



UNIVERSIDAD DE SEVILLA
Departamento de Psicología Evolutiva
y de la Educación

C/ Camilo José Cela, s/n
41018 Sevilla
ESPAÑA



Health Behaviour
in School-aged Children

A WORLD HEALTH ORGANIZATION CROSS-NATIONAL STUDY

H.B.S.C. 2001/2002

ENCUESTA SOBRE EL ESTILO DE VIDA DEL ALUMNADO EUROPEO

Estudio internacional promovido por la O.M.S.

¡Gracias por ayudarnos en este estudio!

Contestando a estas preguntas nos ayudarás a conocer más sobre la forma en que vive la gente joven. Las mismas preguntas se están usando en encuestas en otros 34 países de Europa y América del Norte. Tus respuestas serán vistas **sólo** por los **investigadores** y por nadie más. **No serán vistas por tus padres ni por tus profesores.** No debes escribir tu nombre en el cuestionario. Después de que lo hayas rellenado, lo puedes meter en el sobre que te han dado y entregarlo.

Las preguntas están siendo realizadas en países y culturas muy diferentes, por eso algunas pueden parecerle un poco extrañas. Por favor, toma tu tiempo en leer cada pregunta cuidadosamente y contéstala tan sinceramente como puedas. Recuerda que sólo estamos interesados en tu opinión. No es un examen y no hay respuestas verdaderas o falsas.

Cosas que necesitas saber

En muchas preguntas se te pedirá que contestes marcando la casilla que mejor se ajuste a tu respuesta. Por favor, marca **sólo una casilla** en cada pregunta o en cada parte de una pregunta. Si marcas más de una no podremos contar tu respuesta. Si es difícil elegir sólo una respuesta, por favor, piensa en cuál es tu opinión la mayor parte del tiempo.

Gracias por tu colaboración



Estudio financiado en España por el Ministerio de Sanidad y Consumo

1. ¿Eres un chico o una chica?

- 1 Chico
2 Chica

2. ¿En qué curso estás?

- 1 3º de E.S.O
2 4º de E.S.O
3 1º de Bachillerato
4 2º de Bachillerato
5 1º F.P.
6 2º F.P.
7 Otros.....

3. ¿En qué mes naciste? _____

4. ¿En qué año naciste? _____

A. Vamos a comenzar preguntándote por TUS AMIGOS Y AMIGAS:

5. En la actualidad, ¿cuántos amigos o amigas íntimos (muy amigos) tienes? Por favor, señala una casilla en cada columna

<u>Chicos</u>	<u>Chicas</u>
1 <input type="checkbox"/> Ninguno	1 <input type="checkbox"/> Ninguna
2 <input type="checkbox"/> Uno	2 <input type="checkbox"/> Una
3 <input type="checkbox"/> Dos	3 <input type="checkbox"/> Dos
4 <input type="checkbox"/> Tres o más	4 <input type="checkbox"/> Tres o más

Para las preguntas que vienen a continuación tienes que pensar en el grupo de amigos y/o amigas **con el que pasas la mayor parte de tu tiempo libre**. Puede tratarse de un grupo formado por dos personas (y una de ellas eres tú) o por más.

6. ¿Cuántos chicos y chicas suelen estar en el grupo? (No te cuentes a ti mismo)

<u>Chicos</u>	<u>Chicas</u>
1 <input type="checkbox"/> Ninguno	1 <input type="checkbox"/> Ninguna
2 <input type="checkbox"/> Uno	2 <input type="checkbox"/> Una
3 <input type="checkbox"/> Dos	3 <input type="checkbox"/> Dos
4 <input type="checkbox"/> Tres o más	4 <input type="checkbox"/> Tres o más

7. La mayoría de los alumnos del colegio tratan a tu grupo de amigos con respeto

- 1 Totalmente de acuerdo
- 2 De acuerdo
- 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4 En desacuerdo
- 5 Totalmente en desacuerdo

8. Seguimos preguntándote por las personas del grupo de amigos y amigas con el que pasas la mayor parte de tu tiempo libre

	1) <i>Nadie</i>	2) <i>Menos de la mitad</i>	3) <i>En torno a la mitad</i>	4) <i>Más de la mitad de ellos</i>	5) <i>Todos</i>	6) <i>No lo sé</i>
1. ¿A cuántos/as les gusta el colegio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Cuántos/as van bien en el colegio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Cuántos/as fuman tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Cuántos/as se emborrachan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Cuántos/as han tomado drogas para estar a tono?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Cuántos/as llevan armas, como navajas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Cuántos/as participan con otros en actividades deportivas organizadas? (ej.: equipos o clubs deportivos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Cuántos/as participan en actividades organizadas que no sean deportivas? (ej.: clubs, grupos musicales, de la iglesia, Scouts)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Cuántos/as se llevan bien con sus padres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Cuántos/as han tenido relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Cuántos/as desobedecen las normas dictadas por padres, profesores, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Cuántos/as roban?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Cuántos/as cuidan el medio ambiente (usan las papeleras, reciclan, respetan las plantas, consumen de forma responsable agua y energía, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Cuántos/as dañan o destroran cosas de lugares públicos o privados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Cuántos/as ayudan a conocidos o desconocidos cuando lo necesitan (hacer recados, ceder el asiento, ayudar en tareas escolares, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. ¿Cómo de fácil es para personas de fuera de tu grupo unirse al tuyo?

