



European Family Empowerment

Cuestionario **Padres**



■ CÓDIGO ANÓNIMO

Sus respuestas serán **CONFIDENCIALES** y **NO SE MOSTRARÁN** a otras personas.

Como este proyecto explora familias, tendremos que vincular su cuestionario con los de otros miembros de su familia. **Tenga en cuenta que una vez nos devuelva el cuestionario nadie más verá sus respuestas.** Esta información es sólo para el investigador. Para ello tendremos que crear un código basado en algunos de sus referencias.

Por favor, rellene las respuestas a las preguntas siguientes. Asegúrese de que sólo pone una letra en cada casilla.

Si varios de sus hijos/hijas han participado en la encuesta, por favor conteste en relación al mayor de ellos/as.

Las tres primeras letras del nombre de la madre del hijo encuestado (Maria = **MAR**)

El número del día en que nació su hijo encuestado (14 de diciembre = **14**; 1 enero = **01**)

Las tres primeras letras del nombre de su hijo encuestado (Juan = **JUA**)

El mes en que nació su hijo encuestado (julio= **07**; diciembre = **12**)

El nombre de sus hijos (en cualquier orden, no es necesario que vayan de mayor a menor)

Nombre																			
Nombre																			
Nombre																			
Nombre																			
Nombre																			
Nombre																			
Nombre																			

En el siguiente cuestionario, la mayoría de preguntas se puede contestar poniendo una cruz en la casilla situada junto a la respuesta que le corresponda, así:



También se le pedirá que escriba sus respuestas en las casillas de esta manera:

2	5
---	---

Si debe responder escribiendo alguna palabra, hágalo en MAYUSCULA, de esta forma:

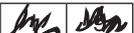
SOBRINO

Es posible que se le haga pasar por alto algunas cuestiones. Cuando esto suceda, verá una flecha con una nota que le indicará cuál es la pregunta que debe responder a continuación:

➔ Por favor, vaya a la **P 4.16** (Pregunta 4.16)

Si comete errores en alguna de las respuestas, por favor táchela y escriba la respuesta correcta al lado.

Por ejemplo:

1.1 ¿Cuántos años tiene?  39

Office use only:

Code Site postcode _____ Country code _____

Sección 1

Acerca de ti

1.1 ¿Cuál es su código postal?

--	--	--	--	--	--	--	--

1.2 ¿Cuántos años tiene? (Por favor, escriba el número en la casilla)

tengo

--	--

 años

1.3 ¿Cuál es su sexo? (Por favor, marque la casilla)

Hombre	<input type="checkbox"/>
Mujer	<input type="checkbox"/>

1.4 ¿Con quién vive? (marque TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

1) Pareja	<input type="checkbox"/>
2) Madre o padre (suegro/suegra)	<input type="checkbox"/>
3) Hijo/s	<input type="checkbox"/>
4) Hijas/s	<input type="checkbox"/>
5) Hijos de su pareja	<input type="checkbox"/>
6) Hijos adoptados	<input type="checkbox"/>
7) Otros (escriba quien en la casilla)	<input type="text"/>

1.5 ¿Cuántos hijos de cada sexo viven con usted?

Vivo con	<input type="checkbox"/>	hijos
Vivo con	<input type="checkbox"/>	hijas

1.6 ¿Qué edad tiene cada uno de los hijos/as viviendo con usted?

(Por favor, escriba la edad de cada uno empezando por el/la mayor)

Hijo/a 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	años
Hijo/a 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	años
Hijo/a 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	años
Hijo/a 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	años
Hijo/a 5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	años
Hijo/a 6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	años

1.7 ¿En qué país nació? (ejemplo, España)

1.7b Si nació fuera de España, ¿cuánto tiempo lleva residiendo en este país?

(Escriba el número de años en la casilla
o marque no corresponde si nació en España)

Llevo

--	--

 años
no corresponde

--

1.8 ¿Cual de los siguientes grupos étnicos describe mejor su origen cultural?

