

# ENCUESTA SOBRE EL BIENESTAR SUBJETIVO DE LA INFANCIA EN LA CIUDAD DE ZARAGOZA

## Cuestionario



¡Hola!

El Ayuntamiento de Zaragoza está preparando el Plan de Infancia y Adolescencia 2022-2030, que recoge las actuaciones que el Ayuntamiento va a realizar en los próximos años para responder a vuestras necesidades y a vuestra realidad.

Los niños y las niñas tenéis derecho a ser escuchados en todos los asuntos que os afecten y el Ayuntamiento quiere asegurarse de que vuestras opiniones son tenidas en cuenta en este Plan.

Por ello, os pedimos que respondáis un cuestionario con preguntas sobre diferentes ámbitos de vuestra vida como por ejemplo la familia, la escuela, tus hábitos o tu barrio. También realizarán este cuestionario otros muchos chicos y chicas de 5º y 6º de primaria de la ciudad.

No os pedimos vuestros nombres ni apellidos, por lo que nadie sabrá vuestras respuestas. No hay respuestas buenas ni malas: todas son válidas.

¡Muchas gracias por vuestra colaboración!

FECHA \_\_\_\_\_

NOMBRE DE TU COLEGIO \_\_\_\_\_

CURSO:                      5° DE PRIMARIA                       6° DE PRIMARIA

## **SOBRE TI**

---

### **1. ¿Cuántos años tienes?**

*\*Obligatoria*

9 años

10 años

11 años

12 años

13 años

14 años

### **2. ¿Tú eres?**

*\*Obligatoria*

Un niño

Una niña

Otro

## TU FAMILIA

---

### 3. ¿Cuál de estas opciones describe mejor el hogar donde vives?

Vivo con personas de mi familia	<input type="checkbox"/>
Vivo con una familia de acogida	<input type="checkbox"/>
Vivo en un centro para niños y niñas	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>



*Si vives “en un centro para niños y niñas” o tienes “otra situación” pasa la pregunta 6 y luego sigue en la pregunta 13*

*HACER SI: (P3= “Vivo con personas de mi familia” o “Vivo con una familia de acogida”)*

**3.1. ¿Tienes otra familia en otra casa?** Por ejemplo, si tus padres están separados o divorciados...

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

*HACER SI: (P3.1= “No”)*

**3.2.1 ¿Cuántas personas sois en la casa en la que vives incluyéndote a ti?**

Nº \_\_\_\_\_

**3.2.2 Escribe el número de todas las personas que viven contigo**

	0	1	2	Más de 2
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pareja de madre/padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanos y hermanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*HACER SI: (P3.1= “Sí”)*

**3.2.3 Pensando en la casa donde vives más tiempo, ¿Cuántas personas sois incluyéndote a ti?** Si pasas el mismo tiempo en las dos casas, piensa en la casa donde has dormido la última noche.

Nº \_\_\_\_\_

**3.2.4 Pensando en la casa donde vives más tiempo, escribe el número de todas las personas que viven contigo**

	0	1	2	Más de 2
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pareja de madre/padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanos y hermanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. ¿Cuántas personas que viven contigo tienen un trabajo por el que cobran?**

Ninguna	<input type="checkbox"/>
Una	<input type="checkbox"/>
Dos	<input type="checkbox"/>
Más de dos	<input type="checkbox"/>
No lo sé	<input type="checkbox"/>

**5. ¿En qué medida estás de acuerdo con cada una de estas frases?**

	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Más o menos de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo	No lo sé
Hay personas en mi familia que se preocupan por mí	<input type="checkbox"/>					
Si tengo un problema, mi familia me ayudará	<input type="checkbox"/>					
En mi familia nos lo pasamos bien juntos	<input type="checkbox"/>					
Me siento seguro en casa	<input type="checkbox"/>					
Mi familia me escucha y tiene en cuenta lo que digo	<input type="checkbox"/>					
Puedo participar en las decisiones que se toman en casa	<input type="checkbox"/>					

**6. ¿Hasta qué punto estás satisfecho o satisfecha con las personas con quién vives?**

Siendo 0 Nada Satisfecho/a y 10 Totalmente Satisfecho/a

Nada satisfecho/a												Totalmente satisfecho/a
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