- 1 Muy fácil
- 2 Fácil
- 3 Difícil
- 4 Muy difícil

10. Cuando alguien está bajo de ánimo, hay otros en el grupo de amigos para ayudarlo

- 1 Totalmente de acuerdo
- 2 De acuerdo
- 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4 En desacuerdo
- 5 Totalmente en desacuerdo

11. Si tuvieras que calificar la relación que tienes con tus amigos en general, ¿qué nota le pondrías? Señala una sola casilla teniendo en cuenta que 10 es la mejor relación posible y 1 la peor relación posible.

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

12. A continuación piensa en ti mismo o en ti misma y decide con qué frecuencia te pasa lo que describe cada frase. Señala una casilla por cada fila

	1) <i>Nunca</i>	2) <i>Algunas veces</i>	3) <i>Muy a menudo</i>
1. Hago amigos/as fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Termino las peleas con mis padres de forma calmada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hago los deberes en su momento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Intento comprender cómo se sienten mis amigos/as cuando están enfadados/as, disgustados/as o tristes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has tenido una pelea física?

- 1 No he tenido ninguna pelea física
- 2 1 vez
- 3 2 veces
- 4 3 veces
- 5 4 veces o más

He aquí algunas preguntas sobre maltrato entre compañeros y compañeras. Decimos que un alumno o alumna **ESTÁ SIENDO MALTRATADO** cuando otro alumno o alumna, o un grupo de ellos, le dice o hace cosas hirientes o desagradables. También hay maltrato cuando se le toma el pelo repetidamente de una manera que a él o ella no le gusta o cuando deliberadamente se les aparta del grupo. Pero **NO HAY MALTRATO** cuando dos alumnos o alumnas que tienen fuerza y poder parecidos discuten o se pelean. Tampoco hay maltrato cuando la burla se hace de forma amistosa o jugando.

14. ¿Cuántas veces has sido maltratado en el colegio en los últimos dos meses?

- 1 No he sido maltratado en el colegio en los últimos dos meses
- 2 Sólo ha sucedido una o dos veces
- 3 2 ó 3 veces al mes
- 4 Alrededor de una vez por semana
- 5 Varias veces a la semana

15. **¿Cuántas veces has participado en un episodio de maltrato a otro (u otros) compañero (o compañera) en el colegio durante los dos últimos meses?**

- 1 No he hecho eso a otro (u otros) compañero (o compañera) en el colegio durante los dos últimos meses
- 2 Sólo ha sucedido una o dos veces
- 3 2 ó 3 veces al mes
- 4 Alrededor de una vez por semana
- 5 Varias veces a la semana

B. Queremos que a continuación nos cuentes cosas sobre cómo ocupas tu TIEMPO LIBRE

Recuerda, cuando contestes a la próxima pregunta que tienes que seguir pensando en tus amigos del grupo con el que pasas la mayor parte de tu tiempo libre

16. **¿Con qué frecuencia pasas tiempo junto al grupo en los siguientes lugares?**

	1) Nunca	2) Raras veces	3) Algunas veces	4) Con frecuencia
1. En centros comerciales o zonas de tiendas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En la calle, en un parque, en la parada de autobús o en otros lugares públicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. En cafeterías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. En discotecas, pubs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. En centros deportivos, campos de deporte o en gimnasios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Salas recreativas o billares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. En clubs o centros juveniles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. En clubs de baile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. En fiestas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. En la iglesia u otro lugar de culto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. En casa (en la tuya o en la de otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. En el colegio o instituto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. En otros lugares (por favor, escribe cuáles: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. **Piensa ahora en todos tus amigos y amigas en general, dentro y fuera de cualquier grupo. ¿Es fácil o difícil para ti hacer nuevos amigos?**

- 1 Muy fácil
- 2 Fácil
- 3 Difícil
- 4 Muy difícil

18. ¿Cuántos días a la semana acostumbras a pasar algún rato con tus amigos o amigas justo después de salir del colegio?

0 días
 1
 2
 3
 4
 5 días

19. ¿Cuántas tardes a la semana acostumbras a salir con tus amigos o amigas?

0 tardes
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7 tardes

20. ¿Cuántas noches a la semana acostumbras a salir con tus amigos o amigas?

