

ENCUESTA:

Código proyecto: _____

ESTILOS DE VIDA DE LA JUVENTUD PERUANA

En primer lugar queremos darte las gracias por ayudarnos en este estudio. A través de él participarás en un **proyecto internacional** apoyado por miles de jóvenes en todo el mundo.

No debes escribir tu nombre en la encuesta. Tus respuestas sólo serán vistas por los investigadores y nunca por tus padres ni por tus profesores. **ES ANÓNIMA.**

Al contestar esta encuesta anónima nos ayudarás a conocer qué opinan los jóvenes sobre sus condiciones de vida.

Esta encuesta **no es un examen**, no te vamos a poner ninguna nota, así que te animamos a contestar las preguntas de la manera más sincera posible.

Estas mismas preguntas se están usando también en otros países del mundo, que pueden tener culturas diferentes a la tuya. Por eso, algunas preguntas pueden parecer un poco extrañas, pero intenta contestarlas.

Cómo contestar la encuesta: en cada pregunta tienes varias opciones de respuesta. Marca sólo una casilla por cada pregunta (a no ser que se especifique otra cosa). Si es difícil elegir entre varias respuestas, marca la que más se acerque a lo que tú piensas o haces la mayoría de las veces. Si no te sientes cómodo/a respondiendo a alguna pregunta, no te preocupes, puedes dejarla sin contestar. Te llevará 30 minutos aproximadamente contestarla. **¡Muchas gracias por tu colaboración!**

-
1. ¿Cuántos años tienes? 12 13 14 15 16 17 18 más de 18
 2. ¿Eres varón o mujer? varón mujer
 3. Indícanos en qué ciudad/pueblo del Perú vives : _____
 4. ¿Cómo es el colegio al que asistes? 1 Público 2 Privado
 5. El colegio al que asistes es: 1 Sólo para varones 2 Sólo para mujeres 3 Mixto (varones y mujeres)
 6. ¿Sueles aprobar todas las asignaturas durante el año? 1 Sí 0 No
 7. ¿Aproximadamente qué promedio final sueles tener en el colegio?
1 Menor a 10 2 Entre 11 y 12 3 Entre 13 y 14 4 Entre 15 y 16 5 Mayor o igual a 17
 8. Aproximadamente ¿cuántas horas de tu tiempo fuera del colegio sueles dedicar a la semana (de lunes a viernes inclusive) a estudiar (hacer las tareas, memorizar, repasar, etc.)? Indica el nº TOTAL de horas a la semana (de lunes a viernes):
1 4 horas o menos 2 5-7 horas 3 8-10 horas 4 11 horas o más
 9. ¿Crees que en Perú, después de terminar la secundaria, puedes encontrar oportunidades de estudio para ti? 1 Sí 0 No
 10. ¿Crees que en Perú, después de terminar la secundaria, puedes encontrar oportunidades de trabajo para ti? 1 Sí 0 No
 11. Además de estudiar, ¿trabajas fuera de tu casa?
0 No 1 Sí → Por favor, indica el número **total** de horas que trabajas por semana: _____

12. En relación a tu educación, nos gustaría saber si estás de acuerdo con las siguientes frases:

	¿Estás de acuerdo?		
	SI	NO	NO SÉ
En el colegio aprendo a querer a mi país (Perú)	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
En el colegio puedo acceder a Internet	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
En el colegio me siento aceptado/a por mis compañeros/as	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
Alguna vez mis compañeros/as me han hecho daño	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
Mis padres suelen seguir atentamente mi rendimiento en el colegio	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé

13. ¿Hay alguna computadora en tu casa?

1 Sí 0 No (pasa a la pregunta 14)

Con Internet	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No
Con "filtro" (programa que no deja entrar a algunas páginas de Internet)	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No
¿Tienes una computadora (portátil o fija) en tu cuarto?	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No

14. ¿Tienes celular?

