

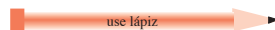
## CUESTIONARIO

### "ESTILOS DE VIDA DE LA POBLACIÓN INFANTIL"

#### INSTRUCCIONES

- Rellene exclusivamente a lápiz
- Borre completamente las marcas erróneas
- No escriba sobre el margen derecho
- No arrugue la hoja
- Marque correctamente las casillas
- El cuestionario debe contestarlo una única persona
- Lea cuidadosamente cada pregunta
- Es importante que trate de contestar todas las preguntas
- Recuerde que si lo desea puede contestar este cuestionario de manera on-line en el siguiente enlace [www.proyectosinergia.es](http://www.proyectosinergia.es)

- Marque las casillas numéricas escribiendo primero un dígito en cada columna y rellenando debajo la marca correspondiente. Así:



Marque así

Así no marque

3	7
0	0
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9

#### DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS.

1. Usted responde el cuestionario en calidad de:

- ☐ Madre    ☐ Padre    ☐ Otra persona (indique cuál)

2. Señale cuál es su país de origen:

- ☐ España    ☐ Ecuador    ☐ Portugal    ☐ Bulgaria  
☐ Marruecos    ☐ Rumania    ☐ Colombia    ☐ Otro (Indique cuál)

3. Indique el Código Postal (C.P.) de su lugar de residencia.

0	0	0	0	0
1	1	1	1	1
2	2	2	2	2
3	3	3	3	3
4	4	4	4	4
5	5	5	5	5
6	6	6	6	6
7	7	7	7	7
8	8	8	8	8
9	9	9	9	9

4. Indique su año de nacimiento

0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9

5. Señale su altura en centímetros

0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

6. Señale su peso en kilogramos

0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

7. ¿Cuál es el nivel de estudios más alto que ha completado?

- ☐ Primaria  
☐ Secundaria  
☐ Formación profesional: ciclos superiores de primer o segundo grado o equivalente  
☐ Formación universitaria: diplomatura, licenciatura, grado o equivalente  
☐ Máster o Doctorado

8. La Encuesta de Estructura Salarial del año 2011, indica que los ingresos medios en España rondan los 22.899 euros brutos al año, lo que se traduciría aproximadamente en 12 pagas de 1673 euros netos, por ¿Cómo describiría los ingresos de su familia?

- ☐ Menores    ☐ Similares    ☐ Mayores

9. Señale el número de personas que viven en su domicilio, contándose usted

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	más
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----

10. ¿Quiénes son esas personas, aparte de usted?

Mi(s) hijo(s)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
---------------	-----------------------------	-----------------------------

Mi pareja/ cónyuge ☐ Si ☐ No

Otros familiares	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Alguno de sus familiares ha sido víctima de violencia de género?		

Otras personas ☐ Si ☐ No

11. Con respecto a sus datos laborales, indique:

Trabaja actualmente:	Número de horas a la semana:
----------------------	------------------------------

☐ Si ☐ Menos de 20 horas

☐ No ☐ De 20 a 40 horas

☐ Más de 40 horas

☐ No ☐ De 20 a 40 horas

☐ Más de 40 horas

Si tiene pareja / conyuge, responda a la siguiente pregunta, si no, pase directamente a la pregunta 13.

12. Con respecto a los datos laborales de su pareja/cónyuge, indique:

Trabaja actualmente:	Número de horas a la semana:
----------------------	------------------------------

☐ Si ☐ Menos de 20 horas

☐ No ☐ De 20 a 40 horas

☐ Más de 40 horas

☐ No ☐ De 20 a 40 horas

☐ Más de 40 horas

13. Generalmente, ¿de cuántas horas dispone para disfrutar con su hijo en actividades en común?

☐ No dispongo de tiempo todas las semanas

☐ Sólo dispongo de tiempo los fines de semana y festivos

☐ Menos de una hora diaria

☐ De una a dos horas diarias

☐ Más de dos horas diarias

14. Indique el número de hijos que tiene

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 más

A continuación, elija uno de sus hijos con edad comprendida entre 2 y 6 años e indique:

15. Sexo

☐ Niño ☐ Niña

\_\_\_\_\_

16. ¿Tiene una enfermedad crónica? ☐ Sí ☐ No

En caso de que la respuesta sea sí, indique cuál a continuación

**NOTA:** A partir de aquí se utilizará el término hijo para referirse a hijo/a indistintamente para evitar repeticiones.

