

# Ciudad de Boston ACTUALIZACIÓN DEL PLAN PARA ESPACIOS ABIERTOS



## *Haciendo la conexión –* **CUESTIONARIO DE ENCUESTA**

En nuestra ciudad de constante cambio, necesitamos estar seguros de que los parques, instalaciones recreativas y otros recursos de espacios abiertos puedan manejar nuestras necesidades. Para descubrir cuáles son éstas, el Parks and Recreation Department (Departamento de parques y recreación) lanzará una encuesta específica para los objetivos del Plan para espacios abiertos de la ciudad: saber qué parques utilizamos, qué hacemos ahí, cuáles consideramos que son las necesidades de los espacios abiertos, entre otras cosas.

**Tome unos minutos para responder nuestro cuestionario y comparta sus sugerencias para el siguiente Plan para espacios abiertos.**



Thomas M. Menino, Mayor  
Antonina M. Pollak, Commissioner

Los parques, instalaciones recreativas y espacios abiertos forman parte de nuestra ciudad. Para ayudar a que sirvan de mejor manera, estamos actualizando nuestro plan a cinco años. Por lo tanto, queremos saber la información de usted para poder establecer objetivos y luego llevarlos a cabo en toda la ciudad.

Para cada pregunta a continuación, escoja o ingrese **la mejor respuesta posible** que refleje la mayor cercanía con su respuesta real. Si su respuesta es “No sé”, “No aplica” o “No hay respuesta”, entonces deje la pregunta en blanco. Al final del cuestionario hay un espacio adicional para ideas, comentarios o explicaciones (en caso de que esté ampliando su respuesta a una pregunta en particular, asegúrese de hacer referencia al número de la pregunta).

*Marque con una “X” en el recuadro para elegir la mejor respuesta posible.*

1. **¿Cómo se llama el parque que se encuentra más cerca de su casa?**

\_\_\_\_\_

2. **¿Es éste el parque que usan más a menudo usted y los miembros de su hogar?**

SÍ (PASE A LA PREGUNTA 4)

NO

NO USA NINGÚN PARQUE (PASE A LA PREGUNTA 13, LUEGO, A LA PREGUNTA 16)

3. **Si respondió con un “NO” a la pregunta 2, ¿cómo se llama el parque que usan mas a menudo los miembros de su hogar?**

\_\_\_\_\_

**Las preguntas 4 a 12 se refieren al parque que utilizan *más a menudo* usted y los miembros de su hogar.**

4. **Piense en la estación en que usa más seguido este parque.**

**¿Con qué frecuencia usan este parque en ese período usted y los miembros de su hogar?**

*Coloque la cantidad de días en el espacio indicado.*

*Deje el espacio en blanco si lo no sabe o no puede recordarlo.*

\_\_\_\_ DÍAS AL MES

5. **¿Para qué usan el parque con mayor frecuencia usted y los miembros de su hogar?**

**(Marque hasta tres (3) opciones)**

DEPORTES ORGANIZADOS (EN EQUIPO)

DEPORTES INDIVIDUALES (NO EN EQUIPO)

JUEGOS CASUALES ESPORÁDICOS CON EXTRAÑOS

EJERCICIO/PONERSE EN FORMA

SIMPLE RELAJO/RECREACIÓN PASIVA

DISFRUTAR DE LA NATURALEZA

SACAR A PASEAR AL PERRO

PASAR TIEMPO CON LA FAMILIA O AMIGOS

ASISTIR A EVENTOS ESPECIALES

LLEVAR A EL O LOS HIJOS A DEPORTES ORGANIZADOS (PRÁCTICAS/JUEGOS)

