



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO



Health Behaviour
in School-aged Children

A WORLD HEALTH ORGANIZATION CROSS-NATIONAL STUDY

H.B.S.C. 2006

ENCUESTA SOBRE EL ESTILO DE VIDA DEL ALUMNADO EUROPEO

Estudio internacional promovido por la O.M.S.

¡Gracias por decidir 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 40 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

1. ¿Eres un chico o una chica?

1 Chico

2 Chica

2. ¿En qué curso estás?

1 1º de E.S.O

2 2º de E.S.O

3 3º de E.S.O

4 4º de E.S.O

5 1º de Bachillerato

6 2º de Bachillerato

7 1º curso de un módulo de grado medio

8 2º curso de un módulo de grado medio

9 Programa de Garantía Social

10 Otros.....



3. ¿En qué mes naciste? _____

4. ¿En qué año naciste? _____

5. ¿Naciste en España?

1 Sí

2 No

6. ¿En qué país nació tu madre?

_____ No sé

7. ¿En qué país nació tu padre?

_____ No sé

8. ¿Cuál es el idioma que más habláis en casa?



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

9. ¿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 o instituto) y otra para los días de fin de semana.*

- Días entre semana (los de colegio o instituto)
- 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)

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

	Nunca (1)	Menos de una vez a la semana (2)	Una vez a la semana (3)	2-4 días a la semana (4)	5-6 días a la semana (5)	Una vez al día, todos los días (6)	Todos los días, más de una vez (7)
1. Frutas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Patatas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Otras verduras o vegetales (por ejemplo, tomates, lechuga, lentejas, garbanzos, espinacas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dulces (caramelos o chocolate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 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"/>
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"/>
9. Leche o lácteos (yogur, queso, natillas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Cereales (arroz, pasta, pan, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. ¿Hay comedor escolar en tu centro o en otro cercano al que podrías asistir?

- ¹ Sí
- ² No

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

Nunca como en el comedor del
colegio o instituto

1 día

2 días

3 días

4 días

5 días

13. ¿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

14. ¿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



15. Algunos chicos se van al colegio o instituto 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

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

¹ Sí

² No (*pasa a la pregunta 18*)

17. ¿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

18. ¿Has probado alguna vez alguna bebida alcohólica? (algo más que un sorbito o un trago)

- ¹ Sí
- ² No (*pasa a la pregunta 21*)

19. 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.*

	<i>Todos los días</i> <small>(1)</small>	<i>Todas las semanas</i> <small>(2)</small>	<i>Todos los meses</i> <small>(3)</small>	<i>Rara vez</i> <small>(4)</small>	<i>Nunca</i> <small>(5)</small>
1. Cerveza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Licores (ginebra, vodka, whisky, ...) tomados solos o combinados con refresco (por ejemplo, un "cubata")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Combinados de refresco y alguna bebida alcohólica que se compran ya hechos en botellas o latas individuales (<i>por ejemplo Smirnoff Ice, Bacardi Breezer</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cualquier otra bebida que contenga alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. ¿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

21. ¿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)	<input type="checkbox"/> Nunca	Yo tenía <input type="text"/> años
<i>Escribe en la casilla la edad que tenías</i>		
2. Emborracharte	<input type="checkbox"/> Nunca	Yo tenía <input type="text"/> años
<i>Escribe en la casilla la edad que tenías</i>		
3. Fumar un cigarrillo (más que una calada)	<input type="checkbox"/> Nunca	Yo tenía <input type="text"/> años
<i>Escribe en la casilla la edad que tenías</i>		



22. ¿Has tomado alguna vez cannabis (hachís o marihuana, "porros")? Por favor, rellena una casilla por cada fila.

	Nunca (1)	Una o dos veces (2)	De 3 a 5 veces (3)	De 6 a 9 veces (4)	De 10 a 19 veces (5)	De 20 a 39 veces (6)	40 veces o más (7)
1. En tu vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. En los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

