

Kupol: un estudio acerca del significado del medio ambiente escolar en la salud psíquica de los jóvenes

AL TUTULAR DE LA CUSTODIA



kupolstudien.se

Encuesta para tutores

Usted debe rellenar la encuesta de la siguiente manera:

Las respuestas de la encuesta se registran mediante máquina y por eso es importante que los datos estén rellenos de manera correcta.

- Utilice un buen bolígrafo de color negro o azul oscuro. Evite utilizar un lápiz.
- Escriba de manera clara con letras mayúsculas sobre las líneas marcadas. Trate de evitar escribir sobre varias líneas o fuera de las líneas.
- En lo posible marque dentro de las casillas.

Así:

Así NO:

- En los casos en que las respuestas deban indicarse en cifras, escriba claramente con letras mayúsculas.

Así:

Así NO:

- Si se equivoca al escribir, rellene toda la casilla con color. De esa manera la máquina no podrá leer la casilla.

Así:

¿Tiene alguna duda?

Si quiere saber más acerca del estudio Kupol o cómo debe responder la encuesta, puede contactarse con: **Elin Arnö** a través del correo electrónico elin.arno@ki.se o por teléfono 08-524 80 108.

Plazo de respuesta

Le pedimos que responda la encuesta tan pronto como sea posible, preferiblemente en un plazo de dos días.

Si tiene opiniones acerca de la encuesta o del estudio, puede escribirlas al pie de la última página.

¡Gracias por su participación!

Información de antecedentes acerca de usted como titular de la custodia

1. ¿Qué relación tiene usted con su hijo del octavo curso?

- Madre Padre
 Madrastra Padrastro
 Madre de crianza Padre de crianza
 Otra, ¿cuál? _____

2. ¿Con quién vive usted la mayor parte de la semana?

Se pueden marcar con una X varias alternativas

- Sus hijos y/o los hijos de otros (responder también la pregunta 3)
 Su esposo/esposa/pareja de hecho/compañero o compañera
 Sus padres/hermanos
 Otros adultos

3. Si usted vive junto con sus hijos o los hijos de otros: ¿Cuántos hijos son y qué edades tienen?

Cuente a los hijos que vivan al menos la mitad del tiempo con usted, **incluso su hijo de octavo curso**

- hijos de 0 a 5 años
 hijos de 6 a 12 años
 hijos de 13 a 19 años
 hijos de 20 o más años

4. Su edad:

5. Su sexo:

- Mujer Hombre Otro

6. ¿Cuál es el más alto nivel de formación que usted tiene?

¡Atención! Indique solo una alternativa

- Ninguna formación
 Educación primaria (Grundskola), educación primaria "folkskola", educación secundaria de nivel inferior (realskola) o semejante
 Educación secundaria de 2 años o centro de enseñanza profesional
 Educación secundaria de 3 años
 Educación secundaria de 4 años
 Educación universitaria o de estudios superiores menores de 3 años
 Educación universitaria o de estudios superiores de 3 años o más
 Otra formación, ¿cuál? _____

10. ¿En qué año se trasladó a Suecia?

11. ¿Por qué se trasladó a Suecia?

- Refugiado/Razones humanitarias
- Para estudiar
- Para trabajar
- Pariente de una persona que es refugiada o que se trasladó por razones humanitarias (por ejemplo, padres, pareja)
- Pariente de otra persona (por ejemplo, padre o pareja)
- Adopción
- Otro motivo ¿cuál? _____

12. Durante los últimos 12 meses, ¿ha participado más o menos regularmente en actividades junto con otras personas?

Por ejemplo, deportes, música/teatro, círculos de estudio, encuentros religiosos, coros, círculo de costura, asociación política u otra actividad en asociaciones.

- Sí No

13. ¿Tiene usted alguna persona o personas que puedan darle apoyo personal para resolver problemas personales o crisis en su vida?

- Sí, siempre
- Sí, casi siempre
- No, casi nunca
- No, nunca

14. ¿Votó usted en alguna de las últimas elecciones (elección parlamentaria, elección de la diputación provincial o elección municipal)?

- Sí No

15. ¿Qué confianza tiene usted en las siguientes instituciones de la sociedad?

Marque con una X una alternativa en cada renglón.

	Mucha	Bastante	No mucha	Ninguna	No tengo ninguna opinión
La asistencia médico sanitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El servicio social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La policía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El parlamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El gobierno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los políticos de su municipio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor marque con una X la alternativa que mejor corresponda según su opinión.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Medianamente de acuerdo	Muy de acuerdo
16. En general se puede confiar en la mayoría de las personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. La mayoría de las personas son correctas y no se aprovechan de otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Acerca del otro titular de la custodia del niño

18. ¿Vive usted junto con el otro titular de la custodia?