LLEVAR A EL O LOS HIJOS AL PARQUE PARA JUEGOS GRATUITOS, JUEGOS ESPORÁDICOS  
CON OTROS NIÑOS O JUEGOS DE RECREO

JARDINERÍA/HERMOSEAMIENTO

OTRO \_\_\_\_\_

**6. ¿Qué deportes, de hacerlos, practican en el parque usted y los miembros de su hogar?**

**(Marque hasta tres (3) opciones)**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> SOCCER                 | <input type="checkbox"/> FÚTBOL                   | <input type="checkbox"/> FÚTBOL DE BANDERA   |
| <input type="checkbox"/> CRÍQUET                | <input type="checkbox"/> LACROSSE                 | <input type="checkbox"/> RUGBY               |
| <input type="checkbox"/> IRISH FOOTBALL         | <input type="checkbox"/> PLATILLO VOLADOR         | <input type="checkbox"/> BÉISBOL             |
| <input type="checkbox"/> SOFTBALL               | <input type="checkbox"/> PEQUEÑA LIGA DE BÉISBOL  | <input type="checkbox"/> HOCKEY SOBRE CÉSPED |
| <input type="checkbox"/> BALONCESTO             | <input type="checkbox"/> TENIS                    | <input type="checkbox"/> BALONMANO           |
| <input type="checkbox"/> RACQUETBALL            | <input type="checkbox"/> STREET HOCKEY            | <input type="checkbox"/> VOLEIBOL            |
| <input type="checkbox"/> ATLETISMO              | <input type="checkbox"/> CORRER                   | <input type="checkbox"/> MARCHA              |
| <input type="checkbox"/> CAMINAR                | <input type="checkbox"/> ANDAR EN BICICLETA       | <input type="checkbox"/> ANDAR EN PATINETA   |
| <input type="checkbox"/> PATINAJE EN HIELO      | <input type="checkbox"/> PATINAJE EN LÍNEA/RUEDAS | <input type="checkbox"/> ESQUÍ DE FONDO      |
| <input type="checkbox"/> LANZAR HERRADURAS      | <input type="checkbox"/> BOCHAS                   | <input type="checkbox"/> NETBALL             |
| <input type="checkbox"/> NAVEGAR/PASEAR EN BOTE | <input type="checkbox"/> ANDAR EN CANOA O KAYAC   | <input type="checkbox"/> ESCALADA/MONTAÑISMO |
| <input type="checkbox"/> GOLF                   | <input type="checkbox"/> PESCA                    | <input type="checkbox"/> NO HACE DEPORTES    |
| <input type="checkbox"/> NO APLICA              | <input type="checkbox"/> OTRO: _____              |  |

**7. ¿Qué deportes, de haberlos, considera que usted y los miembros de su hogar**

**estarán practicando en el parque durante los *próximos cinco años*?**

**(Marque hasta tres (3) opciones)**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> SOCCER                 | <input type="checkbox"/> FÚTBOL                   | <input type="checkbox"/> FÚTBOL DE BANDERA   |
| <input type="checkbox"/> CRÍQUET                | <input type="checkbox"/> LACROSSE                 | <input type="checkbox"/> RUGBY               |
| <input type="checkbox"/> IRISH FOOTBALL         | <input type="checkbox"/> PLATILLO VOLADOR         | <input type="checkbox"/> BÉISBOL             |
| <input type="checkbox"/> SOFTBALL               | <input type="checkbox"/> PEQUEÑA LIGA DE BÉISBOL  | <input type="checkbox"/> HOCKEY SOBRE CÉSPED |
| <input type="checkbox"/> BALONCESTO             | <input type="checkbox"/> TENIS                    | <input type="checkbox"/> BALONMANO           |
| <input type="checkbox"/> RACQUETBALL            | <input type="checkbox"/> STREET HOCKEY            | <input type="checkbox"/> VOLEIBOL            |
| <input type="checkbox"/> ATLETISMO              | <input type="checkbox"/> CORRER                   | <input type="checkbox"/> MARCHA              |
| <input type="checkbox"/> CAMINAR                | <input type="checkbox"/> ANDAR EN BICICLETA       | <input type="checkbox"/> ANDAR EN PATINETA   |
| <input type="checkbox"/> PATINAJE EN HIELO      | <input type="checkbox"/> PATINAJE EN LÍNEA/RUEDAS | <input type="checkbox"/> ESQUÍ DE FONDO      |
| <input type="checkbox"/> LANZAR HERRADURAS      | <input type="checkbox"/> BOCHAS                   | <input type="checkbox"/> NETBALL             |
| <input type="checkbox"/> NAVEGAR/PASEAR EN BOTE | <input type="checkbox"/> ANDAR EN CANOA O KAYAC   | <input type="checkbox"/> ESCALADA/MONTAÑISMO |
| <input type="checkbox"/> GOLF                   | <input type="checkbox"/> PESCA                    | <input type="checkbox"/> NO HACE DEPORTES    |
| <input type="checkbox"/> NO APLICA              | <input type="checkbox"/> OTRO: _____              |  |