B. Continuamos ahora centrándonos en TU FAMILIA:

24. <i>Padre</i>	<i>Madre</i>
<p>¿Tiene trabajo tu padre?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>2 <input type="checkbox"/> No</p> <p>3 <input type="checkbox"/> No lo sé</p> <p>4 <input type="checkbox"/> No tengo padre o no lo veo</p> 	<p>¿Tiene trabajo tu madre?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>2 <input type="checkbox"/> No</p> <p>3 <input type="checkbox"/> No lo sé</p> <p>4 <input type="checkbox"/> No tengo madre o no la veo</p> 
<p><i>(Si la respuesta es Sí)</i> Por favor, escribe en qué sitio trabaja (por ejemplo: hospital, banco, restaurante...)</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>Por favor, escribe qué trabajo es el que realiza exactamente allí tu padre (por ejemplo: maestro, conductor de autobús...)</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p><i>(Si la respuesta es Sí)</i> Por favor, escribe en qué sitio trabaja (por ejemplo: hospital, banco, restaurante...)</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>Por favor, escribe qué trabajo es el que realiza exactamente allí tu madre (por ejemplo: maestra, conductora de autobús...)</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p><i>(Si tu padre NO trabaja:)</i> ¿Por qué no tiene trabajo tu padre? (por favor, señala la casilla que mejor describe la situación)</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Está enfermo, jubilado o es estudiante</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Está buscando trabajo</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Cuida de otros o está a tiempo completo en casa (amo de casa)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> No lo sé</p>	<p><i>(Si tu madre NO trabaja:)</i> ¿Por qué no tiene trabajo tu madre? (por favor, señala la casilla que mejor describe la situación)</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Está enferma, jubilada o es estudiante</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Está buscando trabajo</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Cuida de otros o está a tiempo completo en casa (ama de casa)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> No lo sé</p>


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

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

Adultos	Hijos/as
<p><input type="checkbox"/> 1 Madre</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Padre</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Pareja del padre</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Pareja de la madre</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Abuela</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Abuelo</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Padres acogedores</p> <p><input type="checkbox"/> 8 Centro o residencia de menores</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Si hay alguna otra persona adulta con la que vivas o que te cuide en esta casa, <i>escríbelo aquí por favor:</i> _____</p>	<p>¿Cuántos hermanos y hermanas viven en esta casa? (incluye también a tus hermanastros y hermanastras, así como a tus hermanos y hermanas de acogida, si los tienes).</p> <p><i>Por favor, escribe el número 0 (cero) si no tienes ninguno. Y no te cuentes a ti mismo.</i></p> <p>¿Cuántos hermanos? _____</p> <p>¿Cuántas hermanas? _____</p>

26. ¿Tienes otra casa u otra familia? (por ejemplo, si tus padres están separados o divorciados y vas a la casa del otro).

1 No - *pasa a la pregunta 27*

2 Sí 

¿Con qué frecuencia estás allí?

1 La mitad del tiempo

2 Con regularidad, pero menos de la mitad del tiempo

3 Algunas veces

4 Casi nunca / Nunca

Por favor, señala las personas que viven en esta segunda casa:

Adultos	Hijos/as
<p><input type="checkbox"/> 1 Madre</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Padre</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Pareja del padre</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Pareja de la madre</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Abuela</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Abuelo</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Padres acogedores</p> <p><input type="checkbox"/> 8 Centro o residencia de menores</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Si hay alguna otra persona adulta con la que vivas o que te cuide en esta casa, <i>escríbelo aquí por favor:</i> _____</p>	<p>¿Cuántos hermanos y hermanas viven en esta casa? (incluye también a tus hermanastros y hermanastras, así como a tus hermanos y hermanas de acogida, si los tienes, pero NO a los que hayas mencionado en la pregunta anterior).</p> <p><i>Por favor, escribe el número 0 (cero) si no tienes ninguno. Y no te cuentes a ti mismo.</i></p> <p>¿Cuántos hermanos? _____</p> <p>¿Cuántas hermanas? _____</p>

27. Si tu padre y tu madre no viven juntos, ¿cuál es la razón?

- 1 Mis padres están separados o divorciados
 2 Mi padre y/o mi madre ha/n muerto
 3 Nunca conocí a mi padre o a mi madre
 4 No es mi caso, yo vivo con mi padre y con mi madre

28. ¿Eres un hijo o hija adoptado/a?

- 1 Sí
 2 No
 3 No lo sé

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

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

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

	Sabe mucho (1)	Sabe poco (2)	No sabe nada (3)	No tengo o no veo a mi madre (4)
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 pregunta 32)
3. Dónde estás después del colegio o instituto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Dónde vas por la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Qué haces en tu tiempo libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

31. En general, lo que tu madre sabe sobre estas cosas es porque ... (señala en cada fila una opción):

	Siempre (1)	Casi siempre (2)	Casi nunca (3)	Nunca (4)
1. Ella te lo pregunta y tú se lo cuentas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tú se lo cuentas, aunque ella no te lo pregunte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tú sueles hacer lo que ella te dice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ella está muy pendiente de lo que tú haces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se entera porque otras personas se lo cuentan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	<i>Sabe mucho</i> (1)	<i>Sabe poco</i> (2)	<i>No sabe nada</i> (3)	<i>No tengo o no veo a mi padre</i> (4)
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"/>	<i>(pasa a la pregunta 34)</i>
3. Dónde estás después del colegio o instituto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Dónde vas por la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Qué haces en tu tiempo libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

