre? *Por favor, señala la casilla que mejor describe la situación.*

- Está enferma, jubilada o es estudiante
- Está buscando trabajo
- Cuida de otros o está a tiempo completo en casa (ama de casa)
- No lo sé

SI002 ¿Qué estudiaron tu padre y tu madre? (pregunta realizada a estudiantes de 5º-6º de primaria)

	Padre	Madre
1. Nunca estudió (no sabe leer ni escribir o lo hace con dificultad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Estudió algo parecido a lo que estudio yo actualmente (es decir, estudios primarios, terminados o sin terminar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estudió un nivel algo superior de estudios al que realizo yo (es decir, estudios secundarios, terminados o sin terminar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Estudió en la Universidad (es decir, estudios universitarios, terminados o sin terminar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. No tengo o no veo a esta persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SI003 ¿Qué estudios tienen tu padre y tu madre? (pregunta realizada a estudiantes a partir de 1º de E.S.O.)

	Padre	Madre
1. Nunca estudió (no sabe leer ni escribir o lo hace con dificultad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Estudios básicos/primarios, terminados o sin terminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estudios secundarios (como bachillerato o formación profesional), terminados o sin terminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Estudios universitarios, terminados o sin terminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. No tengo o no veo a esta persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SI004 ¿Cómo de rica o adinerada piensas que es tu familia?

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

SI005 ¿Tiene tu familia coche propio o furgoneta?

- No
- Sí, uno
- Sí, dos o más

SI006 ¿Tienes un dormitorio para ti solo/a?

- No
- Sí

SI007 ¿Cuántos ordenadores tiene tu familia? (incluyendo portátiles y tablets, NO incluyendo videoconsolas y smartphones)

- Ninguno
- Uno
- Dos
- Más de dos

SI008 ¿Cuántos baños (habitación con una bañera/ducha o ambas) hay en tu casa?

- Ninguno
- Uno
- Dos
- Más de dos

SI009 ¿Tiene tu familia un lavavajillas en casa?

- No
- Sí

SI010 ¿Cuántas veces saliste de vacaciones fuera de España con tu familia el año pasado?

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

SI011 ¿Cuánto te dan de paga una semana normal?

- 5 euros o menos
- 6 a 10 euros
- 11 a 20 euros
- 20 euros o más
- No tengo una paga fija, pero me dan dinero cada vez que lo necesito
- No tengo paga

SI012 Imagina que esta escalera representa cómo está organizada la sociedad española. Arriba ('10') está la gente que es más rica (tienen más dinero, el nivel educativo más alto, trabajos más respetados). Abajo ('0') está la gente que es más pobre (tienen menos dinero, tienen un nivel bajo de estudios o no tienen estudios y o no tienen trabajo o tienen trabajos que nadie quiere o respeta). Ahora piensa sobre tu familia, por favor, dinos dónde crees que estaría tu familia en esta escalera:

- 10 Mi familia es rica, de nivel educativo alto y con trabajos muy bien valorados
- 9
- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- 0 Mi familia es pobre, de nivel educativo bajo y con trabajos poco valorados

SI013 Imagina que esta escalera representa tu colegio. Arriba ('10') está la gente de tu colegio que son más respetadas, sacan las mayores notas y todo el mundo quiere estar con ellos/as. Abajo ('0') está la gente que nadie respeta, sacan peores notas y con la que nadie quiere juntarse. ¿Dónde te situarías a ti mismo/a en esta escalera?

- 10 Me siento muy respetado/a, saco las mejores notas y todo el mundo quiere estar conmigo
- 9
- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- 0 No me siento nada respetado/a, saco las peores notas y nadie quiere juntarse conmigo

18. VECINDARIO - NEIGHBORHOOD (NH)

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

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

NH002 En la zona en la que vives, ¿con qué frecuencia?...

	Ninguna	Poca	Mucha	No lo sé
1. Es fácil comprar alcohol siendo menor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Es fácil comprar tabaco siendo menor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Es fácil comprar cannabis (porros) siendo menor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se consume cannabis (porros) en público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hay tensiones raciales, étnicas o basadas en diferencias religiosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hay basura, desperdicios o cristales rotos en la calle o la carretera, en las aceras o en los patios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hay violencia o vandalismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hay casas y edificios vacíos o abandonados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hay criminalidad en el vecindario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Otro/s problema/s. ¿Cuáles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NH003 En general, ¿cómo de satisfecho estás con tu vecindario (barrio, zona, etc.)? Donde '10' significa que estás muy satisfecho/a con tu vecindario y '0' significa que no estás satisfecho/a con tu vecindario.

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