0 noches
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7 noches

21. Últimamente, cuando sales con tus amigos por la tarde o noche ¿a qué hora te sueles recoger el día que vuelves más tarde a casa?

No salgo con mis amigos (pasa a la pregunta 22)

8 de la noche (o antes) 9h 10h 11h 12h 1 de la madrugada 2h 3h 4h 5h 6h 7 de la mañana (o más tarde)

22. En tu tiempo libre, ¿con qué frecuencia realizas las siguientes actividades?

Por favor, señala una casilla por cada fila

	1) Casi todos los días	2) Más de una vez a la semana	3) Casi todas las semanas	4) Casi todos los meses	5) Rara vez o nunca
1. Bailar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Acudir a un espectáculo (de cine, deportivo, musical, teatro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Leer / estudiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ir de botellona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Colaborar en las tareas domésticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Realizar un trabajo por el que te pagan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Realizar un trabajo por el que no te pagan (y que no sean las tareas domésticas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. **¿Cuántas horas al día sueles dedicar normalmente a ver la televisión (incluyendo videos) en tu tiempo libre?** Por favor, rellena una casilla para los días entre semana y otra para los del fin de semana

Día entre semana

- 1 Ninguna
2 Alrededor de media hora al día
3 Alrededor de 1 hora al día
4 Alrededor de 2 horas al día
5 Alrededor de 3 horas al día
6 Alrededor de 4 horas al día
7 Alrededor de 5 horas al día
8 Alrededor de 6 horas al día
9 Alrededor de 7 horas o más al día

Día de fin de semana

- 1 Ninguna
2 Alrededor de media hora al día
3 Alrededor de 1 hora al día
4 Alrededor de 2 horas al día
5 Alrededor de 3 horas al día
6 Alrededor de 4 horas al día
7 Alrededor de 5 horas al día
8 Alrededor de 6 horas al día
9 Alrededor de 7 horas o más al día

24. **¿Cuántas horas al día sueles dedicar normalmente a hacer los deberes o tareas escolares fuera del horario del colegio?** Por favor, rellena una casilla para los días entre semana y otra para los del fin de semana

Día entre semana

- 1 Ninguna
2 Alrededor de media hora al día
3 Alrededor de 1 hora al día
4 Alrededor de 2 horas al día
5 Alrededor de 3 horas al día
6 Alrededor de 4 horas al día
7 Alrededor de 5 horas al día
8 Alrededor de 6 horas al día
9 Alrededor de 7 horas o más al día

Día de fin de semana

- 1 Ninguna
2 Alrededor de media hora al día
3 Alrededor de 1 hora al día
4 Alrededor de 2 horas al día
5 Alrededor de 3 horas al día
6 Alrededor de 4 horas al día
7 Alrededor de 5 horas al día
8 Alrededor de 6 horas al día
9 Alrededor de 7 horas o más al día

25. **¿Cuántas horas al día sueles dedicar normalmente en tu tiempo libre al ordenador (jugando, con el correo electrónico, chateando o navegando en Internet)?**

Por favor, rellena una casilla para los días entre semana y otra para los del fin de semana

Día entre semana

- 1 Ninguna
2 Alrededor de media hora al día
3 Alrededor de 1 hora al día
4 Alrededor de 2 horas al día
5 Alrededor de 3 horas al día
6 Alrededor de 4 horas al día
7 Alrededor de 5 horas al día
8 Alrededor de 6 horas al día
9 Alrededor de 7 horas o más al día

Día de fin de semana

- 1 Ninguna
2 Alrededor de media hora al día
3 Alrededor de 1 hora al día
4 Alrededor de 2 horas al día
5 Alrededor de 3 horas al día
6 Alrededor de 4 horas al día
7 Alrededor de 5 horas al día
8 Alrededor de 6 horas al día
9 Alrededor de 7 horas o más al día

26. **Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces saliste de vacaciones con tu familia?**

- 1 Nunca
2 Una vez
3 Dos veces
4 Más de dos veces

27. **¿Tiene tu familia coche propio o furgoneta?**

- 1 No
2 Sí, uno
3 Sí, dos o más

28. **¿Tienes un dormitorio para ti solo?**

- 1 No
2 Sí

29. **¿Cuántos ordenadores tiene tu familia?**

- 1 Ninguno
1 Uno
1 Dos
1 Más de dos

30. **¿Con qué frecuencia hablas con tu(s) amigo(s) por teléfono o les envías mensajes al móvil o e-mails?**

- 1 Rara vez o nunca
2 1 o 2 días a la semana
3 3 o 4 días a la semana
4 5 o 6 días a la semana
5 Todos los días

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 amigos o andando hacia el colegio. 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 las dos preguntas siguientes, calcula el tiempo que dedicas cada día a la actividad física.

