

# ENQUISA ESTRUCTURAL A FOGARES

*"Ocio e hábitos culturais" e  
"Capital social: Benestar" 2024*

## PARTE ESPECÍFICA

### ENTREVISTA :

|                                              |                          |                                           |
|----------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|
| Entrevistador/a: .....                       | <input type="text"/>     |                                           |
| Inspector/a de entrevistadores: .....        | <input type="text"/>     |                                           |
| Data da entrevista: Día <input type="text"/> | Mes <input type="text"/> | Semana de referencia <input type="text"/> |
| Informante: .....                            | <input type="text"/>     |                                           |
| Persoa de referencia: .....                  | <input type="text"/>     |                                           |
| Teléfono de contacto: <input type="text"/>   | <input type="text"/>     |                                           |

### ESPAAO PARA ETIQUETA IDENTIFICATIVA

|                                                   |                                               |                               |                      |                      |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------|----------------------|----------------------|
| Concello .....                                    |                                               | Rúa, praza, estrada .....     |                      |                      |
| Núm. ou km. ....                                  | Escaleira .....                               | Planta .....                  | Porta .....          | Código postal .....  |
| Provincia <input type="text"/>                    | Área de mostraxe <input type="text"/>         | Concello <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Código de distrito <input type="text"/>           | Código de sección <input type="text"/>        | <input type="text"/>          | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nº de orde da vivenda <input type="text"/>        | Nº de fogares na vivenda <input type="text"/> | Fogar nº <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nº de cuestionarios no fogar <input type="text"/> | Cuestionario nº <input type="text"/>          | <input type="text"/>          | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Vivenda titular <input type="checkbox"/>          | Vivenda substituta <input type="checkbox"/>   | <input type="text"/>          | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

### ESPAAO PARA MODIFICACIÓNS

|                                                   |                                               |                               |                      |                      |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------|----------------------|----------------------|
| Concello .....                                    |                                               | Rúa, praza, estrada .....     |                      |                      |
| Núm. ou km. ....                                  | Escaleira .....                               | Planta .....                  | Porta .....          | Código postal .....  |
| Provincia <input type="text"/>                    | Área de mostraxe <input type="text"/>         | Concello <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Código de distrito <input type="text"/>           | Código de sección <input type="text"/>        | <input type="text"/>          | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nº de orde da vivenda <input type="text"/>        | Nº de fogares na vivenda <input type="text"/> | Fogar nº <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nº de cuestionarios no fogar <input type="text"/> | Cuestionario nº <input type="text"/>          | <input type="text"/>          | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Vivenda titular <input type="checkbox"/>          | Vivenda substituta <input type="checkbox"/>   | <input type="text"/>          | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

A información recollida neste cuestionario, segundo a **LEI 9/1988, do 19 de xullo, de ESTATÍSTICA DE GALICIA**:

- Ten **CARÁCTER OBRIGATORIO** (Art. 18): "As estatísticas incluídas no Plan Galego de Estatística, nos Programas Estatísticos Anuais e as previstas nos convenios de colaboración ós que se refire o artigo 13 desta Lei terán, para a súa elaboración, a obrigatoriedade de colaboración cidadá", obrigatoriedade suxeita á potestade sancionadora á que se refire o Capítulo IV (Réxime sancionador) do Título I, que tipifica as infraccións administrativas e regula as sancións aplicables nos artigos 32 a 36.
- Está amparada polo **SEGREDO ESTATÍSTICO** (Arts. 24-28): "Serán obxecto de protección e quedarán amparados polo segredo estatístico tanto os datos relativos ás persoas físicas como ás persoas xurídicas" (Art. 24.1). "Os datos individuais facilitados por razóns estatísticas non se poderán usar en ningún caso para finalidades fiscais ou policiais, nin para calquera outra distinta daquela para a que foron solicitados" (Art. 24.3). "Tódalas persoas, organismos e institucións que interveñan nas operacións reguladas pola presente Lei terán a obriga de mante-lo segredo estatístico respecto dos datos comunicados. Esta obriga conservarana as persoas aínda despois de concluí-las súas actividades profesionais e a súa vinculación cos servizos estatísticos. En virtude da devandita obriga, os datos individuais comunicados non se poderán facer públicos nin se lle comunicarán a ningunha persoa ou entidade" (Art. 26).