- Sí, todo el tiempo o parte de él
- No
- No hay otros titulares de la custodia (ir a la pregunta 25)

19. ¿Cuál es la formación más elevada realizada por el otro titular de la custodia?

¡Atención! Indique solo una alternativa

- Ninguna formación
- Educación primaria (Grundskola), educación primaria "folkskola", educación secundaria de nivel inferior (realskola) o semejante
- Educación secundaria de 2 años o centro de enseñanza profesional
- Educación secundaria de 3 años
- Educación secundaria de 4 años
- Educación universitaria o de estudios superiores menores de 3 años
- Educación universitaria o de estudios superiores de 3 años o más
- Otra formación, ¿cuál? _____

23. ¿En qué año se trasladó él o ella a Suecia?

--	--	--	--

24. ¿Por qué se trasladó él o ella a Suecia?

- Refugiado/Razones humanitarias
- Para estudiar
- Para trabajar
- Pariente de una persona que es refugiada o que tiene razones humanitarias (por ejemplo, padres, pareja)
- Pariente de otra persona (por ejemplo padre o pareja)
- Adopción
- Otro motivo ¿cuál? _____
- No sabe
- Él/ella no vive en Suecia

Acerca de su hijo

Por favor marque la alternativa que mejor corresponda según su opinión (En desacuerdo, Parcialmente de acuerdo, Totalmente de acuerdo). Es importante que conteste todas las preguntas, aun cuando no esté totalmente seguro o considere que la pregunta parece rara. Las preguntas están referidas a la conducta de su hijo los últimos 6 meses.

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
25. Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Comparte frecuentemente con otros niños/as chucherías, juguetes, lápices, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Frecuentemente tiene rabietas o mal genio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado, o enfermo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Está continuamente moviéndose y es revoltoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/ellas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Por lo general cae bien a los otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Trata bien a los niños/as más pequeños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | |
|-----|---|--------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| 42. | A menudo miente o engaña | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | No es
cierto | Un tanto
cierto | Absolutamente
cierto |
| 43. | Los otros niños se meten con él/ella o se burlan de él/ella | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. | A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. | Piensa las cosas antes de hacerlas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. | Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. | Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. | Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. | Termina lo que empieza, tiene buena concentración | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. | ¿Tiene usted algún comentario o preocupación en particular que quiera plantear? | | | |

51. ¿Cree usted que su hijo/a tiene dificultades en alguna de las siguientes áreas:
emociones, concentración, conducta o capacidad para relacionarse con otras personas?

No	Si- pequeñas dificultades	Si- claras dificultades	Si- severas dificultades
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si ha contestado "No", ir a la pregunta 56

52. ¿Desde cuándo tiene estas dificultades?

Menos de un mes	1-5 meses	6-12 meses	Más de un año
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. ¿Cree usted que estas dificultades preocupan o causan malestar a su hijo/a?

No	Sólo un poco	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. ¿Interfieren estas dificultades en la vida diaria de su hijo/a en las siguientes áreas?

	No	Sólo un poco	Bastante	Mucho
Vida en la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amistades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aprendizaje en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividades de ocio o de tiempo libre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55. ¿Son estas dificultades una carga para usted o su familia?

No	Sólo un poco	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor marque con una cruz la alternativa que, en su opinión, mejor corresponda.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	De acuerdo
56. Permiso que mi hijo se exprese, aun cuando yo no esté de acuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Respeto las opiniones de mi hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. En nuestra familia nos tomamos el tiempo para escuchar las opiniones del otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	En raras ocasiones	A veces	La mayoría de las veces	Siempre
59. ¿Habla su hijo en casa acerca de cómo se las arregla en las diferentes asignaturas en la escuela - ahora, en su curso actual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. ¿Cuenta su hijo cómo le va en la escuela? (como le fue en diferentes pruebas, las relaciones con los maestros, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. ¿Tiene su hijo muchos secretos acerca de lo que hace en el tiempo libre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. ¿Tiene su hijo muchos secretos con usted acerca de lo que hace por las noches y los fines de semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Si su hijo sale una noche, ¿suele contarle qué hace durante esa noche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría De las veces	Siempre
64. ¿Necesita el niño/ niña permiso para poder estar en la calle hasta tarde, por las noches entre semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. ¿Tiene su hijo/ hija primero que preguntarle a usted, antes de que él o ella pueda decidir con sus amistades que van hacer un sábado por la noche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. ¿Si su hijo / hija sale un sábado noche, tiene en tal caso él o ella informarle a usted de antemano donde va a salir y con quién?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. ¿Requiere usted saber dónde está por las noches, con quien se junta y que hace el niño /niña?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. ¿Si su hijo/hija ha estado fuera hasta muy tarde una noche, exige usted en tal caso que él o ella le explique detalladamente lo que él o ella ha hecho y con qué amistades ha estado?