33. En general, lo que tu padre sabe sobre estas cosas es porque ... (señala en cada fila una opción):

	<i>Siempre</i> (1)	<i>Casi siempre</i> (2)	<i>Casi nunca</i> (3)	<i>Nunca</i> (4)
1. Él te lo pregunta y tú se lo cuentas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tú se lo cuentas, aunque él no te lo pregunte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tú sueles hacer lo que él te dice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Él está muy pendiente de lo que tú haces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se entera porque otras personas se lo cuentan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Mi madre...

	<i>Casi siempre</i> (1)	<i>Algunas veces</i> (2)	<i>Nunca</i> (3)	<i>No tengo o no veo a mi madre</i> (4)
1. Me ayuda tanto como lo necesito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>(pasa a la pregunta 35)</i>
2. Me deja hacer las cosas que me gusta hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Es cariñosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Comprende mis problemas y preocupaciones	<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"/>	
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"/>	

35. Mi padre...

	<i>Casi siempre</i> (1)	<i>Algunas veces</i> (2)	<i>Nunca</i> (3)	<i>No tengo o no veo a mi padre</i> (4)
1. Me ayuda tanto como lo necesito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>(pasa a la pregunta 36)</i>
2. Me deja hacer las cosas que me gusta hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Es cariñoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Comprende mis problemas y preocupaciones	<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"/>	
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"/>	

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

	<i>Muy a menudo</i> (1)	<i>A menudo</i> (2)	<i>Algunas veces</i> (3)	<i>Rara vez</i> (4)	<i>Nunca</i> (5)	<i>No tengo o no veo a mi madre</i> (6)
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"/> (pasa a la pregunta 37)
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"/>	
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"/>	

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

	<i>Muy a menudo</i> (1)	<i>A menudo</i> (2)	<i>Algunas veces</i> (3)	<i>Rara vez</i> (4)	<i>Nunca</i> (5)	<i>No tengo o no veo a mi padre</i> (6)
1. Mi padre 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"/> (pasa a la pregunta 38)
2. Mi padre 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"/>	
3. Mi padre 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 padre me castiga inmediatamente sin decirme el porqué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

38. 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.*

	<i>Todos los días</i> (1)	<i>La mayoría de los días</i> (2)	<i>Alrededor de una vez a la semana</i> (3)	<i>Menos de una vez a la semana</i> (4)	<i>Nunca</i> (5)
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, a 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"/>

39. ¿Cuánto te gusta hacer estas cosas con tu familia? Señala una casilla por cada fila.

	<i>Me gusta mucho</i> (1)	<i>Me gusta un poco</i> (2)	<i>No me gusta mucho</i> (3)	<i>No me gusta nada</i> (4)	<i>Nunca hacemos esto juntos</i> (5)
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"/>

40. Cuando pensamos en nuestra familia, a veces nos gustaría que algunas cosas fueran algo diferentes. En tu caso, ¿qué te gustaría cambiar en tu familia? Señala una casilla por cada fila.

	<i>Está bien así</i> (1)	<i>Debería mejorar algo</i> (2)	<i>Debería mejorar mucho</i> (3)	<i>Debería cambiar totalmente</i> (4)	<i>No tengo o no veo a esa persona</i> (5)
1. La comunicación con tu madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La comunicación con tu padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La relación de cariño con tu madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La relación de cariño con tu padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Las broncas con tu madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Las broncas con tu padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. La relación que tienes con tus hermanos o, al menos, con alguno de ellos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. La relación que tienen tu padre y tu madre entre ellos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41.

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

Señala el número de 0 a 10 que mejor describe lo que tú sientes.

<input type="checkbox"/>	10
<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

En mi familia tenemos muy buenas relaciones entre nosotros

En mi familia tenemos muy malas relaciones entre nosotros

42. 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



43. ¿Tiene tu familia coche propio o furgoneta?

- 1 No
- 2 Sí, uno
- 3 Sí, dos o más

44. ¿Tienes un dormitorio para ti solo?

- 1 No
- 2 Sí

45. ¿Cuántos ordenadores tiene tu familia?