**PERSOAS DE 16 OU MÁIS ANOS**

|                                                                                                                                                                                                                                                                     | Nome / Apelidos                           | Nome / Apelidos                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Número de orde .....                                                                                                                                                                                                                                                |                                           |                                                              |
| <b><u>II.- Capital social: Benestar</u></b>                                                                                                                                                                                                                         |                                           |                                                              |
| <b>NOTA: AS PERSOAS MENORES DE 16 ANOS FINALIZARON A ENQUISA</b>                                                                                                                                                                                                    |                                           |                                                              |
| <b><u>A.- Satisfacción xeral</u></b>                                                                                                                                                                                                                                |                                           |                                                              |
| <b>24. Nunha escala do 0 ao 10, ¿cal é o seu grao de satisfacción global con...? (0 significa nada satisfeito e 10 plenamente satisfeito)</b>                                                                                                                       |                                           |                                                              |
| a. A súa vida na actualidade .....                                                                                                                                                                                                                                  | a <input type="text"/>                    | a <input type="text"/>                                       |
| b. A situación económica do seu fogar .....                                                                                                                                                                                                                         | b <input type="text"/>                    | b <input type="text"/>                                       |
| c. A súa vivenda .....                                                                                                                                                                                                                                              | c <input type="text"/>                    | c <input type="text"/>                                       |
| d. O seu traballo actual (conteste só se traballa) .....                                                                                                                                                                                                            | d <input type="text"/>                    | d <input type="text"/>                                       |
| e. O tempo do que dispón para facer o que lle gusta .....                                                                                                                                                                                                           | e <input type="text"/>                    | e <input type="text"/>                                       |
| f. As súas relacións persoais .....                                                                                                                                                                                                                                 | f <input type="text"/>                    | f <input type="text"/>                                       |
| g. As áreas recreativas ou verdes da zona na que vive .....                                                                                                                                                                                                         | g <input type="text"/>                    | g <input type="text"/>                                       |
| h. A calidade da zona na que vive .....                                                                                                                                                                                                                             | h <input type="text"/>                    | h <input type="text"/>                                       |
| <b>NOTA: ESTA PREGUNTA SÓ CONTESTAN AS PERSOAS QUE ESTÁN TRABALLANDO</b>                                                                                                                                                                                            |                                           |                                                              |
| <b>25. Nunha escala do 0 ao 10, ¿cal é o seu grao de satisfacción co tempo necesario para ir ao seu traballo? (0 significa nada satisfeito e 10 plenamente satisfeito). Sinale a opción "Non procede" se non ten que desprazarse xa que traballa na súa vivenda</b> |                                           |                                                              |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                | 11 <input type="checkbox"/> Non procede   | <input type="text"/> 11 <input type="checkbox"/> Non procede |
| <b>26. Nunha escala do 0 ao 10, ¿en que medida pensa que paga a pena o que fai na súa vida? (0 significa que non paga nada a pena e 10 que paga a pena totalmente)</b>                                                                                              |                                           |                                                              |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                |                                           | <input type="text"/>                                         |
| <b><u>B.- Relacións persoais</u></b>                                                                                                                                                                                                                                |                                           |                                                              |
| <b>27. No último mes, sen contar as persoas coas que vive, ¿con que frecuencia...?</b>                                                                                                                                                                              |                                           |                                                              |
| <b>a) Quedou con familiares</b>                                                                                                                                                                                                                                     |                                           |                                                              |
| 1.- Todos ou case todos os días .....                                                                                                                                                                                                                               | 1 <input type="checkbox"/>                | 1 <input type="checkbox"/>                                   |