17. Señale el año de nacimiento de ese hijo

0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9

18. Señale la altura de ese hijo en centímetros

0	0	0
1	1	1
2	2	2
	3	3
	4	4
	5	5
	6	6
	7	7
	8	8
	9	9

19. Señale el peso de ese hijo en kilogramos

0	0	0
1	1	1
2	2	2
	3	3
	4	4
	5	5
	6	6
	7	7
	8	8
	9	9

## SALUD Y ESTILOS DE VIDA

Señale la opción que más se aproxime a su opinión o experiencia:

	Sedentarias	Poco activas	Moderadamente activas	Muy activas
20. Su hijo realiza principalmente actividades:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Mala/s	Regular/es	Buena/s	Muy buena/s	Excelente/s
21. Considera que la alimentación de su hijo es:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Considera que las relaciones sociales de su hijo son:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. En general, diría que la salud de su hijo es:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ACTIVIDAD FÍSICA DE SU HIJO

Pensando en una semana **típica escolar** para su hijo, señale la frecuencia semanal con la que su hijo realiza en su tiempo libre las siguientes actividades:

	Nunca o casi nunca	1 día a la semana	2-3 días a la semana	4-6 días a la semana	A diario
24. Realiza más de 2 horas de actividades sedentarias, como por ejemplo: jugar sentado, pintar, hacer deberes, ver la televisión, usar ordenadores, etc.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Se desplaza al colegio y en su tiempo de ocio andando o en bici:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Realiza al menos 1 hora al día de actividades moderadamente intensas, como por ejemplo: jugar en el parque o con la pelota, andar en bici, correr, patinar, bailar, nadar, etc.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Señale la opción que más se aproxime a su opinión o experiencia:

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
27. Inscribe a su hijo en actividades deportivas con sus compañeros, amigos, otros niños de su familia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Deja elegir a su hijo la actividad física que quiere realizar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Limita las horas que su hijo pasa frente a la pantalla (televisión, videojuegos, ordenador):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Fomenta que su hijo realice actividad física porque luego está más tranquilo y/o duerme mejor:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. La televisión hace que mi hijo esté entretenido y yo puedo tener tiempo para hacer otras actividades:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Fomenta que su hijo utilice recursos en su barrio para mantenerse activo (parques, polideportivos...):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Si hace frío, llueve o nieva mis hijos hacen actividades más sedentarias:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ALIMENTACIÓN DE SU HIJO/A

Pensando en una semana **típica escolar** para su hijo, señale la frecuencia semanal con la que su hijo toma los siguientes alimentos:

	Nunca o casi nunca	1 día a la semana	2-3 días a la semana	4-6 días a la semana	A diario
34. Toma 5 porciones de fruta y verdura (1 porción es igual a una manzana mediana, un plátano, medio plato de verduras cocidas o en puré)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Desayuna:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Desayuna una combinación de lácteos (leche, yogur o queso), frutas y cereales (pan, galletas, o cereales):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Bebe zumos envasados o bebidas gaseosas o azucaradas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Toma dulces, chucherías, bollería industrial, etc.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Toma comida precocinada o comida rápida( Hamburguesas, pizzas, salchichas):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Toma una dieta variada que combine lácteos (Ej. leche, yogur o queso), hidratos de carbono (Ej. pan, cereales, arroz o pasta), alimentos ricos en proteínas (Ej. carnes, aves, pescados, legumbres, huevos, etc.), verduras y frutas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Toma alimentos con alto contenido en proteínas (Ej. carnes, pescados y huevos):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Señale la opción que más se aproxime a su opinión o experiencia:

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
42. Controla la alimentación de su hijo para evitar que tenga sobrepeso:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Habla con su hijo sobre la alimentación que es saludable:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Guarda comida en lugares secretos para que su hijo no pueda acceder a ella:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Usted utiliza ciertos alimentos como premio o castigo para su hijo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Limita el acceso a restaurantes de comida rápida a su hijo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Todos los miembros de la familia comen y cenan juntos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Si no limita la cantidad de comida, su hijo comería más de lo que debe:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Trata de controlar y planificar las comidas que su hijo hace cuando está fuera de casa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Mi hijo come menos de lo que debería y/o menos sano, si no le fuerzo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ASPECTOS SOCIALES Y DE RELACIÓN DE SU HIJO/A

Teniendo en cuenta la edad de su hijo, señale la opción que refleja mejor cómo **su hijo** se comporta y se relaciona con los demás:

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
51. Se relaciona con sus iguales (otros niños) con facilidad:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Comparte las cosas con sus compañeros, amigos o/y otros familiares:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Le gusta jugar y pasar tiempo con otros niños:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Participa en juegos y actividades grupales:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Soluciona los problemas sin pelear:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Sabe cuando hace las cosas bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Le cuenta si tiene peleas o se enfada con sus compañeros, amigos o/y otros familiares:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Termina las tareas/ actividades/ juegos, etc.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Muestra interés y atención cuando se le explica algo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Le cuesta aceptar las normas y límites:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Expresa sus emociones y sentimientos a sus compañeros, amigos, otros familiares:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Reconoce cuando alguien está triste o contento:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Tiene rabietas, "pataletas":	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Escucha a sus compañeros, amigos, otros familiares:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Se preocupa cuando sus compañeros, amigos, otros familiares están tristes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Se interesa por los demás y ofrece su apoyo y cariño:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Acepta sus errores:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Respeta el color, la raza y la cultura de sus compañeros y amigos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### USTED: SU ACTIVIDAD FÍSICA

Pensando en una semana típica para usted, señale la frecuencia semanal con la que **usted** realiza las siguientes actividades:

