



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

### Facultad de Ciencias Sociales – Instituto de Sociología

#### ASENTIMIENTO INFORMADO

#### NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (7° Básico a IV° Medio)

La Subsecretaría de Prevención del Delito, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile, en conjunto con el Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, está realizando un estudio a niños, niñas y adolescentes de todo Chile y tú has salido elegido al azar para participar.

El estudio consiste en que respondas una encuesta, en la cual se te harán preguntas sobre la convivencia, seguridad y violencia al interior de tu establecimiento educacional. Si hay alguna pregunta que no desees responder, puedes dejarla en blanco. De todas maneras, son preguntas sencillas y fáciles de responder.

- ¿Te gustaría participar en esta encuesta?

|           |  |
|-----------|--|
| <b>Sí</b> |  |
| <b>No</b> |  |

Nombre Niño(a) o Adolescente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



N° Folio UC

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

RBD Establecimiento

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

Curso

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

# CUARTA ENCUESTA NACIONAL DE VIOLENCIA EN EL ÁMBITO ESCOLAR 2014

**Cuestionario Estudiantes**  
7° Básico a IV° Medio, 2014



PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CHILE  
INSTITUTO DE SOCIOLOGÍA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



Estimado/a estudiante, queremos conocer tu opinión respecto a la convivencia, seguridad y violencia escolar **DENTRO DE TU ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL DURANTE EL 2014.**

Por favor, contesta con tranquilidad todas las preguntas del cuestionario a menos que se te indique lo contrario. Recuerda que este cuestionario NO es una prueba, y que no hay respuestas correctas ni incorrectas. Debes responder siempre de acuerdo a tu experiencia o manera de pensar.

Te garantizamos que tus respuestas serán tratadas de manera **absolutamente confidencial**. La información del presente cuestionario y el de tus compañeros se analizará estadísticamente y de manera agrupada. Te recordamos que ésta es una encuesta realizada a nivel nacional a miles de alumnos de todo el país.

**INSTRUCCIONES:** Lee atentamente y sin apresurarte cada una de las preguntas del cuestionario.

Marca con una equis (X) en el cuadrado que corresponda a tu respuesta.

Usa solamente lápiz pasta azul o negro para contestar. Si te equivocas, raya completamente la opción incorrecta.

Recuerda leer atentamente las instrucciones y contestar todas las preguntas a menos que se te indique lo contrario. Si tienes alguna duda, puedes consultar al encargado de la aplicación que estará disponible para ayudarte.

## MÓDULO I

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>1</b> ¿En qué curso estás?  |  | Marca con una equis (X) una sola alternativa  |
| <input type="checkbox"/> 7° Básico <input type="checkbox"/> 8° Básico <input type="checkbox"/> I° Medio <input type="checkbox"/> II° Medio <input type="checkbox"/> III° Medio <input type="checkbox"/> IV° Medio  |  |   |
| <b>2</b> ¿Cuántos años tienes?   | Escribe el número de años, por ejemplo, 14. Un número por casilla. | <b>3</b> Sexo   |
| <input type="text"/> <input type="text"/> Años   |  | <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer  |
| <b>4</b> ¿Puedes indicar tu peso actual y altura?  |  | Escribe en números kilos y centímetros. Un número por casilla.  |
| Peso <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (kg.)            Altura <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (cm.)   |  |   |
| <b>5</b> ¿Con cuál de las siguientes personas vives la mayor parte del tiempo en el mismo hogar?   |  | Marca con una equis (X) todas las personas con las que vives  |
| <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padrastro o pareja de la madre <input type="checkbox"/> Abuelo/a<br><input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Otro pariente<br><input type="checkbox"/> Madrastra o pareja del padre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Otro no pariente |  |   |
| <b>6</b> ¿Cuál es tu nacionalidad?   |  | Marca con una equis (X) una sola alternativa  |
| <input type="checkbox"/> Chilena <input type="checkbox"/> Otra nacionalidad (especifica cuál)  |  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| (Una letra por casilla)  |  |   |

**7** ¿Te consideras perteneciente a algún pueblo indígena?

Marca con una equis (X) una sola alternativa

☐

Sí

☐

No

→ Pasa a pregunta 9

**8** ¿A cuál pueblo indígena perteneces?

Marca con una equis (X) una sola alternativa

☐

Mapuche

☐

Aymara

☐

Rapa Nui

☐

Likan Antai

☐

Quechua

☐

Colla

☐

Diaguita

☐

Káwesqar

☐

Yágan o Yámana

☐

Otro









(Especifica)

**9** ¿Cuál fue tu promedio de notas final el año pasado?

Marca con una equis (X) una sola alternativa

☐

Menos de 4,5

☐

Entre 4,5 y 4,9

☐

Entre 5,0 y 5,4

☐

Entre 5,5 y 5,9

☐

Entre 6,0 y 6,4

☐

Entre 6,5 y 7,0

## MÓDULO II

**10** La convivencia en tu establecimiento es...

Marca con una equis (X) una sola alternativa

☐

Muy mala

☐

Mala

☐

Regular

☐

Buena

☐

Muy buena

**11** ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo estás con las siguientes afirmaciones sobre **tu establecimiento**?

