

CUESTIONARIO PARA NIÑOS COHORTE INMA SABADELL V11a - ESCUELA

ID. NUM NIÑO _____

FECHA CUESTIONARIO

Formato DDMMAAAA

--	--	--

Este cuestionario contiene diversos tipos de preguntas. Cada grupo de preguntas va acompañado de una explicación de cómo se debe responder. Es muy importante que contestes a todas las preguntas. No se trata de ningún examen. Escoge sinceramente la respuesta que más se ajuste a tu situación. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

Tus respuestas serán procesadas de forma confidencial y sólo se analizarán de forma anónima. Ni tu profesor ni nadie de tu familia podrá ver tus respuestas.

Muchas gracias por participar!

ESTADO DE SALUD GENERAL Y BIENESTAR

¿Cómo estás? ¿Cómo te sientes? Esto es lo que queremos saber sobre ti. Por favor, lee cada pregunta atentamente. Cuando pienses en tu respuesta, por favor intenta recordar la última semana, es decir, los últimos siete días. ¿Cuál es la respuesta que primero se te ocurre? Escoge la opción que creas mejor para ti y escribe una cruz en ella. Recuerda: Esto no es un examen. No hay respuestas correctas o incorrectas. Pero es importante que contestes todas las preguntas.

1. ACTIVIDADES FÍSICAS Y SALUD

a. En general, ¿cómo dirías que es tu salud?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

Piensa en <u>la última semana</u> ...	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
b. ¿Te has sentido bien y en forma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Te has sentido físicamente activo/a (ej. has corrido, trepado, ido en bici)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Has podido correr bien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Piensa en <u>la última semana</u> ...	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
e. ¿Te has sentido lleno/a de energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ESTADO DE ÁNIMO Y SENTIMIENTOS

Piensa en <u>la última semana</u> ...	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
a. ¿Has disfrutado de la vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Piensa en <u>la última semana</u> ...	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
b. ¿Has estado de buen humor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Te has divertido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Piensa en <u>la última semana</u> ...	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
d. ¿Te has sentido triste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Te has sentido tan mal que no querías hacer nada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Te has sentido solo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿Has estado contento/a con tu forma de ser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. TU VIDA FAMILIAR Y TU TIEMPO LIBRE

Piensa en <u>la última semana</u> ...	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
a. ¿Has tenido suficiente tiempo para ti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Has podido hacer las cosas que querías en tu tiempo libre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Tus padres han tenido suficiente tiempo para ti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Tus padres te han tratado de forma justa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Has podido hablar con tus padres cuando has querido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Has tenido suficiente dinero para hacer lo mismo que tus amigos/as?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿Has tenido suficiente dinero para tus gastos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. TUS AMIGOS/AS

Piensa en <u>la última semana</u> ...	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
a. ¿Has pasado tiempo con tus amigos/as?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Te has divertido con tus amigos/as?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Tú y tus amigos/as os habéis ayudado unos/as a otros/as?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Has podido confiar en tus amigos/as?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. EL COLEGIO

Piensa en la última semana...	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
a. ¿Te has sentido feliz en el colegio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Te ha ido bien en el colegio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piensa en la última semana...	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
c. ¿Has podido prestar atención?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Te has llevado bien con tus profesores/as?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. ¿Utilizas alguna vez un teléfono móvil propio o de cualquier otra persona (para hacer o recibir llamadas, para mandar o recibir mensajes, para jugar, para ver vídeos, o para cualquier otro uso)? Marca para las siguientes afirmaciones tu grado de desacuerdo o acuerdo en una escala del 1="totalmente en desacuerdo" al 10="totalmente de acuerdo" cuando piensas en ti

No utilizo móvil (pasar a pregunta 7)

Sí, utilizo móvil (pasar a pregunta 6a)



	Totalmente en desacuerdo					Totalmente en acuerdo				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6a. Cuando me he sentido mal he utilizado el móvil para sentirme mejor	<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"/>
6b. Me noto nervioso/a si paso tiempo sin consultar mis mensajes o si no he conectado el móvil	<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"/>
6c. Me han dicho que paso demasiado tiempo con el móvil	<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"/>

"BULLYING" O ACOSO ESCOLAR

A continuación encontrarás preguntas que tienen que ver con que un estudiante sea objeto de abuso por otros estudiantes. Primero explicaremos lo que quiere decir abusar de otros. Decimos **que un(a) estudiante está siendo objeto de abuso cuando otro(a) estudiante u otros(as) estudiantes**

- le dicen cosas hirientes o se burlan de él o de ella o le ponen apodosos ofensivos
- lo(a) ignoran por completo o excluyen a propósito del grupo de amigos o de lo que están haciendo
- lo(a) golpean, patean, empujan o lo(a) encierran en un salón
- dicen mentiras o propagan falsos rumores acerca de él o ella, o envían notas maliciosas y hacen que les caiga mal a otros(as) estudiantes
- le hacen o dicen otras cosas ofensivas de índole parecida, también a por medio de teléfonos, smartphone y Internet

Los actos de abuso "bully" por lo general **se repiten y al estudiante que está siendo objeto de este abuso se le dificulta defenderse**. También se considera abuso cuando otros estudiantes molestan repetidamente a un alumno(a) de forma hiriente y con maldad.

Sin embargo, **no se considera abuso** cuando se hacen bromas a un estudiante de manera amistosa y juguetona. Tampoco se considera abuso cuando dos estudiantes con casi igual fuerza o poder discuten o pelean.

Instrucciones: las siguientes preguntas se refieren a LOS ÚLTIMOS DOS MESES.