- 1 Ninguno
- 2 Uno
- 3 Dos
- 4 Más de dos

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

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

C. Queremos que a continuación nos cuentes tu experiencia como alumno o alumna de tu COLEGIO o INSTITUTO

47. 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

48. 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

49. 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. *Elige una casilla por cada fila.*

	<i>Totalmente de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Totalmente en desacuerdo</i>
	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>	<i>(5)</i>
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"/>

50. A continuación aparecen algunas afirmaciones sobre tu colegio o instituto. Señala en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas.

	<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>
	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>	<i>(5)</i>
1. Los alumnos tienen voz en cómo se usa el tiempo en clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Los alumnos tienen voz para decidir qué actividades se hacen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nuestros profesores/as nos tratan justamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La mayoría de mis profesores son amables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Las tareas escolares me parecen difíciles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me cansan las tareas escolares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cuando necesito ayuda extra, mis profesores me la dan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mis profesores están interesados en mí como persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. ¿Cuánto te agobia el trabajo escolar?

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

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

52. Dirías que tu salud es...

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

53. ¿Cuánto pesas sin ropa? _____

54. ¿Cuánto mides descalzo? _____

55. ¿Crees que te has desarrollado antes o después que la mayoría de los/as chicos/as de tu edad?

- 1 Mucho antes
- 2 Un poco antes
- 3 Más o menos al mismo tiempo
- 4 Un poco después
- 5 Mucho después

Sólo para LAS CHICAS

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

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

57.

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

58. En la última semana...

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

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

	<i>Casi todos los días</i> (1)	<i>Más de una vez a la semana</i> (2)	<i>Casi todas las semanas</i> (3)	<i>Casi todos los meses</i> (4)	<i>Rara vez o nunca</i> (5)
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"/>

60. ¿Piensas que tu cuerpo es...?

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

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.

61. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces te has lesionado y ha tenido que verte un médico o una enfermera o enfermero?

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

62. Las siguientes afirmaciones tratan de los sentimientos que tienes hacia tu cuerpo. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Queremos saber qué sientes tú por tu cuerpo. *Dinos hasta qué punto estas de acuerdo o no con las afirmaciones que te planteamos. Marca una casilla para cada afirmación.*

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

63. Señala en qué medida las siguientes afirmaciones definen tu forma de pensar sobre ti mismo. Señala una casilla por cada fila.

	Totalmente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	De acuerdo (3)	Totalmente de acuerdo (4)
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 que tengo 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"/>

E. Vamos ahora a continuar preguntándote por TUS AMIGOS Y AMIGAS:

64. Si piensas en tus mejores amigos y amigas ¿cuántos dirías que tienes? Por favor, señala una casilla en cada columna.



Amigos que son chicos

- 1 Ninguno
 2 Uno
 3 Dos
 4 Tres o más

Amigas que son chicas

- 1 Ninguna
 2 Una
 3 Dos
 4 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, sean o no del colegio o instituto. Puede tratarse de un grupo formado por dos personas (y una de ellas eres tú) o por más.

65. ¿Cuántos chicos y chicas suelen estar en el grupo? (Escribe el número y no te cuentes a ti mismo)

Chicos _____

Chicas _____

66. La mayoría de los amigos y amigas de tu grupo son...

- 1 Más jóvenes que tú
- 2 Mayores que tú
- 3 Más o menos de la misma edad
- 4 De diferentes edades (grupo mezclado)



67. ¿Cuánto hace que conoces a los miembros del grupo? (Al que haga más tiempo que conoces)

- 1 Un año o menos
- 2 Unos cuantos años
- 3 Desde muy pequeño/pequeña

68. Tu grupo de amigos/as es aceptado ...	<i>Siempre / Casi siempre</i> (1)	<i>A veces</i> (2)	<i>Nunca / Casi nunca</i> (3)	<i>Ellos no conocen a mi grupo de amigos</i> (4)
Por otros estudiantes de tu colegio o instituto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por otros chicos/as de fuera del colegio o instituto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por tus padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por tus profesores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

69. Recuerda, seguimos preguntándote por el grupo con el que pasas la mayor parte de tu tiempo libre.

La mayoría de los amigos que pertenecen a mi grupo...	<i>Nunca o casi nunca</i> (1)	<i>A veces</i> (2)	<i>A menudo</i> (3)	<i>No lo sé</i> (4)
1. Van bien en el colegio o instituto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fuman cigarrillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Beben alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se emborrachan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Han consumido drogas para colocarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Llevan armas, como navajas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Participan en actividades deportivas con otros chicos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Participan en actividades culturales distintas a las deportivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se llevan bien con sus padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mantienen relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Se preocupan por el medio ambiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ayudan a otros que lo necesitan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Fuman porros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

70. Cuando alguien está bajo de ánimo, hay otros en el grupo de amigos para ayudarlo. (Por favor, señala hasta qué punto estás de acuerdo o en desacuerdo con esa afirmación).