1 Sí 0 No (pasa a la pregunta 15)

¿Lo has usado alguna vez para descargarte imágenes eróticas?	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No
¿Apagas tu celular durante la noche?	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No

15. ¿Tienes Playstation, PSP, Xbox o similar?

1 Sí 0 No (pasa a la pregunta 16)

Si la respuesta es **Sí**, ¿cuánto tiempo sueles jugar?

	Nunca	Menos de 3 horas	3-6 horas	7-10 horas	Más de 10 horas
De lunes a viernes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Sábados y domingos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

16. ¿Participas en una red social (Hi5, MySpace, Facebook u otra parecida)?

1 Sí 0 No (pasa a la pregunta 17)

Si la respuesta es **Sí**, ¿cuánto tiempo pasas en la red social?

	Nunca	Menos de 3 horas	3-6 horas	7-10 horas	Más de 10 horas
De lunes a viernes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Sábados y domingos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

17. ¿Escribes artículos o produces videos que luego subes en blogs o sitios como YouTube?

1 Sí 0 No

18. ¿Tienes televisión en tu cuarto?

1 Sí 0 No

19. ¿Cuáles son los 2 tipos de programas de televisión que más ves? Marca sólo 2 opciones

- 0 Noticias
- 1 Programas culturales o educativos (documentales de animales, viajes,...)
- 2 Deportes
- 3 Series juveniles (como "La gran sangre")
- 4 Telenovelas (como "Dame chocolate")
- 5 Programas de farándula, espectáculo y concursos (Como Magaly TV)
- 6 Películas
- 7 Otros. Por favor, especifica: _____

NOS GUSTARÍA PREGUNTARTE ACERCA DE TUS AMIGOS/AS

20. ¿Cuántos amigos/amigas tienes “para los momentos difíciles”? (es decir, que sean tus mejores amigos/as) Por favor, indica el nº: _____

21. En el cuadro siguiente, señala con qué frecuencia ocurren en tu grupo de amigos las siguientes situaciones:

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
En mi grupo <u>puedo opinar sin miedo</u> , aunque no opine como los demás, porque me van a respetar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Normalmente, <u>sabemos qué hacer</u> cuando estamos reunidos en grupo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

AHORA NOS GUSTARÍA QUE NOS CUENTES CÓMO PASAS TUS RATOS LIBRES DURANTE TODA LA SEMANA (incluido el fin de semana)

22. Aproximadamente ¿con qué frecuencia haces las siguientes actividades durante tus ratos libres (incluido el fin de semana)?

	Nunca	Alguna vez al mes o menos	1–2 días a la semana	3–5 días a la semana	Casi todos o todos los días
Pasar el rato en la calle, en un parque, en la playa o en otros lugares públicos.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Hacer algún deporte (fútbol, vóley, etc.).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Voluntariado (colaborar con alguna ONG, en tu colegio, Iglesia, pastoral juvenil, asociación benéfica, etc.).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Asistir a actividades formativas (cursillos, charlas, catequesis, etc.).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Asistir a actividades culturales: teatro, a museos, etc.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ir a fiestas, discotecas, salsódromos, etc.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Estar en centros comerciales, casinos, estadio de fútbol, cine.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Reunirte en un local donde sólo está el grupo de amigos/as, sin adultos presentes.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Usar Internet en casa o cabinas (navegar, chatear, usar el correo electrónico, etc.), jugar con videojuegos.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ver la televisión, escuchar música, leer revistas juveniles.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Leer libros (novelas, literatura, poesía...) o el periódico.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Realizar actividades artísticas (cantar en un coro, tocar algún instrumento, pintar, etc.).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

23. Tus padres, o las personas responsables de ti...

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
... saben dónde vas o qué haces durante tu tiempo libre (solo o con el grupo)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
... fijan la hora de regreso cuando sales los fines de semana	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
... te ven/se enteran cuando regresas de tu salida el fin de semana	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
... controlan el tiempo que dedicas a ver TV, jugar video juegos o estar conectado a Internet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
... te aconsejan sobre el uso que debes hacer de Internet y de los videojuegos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

24. Del dinero que habitualmente tienes (propina, dinero que ganas trabajando) ¿cuánto sueles gastar, de media, cada semana? _____ soles

25. De la siguiente lista, señala en qué sueles gastar habitualmente el dinero durante una semana normal (que no estés de exámenes, ni de vacaciones, etc). Puedes marcar varias opciones.

