

CUESTIONARIO DE BIENESTAR SUBJETIVO INFANTIL

hola



Estamos haciendo un estudio sobre el bienestar de los chicos y las chicas de tu edad y queremos escuchar tus opiniones y tus puntos de vista.

Te pedimos que respondas a un cuestionario que tiene preguntas sobre tu vida en familia y la casa donde vives, tus amigos/as y la escuela, el barrio donde vives, cómo te sientes y cómo utilizas tu tiempo.

No te pedimos ni nombre ni apellidos, por eso nadie sabrá cuáles son tus respuestas. Cuando se publique el estudio, los resultados siempre serán generales y no se podrá reconocer la opinión de ningún chico o chica.

Otros chicos y chicas de Barcelona responderán el mismo cuestionario. Vuestra colaboración nos ayudará a conocer en qué aspectos estáis más contentos/as, y pedir que se hagan cosas para que viváis mejor.

¡Muchas gracias!

IDENTIFICACIÓN CUESTIONARIO

Código escuela	Código grupo-clase	Código personal

BLOQUE 1: INTRODUCCIÓN

1. ¿Eres chica o chico?

Chica	<input type="checkbox"/>
Chico	<input type="checkbox"/>

2. ¿Cuándo naciste?

Día	Mes	Año

Lee el siguiente párrafo sobre una chica que vive en la ciudad de Barcelona y luego responde a la pregunta sobre hasta qué punto tú crees que ella está satisfecha con su vida en general.

Paula tiene 12 años. Vive con su madre, su padre y su hermana. La casa donde vive es bonita y segura. La familia de Paula no es rica, pero tiene dinero suficiente para comprar comida y otras cosas que necesita. Paula va a la escuela, tiene buenos amigos y amigas, y no tiene grandes problemas en su vida en estos momentos.

3. ¿Hasta qué punto crees que Paula está satisfecha con su vida en general en estos momentos?

0 = Nada satisfecha											Totalmente satisfecha = 10										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											

BLOQUE 2: SOBRE TU FAMILIA Y LAS PERSONAS QUE VIVEN CONTIGO

4.1. ¿Qué frase describe mejor con quién vives habitualmente?

Vivo con mi familia	<input type="checkbox"/>
Vivo con una familia de acogida	<input type="checkbox"/>
Vivo en una residencia de chicas y chicos	<input type="checkbox"/>

4.2. ¿Tienes otra familia en otra casa? Por ejemplo, si tu madre y tu padre están separados, o divorciados, y vas a casa del otro.

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

4.3. Si tienes otra familia en otra casa, ¿con qué frecuencia estás con esta otra familia?

Nunca o casi nunca	<input type="checkbox"/>
Algunas veces	<input type="checkbox"/>
Los fines de semana	<input type="checkbox"/>
Casi la mitad del tiempo	<input type="checkbox"/>

5.1. Pensando en la casa donde vives todo el tiempo o la mayor parte del tiempo, marca todas las personas que viven contigo.

Madre	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>
Pareja de tu madre (si tu madre y tu padre están separados/divorciados)	<input type="checkbox"/>
Segunda madre (si tienes dos madres)	<input type="checkbox"/>
Pareja de tu padre (si tu madre y tu padre están separados/divorciados)	<input type="checkbox"/>
Segundo padre (si tienes dos padres)	<input type="checkbox"/>
Hermanos y/o hermanas (incluye hermanastros/as y hermanos/as de acogida o adoptivos/as)	<input type="checkbox"/>
Abuelo/s y/o abuela/s	<input type="checkbox"/>
Otros chicos y chicas	<input type="checkbox"/>
Otras personas adultas	<input type="checkbox"/>
Animal/es de compañía o mascota/s	<input type="checkbox"/>

5.2. Si vives con tus hermanos y/o hermanas, ¿cuántos hermanos y/o hermanas viven contigo? No te cuentes a ti.

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

5.3. Si vives con abuelos y/o abuelas, ¿cuántos abuelos y/o abuelas viven contigo?

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3 o más	<input type="checkbox"/>

6. ¿Hasta qué punto estás satisfecho o satisfecha con las personas con las que vives habitualmente?

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

7. ¿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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si tengo un problema, alguien de mi familia me ayudará	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En mi familia nos lo pasamos bien juntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento seguro o segura en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis padres (o las personas que me cuidan) me escuchan y tienen en cuenta lo que digo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis padres (o las personas que me cuidan) me dan libertad suficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tus hermanos, o hermanas, te han hecho daño a propósito?

Nunca	Una vez	2 o 3 veces	Más de 3 veces	No tengo hermanos o hermanas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. ¿Con qué frecuencia ves a otras personas de tu familia que no viven contigo habitualmente? Por ejemplo, abuelos y abuelas, tíos y tías o primos y primas.

Nunca o casi nunca	Algún día al mes	1 o 2 días a la semana	3 o 4 días a la semana	5 o 6 días a la semana	Cada día	No tengo otros familiares
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. ¿Hasta qué punto estás satisfecho o satisfecha con las personas de tu familia que no viven contigo habitualmente?