	Nunca o casi nunca	1 día a la semana	2-3 días a la semana	4-6 días a la semana	A diario
69. Realiza más de 2 horas de actividades sedentarias en su tiempo libre como por ejemplo: leer, ver la televisión, usar el ordenador, etc.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Prescinde del coche o del transporte público para desplazarse:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Realiza al menos 1 hora al día de actividades intensas, como por ejemplo: caminata rápida, clases de aeróbicos, levantamiento de pesas, bailar, etc.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### USTED: SU ALIMENTACIÓN

Pensando en una semana típica para usted, señale la frecuencia semanal con la que **usted** toma los siguientes alimentos:

	Nunca o casi nunca	1 día a la semana	2-3 días a la semana	4-6 días a la semana	A diario
72. Toma 5 porciones de fruta y verdura (1 porción es igual a una manzana mediana, un plátano, medio plato de verduras cocidas o en puré)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Desayuna:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Desayuna una combinación de lácteos (leche, yogur o queso), frutas y cereales (pan, galletas, o cereales):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Bebe zumos envasados o bebidas gaseosas o azucaradas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. Toma dulces, chucherías, bollería industrial, etc.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Toma comida precocinada o comida rápida( Hamburguesas, pizzas, salchichas):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. Toma una dieta variada que combine lácteos (Ej. leche, yogur o queso), hidratos de carbono (Ej. pan, cereales, arroz o pasta), alimentos ricos en proteínas (Ej. carnes, aves, pescados, legumbres, huevos, etc.), verduras y frutas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### USTED: ASPECTOS SOCIALES Y DE RELACIÓN

Señale la opción que más se aproxime a su opinión o experiencia:

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
79. Dice las cosas como las piensa y no se da cuenta de la repercusión en los demás:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. Cuando tiene un mal día le cuesta no llegar enfadado a casa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. Cuando se enfada suele gritar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. Quedan en familia con amigos y sus hijos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. Escucha con atención cuando alguien le expresa sus sentimientos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. Evita discutir con su pareja y otras personas delante de su hijo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. Muestra a su hijo sus emociones y cómo se encuentra:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. Resuelve sus problemas con otras personas delante de su hijo sin llegar a una pelea:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. Pregunta a su hijo cómo se siente para fomentar que exprese sus sentimientos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. Habla con su hijo para evitar que tenga peleas o se enfade con sus compañeros, amigos y otros familiares:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indique el grado de acuerdo en las siguientes afirmaciones:

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
89. Muestra cariño a su hijo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. Reconoce cuando su hijo está contento o triste:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91. Tiene buena relación con su hijo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92. Explica las cosas a su hijo con paciencia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93. Consigue que su hijo le escuche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94. Escucha a su hijo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95. Poner límites y normas a su hijo es fácil para usted:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96. Se compromete con las normas que impone a su hijo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
97. Se considera un buen padre/madre:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
98. Su hijo se siente seguro cerca de usted:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### RECURSOS A SU ALCANCE

Indique el grado **de acuerdo** en las siguientes afirmaciones en relación a los recursos disponibles en su barrio:

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
99. Existen suficientes zonas verdes y de juego (parques, plazas) donde se puede realizar actividad física:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100. Existen zonas suficientes para poder utilizar las bicicletas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101. Las zonas verdes y de juego que existen son seguras para sus hijos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102. Existen suficientes instalaciones deportivas (polideportivos, gimnasios...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
103. Las cuotas de acceso a las instalaciones y actividades deportivas son asequibles:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indique el grado **de acuerdo** en las siguientes afirmaciones:

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
104. La actividad física que realizan los amigos y compañeros de su hijo influye en la actividad física de su hijo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105. La alimentación que realizan los amigos y compañeros de su hijo influye en la alimentación de su hijo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106. La actividad física que realizo influye en la actividad física de mis hijos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107. La alimentación que yo tengo influye en la alimentación de mis hijos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En relación a los profesionales de la salud, indique en el grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
108. Le proporcionan suficientes consejos en relación a la actividad física de su hijo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
109. Le proporcionan suficientes consejos en relación a la alimentación de su hijo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
110. Le proporcionan suficientes consejos en relación a aspectos sociales y emocionales de su hijo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
111. Existe acuerdo entre los consejos que le proporcionan :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
112. Confía en los consejos que le proporcionan:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En relación a los profesores y educadores, Indique el grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
113. Le proporcionan suficientes consejos en relación a la actividad física de su hijo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
114. Le proporcionan suficientes consejos en relación a la alimentación de su hijo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
115. Le proporcionan suficientes consejos en relación a los aspectos sociales y emocionales de su hijo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
116. Confía en los consejos que le proporcionan:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
117. Existe acuerdo entre los consejos que le proporcionan los profesores y educadores de su hijo y los profesionales de la salud:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En relación a otras personas (otros padres, abuelos, hermanos, primos), indique el grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
118. Se siente influenciado por otras personas en las decisiones que toma respecto a su hijo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
119. Escuchar los consejos de otra gente le hace más difícil decidir qué hacer:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

**Su opinión y experiencia es muy importante para la realización de este estudio**