- | | | |
|--|---|---|
| a. <input type="checkbox"/> Ir a la playa | e. <input type="checkbox"/> Ropa y arreglo personal | i. <input type="checkbox"/> Salir a comer/tomar con los amigos/as |
| b. <input type="checkbox"/> Hacer deporte | f. <input type="checkbox"/> Cabinas de internet | j. <input type="checkbox"/> Fumar cigarrillos |
| c. <input type="checkbox"/> Museos, teatro | g. <input type="checkbox"/> Celular | k. <input type="checkbox"/> Tomar bebidas alcohólicas |
| d. <input type="checkbox"/> Libros | h. <input type="checkbox"/> Fiestas y discotecas | |

26. ¿Hasta qué punto es importante PARA TI lo que piensan tus padres y tus amigos/as sobre los siguientes temas? La puntuación mínima es 1 (no es nada importante) y la puntuación máxima es 5 (es muy importante).

	Es importante PARA TI lo que piensan									
	TUS PADRES sobre...					TUS AMIGOS/AS sobre...				
	Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Mucho	Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Mucho
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
...la hora de volver a casa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
...fumar, tomar alcohol	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
...tomar drogas (terokal, marihuana, pbc, éxtasis..)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
...lo que haces en tu tiempo libre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
...temas de amor y sexualidad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
...temas de religión	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
...los estudios	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
...tus opiniones o puntos de vista	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

TAMBIÉN NOS INTERESA SABER DE DÓNDE CONSIGUES INFORMACIÓN SOBRE CIERTOS TEMAS.

27. Cuando quieres obtener información sobre temas relacionados con el amor y la sexualidad, ¿con qué frecuencia hablas o consultas con? Marca la opción del 1 al 5 que MÁS se acerque a tu situación. La puntuación mínima es 1 (nunca) y la puntuación máxima es 5 (siempre).

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
	1	2	3	4	5
a. Tu padre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b. Tu madre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
c. Tus amigos/amigas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
d. Algún/a profesor/a en quien confías	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
e. Centro de salud (que no es del colegio, por ejemplo: postas médicas)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
f. Sacerdote o pastor	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
g. Buscas en Internet, en revistas juveniles	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
h. Buscas en libros	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
i. Otros (por favor, especifica):	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

28. Y de la lista siguiente ¿cuál es tu fuente preferida de información? (Selecciona sólo 1 opción)

- a. Tu padre
- b. Tu madre
- c. Tus amigos/amigas
- d. Algún/a profesor/a en quien confías
- e. Centro de salud
- f. Sacerdote o pastor
- g. Buscas en Internet, en revistas juveniles
- h. Buscas en libros
- i. Otros

29. ¿Has hablado en alguna ocasión con tus padres (padre, madre o ambos) acerca de los siguientes temas? Además indica si te gustaría hablar más con ellos sobre el tema.