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

BLOQUE 3: SOBRE TI

11.1. ¿Dónde naciste?

Cataluña	Resto de España	En otro país
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

11.2. Si naciste en otro país, ¿cuántos años tenías cuando llegaste?

2 años o menos	<input type="checkbox"/>
3-4 años	<input type="checkbox"/>
5-6 años	<input type="checkbox"/>
7-8 años	<input type="checkbox"/>
9-10 años	<input type="checkbox"/>
11-12 años	<input type="checkbox"/>
13 años o más	<input type="checkbox"/>

No estoy seguro/a	<input type="checkbox"/>
-------------------	--------------------------

11.3. Si naciste en otro país, ¿en qué otro país naciste?

--

12.1. ¿Dónde nació tu madre? Si tienes dos madres o dos padres, piensa en uno de ellos/as.

Cataluña	Resto de España	En otro país	No estoy seguro/a
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12.2. Si tu madre nació en otro país, ¿en qué otro país nació tu madre?

--

13.1. ¿Dónde nació tu padre? Si tienes dos madres o dos padres, piensa en quién no hayas pensado en la pregunta anterior.

Cataluña	Resto de España	En otro país	No estoy seguro/a
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13.2. Si tu padre nació en otro país, ¿en qué otro país nació tu padre?

--

14. Hay chicos y chicas que tienen algún tipo de dificultad o enfermedad de larga duración. ¿Te encuentras en alguna de las situaciones siguientes?

	No	Sí	No estoy seguro/a
Tengo una dificultad visual o auditiva importante (no cuentas llevar gafas), o algún tipo de malformación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo una dificultad de aprendizaje (por ejemplo, dislexia, déficit de atención, hiperactividad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo una enfermedad de larga duración (por ejemplo, diabetes, una alergia, asma, retraso del crecimiento, epilepsia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. En los últimos seis meses, ¿con qué frecuencia has tenido las molestias siguientes?

	Nunca o casi nunca	Algún día al mes	1 o 2 días a la semana	3 o 4 días a la semana	5 o 6 días a la semana	Cada día	No estoy seguro/a
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BLOQUE 4: SOBRE LA CASA DONDE VIVES

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

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

17. En tu casa, ¿hay algún lugar donde puedas estudiar con tranquilidad?

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

18. En tu casa, o muy cerca, ¿hay algún lugar al aire libre donde puedas jugar de forma segura?

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

19. ¿Tu familia tiene coche (o furgoneta)?

No	<input type="checkbox"/>
Uno	<input type="checkbox"/>
Dos o más	<input type="checkbox"/>

20. ¿Duermes en una habitación tú solo o sola, o la compartes?

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

21. ¿Cuántos ordenadores tiene tu familia? Incluye ordenadores portátiles y/o tabletas que funcionen y alguien use.

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

22. ¿Cuántos baños y/o lavabos hay en tu casa?

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

23. ¿Tenéis lavavajillas en tu casa?

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

24. El año pasado, ¿cuántas veces fuiste de vacaciones con tu familia fuera de España?

Ninguna	<input type="checkbox"/>
Una	<input type="checkbox"/>
Dos	<input type="checkbox"/>
Más de dos	<input type="checkbox"/>

25. ¿Con qué frecuencia te preocupas por el dinero que tiene tu familia?

Nunca	A veces	A menudo	Siempre	No lo sé
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. ¿Cuántas personas que viven contigo tienen un trabajo por el que cobran dinero?

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

Las preguntas siguientes son sobre las cosas que tienes concretamente para ti.

27. ¿Hasta qué punto estás satisfecho o satisfecha con todas las cosas que tienes? (Como tu dinero o las cosas que son tuyas)

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

28. De las cosas siguientes, ¿cuáles tienes y cuáles no?

	No	Sí
Acceso a Internet en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un teléfono móvil para ti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dos pares de zapatos en buen estado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El material o las cosas que necesitas para la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El material o las cosas que necesitas para hacer deporte o aficiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BLOQUE 5: SOBRE TUS AMIGOS Y AMIGAS

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

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

30. ¿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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis amigos suelen tratarme bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis amigos y yo nos llevamos bien juntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si tengo un problema, algún amigo me apoyará	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. ¿Con qué frecuencia ves a tus amigos y amigas fuera de la escuela?

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

BLOQUE 6: SOBRE LA ESCUELA

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

	0 = Nada satisfecho/a Totalmente satisfecho/a = 10										
Tu vida de estudiante	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Las cosas que has aprendido en la escuela	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Los otros chicos y chicas de tu clase	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

33. ¿Cuánto tiempo dedicarás hoy para ir a la escuela y volver de la escuela?
Suma el tiempo de los caminos de ida y vuelta.

30 minutos o menos	Casi 1 hora	De 1 a 2 horas	Más de 2 horas	No lo sé
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. ¿Cómo de seguro o segura te sientes yendo a la escuela y volviendo de la escuela?