Marca con una equis (X) una sola alternativa para cada afirmación

|   |   | Muy en desacuerdo        | En desacuerdo            | Ni de acuerdo, ni en desacuerdo | De acuerdo               | Muy de acuerdo           |
|---|---|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Conozco las normas de convivencia de mi establecimiento   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Los(as) estudiantes de mi establecimiento conocen lo que está permitido y lo que está prohibido             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Las normas de convivencia de mi establecimiento son conocidas por los padres y apoderados                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Los(as) estudiantes de mi establecimiento saben claramente lo que sucederá si no se cumple con las normas   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Los(as) profesores(as) de mi establecimiento logran hacer cumplir las normas                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Se escucha la opinión de los(as) estudiantes para modificar las normas de convivencia de mi establecimiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**12** ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo estás con las siguientes afirmaciones sobre **tu establecimiento**?

Marca con una equis (X) una sola alternativa para cada afirmación

|   |   | Muy en desacuerdo        | En desacuerdo            | Ni de acuerdo, ni en desacuerdo | De acuerdo               | Muy de acuerdo           |
|---|---|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Los (as) profesores(as) me respetan                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | La dirección escucha las ideas que plantean los(as) estudiantes           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Los(as) profesores(as) son buenas personas                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Cuando los(as) estudiantes rompen las normas, son tratados de forma justa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Es importante seguir las normas de mi establecimiento                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Las normas en mi establecimiento son justas                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Los(as) profesores(as) nos tratan de manera equitativa                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**13** ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo estás con las siguientes afirmaciones sobre la relación entre **estudiantes, profesores, directivos y apoderados** de tu establecimiento? : Marca con una equis (X) una sola alternativa para cada afirmación

|  | Muy en desacuerdo        | En desacuerdo            | Ni de acuerdo, ni en desacuerdo | De acuerdo               | Muy de acuerdo           |
|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Los (as) estudiantes tenemos una buena relación entre nosotros                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Los(as) estudiantes tenemos una relación de confianza con los(as) profesores(as)       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Los(as) profesores(as), inspectores y directivos tienen una buena relación entre ellos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 La dirección y los(as) estudiantes tenemos una buena relación                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 Profesores(as) y apoderados tienen una relación de respeto entre ellos                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**14** ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo estás con las siguientes afirmaciones sobre la relación entre **tus compañeros de curso**? : Marca con una equis (X) una sola alternativa para cada afirmación

|  | Muy en desacuerdo        | En desacuerdo            | Ni de acuerdo, ni en desacuerdo | De acuerdo               | Muy de acuerdo           |
|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Cuando surge un conflicto, tratan de resolverlo sin golpearse o insultarse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Colaboran para buscar soluciones cuando hay problemas en el curso          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Existe un clima de respeto frente a las personas que opinan diferente      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Existe una relación de confianza entre los compañeros                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**15** ¿Cuán contento vas generalmente a tu establecimiento? : Marca con una equis (X) una sola alternativa

☐ Muy contento
 ☐ Bastante contento
 ☐ Algo contento
 ☐ Poco contento
 ☐ Nada contento

**16** ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo estás con las siguientes afirmaciones sobre **tu establecimiento**? : Marca con una equis (X) una sola alternativa para cada afirmación

|   | Muy en desacuerdo        | En desacuerdo            | Ni de acuerdo, ni en desacuerdo | De acuerdo               | Muy de acuerdo           |
|---|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Me siento orgulloso de mi establecimiento                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Me gustaría seguir en este establecimiento el próximo año | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Me siento parte de mi establecimiento                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**17** ¿Con qué frecuencia participas en las siguientes actividades en **tu establecimiento**? : Marca con una equis (X) una sola alternativa para cada afirmación

|   | Siempre                  | La mayoría de las veces  | Pocas Veces              | Nunca                    | No se organizan          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Actividades recreativas (bingos, kermeses, festivales, etc.)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Actividades deportivas (campeonatos de estudiantes, encuentros deportivos padres-hijos, campeonatos interescolares, etc.)                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Actividades académicas y culturales (concursos de debate, feria de ciencia y tecnología, encuentros literarios, exposiciones de arte, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Campañas solidarias (colectas de dinero o alimentos, etc.)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

# MÓDULO III

## 18 A continuación nos gustaría saber si...

Marca con una equis (X) Sí o No según corresponda para cada situación

|   |  | Sí                       | No                       |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 | ¿Te sientes seguro(a) en tu establecimiento?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | ¿Evitas ir o pasar por algunos lugares dentro de tu establecimiento por miedo a ser atacado(a) o agredido(a) por alguien?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | ¿Has dejado de ir a tu establecimiento por miedo a ser atacado(a) o agredido(a) por alguien?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | ¿Evitas ir o pasar por algunos lugares en el camino de ida o de vuelta de tu establecimiento por miedo a ser atacado(a) o agredido(a) por alguien? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 19 En una escala de 1 a 7, donde 1 significa muy inseguro y 7 muy seguro, ¿qué nota le pondrías a la seguridad en los siguientes lugares de **tu establecimiento**?