| 2.- Polo menos unha vez á semana .....                                                                                                                                                                                                                              | 2 <input type="checkbox"/>                | 2 <input type="checkbox"/>                                   |
| 3.- Polo menos unha vez ao mes .....                                                                                                                                                                                                                                | 3 <input type="checkbox"/>                | 3 <input type="checkbox"/>                                   |
| 4.- Nunca no último mes .....                                                                                                                                                                                                                                       | 4 <input type="checkbox"/>                | 4 <input type="checkbox"/>                                   |
| 5.- Non ten familiares .....                                                                                                                                                                                                                                        | 5 <input type="checkbox"/> → PASAR Á 27.d | 5 <input type="checkbox"/> → PASAR Á 27.d                    |
| <b>b) Falou con familiares por teléfono (chamadas, mensaxes, whatsapp...)</b>                                                                                                                                                                                       |                                           |                                                              |
| 1.- Todos ou case todos os días .....                                                                                                                                                                                                                               | 1 <input type="checkbox"/>                | 1 <input type="checkbox"/>                                   |
| 2.- Polo menos unha vez á semana .....                                                                                                                                                                                                                              | 2 <input type="checkbox"/>                | 2 <input type="checkbox"/>                                   |
| 3.- Polo menos unha vez ao mes .....                                                                                                                                                                                                                                | 3 <input type="checkbox"/>                | 3 <input type="checkbox"/>                                   |
| 4.- Nunca no último mes .....                                                                                                                                                                                                                                       | 4 <input type="checkbox"/>                | 4 <input type="checkbox"/>                                   |
| <b>c) Se comunicou con familiares por internet (correo electrónico, redes sociais...)</b>                                                                                                                                                                           |                                           |                                                              |
| 1.- Todos ou case todos os días .....                                                                                                                                                                                                                               | 1 <input type="checkbox"/>                | 1 <input type="checkbox"/>                                   |
| 2.- Polo menos unha vez á semana .....                                                                                                                                                                                                                              | 2 <input type="checkbox"/>                | 2 <input type="checkbox"/>                                   |
| 3.- Polo menos unha vez ao mes .....                                                                                                                                                                                                                                | 3 <input type="checkbox"/>                | 3 <input type="checkbox"/>                                   |
| 4.- Nunca no último mes .....                                                                                                                                                                                                                                       | 4 <input type="checkbox"/>                | 4 <input type="checkbox"/>                                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>a<div></div></div> <div>b<div></div></div> <div>c<div></div></div> <div>d<div></div></div> <div>e<div></div></div> <div>f<div></div></div> <div>g<div></div></div> <div>h<div></div></div>                                                                                                                                                             | <div>a<div></div></div> <div>b<div></div></div> <div>c<div></div></div> <div>d<div></div></div> <div>e<div></div></div> <div>f<div></div></div> <div>g<div></div></div> <div>h<div></div></div>                                                                                                                                                             | <div>a<div></div></div> <div>b<div></div></div> <div>c<div></div></div> <div>d<div></div></div> <div>e<div></div></div> <div>f<div></div></div> <div>g<div></div></div> <div>h<div></div></div>                                                                                                                                                             | <div>a<div></div></div> <div>b<div></div></div> <div>c<div></div></div> <div>d<div></div></div> <div>e<div></div></div> <div>f<div></div></div> <div>g<div></div></div> <div>h<div></div></div>                                                                                                                                                             |
| <div><div></div>11<div></div>Non procede</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <div><div></div>11<div></div>Non procede</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <div><div></div>11<div></div>Non procede</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <div><div></div>11<div></div>Non procede</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <div><div>1<div></div></div><div>2<div></div></div><div>3<div></div></div><div>4<div></div></div><div>5<div></div> → PASAR Á 27.d</div><div><div>1<div></div></div><div>2<div></div></div><div>3<div></div></div><div>4<div></div></div></div><div><div>1<div></div></div><div>2<div></div></div><div>3<div></div></div><div>4<div></div></div></div></div> | <div><div>1<div></div></div><div>2<div></div></div><div>3<div></div></div><div>4<div></div></div><div>5<div></div> → PASAR Á 27.d</div><div><div>1<div></div></div><div>2<div></div></div><div>3<div></div></div><div>4<div></div></div></div><div><div>1<div></div></div><div>2<div></div></div><div>3<div></div></div><div>4<div></div></div></div></div> | <div><div>1<div></div></div><div>2<div></div></div><div>3<div></div></div><div>4<div></div></div><div>5<div></div> → PASAR Á 27.d</div><div><div>1<div></div></div><div>2<div></div></div><div>3<div></div></div><div>4<div></div></div></div><div><div>1<div></div></div><div>2<div></div></div><div>3<div></div></div><div>4<div></div></div></div></div> | <div><div>1<div></div></div><div>2<div></div></div><div>3<div></div></div><div>4<div></div></div><div>5<div></div> → PASAR Á 27.d</div><div><div>1<div></div></div><div>2<div></div></div><div>3<div></div></div><div>4<div></div></div></div><div><div>1<div></div></div><div>2<div></div></div><div>3<div></div></div><div>4<div></div></div></div></div> |