1) Español	<input type="checkbox"/>
2) Europeo (no español)	<input type="checkbox"/>
3) Latinoamericano	<input type="checkbox"/>
4) Africano (magrebí, subsahariano)	<input type="checkbox"/>
5) Asiático	<input type="checkbox"/>
6) Otros	<input type="text"/>

1.9 Situación laboral. En la actualidad usted está.... (Marque todas las que correspondan)

1) Empleo a tiempo completo	<input type="checkbox"/>	(por ejemplo, 35 horas semanales)
2) Empleo a tiempo parcial	<input type="checkbox"/>	
3) Sin empleo	<input type="checkbox"/>	
4) Estudiando a tiempo completo	<input type="checkbox"/>	
5) Estudiando a tiempo parcial	<input type="checkbox"/>	
6) Jubilado/a	<input type="checkbox"/>	
7) Incapacitado/a por enfermedad/discapacidad	<input type="checkbox"/>	
8) Otra	<input type="checkbox"/>	

1.10 Por favor, estime su ingresos familiares brutos al año (Marque una casilla)

1) Menos de 20.000 €	<input type="checkbox"/>
2) Entre 20.001 y 40.000 €	<input type="checkbox"/>
3) Entre 40.001 y 60.000 €	<input type="checkbox"/>
4) Entre 60.001 y 80.000 €	<input type="checkbox"/>
5) Entre 80.001 y 100.000 €	<input type="checkbox"/>
6) Más de 100.001 €	<input type="checkbox"/>

Code

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Site postcode

Country code

2.1 ¿Con qué frecuencia consume alcohol? (Por favor, marque una casilla para usted y estime el consumo de su pareja)

	Usted	Su pareja
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menos de 1 vez al mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mensualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semanalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-4 veces por semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A diario o casi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No lo sé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, a partir de aquí conteste estas preguntas siempre en referencia al HIJO o HIJA que ha sido encuestado en la escuela, si tiene más de un hijo encuestado, piense en el mayor de ellos (pero menor de 18 años).

2.2 Hasta donde usted sabe ¿con qué frecuencia su HIJO/A consume alcohol?

Nunca	<input type="checkbox"/>
Menos de 1 vez al mes	<input type="checkbox"/>
Mensualmente	<input type="checkbox"/>
Semanalmente	<input type="checkbox"/>
2-4 veces por semana	<input type="checkbox"/>
A diario o casi	<input type="checkbox"/>
No lo sé	<input type="checkbox"/>

2.3 Hasta donde usted sabe ¿Cuántas veces se ha emborrachado su hijo/hija durante el último mes? (por ejemplo, si se ha emborrachado una vez a la semana, entonces sería 4 veces)

veces No lo sé

2.4 Si su hijo o hija llegara a casa borracho/a ¿qué haría usted? (Por favor marque todas las que procedan)

No haría nada. Lo considero normal a su edad	<input type="checkbox"/>
Le diría que no lo hiciera más	<input type="checkbox"/>
Le castigaría	<input type="checkbox"/>
No sabría qué hacer	<input type="checkbox"/>

2.5 Hasta donde usted sabe, ¿de dónde suele su conseguir el alcohol su hijo/hija ENCUESTADO/A? (Por favor marque todas las que procedan)

No lo sé	<input type="checkbox"/>	Otros adultos	<input type="checkbox"/>
Se lo da su padre/madre	<input type="checkbox"/>	Lo roba en casa	<input type="checkbox"/>
Hermano/a mayor	<input type="checkbox"/>	Bar/pub/club/disco	<input type="checkbox"/>
Amigos	<input type="checkbox"/>	Tienda/supermercado	<input type="checkbox"/>
Padres de amigos	<input type="checkbox"/>	Otros (por favor, especifique)	<input type="text"/>

2.6 ¿Dónde suele beber alcohol su hijo/hija ENCUESTADO/A? (Por favor, marque todas las que procedan)

No lo sé	<input type="checkbox"/>
En casa	<input type="checkbox"/>
En sitios públicos (parque, calle, playa)	<input type="checkbox"/>
En casa de amigos	<input type="checkbox"/>
En casa de familiares	<input type="checkbox"/>
Bar/pub/club/disco	<input type="checkbox"/>
Otros (por favor, especifique)	<input type="text"/>

2.7 ¿Permite que su hijo/hija beba alcohol en casa con usted, incluso si es sólo una pequeña cantidad?

Sí
No

2.7b Si usted contestó SÍ a la pregunta anterior, ¿cree que permitir que su hijo/hija beba un poco en casa le enseñará a beber de forma más sensata?