Marca con una equis (X) una sola alternativa para cada lugar

|    |                            | Muy inseguro             |                          |                          |                          |                          | Muy seguro               |                          | No hay o no lo uso       |
|----|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|    |                            | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        |                          |
| 1  | Baños                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 2  | Pasillos                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 3  | Comedor                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 4  | Patio                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 5  | Sala de clases             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 6  | Salida del establecimiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 7  | Gimnasio                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8  | Cancha o Multicancha       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9  | Camarines                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Biblioteca                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Sala de computación        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 20 Durante este año 2014, ¿con qué frecuencia has visto las siguientes situaciones al interior de tu establecimiento?

Marca con una equis (X) una sola alternativa para cada afirmación

|   |  | Nunca                    | Dos o tres veces en el período 2014 | Al menos una vez al mes  | Al menos una vez a la semana | Todos los días           |
|---|--|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 1 | Estudiantes consumiendo cigarrillos (tabaco)                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Estudiantes destruyendo mobiliario o bienes escolares a propósito              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Estudiantes consumiendo alcohol  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Estudiantes que se pelean (combos, patadas, etc.)                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Estudiantes robando artículos (cosas)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Estudiantes que amenazan a otros   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Estudiantes portando armas (de fuego, cuchillos, etc.)                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Estudiantes usando drogas (marihuana, cocaína, pasta base, otras)              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Estudiantes vendiendo o pasando drogas (marihuana, cocaína, pasta base, otras) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |

# MÓDULO IV

| 21 Durante este año 2014, ¿con qué frecuencia has visto las siguientes situaciones al interior de tu establecimiento? |  | : Marca con una equis (X) una sola alternativa para cada forma de agresión |                                     |                          |                              |                          |
|---|--|--|-------------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
|   |  | Nunca  | Dos o tres veces en el período 2014 | Al menos una vez al mes  | Al menos una vez a la semana | Todos los días           |
| 1   | Rumores mal intencionados  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 2   | Peleas físicas (combos, patadas, tirarse el pelo, etc.)                                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 3   | Ignorar o no tomar en cuenta a otro estudiante ("ley del hielo")                           | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 4   | Amenazas u hostigamiento   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 5   | Tirar objetos contundentes (estuche, mochila, borrador, silla, etc.)                       | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 6   | Aislar o dejar apartado a otro estudiante (excluir de actividades, grupos de amigos, etc.) | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 7   | Insultos o Garabatos   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 8   | Burlas o descalificaciones (sobrenombres ofensivos, etc.)                                  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 9   | Empujones mal intencionados  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |

| 22 De las siguientes formas de agresión que has visto en tu establecimiento durante el 2014, ¿han sido realizados...? |  | : Marca con una equis (X) todas las alternativas necesarias para cada tipo de agresión |   |                                     |                                  |                                    |
|---|--|--|---|-------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
|   |  | Por mensajes (SMS, Whatsapp, Snapchat, mails, etc.)                                    | Por redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram, etc.) | Por sitios web (foros, blogs, etc.) | De manera presencial (cara-cara) | No he visto esta forma de agresión |
| 1   | Rumores mal intencionados  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>           |
| 2   | Ignorar o no tomar en cuenta a otro estudiante ("ley del hielo")                           | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>           |
| 3   | Amenazas u hostigamiento   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>           |
| 4   | Aislar o dejar apartado a otro estudiante (excluir de actividades, grupos de amigos, etc.) | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>           |
| 5   | Insultos o Garabatos   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>           |
| 6   | Burlas o descalificaciones (sobrenombres ofensivos, etc.)                                  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>           |

| 23 Durante este año 2014, ¿con qué frecuencia han sucedido los siguientes tipos de agresiones en tu establecimiento? |   | : Marca con una equis (X) una sola alternativa para cada situación |                                     |                          |                              |                          |
|--|---|--|-------------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
|  |   | Nunca  | Dos o tres veces en el período 2014 | Al menos una vez al mes  | Al menos una vez a la semana | Todos los días           |
| 1  | He visto a un(a) Estudiante agredir a otro(a) Estudiante        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 2  | He visto a un(a) Estudiante agredir a un(a) Profesor(a)         | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 3  | He visto a un(a) Estudiante agredir a un Directivo              | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 4  | He visto a un(a) Profesor(a) agredir a un(a) Estudiante         | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 5  | He visto a un Apoderado agredir a un(a) Profesor(a) o Directivo | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 6  | He visto agresiones entre los adultos del establecimiento       | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |

| 24 Con respecto a la violencia escolar durante el año 2014, comparado hace un año atrás, tu dirías que: |                                    | : Marca con una equis (X) una sola alternativa para cada situación |                          |                          |
|---|------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
|   |                                    | Disminuyó  | Se mantuvo               | Aumentó                  |
| 1   | En otros establecimientos del país | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2   | En tu establecimiento              | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3   | En tu curso                        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## MÓDULO V