"BULLYING" O ACOSO ESCOLAR (PRIMERA PARTE)	Nunca	Sólo ha ocurrido una o dos veces	2 o 3 veces al mes	Como una vez a la semana	Varias veces a la semana
7. ¿Con que frecuencia, <u>EN LOS ÚLTIMOS DOS MESES</u> has sufrido acoso escolar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Has sufrido acoso escolar <u>EN LOS ÚLTIMOS DOS MESES</u> de alguna de las siguientes maneras? (preguntas a-g)					
(a) Me han puesto apodosos ofensivos, me ridiculizaron o me molestaron de forma hiriente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Me pegaron, dieron patadas, empujaron, pellizcaron, escupieron, me encerraron en una habitación o salón...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Otros estudiantes me excluyeron de actividades, ignorándome, o propagaron falsos rumores acerca de mi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Me han acosado mandándome mensajes, fotos o videos crueles o hirientes por medio de un móvil, smartphone o Internet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) Me han acosado compartiendo en Internet comentarios, fotos o videos privados, crueles o hirientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) Me insultaron con comentarios o gestos con tonos sexuales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(g) Me han acosado de otra forma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**"BULLYING" O ACOSO ESCOLAR
(SEGUNDA PARTE)**

Nunca	Sólo ha ocurrido una o dos veces	2 o 3 veces al mes	Como una vez a la semana	Varias veces a la semana
-------	----------------------------------	--------------------	--------------------------	--------------------------

9. ¿Con que frecuencia, en los últimos dos meses, has participado en actos de acoso escolar contra otros niños u otras niñas?

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

10. ¿Has acosado otros niños u otras niñas en la escuela EN LOS ÚLTIMOS DOS MESES de alguna de las siguientes maneras? (preguntas a-g)

(a) Le puse apodosos ofensivos, me burlé de él o ella, le molesté de forma hiriente.

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

(b) Le pegué, le di patadas, le empujé, le pellizqué, le escupí, le encerré en una habitación o salón

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

(c) Lo/a excluí de actividades, lo/la ignoré o propagué falsos rumores acerca de él o ella?

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

(d) Le acosé mandándole mensajes, fotos o videos crueles o hirientes por medio de un móvil, smartphone o Internet.

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

(e) Le acosé compartiendo en Internet comentarios, fotos o videos privados, crueles o hirientes.

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

(f) Lo/la insulté con comentarios o gestos con tonos sexuales.

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

(g) Abusé de él o ella de otra forma.

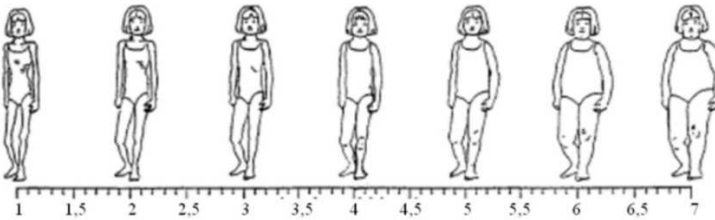
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

IMAGEN CORPORAL

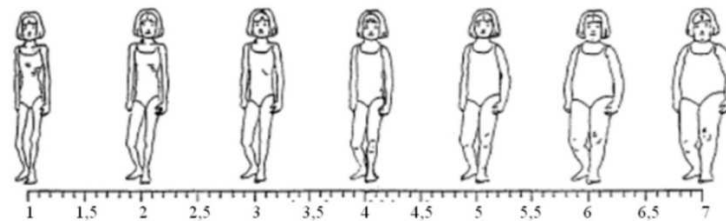
11. Queremos saber qué imagen tienes de ti misma/mismo. Por favor, contesta las siguientes preguntas:

SI ERES NIÑA

- a. Señala sobre la línea el dibujo que crees que más se parece a ti (si crees que está entre dos dibujos, puedes señalar cualquier punto intermedio).

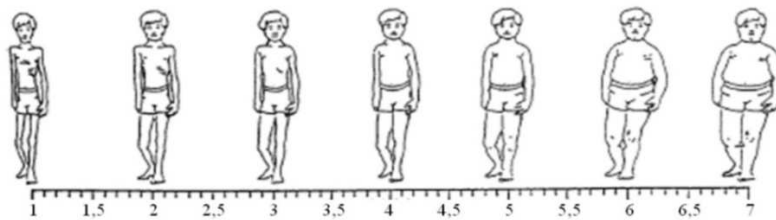


- b. Señala sobre la línea el dibujo que crees que más se parece a cómo quisieras ser tu (si crees que está entre dos dibujos, puedes señalar cualquier punto intermedio).

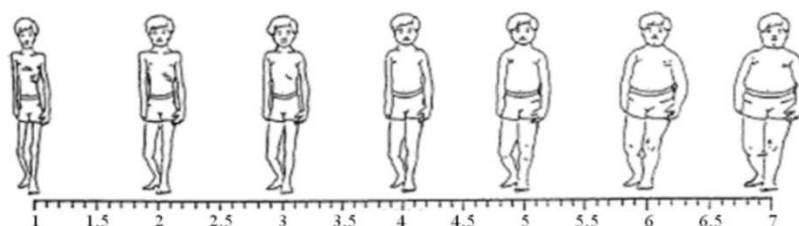


SI ERES NIÑO

- a. Señala sobre la línea el dibujo que crees que más se parece a ti (si crees que está entre dos dibujos, puedes señalar cualquier punto intermedio).



- b. Señala sobre la línea el dibujo que crees que más se parece a cómo quisieras ser tu (si crees que está entre dos dibujos, puedes señalar cualquier punto intermedio).



Cuestionario

- El niño/a ha leído el cuestionario, sin ayuda o interferencia de la enfermera
- El niño/a ha leído el cuestionario, con algunas clarificaciones por parte de la enfermera
- La enfermera ha ayudado al niño/a a leer el cuestionario
- La enfermera ha leído el cuestionario al niño/a

Observaciones _____