## LA CASA DONDE VIVES

---

Piensa en la casa en la que pasas más tiempo

**7. ¿Cuántos baños hay en tu casa?**

Ninguno	<input type="checkbox"/>
Uno	<input type="checkbox"/>
Dos	<input type="checkbox"/>
Más de dos	<input type="checkbox"/>

**8. ¿Hay lavavajillas en tu casa?**

No	<input type="checkbox"/>
Sí	<input type="checkbox"/>

**9. ¿Duermes en una habitación tú solo/a, o la compartes?**

Duelmo en una habitación yo solo/a	<input type="checkbox"/>
Duelmo en una habitación que comparto con hermanos/as u otras personas	<input type="checkbox"/>

**10. ¿Cuántos ordenadores tiene tu familia?** Incluye ordenadores portátiles y tablets que funcionen (no cuentes videoconsolas ni smartphones)

Ninguno	<input type="checkbox"/>
Uno	<input type="checkbox"/>
Dos	<input type="checkbox"/>
Más de dos	<input type="checkbox"/>

**11 ¿Tu familia tiene coche propio o furgoneta?**

No	<input type="checkbox"/>
Sí, uno	<input type="checkbox"/>
Sí, dos o más	<input type="checkbox"/>

**12. En el último año, ¿cuántas veces saliste de vacaciones fuera de España con tu familia?**

Ninguno	<input type="checkbox"/>
Uno	<input type="checkbox"/>
Dos	<input type="checkbox"/>
Más de dos	<input type="checkbox"/>

### 13. ¿Hasta qué punto estás satisfecho o satisfecha con la casa donde vives?

Siendo 0 Nada Satisfecho/a y 10 Totalmente Satisfecho/a

												
<b>Nada satisfecho/a</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Totalmente satisfecho/a</b>

### 14. ¿Cuál/es de las siguientes cosas tienes?

	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Acceso a internet en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un escritorio para hacer los deberes y estudiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un teléfono móvil para ti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El material y las cosas que necesitas para la escuela (por ejemplo, para las clases, para ir de excursión...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El material y las cosas que necesitas para hacer deporte o aficiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 15. ¿Hasta qué punto estás satisfecho o satisfecha con las cosas que tienes para ti?

Siendo 0 Nada Satisfecho/a y 10 Totalmente Satisfecho/a

												
<b>Nada satisfecho/a</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Totalmente satisfecho/a</b>

## TUS AMIGOS Y AMIGAS

### 16. ¿En qué medida estás de acuerdo con cada una de estas frases?

	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Más o menos de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo	No lo sé
Tengo suficientes amigos y amigas	<input type="checkbox"/>					
Mis amigos y amigas me tratan bien	<input type="checkbox"/>					
Mis amigos/as y yo nos llevamos bien	<input type="checkbox"/>					
Si tengo un problema, tengo amigos/as que me ayudarán	<input type="checkbox"/>					

### 17. ¿Hasta qué punto estás satisfecho o satisfecha con tus amigos y amigas?

Siendo 0 Nada Satisfecho/a y 10 Totalmente Satisfecho/a

												
Nada satisfecho/a	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente satisfecho/a

## TU COLEGIO

### 18. ¿Cómo vas al colegio la mayoría de las veces?

Andando	<input type="checkbox"/>
En bicicleta	<input type="checkbox"/>
En coche o moto	<input type="checkbox"/>
En autobús escolar	<input type="checkbox"/>
En transporte público (autobús o tranvía)	<input type="checkbox"/>
No lo sé	<input type="checkbox"/>

### 19. ¿En qué medida estás de acuerdo con cada una de estas frases?

	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Más o menos de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo	No lo sé
Mis profesores se preocupan por mí	<input type="checkbox"/>					
Si tengo un problema en el colegio mis profesores me ayudarán	<input type="checkbox"/>					
Si tengo un problema en el colegio otros chicos y chicas me ayudarán	<input type="checkbox"/>					
Hay muchas peleas entre mis compañeros de clase	<input type="checkbox"/>					
Mis profesores me escuchan y toman en cuenta lo que digo	<input type="checkbox"/>					
Me siento seguro/a en el colegio	<input type="checkbox"/>					

### 20. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tus compañeros/as del colegio te han hecho alguna de las siguientes cosas?