31. 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
 2
 3
 4
 5
 6
 7 días

32. Durante **una semana normal**, ¿cuántos días te sientes 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 sean 60 minutos seguidos, puedes sumar los distintos momentos del día en que realizas algún tipo de actividad física)

0 días
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7 días

C. Continuamos ahora centrándonos en TU FAMILIA:

33. **Padre**
¿Tiene trabajo tu padre?

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No lo sé
- 4 No tengo padre o no lo veo

(Si la respuesta es SÍ), 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)

.....

.....

Madre

¿Tiene trabajo tu madre?

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No lo sé
- 4 No tengo madre o no la veo

(Si la respuesta es SÍ), por favor escribe en qué sitio trabaja

(por ejemplo: hospital, banco, restaurante)

.....

.....

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

.....

.....

(Si la respuesta es NO), ¿por qué no tiene trabajo tu padre?

(Por favor, señala la casilla que mejor describe la situación)

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

(Si la respuesta es NO), ¿por qué no tiene trabajo tu madre?

(Por favor, señala la casilla que mejor describe la situación)

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

34. Ahora nos gustaría preguntarte acerca de las personas con las que vives. No todo el mundo vive con los dos progenitores. Algunas veces la gente vive sólo con uno de ellos (con la madre o con el padre) y algunas veces tienen dos casas o dos familias.

Por favor, rellena la columna **A** pensando en tu **única casa** o **la principal**. Rellena la columna **B** si tienes un **segundo hogar** (no se trata de la casa de vacaciones o de verano).

A



Por favor, señala todas las personas que viven aquí

Adultos:

- 1 Madre
- 2 Padre
- 3 Esposa o nueva pareja del padre
- 4 Esposo o nueva pareja de la madre
- 5 Abuela
- 6 Abuelo
- 7 Vivo en un hogar de acogida o en un hogar para niños.
- 8 Vivo con alguien más o en algún otro lugar: *por favor, escríbelo a continuación*

.....

B



Por favor, señala todas las personas que viven aquí

Adultos:

- 1 Madre
- 2 Padre
- 3 Esposa o nueva pareja del padre
- 4 Esposo o nueva pareja de la madre
- 5 Abuela
- 6 Abuelo
- 7 Vivo en un hogar de acogida o en un hogar para niños.
- 8 Vivo con alguien más o en algún otro lugar: *por favor, escríbelo a continuación*

.....

Hijos y/o hijas

Por favor, dinos cuántos hermanos y hermanas viven aquí (incluyendo hermanos o hermanas sólo de madre o de padre, adoptivos o hijos de la pareja de tu padre o madre). *Por favor, escribe el número total o 0 (cero) si no hay nadie*

¿Cuántos **hermanos**? (sin incluirte tú) _____

¿Cuántas **hermanas**? (sin incluirte tú) _____

35. Vives aquí:

- 1 Todo el tiempo
- 2 La mayor parte del tiempo
- 3 La mitad del tiempo

Hijos y/o hijas

Por favor, dinos cuántos hermanos y hermanas viven aquí (incluyendo hermanos o hermanas sólo de madre o de padre, adoptivos o hijos de la pareja de tu padre o madre). *Por favor, escribe el número total o 0 (cero) si no hay nadie*

¿Cuántos **hermanos**? (sin incluirte tú) _____

¿Cuántas **hermanas**? (sin incluirte tú) _____

Vives aquí:

- 1 La mitad del tiempo
- 2 Con regularidad, pero menos de la mitad del tiempo
- 3 Los fines de semana
- 4 Algunas veces
- 5 Casi nunca

36 ¿Cuánto de fácil te resulta hablar con las siguientes personas sobre cosas que realmente te preocupan? Por favor, rellena una casilla por cada fila

	1) Muy fácil	2) Fácil	3) Difícil	4) Muy difícil	5) No tengo o no veo a esta persona
1. Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
2. Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
3. Hermano (s) mayor (es)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
4. Hermana (s) mayor (es)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
5. Mejor amigo o mejor amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
6. Amistades del mismo sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
7. Amistades del sexo opuesto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
En el caso de que tus progenitores estén separados:					
8. Esposo o pareja de la madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
9. Esposa o pareja del padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

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

	1) Sabe mucho	2) Sabe poco	3) No sabe nada	4) No tengo o no veo a mi madre
1. Quiénes son tus amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cómo gastas tu dinero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(pasa a la siguiente pregunta)

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3. Dónde estás después del colegio | <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"/> |

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

- | | 1)
<i>Sabe mucho</i> | 2)
<i>Sabe poco</i> | 3)
<i>No sabe nada</i> | 4)
<i>No tengo o no veo a mi padre</i> |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|---|
| 1. Quiénes son tus amigos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Cómo gastas tu dinero | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Dónde estás después del colegio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Dónde vas por la noche | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
- (pasa a la siguiente pregunta)

