

II.- Capital social: bienestar

NOTA: LAS PERSONAS MENORES DE 16 AÑOS FINALIZARON LA ENCUESTA

A.- Satisfacción general

64. En una escala del 0 al 10, ¿cuál es su grado de satisfacción global con...? (0 significa nada satisfecho y 10 plenamente satisfecho)

- a.- Su vida en la actualidad
- b.- La situación económica de su hogar
- c.- Su vivienda
- d.- Su trabajo actual (conteste solo si trabaja)
- e.- El tiempo del que dispone para hacer lo que le gusta
- f.- Sus relaciones personales
- g.- Las áreas recreativas o verdes de la zona en la que vive
- h.- La calidad de la zona en la que vive

NOTA: A LA PREGUNTA 65 SOLO CONTESTAN LAS PERSONAS QUE TRABAJEN

65. En una escala del 0 al 10, ¿cuál es su grado de satisfacción con el tiempo necesario para ir a su trabajo? (0 significa nada satisfecho y 10 plenamente satisfecho) Marque la opción "No procede" si no tiene que desplazarse ya que trabaja en su vivienda

11 No procede

11 No procede

66. En una escala del 0 al 10, ¿en qué medida piensa que vale la pena lo que hace en su vida? (0 significa que no vale nada la pena y 10 que vale la pena totalmente)

B.- Relaciones personales

67. En el último mes, sin contar las personas con las que vive, ¿con qué frecuencia...?

a) Quedó con familiares

- 1.- Todos o casi todos los días
- 2.- Por lo menos una vez a la semana
- 3.- Por lo menos una vez al mes
- 4.- Nunca en el último mes
- 5.- No tiene familiares

1

2

3

4

5 → PASAR A 67.d

1

2

3

4

5 → PASAR A 67.d

b) Habló con familiares por teléfono (llamadas, mensajes, whatsapp...)

- 1.- Todos o casi todos los días
- 2.- Por lo menos una vez a la semana
- 3.- Por lo menos una vez al mes
- 4.- Nunca en el último mes
- 5.- No tiene familiares

1

2

3

4

5 → PASAR A 67.d

1

2

3

4

5 → PASAR A 67.d

c) Se comunicó con familiares por internet (correo electrónico, redes sociales...)

- 1.- Todos o casi todos los días
- 2.- Por lo menos una vez a la semana
- 3.- Por lo menos una vez al mes
- 4.- Nunca en el último mes
- 5.- No tiene familiares

1

2

3

4

5

1

2

3

4

5

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <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 <input type="checkbox"/> No procede	<input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> No procede	<input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> No procede	<input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> No procede	<input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> No procede
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 67.d	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 67.d	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 67.d	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 67.d	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 67.d
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 67.d	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 67.d	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 67.d	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 67.d	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 67.d
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>

<p>d) Quedó con amigos</p> <p>1.- Todos o casi todos los días</p> <p>2.- Por lo menos una vez a la semana</p> <p>3.- Por lo menos una vez al mes</p> <p>4.- Nunca en el último mes</p> <p>5.- No tiene amigos</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 67.g</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 67.g</p>
<p>e) Habló con amigos por teléfono (llamadas, mensajes, whatsapp...)</p> <p>1.- Todos o casi todos los días</p> <p>2.- Por lo menos una vez a la semana</p> <p>3.- Por lo menos una vez al mes</p> <p>4.- Nunca en el último mes</p> <p>5.- No tiene amigos</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 67.g</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 67.g</p>
<p>f) Se comunicó con amigos por internet (correo electrónico, redes sociales...)</p> <p>1.- Todos o casi todos los días</p> <p>2.- Por lo menos una vez a la semana</p> <p>3.- Por lo menos una vez al mes</p> <p>4.- Nunca en el último mes</p> <p>5.- No tiene amigos</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>
<p>g) Conversó con vecinos sobre diferentes temas</p> <p>1.- Todos o casi todos los días</p> <p>2.- Por lo menos una vez a la semana</p> <p>3.- Por lo menos una vez al mes</p> <p>4.- Nunca en el último mes</p> <p>5.- No tiene vecinos</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>
<p>h) Quedó con compañeros de trabajo o estudios en su tiempo libre (conteste solo si trabaja o estudia)</p> <p>1.- Todos o casi todos los días</p> <p>2.- Por lo menos una vez a la semana</p> <p>3.- Por lo menos una vez al mes</p> <p>4.- Nunca en el último mes</p> <p>5.- No tiene compañeros de trabajo ni de estudios</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>
<p>68. ¿Tiene a alguien con quién hablar de temas personales?</p> <p>1.- Sí</p> <p>6.- No</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>6 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>6 <input type="checkbox"/></p>
<p>NOTA: A LA PREGUNTA 69 SOLO CONTESTAN LAS PERSONAS QUE TENGAN FAMILIARES, AMIGOS O VECINOS</p>		
<p>69. Si lo necesitase, ¿podría pedir ayuda a familiares, amigos o vecinos? Nos referimos a personas que no sean miembros del hogar</p> <p>1.- Sí</p> <p>6.- No</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>6 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>6 <input type="checkbox"/></p>

1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 67.g	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 67.g	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 67.g	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 67.g	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 67.g
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 67.g	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 67.g	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 67.g	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 67.g	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 67.g
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>

C.- Estado de salud y estado emocional

NOTA: LAS PREGUNTAS 70, 71, 72 Y 73 SON DE CARÁCTER VOLUNTARIO. EN AQUELLAS QUE NO DESEE RESPONDER MARQUE LA OPCIÓN "NO CONTESTA"