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

71. En tu grupo de amigos ¿cómo decidís lo que hacéis juntos?

- 1 Normalmente yo decido lo que hacemos
- 2 Mis amigos y yo decidimos por igual
- 3 Decidimos mis amigos y yo, pero normalmente hago lo que sugieren mis amigos
- 4 Normalmente decide uno de mis amigos

72. Esta es una lista de cosas que puede que hagáis los estudiantes de tu edad. En cada línea piensa si te comportas así o no y marca la casilla correspondiente.

	<i>Nunca</i> (1)	<i>A veces</i> (2)	<i>Muy a menudo</i> (3)
1. Mantengo mi opinión cuando discuto con los demás, incluso cuando no están de acuerdo conmigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Intento entender cómo se sienten mis amigos cuando están enfadados, disgustados o tristes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Escucho a mis amigos cuando me hablan de sus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me siento mal por los demás cuando les pasan cosas desagradables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si algo me disgusta, soy capaz de decírselo a mis amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hago nuevos amigos fácilmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. ¿Tienes algún amigo o amiga especial, alguien en quien realmente puedas confiar, alguien que te haga sentir bien y que te ayude cuando necesites algo?

- 1 Sí, tengo uno o varios amigos o amigas de este tipo
- 2 No, no tengo ningún amigo o amiga de este tipo en este momento (pasa a la pregunta 75)

74. Si tienes un amigo/a de este tipo, piensa ahora en cómo te sientes en esa relación con él o ella. Lee cada frase y señala la casilla que corresponda a cómo te sientes ahora.

	<i>No es verdad</i>	<i>Normal- mente no es verdad</i>	<i>A veces es verdad, otras no</i>	<i>Normal- mente es verdad</i>	<i>Casi siempre es verdad</i>
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. Mi amigo/a sabe cuándo algo me disgusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mi amigo/a me anima a hablar de mis problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mi amigo/a me escucha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Siento que mi amigo/a es un buen amigo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cuando me enfado por algo, mi amigo/a intenta ser comprensivo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A mi amigo/a le importan mis sentimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Puedo contar con mi amigo/a cuando necesito desahogarme por algo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mi amigo/a respeta mis sentimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Puedo contarle a mi amigo/a mis problemas y dificultades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Si mi amigo/a sabe que algo me preocupa, me pregunta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

75. ¿Tienes buenos amigos a los que hayas conocido por internet (chats, e-mails, etc.), a quienes no conozcas en persona?

- 1 No, no tengo amigos así
- 2 Uno
- 3 Dos
- 4 Tres
- 5 Cuatro o más

76. 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 0 la peor relación posible.

<input type="checkbox"/>	10	Tengo la mejor relación posible con mis amigos
<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	Tengo la peor relación posible con mis amigos

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

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

78. La última vez que tuviste una pelea física en los últimos 12 meses ¿con quién te pegaste?

- 1 No he tenido ninguna pelea física en los últimos 12 meses
- 2 Con un desconocido
- 3 Con mi madre, padre o algún otro familiar adulto
- 4 Con mi hermano o hermana
- 5 Con mi novio/a o ligue
- 6 Con un amigo o conocido
- 7 Con ninguno de los anteriores

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 le hace de forma amistosa o jugando.

79. ¿Cuántas veces has sido maltratado en el colegio o instituto en los últimos dos meses?

- 1 No he sido maltratado en el colegio o instituto 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

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

- 1 No he hecho eso a otro (u otros) compañero (o compañera) en el colegio o instituto 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

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

	<i>No me ha ocurrido esto en los dos últimos meses</i>	<i>Sólo una o dos veces</i>	<i>2 ó 3 veces al mes</i>	<i>Una vez a la semana</i>	<i>Varias veces a la semana</i>
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. Me han hecho daño insultándome, riéndose o burlándose de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Otros alumnos me han apartado de su grupo de amigos o me han ignorado por completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me han golpeado, pateado, empujado, zarandeado o encerrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Han contado mentiras o inventado cotilleos sobre mí para que yo les cayera mal a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Otros estudiantes me pusieron motes o se burlaron por mi raza, color o religión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Otros estudiantes me han gastado bromas, hecho comentarios o gestos sexuales molestos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Otros estudiantes me han tirado, roto o quitado algunas de mis cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Otros estudiantes me han obligado a darles dinero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. También queremos que nos cuentes cosas sobre cómo ocupas tu TIEMPO LIBRE

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

0 días	1	2	3	4	5 días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

0 tardes	1	2	3	4	5	6	7 tardes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

0 noches	1	2	3	4	5	6	7 noches
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

85. 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 86*)

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)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



86. Sigue pensando en ese grupo de amigos con el que pasas la mayor parte de tu tiempo libre. ¿Con qué frecuencia realizáis juntos las siguientes actividades durante vuestro tiempo libre?