Sí
No

Sección 3

Sobre el tabaco

3.1 Ahora lea las siguientes afirmaciones y marque la casilla que mejor le describa a usted y a su pareja (si procede, sino déjelo en blanco)

	Usted	Su pareja
Nunca he/ha fumado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sólo lo he/ha probado una vez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lo había hecho pero ahora no fumo/no fuma nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumo/Fuma pero no más de un cigarrillo a la semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumo/Fuma entre uno y seis cigarrillos a la semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general, fumo/fuma más de seis cigarrillos a la semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.2 Su hijo/hija ENCUESTADO/A ¿fuma?

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No lo sé/No estoy seguro/a	<input type="checkbox"/>

Sección 4

Sobre las drogas ilegales

4.1 ¿Ha utilizado alguna vez alguna droga ilegal? Marque solo una casilla.
Por favor, le pedimos que responda con honestidad, esta encuesta es confidencial y nadie más verá su respuesta.

No	<input type="checkbox"/>
Sí, durante los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>
Sí, durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>
Sí, pero hace más de un año	<input type="checkbox"/>

4.2 Si su hijo/hija ENCUESTADO/A quisiera conseguir una de las siguientes sustancias ¿cree que le resultaría fácil o difícil? (Por favor, marque una casilla en cada línea)

	Muy difícil	Bastante difícil	Bastante fácil	Muy fácil
1) Cannabis (Marihuana/Hachís)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Anfetamina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Éxtasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Mefedrona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.3 ¿Sabe si su hijo/hija ENCUESTADO/A ha tomado alguna vez drogas ilegales?

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No lo sé/No estoy seguro/a	<input type="checkbox"/>

4.4 ¿Sabe si alguno de los amigos de su hijo/hija han tomado alguna vez drogas ilegales?

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No lo sé/No estoy seguro/a	<input type="checkbox"/>

4.5 ¿Sabe si alguno de los compañeros de clase de su hijo/hija han tomado alguna vez drogas ilegales?

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No lo sé/No estoy seguro/a	<input type="checkbox"/>

Sección 5

Sobre la vida familiar y el cuidado de los hijos

5.1 A continuación encontrará un listado de afirmaciones sobre vida familiar y normas que usted o su pareja (si tiene) quizás empleen. Por favor marque la casilla que describa mejor cuando se aplica esa norma o regla en su familia. (Marque una casilla en cada línea)

	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
1) Yo, o mi pareja, pedimos a los hijos/as si han hecho los deberes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Yo, o mi pareja, pedimos a los hijos/as que llamen si van a llegar tarde a casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Las reglas, en mi familia, son claras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Yo, o mi pareja, siempre sabemos donde están los hijos/as y con quién están	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Yo, o mi pareja, dejamos que los hijos fumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Yo, o mi pareja, dejamos que los hijos beban alcohol cuando están fuera de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Hay alcohol en casa pero ni yo ni mi pareja dejamos que los hijos beban	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Yo, o mi pareja, les hablamos a los hijos sobre el alcohol y los riesgos relacionados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Yo, o mi pareja, les hablamos a los hijos sobre las drogas y los riesgos/daños relacionados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Yo, o mi pareja, hablamos a los hijos sobre el fumar y los riesgos/daños relacionados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Yo, o mi pareja, conocemos a los amigos con los que los hijos salen habitualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Yo, o mi pareja, estamos en contacto con los padres de los amigos de nuestros hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.1b Si usted ha indicado que en su casa hay normas establecidas sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas ¿las estableció para evitar problemas en el futuro o en respuesta a una situación en particular? (Por ejemplo, su hijo llegó a casa muy borracho)

Para prevenir problemas

En respuesta a un problema

No establezco estas normas

5.2 Describiría la relación de su hijo/hija con su PAREJA (es decir, con su madre/madrastra, padre/padrastro) como: (Por favor marque una sola casilla)

Excelente

Muy buena

Buena

Pasable

Escasa

No procede

5.3 Describiría SU relación con su hijo/hija como: (Por favor marque una sola casilla)

Excelente

Muy buena

Buena

Pasable

Escasa

5.4 ¿Considera que usted realmente escucha lo que le dice su hijo/hija? (Por favor marque una sola casilla)

Siempre

A menudo

A veces

Casi nunca

Prefiero no contestar

5.5 ¿Con qué frecuencia diría usted que discute con su hijo/hija ENCUESTADO/A? (Por favor marque una sola casilla)