39. Mi madre...

- | | 1)
<i>Casi siempre</i> | 2)
<i>Algunas veces</i> | 3)
<i>Nunca</i> | 4)
<i>No tengo o no veo a mi madre</i> |
|--|---------------------------|----------------------------|--------------------------|---|
| 1. Me ayuda tanto como lo necesito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Me deja hacer las cosas que me gusta hacer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Es cariñosa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Comprende mis problemas y preocupaciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Le gusta que tome mis propias decisiones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Intenta controlar todo lo que hago | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Me trata como si fuera un/a niño/a pequeño/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Consigue hacerme sentir mejor cuando estoy triste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- (pasa a la siguiente pregunta)

40. Mi padre...

- | | 1)
<i>Casi siempre</i> | 2)
<i>Algunas veces</i> | 3)
<i>Nunca</i> | 4)
<i>No tengo o no veo a mi padre</i> |
|---|---------------------------|----------------------------|--------------------------|---|
| 1. Me ayuda tanto como lo necesito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Me deja hacer las cosas que me gusta hacer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Es cariñoso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Comprende mis problemas y preocupaciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Le gusta que tome mis propias decisiones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- (pasa a la siguiente pregunta)

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Intenta controlar todo lo que hago | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Me trata como si fuera un/a niño/a pequeño/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Consigue hacerme sentir mejor cuando estoy triste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

41. ¿Cómo actúa tu madre cuando haces algo que ella piensa que es incorrecto?

- | | 1)
<i>Muy a menudo</i> | 2)
<i>A menudo</i> | 3)
<i>Algunas veces</i> | 4)
<i>Rara vez</i> | 5)
<i>Nunca</i> | 6)
<i>No tengo o no veo a mi madre</i> |
|---|---------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| 1. Mi madre no me castiga porque le da igual lo que yo haga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mi madre me explica lo que he hecho mal y por qué me castiga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>(pasa a la siguiente pregunta)</i> |
| 3. Mi madre me dice que me he comportado mal pero no me castiga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Mi madre me castiga inmediatamente sin decirme el porqué | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

42. ¿Cómo actúa tu padre cuando haces algo que él piensa que es incorrecto?

	1) Muy a menudo	2) A menudo	3) Algunas veces	4) Rara vez	5) Nunca	6) No tengo o no veo a mi padre
1. Mi padre no me castiga porque le da igual lo que yo haga	<input type="checkbox"/>					
2. Mi padre me explica lo que he hecho mal y por qué me castiga	<input type="checkbox"/>	(pasa a la siguiente pregunta)				
3. Mi padre me dice que me he comportado mal pero no me castiga	<input type="checkbox"/>					
4. Mi padre me castiga inmediatamente sin decirme el porqué	<input type="checkbox"/>					

43. A continuación aparece una lista de cosas que algunas familias hacen juntos. ¿Con qué frecuencia tú y tu familia soléis hacer cada una de estas cosas juntos? Señala una casilla por cada fila

	1) Todos los días	2) La mayoría de los días	3) Alrededor de una vez a la semana	4) Menos de una vez a la semana	5) Nunca
1. Ver la TV o un vídeo juntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jugar juntos dentro de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Comer juntos (por la mañana, mediodía o por la noche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Salir de paseo juntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ir juntos a sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Visitar a amigos o familiares juntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hacer deporte juntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sentarse juntos y charlar sobre cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Vamos a comenzar hablando acerca de algunos HÁBITOS EN TU VIDA:

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

Por favor, rellena una casilla para los días entre semana (los de colegio) y otra para los días de fin de semana

Días entre semana (los de colegio)

- 1 Nunca desayuno entre semana
- 2 Un día
- 3 Dos días
- 4 Tres días
- 5 Cuatro días
- 6 Cinco días

Días de fin de semana

- 1 Nunca desayuno los fines de semana
- 2 Habitualmente sólo desayuno un día del fin de semana (el sábado o el domingo)
- 3 Habitualmente desayuno los dos días del fin de semana (sábado y domingo)

45. **¿Con qué frecuencia acostumbras a comer a mediodía?** (algo más que una bebida o un aperitivo)
Por favor, rellena una casilla para los días entre semana (los de colegio) y otra para los días de fin de semana

Días entre semana (los de colegio)

- 1 Nunca como a mediodía los días entre semana
- 2 Un día
- 3 Dos días
- 4 Tres días
- 5 Cuatro días
- 6 Cinco días

Días de fin de semana

- 1 Nunca como a mediodía los fines de semana
- 2 Habitualmente sólo como a mediodía un día del fin de semana (el sábado o el domingo)
- 3 Habitualmente como a mediodía los dos días del fin de semana (sábado y domingo)