	Nunca	Una vez	2 o 3 veces	Más de 3 veces	No lo sé
Me han dejado de lado	<input type="checkbox"/>				
Me han insultado o se han burlado de mí	<input type="checkbox"/>				
Me han pegado o hecho daño físicamente (sin incluir juegos de pelearse)	<input type="checkbox"/>				
Me han enviado mensajes desagradables por internet o al móvil, o han compartido cosas desagradables mías	<input type="checkbox"/>				

**21. ¿Hasta qué punto estás satisfecho o satisfecha con cada una de estas cosas de tu vida en el colegio?**

Siendo 0 Nada Satisfecho/a y 10 Totalmente Satisfecho/a



Tu vida de estudiante	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Las cosas que aprendes en el colegio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Los compañeros y las compañeras del colegio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## TU BARRIO O ZONA EN LA QUE VIVES

22. ¿En qué medida estás de acuerdo con cada una de estas frases sobre el barrio o la zona donde vives?

	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Más o menos de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo	No lo sé
Me siento seguro o segura en el barrio o zona donde vivo	<input type="checkbox"/>					
En el barrio donde vivo hay buenos lugares para jugar y pasarlo bien	<input type="checkbox"/>					
Si tengo un problema, hay gente en el barrio donde vivo que me ayudará	<input type="checkbox"/>					
Los adultos del barrio donde vivo son amables con los niños y las niñas.	<input type="checkbox"/>					
Las personas adultas del barrio donde vivo escuchan a los niños y niñas	<input type="checkbox"/>					

23. ¿Hasta qué punto estás satisfecho o satisfecha con el barrio donde vives?

Siendo 0 Nada Satisfecho/a y 10 Totalmente Satisfecho/a

	 											
<b>Nada satisfecho/a</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Totalmente satisfecho/a</b>

## TUS HÁBITOS

---

**24. Fuera del horario escolar, ¿con qué frecuencia realizas alguna actividad física?**

Nunca o casi nunca	<input type="checkbox"/>
Algunos días al mes	<input type="checkbox"/>
1 o 2 días a la semana	<input type="checkbox"/>
3 o 4 días a la semana	<input type="checkbox"/>
5 o 6 días a la semana	<input type="checkbox"/>
Todos los días	<input type="checkbox"/>

**25. En tu tiempo libre de ocio, ¿Cuántas horas al día, aproximadamente, dedicas al uso de pantallas? Incluye el ordenador, la tablet, la televisión, el teléfono móvil, videojuegos, videos, etc.**

Nada o casi nada	<input type="checkbox"/>
Menos de 1 hora	<input type="checkbox"/>
1 hora aproximadamente	<input type="checkbox"/>
2 horas aproximadamente	<input type="checkbox"/>
3 o más horas	<input type="checkbox"/>

**26. ¿Cuántas horas sueles dormir al día entre semana?**

5 horas o menos	<input type="checkbox"/>
6 horas	<input type="checkbox"/>
7 horas	<input type="checkbox"/>
8 horas	<input type="checkbox"/>
9 horas	<input type="checkbox"/>
10 horas o más	<input type="checkbox"/>

**27. ¿Cuántas veces a la semana acostumbras a comer o beber...?**

	Nunca o casi nunca	Menos de una vez a la semana	Una vez a la semana	2-4 días a la semana	5-6 días a la semana	Todos los días
Frutas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dulces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refrescos con azúcar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## COMO UTILIZAS EL TIEMPO

### 28. ¿Con qué frecuencia realizas las siguientes actividades?

	Nunca o casi nunca	Algunos días al mes	1 o 2 días a la semana	3 o 4 días a la semana	5 o 6 días a la semana	Todos los días
Hacer los deberes y estudiar	<input type="checkbox"/>					
Clases extraescolares de refuerzo, idiomas, etc.	<input type="checkbox"/>					
Actividades extraescolares deportivas (baloncesto, fútbol, patinaje,...)	<input type="checkbox"/>					
Actividades extraescolares artísticas (música, teatro...)	<input type="checkbox"/>					
Relajarme o hablar con la familia	<input type="checkbox"/>					
Quedar con los amigos/as	<input type="checkbox"/>					
Jugar o pasar tiempo al aire libre (calle, parque, etc.)	<input type="checkbox"/>					
Ver la televisión	<input type="checkbox"/>					
Jugar a videojuegos	<input type="checkbox"/>					
Utilizar las redes sociales	<input type="checkbox"/>					
No hacer nada o descansar (sin contar las horas de dormir por la noche)	<input type="checkbox"/>					