| <p><b>d) Quedou con amigos</b></p> <p>1.- Todos ou case todos os días .....</p> <p>2.- Polo menos unha vez á semana .....</p> <p>3.- Polo menos unha vez ao mes .....</p> <p>4.- Nunca no último mes .....</p> <p>5.- Non ten amigos .....</p> <p><b>e) Falou con amigos por teléfono (chamadas, mensaxes, whatsapp...)</b></p> <p>1.- Todos ou case todos os días .....</p> <p>2.- Polo menos unha vez á semana .....</p> <p>3.- Polo menos unha vez ao mes .....</p> <p>4.- Nunca no último mes .....</p> <p><b>f) Se comunicou con amigos por internet (correo electrónico, redes sociais...)</b></p> <p>1.- Todos ou case todos os días .....</p> <p>2.- Polo menos unha vez á semana .....</p> <p>3.- Polo menos unha vez ao mes .....</p> <p>4.- Nunca no último mes .....</p> <p><b>g) Conversou con veciños sobre diferentes temas</b></p> <p>1.- Todos ou case todos os días .....</p> <p>2.- Polo menos unha vez á semana .....</p> <p>3.- Polo menos unha vez ao mes .....</p> <p>4.- Nunca no último mes .....</p> <p>5.- Non ten veciños .....</p> <p><b>h) Quedou con compañeiros de traballo ou estudos no seu tempo libre (conteste só se traballa ou estuda)</b></p> <p>1.- Todos ou case todos os días .....</p> <p>2.- Polo menos unha vez á semana .....</p> <p>3.- Polo menos unha vez ao mes .....</p> <p>4.- Nunca no último mes .....</p> <p>5.- Non ten compañeiros de traballo nin de estudos .....</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 Á 27.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>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <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>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"/> → PASAR Á 27.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>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <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><b>28. ¿Ten a alguén con quen falar de temas persoais?</b></p> <p>1.- Si .....</p> <p>6.- Non .....</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><b>29. Pensando en familiares, amigos e veciños, ¿a cantas persoas membros e non membros do fogar podería pedir axuda para que...?</b></p> <p>a. O/A coidaran en caso de enfermidade .....</p> <p>b. Lle prestaran axuda económica en caso de necesidade .....</p> <p>c. Lle fixeran algunha xestión, favor, recado (ir ao banco, recoller un pedido...) .....</p> <p>d. O/A acompañaran a unha consulta médica ou ao hospital .....</p> <p>e. Lle coidaran os seus fillos menores de 14 anos (sinale a opción "Non ten" se non ten fillos menores de 14 anos) .....</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <table border="0"> <thead> <tr> <th>Membros do fogar</th> <th>Non membros do fogar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a <input type="text"/></td> <td>a <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b <input type="text"/></td> <td>b <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>c <input type="text"/></td> <td>c <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>d <input type="text"/></td> <td>d <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>e <input type="text"/></td> <td>e <input type="text"/> Non ten 88 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>                                                                                                                                                                                                                                | Membros do fogar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Non membros do fogar | a <input type="text"/> | a <input type="text"/> | b <input type="text"/> | b <input type="text"/> | c <input type="text"/> | c <input type="text"/> | d <input type="text"/> | d <input type="text"/> | e <input type="text"/> | e <input type="text"/> Non ten 88 <input type="checkbox"/> | <table border="0"> <thead> <tr> <th>Membros do fogar</th> <th>Non membros do fogar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a <input type="text"/></td> <td>a <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b <input type="text"/></td> <td>b <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>c <input type="text"/></td> <td>c <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>d <input type="text"/></td> <td>d <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>e <input type="text"/></td> <td>e <input type="text"/> Non ten 88 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | Membros do fogar | Non membros do fogar | a <input type="text"/> | a <input type="text"/> | b <input type="text"/> | b <input type="text"/> | c <input type="text"/> | c <input type="text"/> | d <input type="text"/> | d <input type="text"/> | e <input type="text"/> | e <input type="text"/> Non ten 88 <input type="checkbox"/> |
| Membros do fogar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Non membros do fogar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |                      |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                                                            |
| a <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | a <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |                      |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                                                            |
| b <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | b <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |                      |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                                                            |
| c <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | c <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |                      |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                                                            |
| d <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | d <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |                      |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                                                            |
| e <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | e <input type="text"/> Non ten 88 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |                      |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                                                            |
| Membros do fogar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Non membros do fogar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |                      |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                                                            |
| a <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | a <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |                      |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                                                            |
| b <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | b <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |                      |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                                                            |
| c <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | c <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |                      |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                                                            |
| d <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | d <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |                      |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                                                            |
| e <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | e <input type="text"/> Non ten 88 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |                      |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                                                            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/> → PASAR Á 27.g</div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div> | <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/> → PASAR Á 27.g</div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div> | <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/> → PASAR Á 27.g</div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div> | <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/> → PASAR Á 27.g</div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div> |
| <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>6<input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>6<input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>6<input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>6<input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <div>Membros do fogarNon membros do fogar</div> <div>a<input type="text"/>a<input type="text"/></div> <div>b<input type="text"/>b<input type="text"/></div> <div>c<input type="text"/>c<input type="text"/></div> <div>d<input type="text"/>d<input type="text"/></div> <div>e<input type="text"/>e<input type="text"/>Non ten88<input type="text"/></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <div>Membros do fogarNon membros do fogar</div> <div>a<input type="text"/>a<input type="text"/></div> <div>b<input type="text"/>b<input type="text"/></div> <div>c<input type="text"/>c<input type="text"/></div> <div>d<input type="text"/>d<input type="text"/></div> <div>e<input type="text"/>e<input type="text"/>Non ten88<input type="text"/></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <div>Membros do fogarNon membros do fogar</div> <div>a<input type="text"/>a<input type="text"/></div> <div>b<input type="text"/>b<input type="text"/></div> <div>c<input type="text"/>c<input type="text"/></div> <div>d<input type="text"/>d<input type="text"/></div> <div>e<input type="text"/>e<input type="text"/>Non ten88<input type="text"/></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <div>Membros do fogarNon membros do fogar</div> <div>a<input type="text"/>a<input type="text"/></div> <div>b<input type="text"/>b<input type="text"/></div> <div>c<input type="text"/>c<input type="text"/></div> <div>d<input type="text"/>d<input type="text"/></div> <div>e<input type="text"/>e<input type="text"/>Non ten88<input type="text"/></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