	<i>No hacemos esto juntos</i> (1)	<i>2-3 veces al mes o rara vez</i> (2)	<i>Una vez a la semana más o menos</i> (3)	<i>2 o más veces a la semana</i> (4)
1. Escuchar música o bailar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Estudiar o hacer los deberes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Practicar deportes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jugar (juegos de mesa, de ordenador, recreativos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hablar con amigos cara a cara (en persona)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Chatear en internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dar un paseo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Salir de marcha (pub, disco, calle, parque)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ir al cine, teatro o a un concierto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Desarrollar actividades artísticas (tocar un instrumento, pintar, ensayar con tu grupo de teatro, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Trabajar como voluntario (ONG, Cáritas, Cruz Roja, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Nada en especial, sólo estar juntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Otras ¿Cuáles? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

87. ¿Cuántas horas al día sueles dedicar normalmente a ver la televisión (incluyendo videos y DVDs) 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		Día de fin de semana	
<input type="checkbox"/>	1 Ninguna	<input type="checkbox"/>	1 Ninguna
<input type="checkbox"/>	2 Alrededor de media hora al día	<input type="checkbox"/>	2 Alrededor de media hora al día
<input type="checkbox"/>	3 Alrededor de 1 hora al día	<input type="checkbox"/>	3 Alrededor de 1 hora al día
<input type="checkbox"/>	4 Alrededor de 2 horas al día	<input type="checkbox"/>	4 Alrededor de 2 horas al día
<input type="checkbox"/>	5 Alrededor de 3 horas al día	<input type="checkbox"/>	5 Alrededor de 3 horas al día
<input type="checkbox"/>	6 Alrededor de 4 horas al día	<input type="checkbox"/>	6 Alrededor de 4 horas al día
<input type="checkbox"/>	7 Alrededor de 5 horas al día	<input type="checkbox"/>	7 Alrededor de 5 horas al día
<input type="checkbox"/>	8 Alrededor de 6 horas al día	<input type="checkbox"/>	8 Alrededor de 6 horas al día
<input type="checkbox"/>	9 Alrededor de 7 horas o más al día	<input type="checkbox"/>	9 Alrededor de 7 horas o más al día

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

Día entre semana		Día de fin de semana	
<input type="checkbox"/>	1 Ninguna	<input type="checkbox"/>	1 Ninguna
<input type="checkbox"/>	2 Alrededor de media hora al día	<input type="checkbox"/>	2 Alrededor de media hora al día
<input type="checkbox"/>	3 Alrededor de 1 hora al día	<input type="checkbox"/>	3 Alrededor de 1 hora al día
<input type="checkbox"/>	4 Alrededor de 2 horas al día	<input type="checkbox"/>	4 Alrededor de 2 horas al día
<input type="checkbox"/>	5 Alrededor de 3 horas al día	<input type="checkbox"/>	5 Alrededor de 3 horas al día
<input type="checkbox"/>	6 Alrededor de 4 horas al día	<input type="checkbox"/>	6 Alrededor de 4 horas al día
<input type="checkbox"/>	7 Alrededor de 5 horas al día	<input type="checkbox"/>	7 Alrededor de 5 horas al día
<input type="checkbox"/>	8 Alrededor de 6 horas al día	<input type="checkbox"/>	8 Alrededor de 6 horas al día
<input type="checkbox"/>	9 Alrededor de 7 horas o más al día	<input type="checkbox"/>	9 Alrededor de 7 horas o más al día

89. ¿Cuántas horas pasas aproximadamente cada día jugando con el ordenador o la consola (Playstation, Xbox, GameCube etc.) durante tu tiempo libre? Marca una casilla para los días entre semana (de lunes a viernes) y otra casilla para los fines de semana.