	He hablado con <u>mis padres</u> sobre...					Quiero <u>hablar más</u> con ellos	
	Nada	Casi nada	Más o menos	Bastante	Mucho	Sí	No
	1	2	3	4	5	1	0
La situación política de mi país	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No
La historia y costumbres típicas de mi país	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No
Las drogas y el consumo excesivo de alcohol	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No
Los lugares de diversión	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No
Los cambios en el cuerpo de las chicas (menstruación, desarrollo del busto, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No
Los cambios en el cuerpo de los chicos (barba, tono de voz, sueños húmedos, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No
El sida y otras infecciones de transmisión sexual	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No
El embarazo, el comienzo de la vida	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No
El preservativo y los métodos anticonceptivos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No
Cómo saber cuándo estaré preparado/a para tener relaciones sexuales	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No
Qué significa enamorarse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No
Si no quisiera tener relaciones sexuales, cómo decírselo a la persona con quien salga ("enamorado/a")	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No
Cómo saber si la persona con la que salgo ("enamorado/a") es la adecuada para construir un futuro juntos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No
Cómo manejar mejor mis sentimientos y afectos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No
Cómo manejar mejor mi impulso/pasión sexual	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No
Cómo distinguir entre deseo, atracción sexual y amor	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No

30. ¿En tu colegio te han explicado los siguientes temas? Además ¿te gustaría saber más sobre los siguientes temas?

	En mi <u>colegio</u> me han explicado...					Quiero <u>saber más</u>	
	Nada 1	Casi nada 2	Más o menos 3	Bastante 4	Mucho 5	Sí 1	No 0
Cómo saber cuándo estaré preparado/a para tener relaciones sexuales.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No
Qué significa enamorarse.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No
Si no quisiera tener relaciones sexuales, cómo decírselo a la persona con quien salga ("enamorado/a").	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No
Cómo saber si la persona con la que salgo ("enamorado/a") es la adecuada para construir un futuro juntos.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No
Cómo manejar mejor mis sentimientos y afectos.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No
Cómo manejar mejor mi impulso/pasión sexual.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No
Cómo distinguir entre deseo, atracción sexual y amor.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No
El funcionamiento del sistema reproductor femenino y masculino.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No
Cómo evitar contagiarme del sida u otra infección de transmisión sexual.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No
El aborto y sus consecuencias.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No

31. ¿Piensas que las siguientes personas e instituciones te transmiten los siguientes mensajes? Puedes marcar más de una opción o no marcar ninguna

¿Transmiten mensajes que te animan a...?	Tus padres	Tus profesores	Televisión, revistas, cine ...
...ser alegre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Transmiten mensajes que te animan a...?	Tus padres	Tus profesores	Televisión, revistas, cine ...
... ser solidario/a (ayudar a los demás)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ser leal (no hablar mal ni traicionar a tus amigos/as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... respetar a las demás personas, no hacerles daño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... tener paciencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mostrarte como eres y piensas, sin necesidad de aparentar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... tener personalidad para mantener tus puntos de vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... esforzarme por conseguir mis objetivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... no depender de las circunstancias, ser fuerte ante las dificultades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... pensar en las consecuencias que pueden tener mis actos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... acertar en la elección de la persona con quien formar una familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... si te casas, que tu matrimonio dure toda la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... considerar la posibilidad de no casarte para dedicar totalmente tu vida a servir a los demás (por ejemplo: siendo misionero, sacerdote, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A CONTINUACIÓN, NOS GUSTARÍA CONOCER ALGO DE LO QUE TÚ SIENTES Y OPINAS ACERCA DEL AMOR Y LA SEXUALIDAD

A partir de ahora, por “relaciones sexuales” nos referimos a relaciones sexuales completas, también llamadas “hacer el amor”, “hacerlo todo”, “llegar hasta el final”.

32. ¿Crees que las siguientes personas están de acuerdo con la frase?: “Me parece bien que los jóvenes de tu edad tengan relaciones sexuales para pasárselo bien, sin que haya amor ni compromiso”

	¿Están de acuerdo?		
	SI	NO	NO SÉ
Tu padre	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
Tu madre	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
Tu(s) Hermano(s)/ hermana(s)	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
Tus amigos/amigas	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
Algún/a profesor/a en quien confías	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
El sacerdote o pastor	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
Los medios de comunicación (TV, revistas, cine)	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
Tú mismo/a	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé

33. ¿Crees que las siguientes personas están de acuerdo con la frase?: “Es mejor esperar al compromiso del matrimonio (casarse), para tener relaciones sexuales ”

	¿Están de acuerdo?		
	SI	NO	NO SÉ
Tu padre	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
Tu madre	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
Tu(s) Hermano(s)/ hermana(s)	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
Tus amigos/amigas	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
Algún/a profesor/a en quien confías	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
El sacerdote o pastor	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
Los medios de comunicación (TV, revistas, cine)	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
Tú mismo/a	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé

34. ¿Cuál crees que es el **riesgo** de que ocurran las siguientes cosas si se tienen relaciones sexuales **con y sin preservativo**? El riesgo va desde 1 (“Nulo”= no hay ningún riesgo de que ocurra, 0%) hasta 5 (“Muy alto”= ocurre siempre o casi siempre, >95%).

	Riesgo que hay si se tienen relaciones sexuales											
	CON preservativo						SIN preservativo					
	Nulo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto	No sé	Nulo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto	No sé
De que se produzca un embarazo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
De infectarse con: ... el virus del sida (VIH)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
...el virus del Papiloma Humano (verrugas genitales)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
...el virus del Herpes Genital	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
...la bacteria Chlamydia Trachomatis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

35. ¿Crees que las siguientes situaciones aumentan el **riesgo** de contagiarse con una infección de transmisión sexual (suponiendo que se utiliza **siempre** un preservativo) comparado con tener relaciones sexuales con una única pareja en la vida?

	AUMENTA el riesgo de infectarse		
	SI	NO	NO SÉ
Tener varias parejas sexuales a la vez (no ser fiel a una sola persona)	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
Haber tenido 3-4 parejas sexuales a lo largo de la vida , no simultáneamente	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
Tener relaciones sexuales casuales y ocasionales con personas diferentes o desconocidas	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
Tener relaciones sexuales por primera vez con alguien que tampoco haya tenido relaciones antes	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé

36. Queremos saber si estás o no de acuerdo con las siguientes frases. No hace falta que estés “saliendo con alguien” o tengas “enamorado/a” para contestar estas preguntas.

	¿Estás de acuerdo?		
	SI	NO	NO SÉ
Me parece bien que una pareja tenga contactos físicos de tipo sexual sin llegar a tener relaciones sexuales completas	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
El amor para siempre es posible, pero necesita que los dos estén dispuestos a sacrificarse el uno por el otro	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
Tener relaciones sexuales es una necesidad biológica que hay que satisfacer	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
Siento que estoy preparado/a para iniciar una relación afectiva estable con una chica/o	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
Si mi decisión fuera no tener relaciones sexuales por el momento, me considero preparado/a para hacérselo saber con claridad a mi pareja (“enamorado/a”)	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
En mi entorno los que no tienen pareja pueden sentirse presionados/as por no tenerla	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
Debería evitarse que los medios de comunicación (series de tv, anuncios, revistas, películas, etc) muestren ...	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
... a la mujer como un “objeto sexual”, por ejemplo, al anunciar un perfume.	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
... al varón como un “objeto sexual”, por ejemplo, al anunciar un perfume.	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
Debería evitarse que en los medios de comunicación (series de tv, anuncios, revistas, películas, etc) se asocie ...	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
... la feminidad (ser “más mujer”) con tener un “buen cuerpo” para atraer a los chicos	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
... la masculinidad (ser “más varón”) con tener más relaciones sexuales	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé

37. ¿Has tenido relaciones sexuales? Recuerda que por “relaciones sexuales” nos referimos a “relaciones sexuales completas”.

- 0 No (Pasa a la siguiente pregunta)
 1 Sí (Pasa a la pregunta 40)

38. Si NUNCA has tenido relaciones sexuales, nos gustaría saber cuál o cuáles son tus razones. Puedes elegir varias respuestas.