**8. ¿Qué actividades siguen usted y los miembros de su hogar para disfrutar de la naturaleza en el parque?**

**(Marque hasta tres (3) opciones)**

- IDENTIFICACIÓN DE PLANTAS O ANIMALES USANDO UNA GUÍA (NO OBSERVACIÓN DE AVES)
- OBSERVACIÓN DE AVES
- FOTOGRAFÍAR LA NATURALEZA
- TOMAR CAMINATAS GUIADAS POR LA NATURALEZA
- TOMAR RECORRIDOS GUIADOS POR GUARDABOSQUES
- UTILIZAR RECORRIDOS AUTOGUIADOS CON AYUDA DE ALGÚN FOLLETO O INDICACIÓN
- CONTEMPLAR EL PAISAJE SIN AYUDA DE GUÍAS O LIBROS MIENTRAS CAMINA, CORRE, ANDA EN BICICLETA, ANDA EN SILLA DE RUEDAS, ESTÁ SENTADO, ANDA EN BOTE, ETC.
- PARTICIPAR EN LIMPIEZA O PROYECTOS DE MEJORA DEL ÁREA NATURAL
- NO SIGUE NINGUNA DE ESAS ACTIVIDADES
- NO APLICA
- OTRA \_\_\_\_\_

**9. ¿Qué medio emplea normalmente para ir y volver del parque?**

- CAMINAR  
 CORRER/TROTAR  
 ANDAR EN PATINETA  
 PATINES EN LÍNEA O SOBRE RUEDAS  
 SILLA DE RUEDAS  
 BICICLETA  
 TRANSPORTE PÚBLICO (BUS, METRO, TROLE)  
 TAXI/VEHÍCULO DE ALQUILER  
 AUTO COMPARTIDO  
 VEHÍCULO DE MOTOR PRIVADO (COMO AUTOMÓVIL, CAMIONETA, FURGÓN, MOTOCICLETA, SCOOTER A MOTOR)  
 NO APLICA

**10. Considerando la estación en que utiliza con mayor frecuencia el parque, ¿en qué momento de la semana usan comúnmente el parque usted y los miembros de su hogar?**

- SÓLO DÍAS DE LA SEMANA  
 SÓLO FINES DE SEMANA  
 TANTO DÍAS DE LA SEMANA COMO FINES DE SEMANA

**11. Considerando la estación en que utiliza con mayor frecuencia el parque, ¿a qué hora del día usan comúnmente el parque usted y los miembros de su hogar?**

- SÓLO DE DÍA  
 SÓLO EN LA NOCHE  
 TANTO EN EL DÍA COMO EN LA NOCHE

**12. ¿Qué cambios, de haberlos, les gustaría ver en el parque a usted y los miembros de su hogar?****(Marque hasta tres (3) opciones)**

- MEJORAR EL MANTENIMIENTO  
 MEJORAR LA VEGETACIÓN (EL PAISAJE)  
 MEJORAR LAS INSTALACIONES EXISTENTES EN EL PARQUE  
 MEJORAR O AGREGAR PROGRAMAS Y EVENTOS ESPECIALES  
 MEJORAR LA SEGURIDAD PÚBLICA  
 MEJORAR EL ACCESO  
 ENFRENTAR LAS NECESIDADES DE LOS DUEÑOS DE PERROS  
 MEJORAR EL CONTROL DE PERROS  
 MEJORAR LAS INSTALACIONES ACTIVAS (ORIENTADAS A DEPORTES)  
 MEJORAR LAS INSTALACIONES PASIVAS (ORIENTADAS A RELAJACIÓN)  
 MÁS INSTALACIONES LINEALES (CAMINOS/SENDEROS)  
 NO SE NECESITAN CAMBIOS  
 OTRO \_\_\_\_\_  
 NO SE DECIDE/NO RESPONDE