Las siguientes preguntas refieren a situaciones que ocurren en algunos establecimientos educacionales. Por favor, responde si las situaciones que se exponen te han ocurrido a ti personalmente. Te recordamos que todas las respuestas tienen carácter confidencial.

| 25 Durante el año 2014, ¿con qué frecuencia alguien del establecimiento te ha agredido? |  | : Marca con una equis (X) una sola alternativa para cada situación |                                     |                          |                              |                          |
|---|--|--|-------------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
|   |  | Nunca  | Dos o tres veces en el período 2014 | Al menos una vez al mes  | Al menos una vez a la semana | Todos los días           |
| 1   | Me ha agredido un(a) Estudiante  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 2   | Me ha agredido un(a) Profesor(a)   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 3   | Me ha agredido un(a) Asistente de la Educación (inspectores, auxiliares, secretaria, etc.) | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 4   | Me ha agredido el Director(a)  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |

| 26 Durante este año 2014 y de acuerdo a las siguientes formas, ¿con qué frecuencia otros estudiantes te han agredido en tu establecimiento? |   | : Marca con una equis (X) una sola alternativa para cada forma de agresión |                                     |                          |                              |                          |
|---|---|--|-------------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
|   |   | Nunca  | Dos o tres veces en el período 2014 | Al menos una vez al mes  | Al menos una vez a la semana | Todos los días           |
| 1   | Rumores con mala intención  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 2   | Peleas físicas (combos, patadas, tirarse el pelo, etc.)                               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 3   | Ignorándome o no tomándome en cuenta ("ley del hielo")                                | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 4   | Amenazándome u hostigándome   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 5   | Tirándome objetos contundentes (estuche, mochila, borrador, silla, etc.)              | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 6   | Aislándome o dejándome apartado (excluyéndome de actividades, grupos de amigos, etc.) | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 7   | Insultándome o garabateándome   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 8   | Burlándose o descalificándome (sobrenombres ofensivos, etc.)                          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 9   | Empujándome con mala intención  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |



| 27 Durante este año 2014 y tomando en cuenta cada una de las siguientes agresiones, ¿has sido agredido por alguna de estas personas? |   | Marca con una equis (X) todas las alternativas necesarias para cada forma de agresión |                          |                                 |                          |                          |
|--|---|---|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  |   | Profesor  | Directivo                | Otro adulto del establecimiento | Apoderado                | No he sido agredido      |
| 1  | Rumores con mala intención  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2  | Peleas físicas (combos, patadas, tirarse el pelo, etc.)                               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3  | Ignorándome o no tomándome en cuenta ("ley del hielo")                                | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4  | Amenazándome u hostigándome   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5  | Tirándome objetos contundentes (estuche, mochila, borrador, silla, etc.)              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6  | Aislándome o dejándome apartado (excluyéndome de actividades, grupos de amigos, etc.) | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7  | Insultándome o garabateándome   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8  | Burlándose o descalificándome (sobrenombres ofensivos, etc.)                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9  | Empujándome con mala intención  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 28 De las agresiones mencionadas en las preguntas anteriores, ¿en cuáles de estos lugares has sido agredido ...? |                            | Marca con una equis (X) Sí o No según corresponda para cada lugar |                          |                          |
|--|----------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
|  |                            | Sí  | No                       | No hay o no lo uso       |
| 1  | Baños                      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 2  | Pasillos                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 3  | Comedor                    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 4  | Patio                      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 5  | Sala de clases             | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 6  | Salida del establecimiento | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 7  | Gimnasio                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8  | Cancha o Multicancha       | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9  | Camarines                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10   | Biblioteca                 | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11   | Sala de computación        | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 29 De acuerdo a las siguientes formas de agresión, ¿de qué manera has sido agredido...? |   | Marca con una equis (X) todas las alternativas necesarias para cada forma de agresión |   |                                     |                                  |                          |
|---|---|---|---|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
|   |   | Por mensajes (SMS, Whatsapp, Snapchat, mails, etc.)                                   | Por redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram, etc.) | Por sitios web (foros, blogs, etc.) | De manera presencial (cara-cara) | No me han agredido       |
| 1   | Rumores mal intencionados   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| 2   | Ignorándome o no tomándome en cuenta ("ley del hielo")                                | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| 3   | Amenazándome u hostigándome   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| 4   | Aislándome o dejándome apartado (excluyéndome de actividades, grupos de amigos, etc.) | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| 5   | Insultándome o garabateándome   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| 6   | Burlándose o descalificándome (sobrenombres ofensivos, etc.)                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |

SI NUNCA HAS SIDO AGREDIDO, POR FAVOR, PASA A LA PREGUNTA 35.