	¿Estás de acuerdo?		
	SI	NO	NO SÉ
No tengo relaciones sexuales porque...			
a... no he encontrado a una persona con quien tenerlas	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
b... no quiero quedarme embarazada/dejar embarazada a una chica	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
c... no quiero infectarme del virus del sida o de otras infecciones de transmisión sexual	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
d... mis padres no estarían de acuerdo	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
e... mi(s) pareja(s) no ha(n) querido tenerlas	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
f... prefiero esperar hasta conocer a la persona con la que compartiré mi vida	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
g... creo que es pecado	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
h... no soy económicamente estable/independiente	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
i... no estoy casado/a	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
J... no tengo la edad adecuada	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
K... no me siento preparado/a para ello	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
L... por otra razón (por favor, especifica):			

39. De las razones de la pregunta anterior, ¿cuál consideras que es la razón principal por la que no tienes relaciones sexuales? Marca sólo 1 opción.

a. <input type="checkbox"/> ... no he encontrado a una persona con quien tenerlas	g. <input type="checkbox"/> ... creo que es pecado
b. <input type="checkbox"/> ... no quiero quedarme embarazada/dejar embarazada a una chica	h. <input type="checkbox"/> ... no soy económicamente estable/independiente
c. <input type="checkbox"/> ... no quiero infectarme del virus del sida o de otras infecciones de transmisión sexual	i. <input type="checkbox"/> ... no estoy casado/a
d. <input type="checkbox"/> ... mis padres no estarían de acuerdo	j. <input type="checkbox"/> ... no tengo la edad adecuada
e. <input type="checkbox"/> ... mi(s) pareja(s) no ha(n) querido tenerlas	k. <input type="checkbox"/> ... no me siento preparado/a para ello
f. <input type="checkbox"/> ... prefiero esperar hasta conocer a la persona con la que compartiré mi vida	l. <input type="checkbox"/> ... por otra razón (por favor, especifica):

➔ SI NO HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES PASA A LA PREGUNTA 48

40. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual? Por favor, indica la edad: _____ años

41. ¿Usaste tú o tu pareja un preservativo (masculino/femenino) en esa primera relación sexual?

0 No me acuerdo

1 Sí

2 No ➔ **Si no usaste un preservativo, ¿cuál fue la razón principal?**

0 Por falta de información (por ejemplo: no saber usarlo)

1 No teníamos uno porque normalmente son difíciles de conseguir

2 No tenía uno en ese momento porque la relación fue imprevista

3 No quisimos usarlo (yo, mi pareja o ambos)

4 Otra. Por favor, especifica: _____

42. ¿Cuál o cuáles fueron las razones por las que tuviste tu primera relación sexual? (puedes elegir varias respuestas)

Tuve mi primera relación sexual porque...	¿Estás de acuerdo?		
	SI	NO	NO SÉ
a... sentía un impulso físico	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
b...quería divertirme/pasar un buen rato	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
c... la mayoría de mis amigos/amigas ya las tenían, no quería ser "diferente"	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
d... quería ser más popular en mi clase, grupo de amigos/amigas, etc.	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
e... quería saber cómo era, por curiosidad	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
f... quería expresarle mi amor a la otra persona	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
g... quería sentirme querido/a, valorado/a, apreciado/a por la otra persona	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
h... pensaba que mi pareja ("enamorado/a") podía dejarme si decía que no	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
i... mi pareja ("enamorado/a") me dijo que me dejaría si decía que no	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
j... había bebido alcohol, fumado marihuana o tomado alguna otra droga	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
k... no supe decir que no a una persona que me estaba insistiendo en tenerla	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
l... me "dejé llevar" por la excitación física del momento (un beso, etc.), sin que fuese nuestra intención inicial	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
m... como consecuencia de haber estado viendo imágenes de sexo (películas, revistas, etc)	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé
n... por otra razón (por favor, especifica):			

43. De las razones de la pregunta anterior ¿cuál consideras que fue la razón principal por la que tuviste la 1ª relación sexual? Marca sólo 1 opción.