46. **¿Con qué frecuencia acostumbras a cenar?** (algo más que una bebida o un aperitivo)
Por favor, rellena una casilla para los días entre semana (los de colegio) y otra para los días de fin de semana

Días entre semana (los de colegio)

- 1 Nunca ceno las noches entre semana
- 2 Una noche
- 3 Dos noches
- 4 Tres noches
- 5 Cuatro noches
- 6 Cinco noches

Días de fin de semana

- 1 Nunca ceno las noches de los fines de semana
- 2 Habitualmente sólo ceno una noche del fin de semana (el sábado o el domingo)
- 3 Habitualmente ceno las dos noches del fin de semana (sábado y domingo)

47. **¿Con qué frecuencia te cepillas los dientes?**

- 1 Más de una vez al día
- 2 Una vez al día
- 3 Al menos una vez a la semana, pero no diariamente
- 4 Menos de una vez a la semana
- 5 Nunca

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

- 1 Siempre
- 2 A menudo
- 3 Algunas veces
- 4 Nunca

49. **¿Cuántas veces a la semana acostumbras a comer o beber... ? Por favor, rellena una casilla por cada fila**

	1) Nunca	2) Menos de una vez a la semana	3) Una vez a la semana	4) 2-4 días a la semana	5) 5-6 días a la semana	6) Una vez al día, todos los días	7) 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. Verduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 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"/>
4. 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"/>
5. Alguna bebida alcohólica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Huevos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Carne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pescado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. **¿En este momento estás siguiendo alguna dieta o haciendo otra cosa para perder peso?**

- 1 No, considero que mi peso es correcto
 2 No, pero debería perder algo de peso
 3 No, porque necesito ganar peso
 4 Sí

51. **¿Has fumado tabaco alguna vez? (al menos un cigarro, puro o pipa)**

- 1 Sí
 2 No

52. **¿Con qué frecuencia fumas tabaco en la actualidad?**

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

53. **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 sólo bebes una pequeña cantidad
 Por favor, señala una casilla en cada fila

	1) Todos los días	2) Todas las semanas	3) Todos los meses	4) Rara vez	5) Nunca
1. Cerveza	<input type="checkbox"/>				
2. Vino	<input type="checkbox"/>				
3. Licores con alcohol (whisky, ginebra, ron, etc)	<input type="checkbox"/>				

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

- 1 No, nunca
- 2 Sí, una vez
- 3 Sí, 2-3 veces
- 4 Sí, 4-10 veces
- 5 Sí, más de 10 veces

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

- 1. Beber alcohol (algo más que probarlo o dar un trago) Nunca Yo tenía años
Escribe en la casilla la edad que tenías
- 2. Emborracharte Nunca Yo tenía años
Escribe en la casilla la edad que tenías
- 3. Fumar un cigarrillo (más que una calada) Nunca Yo tenía años
Escribe en la casilla la edad que tenías

56. ¿Has tomado alguna vez cannabis (porros)?
Por favor, rellena una casilla por cada fila.

	1) Nunca	2) Una o dos veces	3) De 3 a 5 veces	4) De 6 a 9 veces	5) De 10 a 19 veces	6) De 20 a 39 veces	7) 40 veces o más
1. En tu vida	<input type="checkbox"/>						
2. En los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>						

57. ¿Has probado una o varias de estas drogas en tu vida?

	1) Nunca	2) Una o dos veces	3) De 3 a 5 veces	4) De 6 a 9 veces	5) De 10 a 19 veces	6) De 20 a 39 veces	7) 40 veces o más
1. Drogas de diseño (Éxtasis, pirula, LSD, ácido, tripi)	<input type="checkbox"/>						
2. Anfetaminas o speed	<input type="checkbox"/>						
3. Opiáceos (heroína, metadona)	<input type="checkbox"/>						
4. Medicamentos para colocarse	<input type="checkbox"/>						
5. Cocaína	<input type="checkbox"/>						
6. Pegamento o disolventes	<input type="checkbox"/>						
7. Otras drogas ¿Cuáles?	<input type="checkbox"/>						

E. También queremos que nos cuentes tu experiencia como alumno o alumna de tu COLEGIO o INSTITUTO

58. **En tu opinión, tu(s) profesor(es) piensan que tu rendimiento escolar, comparado con tus compañeros de clase, es:**

- 1 Muy bueno
- 2 Bueno
- 3 Promedio (del montón)
- 4 Por debajo de la media

59. **Hoy por hoy, ¿qué sientes hacia la escuela?**

- 1 Me gusta mucho
- 2 Me gusta un poco
- 3 No me gusta mucho
- 4 No me gusta nada

60. **A continuación aparecen algunas afirmaciones sobre los compañeros y compañeras de tu clase. Por favor, señala hasta qué punto estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas** *Por favor, elige una casilla por cada fila*