**30** SOLO SI TE HAN AGREDIDO. Durante el año 2014, ¿has sentido que has sido agredido por alguna de las siguientes razones? : Marca con una equis (X) todas las alternativas necesarias

|   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mis notas            | <input type="checkbox"/> Pertenecer a un pueblo indígena | <input type="checkbox"/> Tener sobrepeso/obesidad   |
| <input type="checkbox"/> La ropa que uso      | <input type="checkbox"/> Mi religión                     | <input type="checkbox"/> Tener bajo peso  |
| <input type="checkbox"/> Mi apariencia física | <input type="checkbox"/> Tener una discapacidad          | <input type="checkbox"/> Mi orientación sexual  |
| <input type="checkbox"/> El lugar donde vivo  | <input type="checkbox"/> Ser hombre                      | <input type="checkbox"/> Otra <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> |
| <input type="checkbox"/> Ser de otro país     | <input type="checkbox"/> Ser mujer                       | (Específica) (Una letra por casilla)  |

**31** SOLO SI TE HAN AGREDIDO. Durante el año 2014, las veces que te han agredido, ¿Cómo has reaccionado? : Marca con una equis (X) todas las alternativas necesarias

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No haces nada                    | <input type="checkbox"/> Se lo cuentas a algún amigo  |
| <input type="checkbox"/> Lo/la insultas                   | <input type="checkbox"/> Arrancas   |
| <input type="checkbox"/> Le pegas                         | <input type="checkbox"/> Le respondes con la misma agresión   |
| <input type="checkbox"/> Le cuentas al (a la) profesor(a) | <input type="checkbox"/> Lloras   |
| <input type="checkbox"/> Se lo cuentas a tu familia       | <input type="checkbox"/> Otra <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> |
|   | (Específica) (Una letra por casilla)  |

**32** SOLO SI TE HAN AGREDIDO. Durante el año 2014, ¿le has contado a algún adulto que fuiste agredido? : Marca con una equis (X) una sola alternativa

☐ Sí —> Pasa a pregunta 34      ☐ No

**33** SOLO SI NO LE HAS CONTADO A ALGÚN ADULTO. ¿Cuál fue el **principal motivo** que tuviste para no contarle a algún adulto sobre la agresión? : Marca con una equis (X) una sola alternativa

☐ La agresión no fue tan grave

☐ Porque no me volvieron a agredir

☐ Porque me dio vergüenza

☐ Por miedo a amenazas/represalias

☐ Los encargados (profesores, directivos, etc.) del establecimiento no hubieran hecho nada

☐ Las instituciones estatales (Superintendencia de la Educación/ Ministerio Educación) no hubieran hecho nada

☐ No sabía a quién contarle

☐ Otra (Específica) (Una letra por casilla)

SI RESPONDISTE LA PREGUNTA ANTERIOR, POR FAVOR, AHORA PASA A LA PREGUNTA 35

**34** SOLO SI LE HAS CONTADO A ALGÚN ADULTO. ¿Le contaste a alguna de las siguientes personas/instituciones que fuiste agredido? : Marca con una equis (X) Sí o No según corresponda para cada situación

|  | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 Padres   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Profesores (as) de mi establecimiento                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Director/a de mi establecimiento                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Superintendencia de Educación/ Ministerio de Educación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## MÓDULO VI

Las siguientes preguntas refieren a situaciones que tú has realizado en tu establecimiento educacional.

| 35 Durante el año 2014, ¿has agredido a alguien de tu establecimiento? |   | : Marca con una equis (X) una sola alternativa para cada situación |                                     |                          |                              |                          |
|--|---|--|-------------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
|  |   | Nunca  | Dos o tres veces en el período 2014 | Al menos una vez al mes  | Al menos una vez a la semana | Todos los días           |
| 1  | He agredido a un(a) Estudiante  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 2  | He agredido a un(a) Profesor(a)   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 3  | He agredido a un(a) Asistente de la Educación (inspectores, auxiliares, secretaria, etc.) | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 4  | He agredido al Director(a)  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |

| 36 Durante este año 2014 y de acuerdo a las siguientes formas de agresión, ¿con qué frecuencia has agredido a otro estudiante de tu establecimiento? |  | : Marca con una equis (X) una sola alternativa para cada forma de agresión |                                     |                          |                              |                          |
|--|--|--|-------------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
|  |  | Nunca  | Dos o tres veces en el período 2014 | Al menos una vez al mes  | Al menos una vez a la semana | Todos los días           |
| 1  | Rumoreando con mala intención  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 2  | Peleas físicas (combos, patadas, tirarse el pelo, etc.)                          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 3  | Ignorándole o no tomándole en cuenta ("ley del hielo")                           | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 4  | Amenazándolo u hostigándolo  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 5  | Tirándole objetos contundentes (estuche, mochila, borrador, silla, etc.)         | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 6  | Aislándolo o dejándolo apartado (excluir de actividades, grupos de amigos, etc.) | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 7  | Insultándolo o garabateándolo  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 8  | Burlándote o descalificándolo (sobrenombres ofensivos, etc.)                     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 9  | Empujándolo con mala intención   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |

| 37 Durante este año 2014 y tomando en cuenta cada una de las siguientes agresiones, ¿has agredido a alguna de estas personas? |  | : Marca con una equis (X) todas las alternativas necesarias para cada forma de agresión |                          |                                 |                          |                          |
|---|--|---|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   |  | Profesor  | Directivo                | Otro adulto del establecimiento | Apoderado                | No he agredido           |
| 1   | Rumoreando con mala intención  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2   | Peleas físicas (combos, patadas, tirarse el pelo, etc.)                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3   | Ignorándole o no tomándole en cuenta ("ley del hielo")                           | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4   | Amenazándolo u hostigándolo  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5   | Tirándole objetos contundentes (estuche, mochila, borrador, silla, etc.)         | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6   | Aislándolo o dejándolo apartado (excluir de actividades, grupos de amigos, etc.) | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7   | Insultándolo o garabateándolo  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8   | Burlándote o descalificándolo (sobrenombres ofensivos, etc.)                     | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9   | Empujándolo con mala intención   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**38** Tomando en cuenta las agresiones mencionadas en la pregunta anterior, ¿La mayoría de las veces, has agredido **solo o en grupo**? Marca con una equis (X) una sola alternativa

1. Solo ☐ 2. En grupo ☐ 3. No he agredido ☐

**39** De acuerdo a las siguientes formas de agresión, ¿de qué manera has agredido...? Marca con una equis (X) todas las alternativas necesarias para cada forma de agresión

|  | Por mensajes (SMS, Whatsapp, Snapchat, mails, etc.) | Por redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram, etc.) | Por sitios web (foros, blogs, etc.) | De manera presencial (cara-cara) | No he agredido           |
|--|---|---|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| 1 Rumoreando con mala intención  | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| 2 Ignorándolo o no tomándole en cuenta ("ley del hielo")                           | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| 3 Amenazándolo u hostigándolo  | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| 4 Aislándolo o dejándolo apartado (excluir de actividades, grupos de amigos, etc.) | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| 5 Insultándolo o garabateándolo  | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| 6 Burlándote o descalificándolo (sobrenombres ofensivos, etc.)                     | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |

**SI NUNCA HAS AGREDIDO, POR FAVOR, PASA A LA PREGUNTA 42.**

**40** SOLO SI HAS AGREDIDO. Durante el año 2014, ¿Por cuál de las siguientes razones has agredido? Marca con una equis (X) todas las alternativas necesarias

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Por jugar                  | <input type="checkbox"/> Por una injusticia                    |
| <input type="checkbox"/> Porque se burlaron de mí   | <input type="checkbox"/> Para imponer respeto                  |
| <input type="checkbox"/> Porque me insultaron       | <input type="checkbox"/> Porque me obligó otra persona         |
| <input type="checkbox"/> Por defenderme de un golpe | <input type="checkbox"/> Para sentirme superior                |
| <input type="checkbox"/> Por defender a otro/otra   | <input type="checkbox"/> Para que me aceptaran en un grupo     |
| <input type="checkbox"/> Por defender mi territorio | <input type="checkbox"/> Para robar                            |
| <input type="checkbox"/> Porque me dieron ganas     | <input type="checkbox"/> Para no quedar mal con los compañeros |
| <input type="checkbox"/> Porque me miraron feo      | <input type="checkbox"/> Porque le tengo mala                  |
| <input type="checkbox"/> Porque hablaron mal de mi  | <input type="checkbox"/> Otra <input type="text"/>             |
| <input type="checkbox"/> Porque me pasaron a llevar |  |

(Especifica) (Una letra por casilla)

**41** SOLO SI HAS AGREDIDO. Durante el año 2014, ¿has agredido por alguna de las siguientes razones a alguien de tu establecimiento? Marca con una equis (X) todas las alternativas necesarias

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Las notas que se saca/n         | <input type="checkbox"/> Tener una discapacidad    |
| <input type="checkbox"/> La ropa que usa/n               | <input type="checkbox"/> Ser hombre                |
| <input type="checkbox"/> Su apariencia física            | <input type="checkbox"/> Ser mujer                 |
| <input type="checkbox"/> El lugar donde vive             | <input type="checkbox"/> Tener sobrepeso/obesidad  |
| <input type="checkbox"/> Ser de otro país                | <input type="checkbox"/> Tener bajo peso           |
| <input type="checkbox"/> Pertenecer a un pueblo indígena | <input type="checkbox"/> Su condición sexual       |
| <input type="checkbox"/> Su religión                     | <input type="checkbox"/> Otra <input type="text"/> |

(Especifica) (Una letra por casilla)

## MÓDULO VII

Las preguntas a continuación refieren a situaciones de acoso sexual en los establecimientos. Estas situaciones se definen a partir de "comportamientos sexuales **no deseados** que son realizados en persona o a través de medios electrónicos", que te han hecho sentir incómodo y que han sido realizadas sin tu consentimiento. Sabemos que éste es un tema personal. Queremos recordarte que todas las respuestas de este cuestionario son absolutamente **confidenciales**. Te invitamos a contestar con sinceridad las preguntas a continuación.