a. <input type="checkbox"/> ... sentía un impulso físico	h. <input type="checkbox"/> ... pensaba que mi pareja (“enamorado/a”) podía dejarme si decía que no
b. <input type="checkbox"/> ...quería divertirme/pasar un buen rato	i. <input type="checkbox"/> ... mi pareja (“enamorado/a”) me dijo que me dejaría si decía que no
c. <input type="checkbox"/> ... la mayoría de mis amigos/amigas ya las tenían, no quería ser “diferente”	j. <input type="checkbox"/> ... había bebido alcohol, fumado marihuana o tomado alguna otra droga
d. <input type="checkbox"/> ... quería ser más popular en mi clase, grupo de amigos/amigas, etc.	k. <input type="checkbox"/> ... no supe decir que no a una persona que me estaba insistiendo en tenerla
e. <input type="checkbox"/> ... quería saber cómo era, por curiosidad	l. <input type="checkbox"/> ... me “dejé llevar” por la excitación física del momento (un beso, etc.), sin que fuese nuestra intención inicial
f. <input type="checkbox"/> ... quería expresarle mi amor a la otra persona	l. <input type="checkbox"/> ... como consecuencia de haber estado viendo imágenes de sexo (películas, revistas, etc)
g. <input type="checkbox"/> ... quería sentirme querido/a, valorado/a, apreciado/a por la otra persona	

44. ¿Has tenido alguna relación sexual con tu pareja (“enamorado/a”) sin que hayas estado totalmente de acuerdo? 1 Sí 0 No 2 No sé

45. En relación a tu primera relación sexual, queremos saber si estás o no de acuerdo con las siguientes frases:

	¿Estás de acuerdo?		
	SI	NO	NO SÉ
Fue una experiencia de la cual guardo un buen recuerdo y volvería a hacerlo igual	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> NO	2 <input type="checkbox"/> No sé
Fue una experiencia “menos buena” de lo que esperaba	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> NO	2 <input type="checkbox"/> No sé
Me afectó negativamente	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> NO	2 <input type="checkbox"/> No sé
Hubiera preferido no haber tenido esa relación sexual	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> NO	2 <input type="checkbox"/> No sé
En el fondo, me arrepiento de haber tenido ya relaciones sexuales	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> NO	2 <input type="checkbox"/> No sé

46. ¿Alguna vez has visto verrugas en/cerca de tus genitales? 1 Sí 0 No 2 No sé

47. ¿Alguna vez un profesional de la salud te ha diagnosticado alguna infección de transmisión sexual (ITS), por ejemplo: verrugas genitales, Clamidia, VIH, etc.?

0 No estoy seguro/a

1 No, nunca

2 Sí. Por favor especifica qué tipo de infección o infecciones: _____

No sé el tipo de infección

48. En tu opinión ¿cuándo empieza a existir una vida humana?

0 En la fecundación (cuando se unen el óvulo y el espermatozoide)

1 A los 15 días de la fecundación aproximadamente, cuando el embrión termina de implantarse en el útero

2 En algún momento entre la implantación en el útero y el fin del embarazo

3 Al nacer

4 No sé/no estoy seguro/a

49. ¿Estás de acuerdo con que una chica pueda abortar?

- 0 No sé
1 No
2 Sí → Señala en qué condiciones (marca sólo 1 opción):
 Siempre que lo quiera
 Sólo en ciertas circunstancias

AHORA NOS GUSTARÍA SABER ALGUNAS COSAS SOBRE TI

50. ¿Cuántos hermanos/as en total tienes (sin contarte a ti)? Por favor, indica el nº: _____

51. ¿Vives con tu familia en casa?

- 0 No
1 Sí. Por favor, marca con qué personas vives:
 Padre
 Madre
 Hermanos
 Otro/s. Por favor especifica:...