<p>70. ¿Cómo es su salud en general?</p> <p>1.- Muy buena</p> <p>2.- Buena</p> <p>3.- Regular</p> <p>4.- Mala</p> <p>5.- Muy mala</p> <p>8.- No contesta</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p>
<p>71. Durante por lo menos los últimos seis meses, ¿en qué medida se vio limitado debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?</p> <p>1.- Gravemente limitado</p> <p>2.- Limitado pero no gravemente</p> <p>3.- Nada limitado</p> <p>8.- No contesta</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p>
<p>72. Durante los últimos 12 meses, ¿hubo alguna ocasión en la que realmente necesitaba consultar a un médico o dentista y no lo hizo?</p> <p>1.- Sí, porque era demasiado caro</p> <p>2.- Sí, porque estaba en lista de espera o no tenía volante</p> <p>3.- Sí, porque no disponía de tiempo debido al trabajo u otras obligaciones</p> <p>4.- Sí, porque era demasiado lejos para viajar o no disponía de medios de transporte</p> <p>5.- Sí, por otros motivos</p> <p>6.- No</p> <p>8.- No contesta</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p> <p>6 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p> <p>6 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p>
<p>73. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia se sintió...?</p> <p>a) Tan bajo de moral que nada podía animarlo</p> <p>1.- Siempre</p> <p>2.- Casi siempre</p> <p>3.- Algunas veces</p> <p>4.- Solo alguna vez</p> <p>5.- Nunca</p> <p>8.- No contesta</p> <p>b) Especialmente tenso</p> <p>1.- Siempre</p> <p>2.- Casi siempre</p> <p>3.- Algunas veces</p> <p>4.- Solo alguna vez</p> <p>5.- Nunca</p> <p>8.- No contesta</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p>

1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>

<p>c) Desanimado y deprimido</p> <p>1.- Siempre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2.- Casi siempre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3.- Algunas veces 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4.- Solo alguna vez 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5.- Nunca 5 <input type="checkbox"/></p> <p>8.- No contesta 8 <input type="checkbox"/></p> <p>d) Calmado y tranquilo</p> <p>1.- Siempre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2.- Casi siempre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3.- Algunas veces 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4.- Solo alguna vez 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5.- Nunca 5 <input type="checkbox"/></p> <p>8.- No contesta 8 <input type="checkbox"/></p> <p>e) Feliz</p> <p>1.- Siempre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2.- Casi siempre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3.- Algunas veces 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4.- Solo alguna vez 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5.- Nunca 5 <input type="checkbox"/></p> <p>8.- No contesta 8 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p>
<p><u>D.- Seguridad</u></p> <p>74. En los últimos cinco años...</p> <p>a.- ¿Sufrió un robo? 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>b.- ¿Sufrió una agresión física? 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>c.- ¿Lo engañaron al comprar un producto o servicio? 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p>	<p>SÍ NO</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p>	<p>SÍ NO</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p>
<p>75. En una escala del 0 al 10, ¿en qué medida piensa que en los próximos cinco años le puede suceder...? (0 significa nada probable y 10 muy probable)</p> <p>a.- Un robo <input type="text"/></p> <p>b.- Una agresión física <input type="text"/></p> <p>c.- Un engaño al comprar un producto o servicio <input type="text"/></p>	<p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>	<p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>
<p>76. En la zona en la que vive, ¿se siente seguro caminando de noche usted solo?</p> <p>1.- Muy seguro 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2.- Bastante seguro 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3.- Un poco inseguro 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4.- Muy inseguro 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5.- No procede (no camina solo por enfermedad o discapacidad) 5 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>

1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
SÍ NO 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	SÍ NO 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	SÍ NO 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	SÍ NO 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	SÍ NO 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>

E.- Confianza

77. En una escala del 0 al 10, ¿diría usted que puede confiar...? (0 significa que no le inspira ninguna confianza y 10 que le inspira una confianza total)

Marque la opción "No procede" si no tiene familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo o compañeros de estudios

- | | | | |
|--|----------------------|--|---|
| a.- En la mayor parte de las personas | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| b.- En sus familiares | <input type="text"/> | 11 No procede <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> 11 No procede <input type="checkbox"/> |
| c.- En sus amigos | <input type="text"/> | 11 No procede <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> 11 No procede <input type="checkbox"/> |
| d.- En sus vecinos | <input type="text"/> | 11 No procede <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> 11 No procede <input type="checkbox"/> |
| e.- En sus compañeros de trabajo (conteste solo si trabaja) | <input type="text"/> | 11 No procede <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> 11 No procede <input type="checkbox"/> |
| f.- En sus compañeros de estudios (conteste solo si estudia) | <input type="text"/> | 11 No procede <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> 11 No procede <input type="checkbox"/> |

78. En una escala del 0 al 10, ¿en qué medida confía en...? (0 significa que no le inspira ninguna confianza y 10 que le inspira una confianza total)

- | | | |
|--|----------------------|----------------------|
| a.- Las Administraciones Públicas | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| b.- El sistema político (organización del Estado, normas, partidos políticos, sindicatos...) .. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| c.- El sistema judicial | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| d.- El sistema sanitario | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| e.- El sistema educativo | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| f.- Las instituciones europeas e internacionales (Parlamento Europeo, Comisión Europea, OMS, FMI...) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| g.- Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| h.- El Ejército | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| i.- La banca | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| k.- Las ONGs (Cáritas, Médicos sin Fronteras...) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| l.- Los medios de comunicación | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| m.- El empresariado | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| n.- Las instituciones religiosas | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