| 42 Durante este año 2014, ¿con qué frecuencia alguna persona del ámbito escolar (otros estudiantes, profesores, directivos, adultos del establecimiento) te ha realizado algunas de las siguientes acciones <b>sin que tú lo quisieras</b> ? |  | Marca con una equis (X) una sola alternativa para cada forma de agresión |                                     |                          |                              |                          |
|--|--|--|-------------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
|  |  | Nunca  | Dos o tres veces en el período 2014 | Al menos una vez al mes  | Al menos una vez a la semana | Todos los días           |
| 1  | Realizado comentarios, bromas o gestos sexuales                        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 2  | Mostrado, entregado o dejado fotografías, imágenes o mensajes sexuales | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 3  | Escrito mensajes o graffitis sexuales sobre ti en baños, paredes, etc. | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 4  | Difundido rumores sexuales sobre ti                                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 5  | Dicho insultos o descalificaciones homofóbicas                         | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 6  | Espiado en camarines o baños   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 7  | Mostrado partes íntimas (ej: "cara pálida")                            | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 8  | Tocado o agarrado intencionalmente de forma sexual                     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 9  | Forzado a besar  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 10   | Forzado a realizar otra acción sexual, diferente a besar               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |

**SI NUNCA TE HAN REALIZADO ALGUNA DE LAS ACCIONES DE LA PREGUNTA ANTERIOR, POR FAVOR, PASA A LA PREGUNTA 45.**

| 43 SOLO SI TE HAN REALIZADO ALGUNA DE LAS ACCIONES DE LA PREGUNTA ANTERIOR. De acuerdo a los comportamientos mencionados en la pregunta anterior, ¿Fueron realizados estos comportamientos por...? |                                 | Marca con una equis (X) Sí o No según corresponda |                          |
|--|---------------------------------|---|--------------------------|
|  |                                 | Sí  | No                       |
| 1  | Un(a) Estudiante                | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> |
| 2  | Un(a) Profesor(a)               | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> |
| 3  | Un(a) Asistente de la educación | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> |
| 4  | Un Directivo                    | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> |

| 44 De las siguientes formas de agresión, ¿han sido realizados...? |   | Marca con una equis (X) todas las alternativas necesarias para cada forma de agresión |   |                                     |                                  |                          |
|---|---|---|---|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
|   |   | Por mensajes (SMS, Whatsapp, Snapchat, mails, etc.)                                   | Por redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram, etc.) | Por sitios web (foros, blogs, etc.) | De manera presencial (cara-cara) | No he sido agredido      |
| 1   | Mostrado, entregado o dejado fotografías, imágenes o mensajes sexuales sobre ti             | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| 2   | Difundido rumores sexuales sobre ti   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| 3   | Mostrado, entregado o dejado fotografías, imágenes o mensajes sexuales sobre otras personas | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |

## MODULO VIII

| 45 Durante este año 2014, ¿con qué frecuencia has estado involucrado en las siguientes situaciones <b>dentro de tu establecimiento educacional?</b> |   | Marca con una equis (X) una sola alternativa para cada situación |                                     |                          |                              |                          |
|---|---|--|-------------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
|   |   | Nunca  | Dos o tres veces en el período 2014 | Al menos una vez al mes  | Al menos una vez a la semana | Todos los días           |
| 1   | Dañado o destruido mobiliario o bienes escolares a propósito      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 2   | Robado o intentado robar artículos (cosas) a alguien              | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 3   | Vendido o comprado drogas (marihuana, cocaína, pasta base, otras) | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 4   | Consumido drogas (marihuana, cocaína, pasta base, otras)          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 5   | Consumido alcohol   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 6   | Portado armas de fuego  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 7   | Portado armas blancas (cuchillos, cortaplumas, etc.)              | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |

| 46 ¿Cuántas veces has fumado/tomado... en los ÚLTIMOS 30 DÍAS? |                     | Marca con una equis (X) una sola alternativa para cada situación |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|---------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  |                     | Ninguna  | 1 o 2 veces              | 3 a 9 veces              | 10 a 19 veces            | 20 a 39 veces            | Más de 40 veces          |
| 1  | Cigarrillo (Tabaco) | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2  | Alcohol             | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 47 Cuántas veces has fumado/consumido... en los ÚLTIMOS 12 MESES? |   | Marca con una equis (X) una sola alternativa para cada situación |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   |   | Ninguna  | 1 o 2 veces              | 3 a 9 veces              | 10 a 19 veces            | 20 a 39 veces            | Más de 40 veces          |
| 1   | Marihuana   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2   | Otras Drogas (cocaína, pasta base, éxtasis, etc.) | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 48 ¿Asistes, <b>al menos una vez al mes</b> , a alguna de las siguientes actividades dentro o fuera de tu establecimiento? |                        | Marca con una equis (X) Sí o No según corresponda |                          |   |  |                          |                          |
|--|------------------------|---|--------------------------|---|--|--------------------------|--------------------------|
|  |                        | Sí  | No                       |   | Sí   | No                       |                          |
| 1  | Talleres de música     | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | 5 | Talleres artísticos (danza, teatro, pintura, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2  | Talleres de ciencia    | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | 6 | Participación en centro de alumnos                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3  | Actividades deportivas | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | 7 | Acciones de voluntariado                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4  | Grupo religioso        | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> |   |  |                          |                          |