52. ¿Alguno de tus padres ha fallecido? Padre Madre Ninguno de ellos ha fallecido

53. ¿Tus padres están separados/divorciados? Sí No

54. ¿Cómo describirías el nivel económico de tu familia?

- 0 Bajo
1 No muy bajo
2 Medio (no es bajo pero tampoco alto)
3 Alto
4 Muy alto

55. De esta lista, ¿Cuál es el material predominante en los pisos de tu vivienda? Marca sólo 1 respuesta

- 0 Tierra (tablón en la selva)
1 Cemento sin pulir
2 Cemento pulido
3 Losetas, mayólicas, granito, piso vinilico y similares, madera sin pulir (tablones en la costa o sierra)
4 Parquet, madera pulida, alfombra laminado tipo madera, mármol

56. Señala con qué frecuencia las siguientes situaciones se aplican a tu vida. Marca la opción del 1 al 5 que más se acerque a tu situación.

	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Me privo de algunos gastos para ahorrar dinero	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Mis padres me dan todo lo que les pido	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Suelo cenar con mis padres	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ayudo en las tareas domésticas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Fumo cigarrillos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Consumo alguna droga	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Consumo bebidas alcohólicas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
En Internet, descargo o veo material erótico o calificado para mayores de 18 años	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
En el Chat (Messenger, Yahoo, etc.) o en redes sociales (Facebook, Hi5, etc.), converso o me escribo con personas desconocidas (con quien nunca he estado en persona)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Suelo terminar las cosas/proyectos que empiezo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Tiendo a querer conseguir las cosas inmediatamente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Suelo pensar y planificar el futuro (por ejemplo: ahorrando mi propina o el dinero extra que me dan, planeando mi carrera, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

57. Nos gustaría saber cuál es tu valoración de las siguientes situaciones que te planteamos:

	¿Estás de acuerdo?			
	SI	NO	NO SÉ	
¿Consideras satisfactoria la relación con tu madre?	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé	3 <input type="checkbox"/> Ha fallecido o no le conozco
¿Consideras satisfactoria la relación con tu padre?	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé	3 <input type="checkbox"/> Ha fallecido o no le conozco
¿Consideras satisfactoria la relación que tus padres mantienen entre ellos?	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé	3 <input type="checkbox"/> Ha fallecido uno de los dos o ambos
¿Te sientes libre en tu vida en general?	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé	
¿Te sientes querido/a por los demás (amigos, compañeros...)?	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé	
¿Te sientes contento/a con la vida que llevas en general?	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No sé	

58. ¿Alguna vez has padecido algún tipo de daño o agresión física o psicológica por parte de alguien?

Nunca	Alguna vez	Bastantes veces
1	2	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. ¿Te has planteado alguna vez “si hay otra vida después de la muerte” o la existencia de un “ser superior”, un “dios”?

Nunca	Alguna vez	Bastantes veces
1	2	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. ¿Cuál es tu religión o creencia religiosa?

- 0 No tengo religión
- 1 Católica
- 2 Evangélica
- 3 Judía
- 4 Mormona
- 5 Musulmana
- 6 Ortodoxa
- 7 Protestante
- 8 Testigo de Jehová
- 9 Otra (por favor, especifica): _____

SI NO TIENES RELIGIÓN, NO CONTESTES MÁS PREGUNTAS

61. ¿Cuántas veces acudes a la iglesia/templo de tu religión?

- 1 Más de 1 vez a la semana
- 2 1 vez a la semana
- 3 Alguna vez al mes
- 4 Algunas veces al año
- 5 Menos de una vez al año, casi nunca
- 6 Nunca

62. ¿Hasta qué punto estás de acuerdo con la siguiente frase: “mi fe es una influencia importante en mi vida y estoy dispuesto/a a tenerla en cuenta en mis decisiones”?

¿Estás de acuerdo?				
Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**¡YA HAS LLEGADO AL FINAL DE LA ENCUESTA!
MUCHAS GRACIAS POR PARTICIPAR**