Entre semana (L-V)		Fines de semana	
1	<input type="checkbox"/> Ninguna	1	<input type="checkbox"/> Ninguna
2	<input type="checkbox"/> Aproximadamente media hora al día	2	<input type="checkbox"/> Aproximadamente media hora al día
3	<input type="checkbox"/> Aproximadamente una hora al día	3	<input type="checkbox"/> Aproximadamente una hora al día
4	<input type="checkbox"/> Aproximadamente 2 horas al día	4	<input type="checkbox"/> Aproximadamente 2 horas al día
5	<input type="checkbox"/> Aproximadamente 3 horas al día	5	<input type="checkbox"/> Aproximadamente 3 horas al día
6	<input type="checkbox"/> Aproximadamente 4 horas al día	6	<input type="checkbox"/> Aproximadamente 4 horas al día
7	<input type="checkbox"/> Aproximadamente 5 horas al día	7	<input type="checkbox"/> Aproximadamente 5 horas al día
8	<input type="checkbox"/> Aproximadamente 6 horas al día	8	<input type="checkbox"/> Aproximadamente 6 horas al día
9	<input type="checkbox"/> Aproximadamente 7 horas al día	9	<input type="checkbox"/> Aproximadamente 7 horas al día



90. ¿Aproximadamente cuántas horas pasas normalmente al día usando el ordenador para chatear, navegar por internet, mandar e-mails, hacer tus deberes, etc. durante tu tiempo libre? Marca una casilla para los días entre semana y otra casilla para los fines de semana.

Días entre semana		Fines de semana	
1	<input type="checkbox"/> Ninguna	1	<input type="checkbox"/> Ninguna
2	<input type="checkbox"/> Aproximadamente media hora al día	2	<input type="checkbox"/> Aproximadamente media hora al día
3	<input type="checkbox"/> Aproximadamente una hora al día	3	<input type="checkbox"/> Aproximadamente una hora al día
4	<input type="checkbox"/> Aproximadamente 2 horas al día	4	<input type="checkbox"/> Aproximadamente 2 horas al día
5	<input type="checkbox"/> Aproximadamente 3 horas al día	5	<input type="checkbox"/> Aproximadamente 3 horas al día
6	<input type="checkbox"/> Aproximadamente 4 horas al día	6	<input type="checkbox"/> Aproximadamente 4 horas al día
7	<input type="checkbox"/> Aproximadamente 5 horas al día	7	<input type="checkbox"/> Aproximadamente 5 horas al día
8	<input type="checkbox"/> Aproximadamente 6 horas al día	8	<input type="checkbox"/> Aproximadamente 6 horas al día
9	<input type="checkbox"/> Aproximadamente 7 horas o más al día	9	<input type="checkbox"/> Aproximadamente 7 horas o más al día

91. ¿Con qué frecuencia hablas con tu(s) amigo(s) por teléfono, les envías mensajes de texto o contactas con ellos por Internet?

- 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 o instituto. Algunos ejemplos de actividad física son correr, patinar, montar en bici, en monopatín, nadar, jugar al fútbol, al futbito, al baloncesto, hacer surf, bailar, andar rápido, etc.

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

92. 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 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- 1 Todos los días
- 2 De 4 a 6 veces por semana
- 3 2 o 3 veces por semana
- 4 Una vez a la semana
- 5 2 veces al mes
- 6 Menos de una vez al mes
- 7 Nunca



94. **FUERA DEL HORARIO ESCOLAR:** ¿Cuántas horas a la semana sueles realizar alguna actividad física que haga que llegues a sudar o te falte el aliento durante tu tiempo libre?

- 1 Ninguna
- 2 Media hora aproximadamente
- 3 1 hora aproximadamente
- 4 De 2 a 3 horas aproximadamente
- 5 De 4 a 6 horas aproximadamente
- 6 7 horas ó más



95. Marca dos casillas en cada línea, una en el grupo A y otra en el B. Si no realizas alguna actividad marca la primera casilla y pasa a la siguiente actividad.

	A				B	
	<i>No realizo esta actividad</i> (1)	<i>2-3 veces al mes o rara vez</i> (2)	<i>Una vez a la semana aproximadamente</i> (3)	<i>2 veces a la semana o más</i> (4)	<i>Sí</i> (1)	<i>No</i> (2)
1. Practicar deportes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Escribir (historias, poemas, cartas que no sean deberes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dibujar/pintar/manualidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hacer fotografías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Leer libros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tocar/componer música	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cantar en un coro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tocar un instrumento en una banda u orquesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cantar/tocar en un grupo (pop/rock)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Aprender música (solo/a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hacer teatro (teatro/variedades)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ir a actividades religiosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ir a exposiciones/conciertos/ sesiones (museos, teatro, música)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Escuchar tu música favorita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Bailar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cuáles de las siguientes actividades realizas habitualmente en tu tiempo libre?