### 29. ¿Hasta qué punto estás satisfecho o satisfecha con cada una de las estas cosas de tu vida?

Siendo 0 Nada Satisfecho/a y 10 Totalmente Satisfecho/a

	Nada satisfecho/a						Totalmente satisfecho/a				
											
Cómo utilizas tu tiempo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La cantidad de tiempo que tienes para hacer lo que quieres	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## **SOBRE CÓMO TE SIENTES**

### **30. ¿Hasta qué punto estás satisfecho o satisfecha con cada una de las estas cosas de tu vida?**

Siendo 0 Nada Satisfecho/a y 10 Totalmente Satisfecho/a

	Nada satisfecho/a					Totalmente satisfecho/a					
											
Lo seguro o segura que te sientes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La libertad que tienes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tu propio cuerpo o aspecto físico	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cómo te escuchan los adultos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tu salud	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

### **31. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia has tenido...?**

	Nunca o casi nunca	Algún día al mes	Casi todas las semanas	Más de una vez a la semana	Todos o casi todos los días
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bajo estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal genio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervioso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultades para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensación de mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 32. En la última semana, ¿con qué frecuencia...?

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿Te has sentido bien?	<input type="checkbox"/>				
¿Te has sentido lleno/a de energía?	<input type="checkbox"/>				
¿Te has sentido triste?	<input type="checkbox"/>				
¿Te has sentido solo/a?	<input type="checkbox"/>				
¿Has tenido suficiente tiempo para ti mismo/a?	<input type="checkbox"/>				
¿Has podido hacer las cosas que querías en tu tiempo libre?	<input type="checkbox"/>				
¿Te has divertido con tus amigos/as?	<input type="checkbox"/>				
¿Te ha ido bien en el colegio?	<input type="checkbox"/>				
¿Has podido prestar atención y concentrarte?	<input type="checkbox"/>				

## TU CIUDAD

### 33. ¿Hasta qué punto estás satisfecho o satisfecha con cada una de estos elementos de la ciudad? Siendo 0 Nada Satisfecho/a y 10 Totalmente Satisfecho/a

En caso de que no conozcas alguno o no lo hayas utilizado, puedes marcar la opción “No lo sé/No lo utilizo”.

	Nada satisfecho/a											Totalmente satisfecho/a											No lo sé No lo utilizo
																							
Parques, jardines, espacios naturales y zonas verdes de la ciudad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
Zonas de juego	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
El cuidado de las calles y el mobiliario urbano (papeletas, bancos...)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
Bibliotecas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
Ludotecas y Centros de tiempo libre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
Centros cívicos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
Centros deportivos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
Actividades culturales (obras de teatro, museos, conciertos...)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
Autobús urbano	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
Tranvía	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
Carril bici	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>

### 34. ¿Cómo valoras las siguientes cosas de la ciudad?

Siendo 0 Muy Mal y 10 Muy Bien

	Muy Mal											Muy Bien											No lo sé
																							
Limpieza de las calles	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
Contaminación del aire	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
Ruido	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
Seguridad de las calles	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>

## ÚLTIMAS PREGUNTAS

---

35. ¿En qué barrio o pueblo vives?

36. ¿Naciste en España?

Sí

No

No estoy seguro/a

37. ¿Tu madre o padre nació fuera de España?

Sí

No

No estoy seguro/a

38. Hay niños y niñas que tienen alguna dificultad de larga duración. Por ejemplo, dificultad auditiva, visual (no cuenta llevar gafas), dificultad para la movilidad... ¿Te encuentras en alguna de esas situaciones?

Sí

No

No estoy seguro/a

39. ¿Conoces los derechos que tienen los niños y niñas?

Sí

No

No estoy seguro/a

40. ¿Hasta qué punto estás satisfecho o satisfecha con toda tu vida en general?