**13. En su vecindario, ¿cuáles cree que son las necesidades de parques, recreación y espacios abiertos?**

**(Marque hasta tres (3) opciones)**

- MEJORAR O AGREGAR PROGRAMAS Y EVENTOS ESPECIALES
- MEJORAR LA VEGETACIÓN (EL PAISAJE)
- PROTEGER EL ESPACIO ABIERTO PARA QUE SUS USOS NO SE CAMBIEN A ESPACIO NO ABIERTOS
- MÁS ESPACIO ABIERTO EN EL VECINDARIO
- MÁS ESPACIO ABIERTO REGIONAL EN EL VECINDARIO
- MEJORAR EL ACCESO
- MEJORAR EL MANTENIMIENTO
- MEJORAR LAS INSTALACIONES EXISTENTES EN EL PARQUE
- MEJORAR LAS ÁREAS NATURALES (BOSQUES, PANTANOS, CIÉNAGAS, ETC.)
- MÁS INSTALACIONES DEPORTIVAS (CAMPOS PARA JUEGOS, CANCHAS, ETC.)
- MÁS ESPACIO ABIERTO LINEAL (CAMINOS, SENDEROS, ETC. PARA CAMINAR O ANDAR EN BICICLETA)
- MÁS ESPACIO ABIERTO PASIVO (PARQUES CON ESPACIOS VERDES)
- MÁS TERRENO CON JUEGOS PARA NIÑOS
- ENFRENTAR LAS NECESIDADES DE LOS DUEÑOS DE PERROS
- MEJORAR EL CONTROL DE PERROS
- MEJORAR LA SEGURIDAD PÚBLICA
- MEJORAR O AGREGAR JARDINES COMUNITARIOS
- NO SE NECESITA NADA
- OTRO \_\_\_\_\_
- NO SE DECIDE/NO RESPONDE

Si respondió a la pregunta 2, "NO USA NINGÚN PARQUE", pase a la pregunta 16.

**14. ¿Usted o algún miembro de su hogar es voluntario(a) o participa en algún grupo de apoyo relacionado con el parque?**

- SÍ
- NO

**15. Responda esta pregunta sólo si contestó Sí a la pregunta 14:**

**¿En qué grupos de apoyo relacionados con el parque es voluntario(a) o participa usted o algún miembro de su hogar?**

**(Marque hasta tres (3) opciones)**

- GRUPO DE AMIGOS
- LIGA JUVENIL DE DEPORTES
- LIGA ADULTA DE DEPORTES
- COMITÉ DEL PARQUE, RECREACIÓN Y ESPACIO ABIERTO DE UNA ASOCIACIÓN DE VECINOS
- GRUPO DE JARDINERÍA DE LA COMUNIDAD/COMITÉ DE HERMOSEAMIENTO
- OTRO GRUPO \_\_\_\_\_

Finalmente, nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre usted para propósitos estadísticos.

16. ¿En qué vecindario vive?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ALLSTON-BRIGHTON | <input type="checkbox"/> BACK BAY/BEACON HILL       | <input type="checkbox"/> BAY VILLAGE      |
| <input type="checkbox"/> CHARLESTOWN      | <input type="checkbox"/> BARRIO CHINO               | <input type="checkbox"/> DORCHESTER       |
| <input type="checkbox"/> EL CENTRO        | <input type="checkbox"/> EAST BOSTON                | <input type="checkbox"/> FENWAY/KENMORE   |
| <input type="checkbox"/> HYDE PARK        | <input type="checkbox"/> JAMAICA PLAIN              | <input type="checkbox"/> LEATHER DISTRICT |
| <input type="checkbox"/> MATTAPAN         | <input type="checkbox"/> MISSION HILL               | <input type="checkbox"/> ROSLINDALE       |
| <input type="checkbox"/> ROXBURY          | <input type="checkbox"/> SOUTH BOSTON               | <input type="checkbox"/> SOUTH END        |
| <input type="checkbox"/> WEST ROXBURY     | <input type="checkbox"/> NO SOY RESIDENTE DE BOSTON |   |

