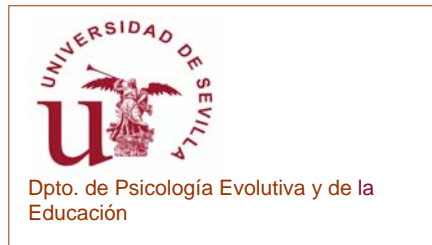




MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO



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 5° de Primaria

² 6° de Primaria

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) 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)

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

	<i>Nunca</i> (1)	<i>Menos de una vez a la semana</i> (2)	<i>Una vez a la semana</i> (3)	<i>2-4 días a la semana</i> (4)	<i>5-6 días a la semana</i> (5)	<i>Una vez al día, todos los días</i> (6)	<i>Todos los días, más de una vez</i> (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?

Nunca como en el comedor del colegio

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 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>	<i>Todas las semanas</i>	<i>Todos los meses</i>	<i>Rara vez</i>	<i>Nunca</i>
	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>	<i>(5)</i>
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

B. Continuamos ahora centrándonos en TU FAMILIA:

21. <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><u><i>(Si la respuesta es Sí)</i></u> 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><u><i>(Si la respuesta es Sí)</i></u> 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><u><i>(Si tu padre NO trabaja)</i></u> ¿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><u><i>(Si tu madre NO trabaja)</i></u> ¿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>

22. 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	
1 <input type="checkbox"/>	Madre	<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>
2 <input type="checkbox"/>	Padre	
3 <input type="checkbox"/>	Pareja del padre	<p><i>Por favor, escribe el número 0 (cero) si no tienes ninguno. Y no te cuentes a ti mismo.</i></p>
4 <input type="checkbox"/>	Pareja de la madre	
5 <input type="checkbox"/>	Abuela	¿Cuántos hermanos? _____
6 <input type="checkbox"/>	Abuelo	¿Cuántas hermanas? _____
7 <input type="checkbox"/>	Padres acogedores	
8 <input type="checkbox"/>	Centro o residencia de menores	
9 <input type="checkbox"/>	Si hay alguna otra persona adulta con la que vivas o que te cuide en esta casa, <i>escríbelo aquí por favor:</i> _____	

23. ¿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 24*

2 Sí ↘

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

24. 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

25. ¿Eres un hijo o hija adoptado/a?

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No lo sé

26. ¿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 el padre y la 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"/>

27. ¿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 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"/>	

28. ¿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 siguiente pregunta)</i>
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"/>	

29. 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"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me deja hacer las cosas que me gusta hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>(pasa a la siguiente pregunta)</i>
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"/>	

30. 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"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me deja hacer las cosas que me gusta hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>(pasa a la siguiente pregunta)</i>
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"/>	

31. ¿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"/>	<i>(pasa a la siguiente pregunta)</i>
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"/>	

32. ¿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"/>	<i>(pasa a la siguiente pregunta)</i>
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"/>	

33. 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, 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"/>

34. 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	En mi familia tenemos <u>muy buenas</u> relaciones entre nosotros
<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 <u>muy malas</u> relaciones entre nosotros

35. 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



36. ¿Tiene tu familia coche propio o furgoneta?

- 1 No
- 2 Sí, uno
- 3 Sí, dos o más

37. ¿Tienes un dormitorio para ti solo?

- 1 No
- 2 Sí

38. ¿Cuántos ordenadores tiene tu familia?

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

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

40. Dirías que tu salud es...

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

41. ¿Cuánto pesas sin ropa? _____

42. ¿Cuánto mides descalzo? _____

43. ¿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

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

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

45.

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

46. 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?	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"/>

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

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

48. ¿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.

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

- 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

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

50. **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

51. **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



52. **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>
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
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"/>

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

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

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

54. 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. Puede tratarse de un grupo formado por dos personas (y una de ellas eres tú) o por más.

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

Chicos _____

Chicas _____

56. 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)



57. 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

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

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

He aquí algunas preguntas sobre 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.

59. ¿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

60. ¿Cuántas veces has participado en un episodio de maltrato a otro compañero 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

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

	<i>No me ha ocurrido esto en los dos últimos meses</i> (1)	<i>Sólo una o dos veces</i> (2)	<i>2 ó 3 veces al mes</i> (3)	<i>Una vez a la semana</i> (4)	<i>Varias veces a la semana</i> (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

62. ¿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



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

0 tardes 1 2 3 4 5 6 7 tardes

64. 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 65*)

8 de la noche (o antes)	9h	10h	11h	12h	1 de la madruga- gada	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"/>



65. ¿Cuántas horas al día sueles dedicar normalmente a ver la televisión (incluyendo vídeos 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
1 <input type="checkbox"/> Ninguna	1 <input type="checkbox"/> Ninguna
2 <input type="checkbox"/> Alrededor de media hora al día	2 <input type="checkbox"/> Alrededor de media hora al día
3 <input type="checkbox"/> Alrededor de 1 hora al día	3 <input type="checkbox"/> Alrededor de 1 hora al día
4 <input type="checkbox"/> Alrededor de 2 horas al día	4 <input type="checkbox"/> Alrededor de 2 horas al día
5 <input type="checkbox"/> Alrededor de 3 horas al día	5 <input type="checkbox"/> Alrededor de 3 horas al día
6 <input type="checkbox"/> Alrededor de 4 horas al día	6 <input type="checkbox"/> Alrededor de 4 horas al día
7 <input type="checkbox"/> Alrededor de 5 horas al día	7 <input type="checkbox"/> Alrededor de 5 horas al día
8 <input type="checkbox"/> Alrededor de 6 horas al día	8 <input type="checkbox"/> Alrededor de 6 horas al día
9 <input type="checkbox"/> Alrededor de 7 horas o más al día	9 <input type="checkbox"/> Alrededor de 7 horas o más al día

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

67. ¿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



68. ¿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

69. 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	
	¿Cuáles de las siguientes actividades realizas habitualmente en tu tiempo libre?				¿Realizas esta actividad <u>habitualmente</u> en un club/organización/academia/actividad extraescolar?	
	No realizo esta actividad (1)	2-3 veces al mes o rara vez (2)	Una vez a la semana aproximadamente (3)	2 veces a la semana o más (4)	Sí (1)	No (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"/>

70. ¿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. 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.

71. 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"/> |

72. **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



73. **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



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

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

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

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

77. 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	
--	--