Siendo 0 Nada Satisfecho/a y 10 Totalmente Satisfecho/a

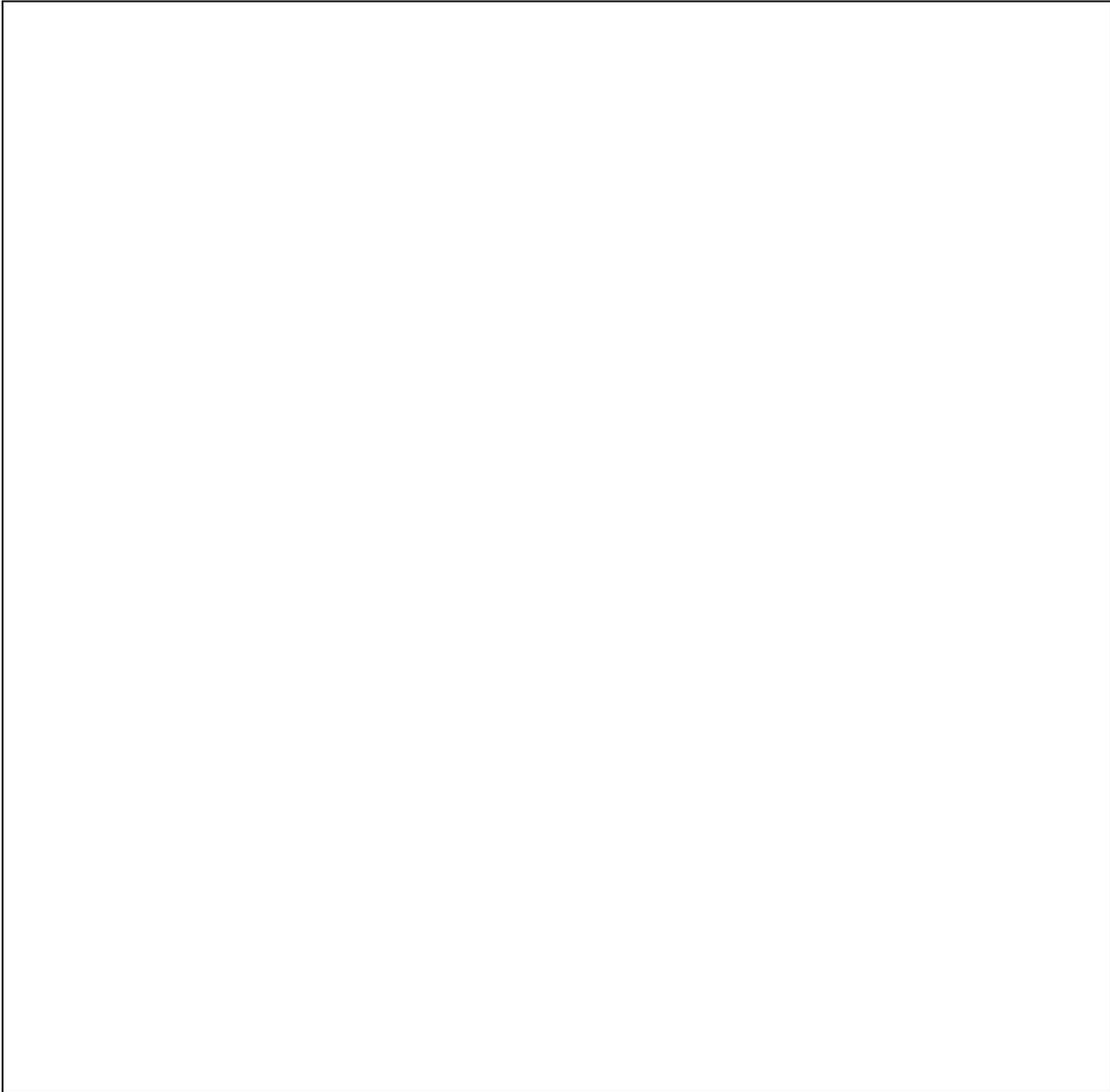


Nada  
satisfecho/a

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

Totalmente  
satisfecho/a

**Si quieres, puedes dejarnos tus comentarios y opiniones en el siguiente cuadro.**



**¡Muchas gracias por participar!**