	1)	2)	3)	4)	5)
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Los compañeros y compañeras 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 compañeros y compañeras de mi clase son amables y serviciales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Los otros compañeros y compañeras me aceptan como soy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

61. **¿Cuánto te agobia el trabajo escolar?**

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Algo
- 4 Mucho

62. A continuación te encuentras algunas afirmaciones sobre tu(s) profesor(es). Por favor, señala en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas

	1)	2)	3)	4)	5)
	<i>Muy de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Muy en desacuerdo</i>
1. Me siento animado/a a expresar mis propias opiniones en clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nuestros profesores nos tratan de una forma justa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cuando necesito ayuda extra, puedo conseguirla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mis profesores están interesados en mí como persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La mayoría de mis profesores son simpáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me gusta estar en el colegio o instituto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Después de todo lo que has contado acerca de tus amigos y el colegio/instituto, ¿cómo te ves en cada uno de estos lugares?

63. Indica en qué medida estás de acuerdo o no con las siguientes afirmaciones

Señala una casilla por cada fila

	1)	2)	3)	4)
	<i>Totalmente en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>
En el grupo de amigos y amigas:				
1. No soy tan popular como otra gente de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Otros chicos y chicas creen que soy muy divertido/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me gustaría ser diferente porque tendría más amigos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En la familia:				
4. Mis padres están orgullosos de la clase de persona que soy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nadie me presta mucha atención en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A menudo no me siento querido/a en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mis padres creen que tendré éxito en el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el colegio/instituto:				
8. En el tipo de cosa que hacemos en el colegio (o instituto) soy tan bueno o mejor que el resto de personas de mi clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. A menudo siento que no sirvo para la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Soy una persona importante en mi clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

64. El curso pasado, ¿cuántos sobresalientes, notables, bien, suficientes y suspensos sacaste?

Nº Sobresalientes..... Nº Notables..... Nº Bien.....

Nº Suficientes..... Nº Suspensos.....

Si tus notas son Progresó Adecuadamente (PA) y Necesita Mejorar (NM) Nº PA..... Nº NM.....

F. Continuamos ahora con otros temas relacionados con TU SALUD y con CÓMO TE SIENTES CONTIGO MISMO o CONTIGO MISMA

65. ¿Cuánto pesas sin ropa?

66. ¿Cuánto mides sin zapatos?

67. Dirías que tu desarrollo físico va...

- 1 Por delante del de tus compañeros o compañeras
- 2 Al mismo ritmo que el de tus compañeros o compañeras
- 3 Por detrás del de tus compañeros

68. Dirías que tu salud es?

- 1 Excelente
- 2 Buena
- 3 Pasable
- 4 Pobre

69. ¿Piensas que tu cuerpo es ...?

- 1 Demasiado delgado
- 2 Un poco delgado
- 3 Tiene la talla adecuada
- 4 Un poco gordo
- 5 Demasiado gordo

Sólo para LAS CHICAS

70. ¿Has tenido ya la menstruación (la regla)?

- 1 No, todavía no he comenzado a menstruar
- 2 Sí, me vino la menstruación con años

71 En los últimos 6 meses, con qué frecuencia has tenido...? Por favor, señala una casilla por cada fila

	1) <i>Casi todos los días</i>	2) <i>Más de una vez a la semana</i>	3) <i>Casi todas las semanas</i>	4) <i>Casi todos los meses</i>	5) <i>Rara vez o nunca</i>
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 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"/>
9. Dolor de cuello o de hombros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Miedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Cansancio y agotamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

72. ¿Cómo de adinerada piensas que es tu familia?

- 1 Muy rica
- 2 Bastante rica
- 3 Promedio
- 4 No muy pobre
- 5 Pobre

73. Para cada una de las afirmaciones que siguen, por favor señala la casilla que mejor describe con qué frecuencia te has sentido así en las últimas semanas

	1) <i>Nunca</i>	2) <i>Algunas veces</i>	3) <i>A menudo</i>	4) <i>Casi siempre</i>
1. Me gusta cómo me van las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mi vida me va bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me gustaría cambiar muchas cosas de mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Deseo tener una vida diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tengo una vida buena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me siento bien respecto a las cosas que me ocurren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mucha gente joven se hace daño o accidenta realizando actividades diversas, tales como el deporte o peleándose con otros y esto puede ocurrir en diferentes lugares, como la calle o la casa. Envenenarse o quemarse son también ejemplos de estas lesiones, pero no las enfermedades, como el sarampión o la gripe. La siguiente pregunta trata sobre **lesiones** que hayas podido tener durante los últimos 12 meses.

74. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces te has lesionado y ha tenido que verte un médico o un ATS?

- 1 No he tenido ninguna lesión en los últimos 12 meses
- 2 1 vez
- 3 2 veces
- 4 3 veces
- 5 4 veces o más

75.