## MÓDULO IX

### 49 ¿Cómo describirías la relación que tienes/tienen...?

Marca con una equis (X) una sola alternativa para cada relación

|   |   | Mala                     | No muy buena             | Buena                    | Muy buena                | No aplica (no tiene padre/madre vivo o no tiene relación) |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| 1 | Tus padres con tus profesores(as) que te hacen clases | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                  |
| 2 | Tú con tu padre (figura paterna)                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                  |
| 3 | Tú con tu madre (figura materna)                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                  |
| 4 | Tus padres entre ellos                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                  |

### 50 Respecto de lo que hacen tus padres o adultos que se ocupan de ti, ¿podrías decirnos...

Marca con una equis (X) una sola alternativa para cada situación

|   |  | Poco                     | Algo                     | Bastante                 | Mucho                    |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | ¿Cuán atentos están tus padres (o alguno de ellos) respecto de lo que haces en el colegio?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | En general, ¿tú dirías que tus padres (o alguno de ellos) conocen a tus amigos más cercanos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | En general, ¿alguno de tus padres se fija en lo que ves en la televisión y/o internet?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 51 ¿Con qué frecuencia tus padres o los adultos que se ocupan de ti saben...?

Marca con una equis (X) una sola alternativa para cada situación

|   |   | Nunca                    | Casi nunca               | A veces                  | Casi siempre             | Siempre                  |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Dónde vas en las tardes (después del colegio) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Dónde vas en las noches de fin de semana      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Con quién sales                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | A qué hora vas a volver                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 52 Durante el año 2014 cuando se ha presentado algún problema entre tú y tus padres o los adultos que se ocupan de ti, ¿con qué frecuencia han actuado de la siguiente manera?

Marca con una equis (X) una sola alternativa para cada situación

|   |   | Nunca                    | Dos o tres veces en el período 2014 | Al menos una vez al mes  | Al menos una vez a la semana | Todos los días           |
|---|---|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 1 | Te han gritado  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Te han dicho que no te querían  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Te han insultado o te han dicho garabatos                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Se han burlado de ti frente a otras personas                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Te han dejado de hablar por varios días                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Te han amenazado con golpearte con algún objeto (cinturones, cuerdas, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |

# MÓDULO X

| 53 Durante el último mes, ¿con qué frecuencia han ocurrido las siguientes situaciones en tu barrio? |   | Marca con una equis (X) una sola alternativa para cada situación |                          |                          |                              |                          |
|---|---|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
|   |   | Nunca  | Una vez al mes           | Dos o tres veces al mes  | Al menos una vez a la semana | Todos los días           |
| 1   | Personas vendiendo drogas   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 2   | Peleas a golpes   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 3   | Personas consumiendo drogas   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 4   | Asaltos   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 5   | Personas portando armas de fuego  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 6   | Escuchado disparos  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| 7   | Evitado pasar por algunos lugares por miedo a ser atacado por alguien (ej: parques, esquinas, algunas calles, etc.) | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |

| 54 ¿Cuál es el nivel educacional de tu madre (o figura materna con la que vives)? ¿Y el de tu padre (o figura paterna con la que vives)? Señala el máximo nivel educacional alcanzado. |  | Marca con una equis (X) una sola alternativa |                          |
|--|--|--|--------------------------|
|  |  | Madre  | Padre                    |
| 1  | Sin educación  | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> |
| 2  | Enseñanza Básica Incompleta                              | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> |
| 3  | Enseñanza Básica Completa                                | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> |
| 4  | Enseñanza Media Incompleta                               | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> |
| 5  | Enseñanza Media Completa                                 | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> |
| 6  | Universitaria/Instituto Profesional o Técnica Incompleta | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> |
| 7  | Universitaria/Instituto Profesional o Técnica Completa   | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> |
| 8  | Estudios de Postgrado (Magíster y/o Doctorado)           | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> |
| 9  | No sé  | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> |
| 10   | No aplica (no tiene)                                     | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> |

55 ¿Nos podrías contar qué te pareció esta encuesta? ¿Hay algo más que quisieras agregar? Escribe abajo tus comentarios.

---



---



---

Te invitamos a conversar con algún adulto de tu confianza si quieres hablar sobre los temas que te hemos preguntado. También puedes llamar al **800 730 800 (Fono Sename)** quienes podrán orientarte y resolver tus dudas. Apoyarse con otros siempre ayuda a resolver las dificultades y a sentirse mejor.

**¡Muchas Gracias!**