Continuamente

Muy a menudo

A veces

Casi nunca

Prefiero no contestar

5.6 Si está usted casado/a o vive en pareja ¿con frecuencia diría que discute con su esposo/a o pareja? (Por favor marque una sola casilla)

Continuamente

Muy a menudo

A veces

Casi nunca

No procede en mi caso

Prefiero no contestar

5.7 Si discuten ¿con qué frecuencia diría que usted y su esposo/a o pareja discuten delante de los niños? (Por favor marque una sola casilla)

Continuamente

Muy a menudo

A veces

Casi nunca

No procede en mi caso

Prefiero no contestar

5.8 En una semana típica ¿cuántas noches cena usted con su hijo/hija ENCUESTADO/A?

(Por favor marque la casilla correspondiente)

0	1	2	3	4	5	6	7

5.9 Por el hecho de compartir la cena juntos ¿cree que sabe más cosas de lo que ocurre en la vida de su hijo/hija ENCUESTADO/A? (Por favor marque una casilla)

Sí

No

No cenamos Juntos

5.10 ¿Con qué frecuencia practica cualquiera de estas actividades con su hijo/hija ENCUESTADO/A?

	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
1) Compartir otras comidas (desayuno, almuerzo...) juntos				
2) Participar en actividades de la escuela				
3) Ayudar con los deberes				
4) Pasar tiempo juntos/as durante el fin de semana				
5) Pasar las vacaciones con toda la familia				
6) Hablar por teléfono				
7) Participar en actividades de la iglesia o de la comunidad				

5.11 Cuando su hijo/hija ENCUESTADO/A va a casa de alguien para una fiesta o evento social ¿llama a los padres para informarse sobre la fiesta?

Sí

No

Mi hijo/hija no va a fiestas

5.11b Si ha contestado Sí, cuando llama a los padres para preguntarles sobre la fiesta ¿qué quiere saber?

(Por favor, marque todas las que procedan)

Saber si los padres estarán allí durante la fiesta	<input type="checkbox"/>
Saber si habrá alcohol o drogas disponibles durante la fiesta	<input type="checkbox"/>
Saber qué otros chicos/as irán (por ejemplo, chicos/as mayores)	<input type="checkbox"/>
Otras cosas	<input type="checkbox"/>

5.12 ¿Está de acuerdo con aquellos padres que piensan que, cuando dan una fiesta, está bien dejar que los adolescentes beban alcohol en su casa?

Estoy de acuerdo

No estoy de acuerdo

Depende de las circunstancias

5.13 ¿Con qué frecuencia habla usted de problemas relacionados con los siguientes temas con su hijo/hija ENCUESTADO/A?

Problemas con....	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
1) Rendimiento escolar (tareas, notas)				
2) El tipo de amigos que tiene				
3) Llegar a casa más tarde de lo esperado				
4) La manera en que viste (la ropa que elige usar)				
5) Su uso de internet				
6) Su uso de la televisión				
7) La cantidad de tareas domésticas que realiza				
8) Su consumo de alcohol				
9) Su consumo de tabaco				
10) Su consumo de cannabis				
11) Su uso del teléfono móvil				
12) Su comportamiento sexual (incluyendo besos y relaciones)				
13) La cantidad de dinero que gasta				

5.14 Aproximadamente ¿cuántas horas dedica a compartir actividades con su hijo/hija

(Por favor, escriba el número en la casilla)

a) Durante el fin de semana horas

b) Durante un día laborable típico horas

8.1 ¿Utiliza USTED Internet?

Sí ➡ Vaya a P 8.2
 No ➡ Responda 8.1b y después vaya a P 8.5

8.1b Si no usa internet ¿por qué no lo emplea? (Por favor, escríbalo en la casilla)

8.2 ¿Dónde se conecta a Internet? (Por favor, marque todas las que procedan)

Casa	<input type="checkbox"/>
Trabajo	<input type="checkbox"/>
Ciber-cafés	<input type="checkbox"/>
Móvil/iPad	<input type="checkbox"/>
Centro social	<input type="checkbox"/>
Otros (Por favor, indique)	<input type="text"/>

8.3 ¿Cree que tener Internet en casa puede afectar negativamente a los miembros más jóvenes de su familia?