Esto es el dibujo de una escalera.
La parte de arriba de la escalera ('10') es tu mejor vida posible y la parte baja ('0') es tu peor vida posible.

En general, en qué lugar de la escalera sientes que está en este momento tu vida?

Señala la casilla que está al lado del número que mejor describe donde estás.

<input type="checkbox"/>	10	La mejor vida posible
<input type="checkbox"/>	9	
<input type="checkbox"/>	8	
<input type="checkbox"/>	7	
<input type="checkbox"/>	6	
<input type="checkbox"/>	5	
<input type="checkbox"/>	4	
<input type="checkbox"/>	3	
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	1	
<input type="checkbox"/>	0	La peor vida posible

G. Continúa contestando con sinceridad y recuerda, sin comentar con los compañeros y compañeras.

76. ¿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"?)

- 1 Sí
- 2 No

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

- 1 No he tenido nunca relaciones sexuales completas
- 2 11 años o menos
- 3 12 años
- 4 13 años
- 5 14 años
- 6 15 años
- 7 16 años
- 8 17 años
- 9 18 años

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

- 1 No he tenido nunca relaciones sexuales completas
- 2 Sí
- 3 No

79. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales completas en tu vida?

- 1 Nunca he tenido relaciones sexuales completas
- 2 1 persona
- 3 2 personas
- 4 3 personas
- 5 4 personas
- 6 5 personas
- 7 6 o más personas

80. ¿Cuántas veces has estado embarazada o dejado a alguien embarazada? Señala sólo una opción

- 1 Nunca
- 2 1 vez
- 3 2 o más veces
- 4 No estoy seguro o no estoy segura

81. La última vez que tuviste relaciones sexuales completas, ¿qué método utilizasteis –tú o tu pareja- para prevenir un embarazo?

- No he tenido nunca relaciones sexuales *Pasa a la siguiente pregunta(82)*
- No utilizamos ningún método para prevenir un embarazo *Pasa a la siguiente pregunta(82)*
- | | <i>Sí</i> | <i>No</i> |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Píldoras (pastillas anticonceptivas) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Preservativos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Espuma o spray espermicida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| “Marcha atrás” | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Algún otro método | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No estoy seguro o no estoy segura | <input type="checkbox"/> | |

Ánimo, ya estamos terminando. Sólo nos gustaría saber un par de cosas más

82. ¿Piensas que eres... ?

- 1 Muy atractivo o atractiva
- 2 Bastante atractivo o atractiva
- 3 Del montón
- 4 Poco atractivo o atractiva
- 5 Nada atractivo o atractiva

83. Señala en qué medida las siguientes afirmaciones definen tu forma de pensar sobre ti mismo

Señala una casilla por cada fila

	1) <i>Totalmente en desacuerdo</i>	2) <i>En desacuerdo</i>	3) <i>De acuerdo</i>	4) <i>Totalmente de acuerdo</i>
1. En general, estoy satisfecho/a conmigo mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A veces pienso que no sirvo absolutamente para nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Creo tener varias cualidades buenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Creo que tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A veces me siento realmente inútil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Creo que merezco ser valorado/a al menos lo mismo que los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Desearía sentir más aprecio por mí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tiendo a pensar que en conjunto soy un fracaso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

84. Por favor, di cómo te sientes sobre las siguientes afirmaciones referidas a la zona en la que vives

	1) <i>Muy de acuerdo</i>	2) <i>De acuerdo</i>	3) <i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	4) <i>En desacuerdo</i>	5) <i>Muy en desacuerdo</i>
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 niños 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 (ej.: 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 vecinos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. La mayoría de la gente de aquí intentaría aprovecharse de ti si pudiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

85. ¿Cómo crees que será tu vida dentro de unos años, cuando seas adulto, en relación con los siguientes aspectos:

Señala una casilla por cada fila

	1) <i>Totalmente en desacuerdo</i>	2) <i>En desacuerdo</i>	3) <i>De acuerdo</i>	4) <i>Totalmente de acuerdo</i>
1. Es probable que tenga buenos amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Es probable que tenga pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Es probable que tenga problemas para relacionarme con los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Es probable que me sienta satisfecho/a con mi vida en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Es probable que me encuentre solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Es probable que me sienta querido/a por quienes me rodean	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Es probable que esté satisfecho/a con mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H. Por último, nos gustaría conocer cuál es TU OPINIÓN SOBRE ESTE CUESTIONARIO:

86. ¿Quieres añadir alguna observación? ¿Ha habido alguna pregunta que te haya molestado? (Por favor, indica cuál o cuáles)

87. En este momento he terminado el cuestionario y son las _____ horas y _____ minutos

No rellenes nada en estos cuadros, son para el tratamiento informático de los cuestionarios.

Zona	Provincia	Colegio			Control 1		Control 2	