17. ¿Qué edad tiene?

\_\_\_\_\_ AÑOS

18. ¿Cuál es su sexo (género)?

- FEMENINO  
 MASCULINO

19. ¿Es latino(a)?

- NO, NO SOY LATINO(A)  
 SÍ, PUERTORRIQUEÑO(A)  
 SÍ, DOMINICANO(A)  
 SÍ, CUBANO(A)  
 SÍ, MEXICANO(A), MEXICANO(A)-AMERICANO(A), CHICANO(A)  
 SÍ, OTRO(A) LATINO(A)

20. ¿Cuál es su raza u origen étnico?

(Marque hasta tres razas según sea necesario para indicar la que usted considera que es.)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> BLANCO(A)                                 | <input type="checkbox"/> NEGRO(A)/AFROAMERICANO(A)/DE COLOR |
| <input type="checkbox"/> INDIO(A) AMERICANO(A)/NATIVO(A) DE ALASKA | <input type="checkbox"/> CHINO(A)                           |
| <input type="checkbox"/> JAPONÉS(A)                                | <input type="checkbox"/> COREANO(A)                         |
| <input type="checkbox"/> VIETNAMITA                                | <input type="checkbox"/> INDIO(A) ASIÁTICO(A)               |
| <input type="checkbox"/> FILIPINO(A)                               | <input type="checkbox"/> OTRO(A) ASIÁTICO(A)                |
| <input type="checkbox"/> NATIVO DE HAWÁI                           | <input type="checkbox"/> GUAMEÑO(A) O CHAMORRO(A)           |
| <input type="checkbox"/> SAMOANO(A)                                | <input type="checkbox"/> DE OTRA ISLA DEL PACÍFICO          |
| <input type="checkbox"/> ALGUNA OTRA RAZA                          |   |

21. ¿Cuántos años ha vivido en Boston?

\_\_\_\_\_ AÑOS

22. ¿Cuántos miembros hay en su hogar (incluyéndose usted)?

- 1 (SÓLO USTED)
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8 Y MÁS

23. ¿Cuántos automóviles, furgones o camionetas se guardan en la casa o cerca de ella para ser usados por usted o los miembros de su hogar?

- NINGUNO
- 1
- 2
- 3 O MÁS

¿Usted o algún miembro de su hogar tiene alguna de las siguientes condiciones duraderas:

24. Ceguera, sordera o una severa alteración a la vista o la audición?

- SÍ                       NO

25. Una condición que limite sustancialmente una o más actividades físicas básicas como caminar, subir escaleras, coger algo, levantarse o transportar algo?

- SÍ                       NO

Debido a una enfermedad física, mental o emocional que se prolongue por 6 meses o más, ¿usted o algún miembro de su hogar tiene alguna dificultad para realizar alguna de las siguientes actividades?:

26. ¿Aprender, recordar o concentrarse?

- SÍ                       NO

27. ¿Vestirse, bañarse o caminar dentro de la casa?

- SÍ                       NO

28. (Responda si este miembro del hogar tiene MÁS DE 16 AÑOS.) ¿Salir de la casa solo(a) para ir de compras o visitar la consulta de un médico?

- SÍ                       NO

29. (Responda si este miembro del hogar tiene MÁS DE 16 AÑOS.) ¿Trabajar en algún empleo o negocio?

- SÍ                       NO

**Muchas gracias por responder esta encuesta. En la página siguiente hay espacio para que escriba lo que desee.**