Sí ➡ Vaya a P 8.3b
 No ➡ Vaya a P 8.4
 No lo sé ➡ Vaya a P 8.4

8.3b Si cree que sí, ¿qué le preocupa? (Por favor, escríbalo a continuación)

8.4 ¿Ha visto publicidad sobre alcohol en Internet?

Sí
 No
 No lo sé

8.5 ¿Le preocupa que sus hijos/as puedan ver publicidad sobre alcohol en Internet?

Sí
 No
 No lo sé

8.6 ¿Hay normas familiares sobre el tiempo que sus hijos/as pueden conectarse en casa?

Sí
 No
 No lo sé

8.7 ¿Ha comprobado alguna vez las páginas web que sus hijos/as visitan?

Sí
 No
 No lo sé

8.8 ¿Tiene instalados programas de supervisión o filtros que impidan que sus hijos/as puedan acceder a ciertas páginas web?

Sí
 No
 No lo sé

9.1 Las preguntas siguientes son sobre la frecuencia en que **USTED** mantiene contacto personalmente con familiares, amigos y vecinos. Por favor, lea cada una de ellas y marque la casilla correspondiente para señalar **¿CON QUÉ FRECUENCIA USTED...**

	Casi todos los días	Una o dos veces por semana	Una o dos veces al mes	Menos de una vez al mes	Nunca	No lo sé
1) Habla con familiares por teléfono?						
2) Habla con amigos por teléfono?						
3) Habla con los vecinos (cara a cara)?						
4) Se reúne con familiares que no viven con usted?						
5) Se reúne con amigos?						

9.2 Durante los últimos 12 meses, **¿ha realizado algún trabajo de voluntariado** (sin cobrar) **en alguno de las siguientes grupos, entidades u organizaciones?** Por favor, marque todos los que correspondan y escriba el número de horas semanales que dedicó a este trabajo.

Tipo de trabajo voluntario	He participado	Media de horas semanales
1) Actividades escolares (recogiendo fondos para la escuela, organizando actividades extraescolares...)		
2) Grupos Políticos (actividades de campaña electoral...)		
3) Asociaciones de mi iglesia (ayudando a organizar obras de caridad...)		
4) Asociaciones Juveniles (monitor de esplais, grupos excursionistas...)		
5) Asociaciones deportivas (entrenando, organizando competiciones...)		
6) Otros (por favor, especifique)		

9.3 Lea las siguientes afirmaciones y seleccione aquella opción con la que esté más de acuerdo (Por favor, señale una casilla por cada línea)

	Mucho	Bastante	No mucho	Nada	No tengo experiencia	No lo sé
1) Puedo confiar en la policía						
2) Puedo confiar en la justicia (en los jueces y tribunales)						
3) Puedo confiar en los miembros del Parlamento						
4) Puedo confiar en mi ayuntamiento						
5) La gente, en mi barrio, trata de ser útil a los demás						
6) La gente, en mi barrio, solo se ocupa de ellos mismos						
7) Se puede confiar en la gente de este barrio						
8) La gente de aquí está dispuesta a ayudar a sus vecinos						

9.4 **¿Asiste alguna vez a eventos organizados por la escuela de su hijo/hija ENCUESTADO/A tales como prevención y/o concienciación sobre consumo de alcohol y drogas, promoción de la salud, habilidades para el cuidado de los hijos, alimentación sana y ejercicio?**

Sí

No

9.5 Si respondió **NO**, **¿puede decirnos por qué no asiste?** (Por favor, marque todas las que procedan)

1) Falta de tiempo	
2) No estoy interesado/interesada	
3) Miedo a participar/Preocupación por lo que otros padres puedan pensar	
4) Las actividades/conferencias no son suficientemente interesantes o son demasiado largas	
5) La escuela no organiza ninguna actividad de prevención	
6) Prefiero tratar estos temas en mi propia casa	

¡Muchas gracias por su colaboración!

Ha terminado de rellenar el cuestionario.

Solo queda un paso más antes de terminar.

El cuestionario ha de devolverse a la escuela de forma apropiada.

Por favor, lea las instrucciones en la hoja adjunta donde se le indicará cómo retornarlo.

Si tiene dudas o quiere hacer cualquier consulta póngase en contacto con nosotras:

Montse Juan /Maria Àngels Duch

Teléfono 971727434

Correo electrónico: **irefrea@cop.es**