	No, Absolutamente No	No, pero Si, poco	Muy cercano al Sí, solo en parte parte	Completamente mucho	de lleno
69. ¿Confía usted que el niño/niña no vaya a caer en malas amistades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. ¿Confía usted en que el niño / la niña cuida su dinero (y no cae en deudas o compra cosas innecesarias)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. ¿Confía usted completamente en su hijo / hija y le permite tomar a él o ella la responsabilidad de su vida en su tiempo libre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. ¿Ha confiado usted de que su hijo/ hija ha dado lo mejor de sí en el colegio durante esta temporada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. ¿Confía usted de que su hijo/ hija no ha hecho algo malo en su tiempo libre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. ¿Confía usted de que lo que su hijo / hija le dice va hacer un sábado noche es cierto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

75. Hasta ahora, ¿cuán satisfecho está usted con la formación que recibe su hijo en la escuela?

No estoy nada satisfecho						Muy satisfecho
1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

76. ¿Cómo se siente con relación a la escuela en la preparación de su hijo para la vida laboral futura?

Nada bien						Muy bien
1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Qué importancia considera que las siguientes cuestiones deberían tener para su hijo?:

77. Conseguir un trabajo de tiempo completo después de la escuela de enseñanza secundaria

No es en absoluto importante

Muy importante

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Qué importancia considera que las siguientes cuestiones deberían tener para su hijo?:

78. Continuar sus estudios en la universidad/escuela de enseñanza superior después de la escuela de enseñanza secundaria

No es en absoluto importante

Muy importante

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
--	--------------------------	---------------	--------------------------------	---------------------	----------------

79.	Espero que mi hijo continúe estudiando después de la escuela de enseñanza secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80.	Es importante que mi hijo estudie después de la escuela de enseñanza secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81.	La escuela es importante si es que mi hijo quiere alcanzar sus objetivos futuros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82.	La formación de mi hijo implicará muchas posibilidades para él	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83.	Soy optimista en lo relativo al futuro de mi hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

84. ¿Cuál es la formación más elevada que espera que logre su hijo?

- No sabe
- Educación secundaria - enseñanza preparatoria de un oficio o profesión
- Educación secundaria - enseñanza preparatoria de estudios teóricos
- Diploma universitario

85. ¿Cuál es la formación más elevada que usted cree que va a lograr su hijo?

- No sabe
- Educación secundaria - enseñanza preparatoria de un oficio o profesión
- Educación secundaria - enseñanza preparatoria de estudios teóricos
- Diploma universitario

Por favor marque la alternativa que mejor corresponda.

	Nunca	A veces.	Sí, casi siempre
86. Muestro las cosas positivas y en raras ocasiones las negativas de mi hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. Muestro cuán orgulloso estoy de mi hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. Realizo pequeñas cosas que hacen que mi hijo se sienta especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. Muestro con gestos y con palabras que quiero a mi hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. Muestro que quiero a mi hijo - casi independientemente de lo que él haga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91. Elogio a mi hijo sin un motivo especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

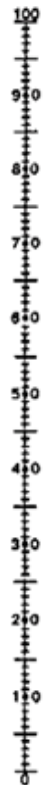
92. ¿Cómo puede ver usted que un adolescente se desarrolla y le va a bien en todas las áreas de la vida? Según usted ¿cómo es él o ella, de qué manera?

Acerca de su salud

93. Indique cuán buena o mala es su salud hoy.

El mejor estado de salud que pueda imaginarse está marcado con 100 y el peor está marcado con 0:

Mejor estado
de salud
posible



Peor estado
de salud
posible

94. ¿Ha fumado alguna vez cigarrillos prácticamente todos los días durante al menos 6 meses?

No (ir a la pregunta 85)

Sí

95. En la actualidad ¿fuma cigarrillos prácticamente todos los días?

No

Sí ¿Cuántos cigarrillos fuma por día aproximadamente?

96. ¿Ha tomado rapé (snusa) alguna vez prácticamente todos los días durante al menos 6 meses?

No (ir a la pregunta 87)

Sí

97. En la actualidad, ¿toma rapé prácticamente todos los días?

No

Sí ¿Cuántos dosis de rapé toma usted por semana aproximadamente?

98. ¿Con qué frecuencia sucede que en una misma ocasión usted toma como mínimo el equivalente a:

- 1 media botella de bebidas alcohólicas
- 2 botellas de vino
- 6 latas de cerveza con alta graduación de alcohol (8 botellas)
- 12 botellas de cerveza de graduación media de alcohol

- Casi todos los días (al menos 5 días por semana)
- Algunas veces por semana (3-4 veces por semanas)
- Alguna vez por semana (1-2 veces por semana)
- 2-3 veces por mes
- 1 vez al mes
- 1-6 veces por año
- Nunca
- No bebo alcohol

¡Gracias por su participación! Envíe la encuesta en el sobre de respuesta adjunto.