¿Realizas esta actividad habitualmente en un club/ organización/ academia/ actividad extraescolar?

G. Si estás en 1º o 2º de ESO, cierra el cuestionario y contesta directamente el apartado H de la última página.

Por favor, continúa contestando con sinceridad y, recuerda, sin comentar con los compañeros y compañeras.

96. ¿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 (*pasa a la pregunta 102*)

97. ¿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

98. 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 | <input type="checkbox"/> | <i>Pasa a la pregunta 102</i> |
| No utilizamos ningún método para prevenir un embarazo | <input type="checkbox"/> | <i>Pasa a la pregunta 100</i> |
| No estoy seguro o no estoy segura | <input type="checkbox"/> | <i>Pasa a la pregunta 100</i> |
| | <i>Sí⁽¹⁾</i> | <i>No⁽²⁾</i> |
| Píldoras (pastillas anticonceptivas) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Preservativos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| "Marcha atrás" | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Algún otro método | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

99. 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

100. ¿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

101 ¿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

102. Dinos cuánto te gustan los siguientes tipos de música. Si no conoces alguno, marca la casilla "no lo conozco".

	<i>No lo conozco</i> (1)	<i>No me gusta nada</i> (2)	<i>No me gusta</i> (3)	<i>Ni me gusta ni me disgusta</i> (4)	<i>Me gusta</i> (5)	<i>Me gusta mucho</i> (6)
1. Los 40 principales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Música clásica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Música nacional de éxito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Música latina (salsa, merengue, bachata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Rumba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nuevo flamenco/ fusión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Flamenco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. House/Trance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Punk/hardcore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Heavy metal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Reggaetón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Reggae	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Jazz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Hip hop/rap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Rock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Gothic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Techno/ hardhouse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Country	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. R&B/Soul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

103. A continuación te damos una lista de afirmaciones. Piensa en aquellas actividades de tiempo libre que prefieres tanto si las realizas solo como si las realizas en compañía de otros. *Léelas atentamente y marca una casilla para cada afirmación.*

	<i>Muy de acuerdo</i> (1)	<i>De acuerdo</i> (2)	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i> (3)	<i>En desacuerdo</i> (4)	<i>Muy en desacuerdo</i> (5)
1. A veces olvido mis problemas cuando realizo mis actividades de tiempo libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Normalmente el tiempo parece que va más deprisa cuando realizo mis actividades de tiempo libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A veces pierdo la noción del tiempo cuando realizo mis actividades de tiempo libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

104. A continuación aparecen algunas afirmaciones sobre ti y tu tiempo libre. Piensa en tus actividades de tiempo libre preferidas. Lee las afirmaciones detenidamente y marca una casilla para cada una.

	<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)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. Yo decido qué actividades quiero realizar en mi tiempo libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me gusta la gente con la que estoy en las actividades de tiempo libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Creo que no soy muy bueno/buena en esas actividades que hago en mi tiempo libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me estreso en mi tiempo libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La gente que conozco dice que soy bueno/a en lo que hago en mi tiempo libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me llevo bien con la gente que conozco en mi tiempo libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. No hablo con nadie en mis actividades de tiempo libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me siento libre para expresar mis ideas y opiniones en mis actividades de tiempo libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Considero que la gente con la que paso mi tiempo libre son amigos míos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Aprendo cosas nuevas e interesantes en mi tiempo libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. En mi tiempo libre tengo que hacer lo que me mandan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. La gente con la que paso mi tiempo libre se preocupa por mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

105. ¿Con qué frecuencia has tenido las siguientes experiencias cuando haces el trabajo escolar? Marca la casilla que mejor describa tu respuesta.

	<i>Muy a menudo</i>	<i>A menudo</i>	<i>A veces</i>	<i>En absoluto</i>
	(1)	(2)	(3)	(4)
1. Me esfuerzo al máximo en las tareas escolares (por ejemplo en los deberes, proyectos escolares, trabajos en grupo, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me exijo mucho cuando hago las actividades escolares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me concentro cuando hago las tareas del colegio o instituto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me pongo metas a mí mismo durante las tareas escolares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Busco la manera de lograr mis metas en las tareas del colegio o instituto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me planifico las tareas del colegio o instituto	<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:

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

107. ¿Qué otras cosas crees que deberíamos conocer de los chicos y chicas de tu edad?

108. ¿Qué cosas crees que importan a los chicos y chicas de tu edad?

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

No escribas nada aquí, este recuadro es para el tratamiento informático de los datos	
--	--