Nada seguro/a	No muy seguro/a	Bastante seguro/a	Muy seguro/a	No lo sé
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. ¿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 maestros se preocupan por mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si tengo un problema en la escuela, mis maestros me ayudarán	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si tengo un problema en la escuela, otros chicos y chicas me ayudarán	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay muchas discusiones entre compañeros en mi clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis maestros me escuchan y tienen en cuenta lo que digo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puedo elegir suficientes cosas de las que hago en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento seguro o segura en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. ¿Con qué frecuencia hay peleas entre chicos o chicas en tu escuela?

Cada día	Casi cada día	Al menos un día por semana	Menos a menudo	No lo sé
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia...

	Nunca	Una vez	2 o 3 veces	Más de 3 veces	No lo sé
Te han pegado otros chicos o chicas de la escuela a propósito? (Sin incluir peleas o juegos de pelearse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te han insultado otros chicos o chicas de la escuela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te han dejado de lado otros chicos o chicas de tu clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia...

	Nunca	Una vez	2 o 3 veces	Más de 3 veces	No lo sé
<u>TÚ</u> has pegado a otros chicos o chicas de la escuela a propósito? (Sin incluir peleas o juegos de pelearse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>TÚ</u> has insultado a otros chicos o chicas de la escuela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>TÚ</u> has dejado de lado a otros chicos o chicas de tu clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BLOQUE 7: SOBRE EL BARRIO O LA ZONA DONDE VIVES

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

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

40. ¿En qué medida estás de acuerdo con cada una de estas frases sobre el barrio 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 cuando paso por el barrio donde vivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el barrio donde vivo hay suficientes espacios para jugar y divertirme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si tengo un problema, hay gente en el barrio donde vivo que me ayudará	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los adultos del barrio donde vivo son amables con los chicos y chicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el barrio donde vivo tengo libertad suficiente para hacer lo que quiero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los adultos del barrio donde vivo escuchan a los chicos, y las chicas, y se los toman en serio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. ¿Con qué frecuencia hay peleas entre la gente del barrio donde vives?

Cada día	Casi cada día	Al menos un día por semana	Menos a menudo	No lo sé
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BLOQUE 8: SOBRE CÓMO TE SIENTES

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

	0 = Nada satisfecho/a Totalmente satisfecho/a = 10										
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	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lo que te puede pasar más adelante en tu vida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cómo te escuchan los adultos en general	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tu salud	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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

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

44. Ahora di en qué grado estás de acuerdo con cada una de estas frases sobre tu vida en general.

Estas preguntas también utilizan una escala del 0 al 10, donde 0 significa que tú no estás nada de acuerdo con la frase y 10 significa que tú estás totalmente de acuerdo con la frase.

	0 = Nada de acuerdo					Totalmente de acuerdo = 10					
Mi vida va bien	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mi vida es justo como debería ser	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tengo una buena vida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Las cosas de mi vida son excelentes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me gusta mi vida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Disfruto de mi vida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Soy feliz con mi vida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

45. A continuación hay una lista de diferentes sentimientos y emociones. Lee cada una de las palabras y marca la casilla que describa mejor cómo te has sentido durante las dos últimas semanas.

Aquí 0 significa que no te has sentido nunca de esta manera durante las dos últimas semanas, y 10 significa que te has sentido de esta manera todo el tiempo durante las dos últimas semanas.

	0 = Nunca					Todo el tiempo = 10					
Feliz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Triste	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Calmada o calmada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estresado o estresada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lleno o llena de energía	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aburrido o aburrida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

46. Para terminar esta parte, di en qué medida estás de acuerdo con la frase siguiente.

	0 = Nada de acuerdo					Totalmente de acuerdo = 10					
Me siento positivo o positiva sobre mi futuro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

BLOQUE 9: SOBRE CÓMO UTILIZAS TU TIEMPO

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

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

48. ¿Con qué frecuencia dedicas tiempo a hacer las siguientes actividades fuera de la escuela?	Nunca o casi nunca	Algún día al mes	1 o 2 días a la semana	3 o 4 días a la semana	5 o 6 días a la semana	Cada día
Ayudar en casa (haciendo tareas domésticas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidar de los hermanos/as u otros miembros de la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajar con la familia (por ejemplo, en el negocio o la tienda familiar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir a clases fuera del horario escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer los deberes y estudiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ver la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Practicar deportes o hacer ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relajarse, hablar o pasarlo bien con la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugar o pasar tiempo al aire libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizar las redes sociales (en el ordenador, la tableta o el móvil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugar a videojuegos (en el ordenador u otros dispositivos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No hacer nada o descansar (aparte de dormir por las noches)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BLOQUE 10: ÚLTIMAS PREGUNTAS

49. ¿Sabes cuáles son los derechos de los niños?

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

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

50. ¿Has oído hablar de la Convención sobre los Derechos del Niño?

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

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

51.1. ¿Vives en la ciudad de Barcelona?

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

51.2. Si vives en la ciudad de Barcelona, ¿en qué barrio vives?

¡Muchas gracias, has llegado al final!
Levanta la mano para decírselo a los encuestadores.