| <b>NOTA: SÓ CONTESTE OS APARTADOS PARA OS QUE PODERÍA PEDIR AXUDA A ALGUNHA PERSOA</b>                                                                                          |  | <b>Cónxuxe ou parella</b><br><b>Pais</b><br><b>Fillos</b><br><b>Irmáns</b><br><b>Amigos, veciños, outros familiares</b>                | <b>Cónxuxe ou parella</b><br><b>Pais</b><br><b>Fillos</b><br><b>Irmáns</b><br><b>Amigos, veciños, outros familiares</b>                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>30. ¿A que persoa acudiría en primeiro lugar para que...?</b>                                                                                                                |  |                                                                                                                                        |                                                                                                                                        |
| a. O/A coidaran en caso de enfermidade .....                                                                                                                                    |  | 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"/> |
| b. Lle prestaran axuda económica en caso de necesidade .....                                                                                                                    |  | 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"/> |
| c. Lle fixeran algunha xestión, favor, recado (ir ao banco, recoller un pedido...) .....                                                                                        |  | 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"/> |
| d. O/A acompañaran a unha consulta médica ou ao hospital .....                                                                                                                  |  | 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. Lle coidaran os seus fillos menores de 14 anos .....                                                                                                                         |  | 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"/> |
| <b><u>C.- Estado de saúde e estado emocional</u></b>                                                                                                                            |  |                                                                                                                                        |                                                                                                                                        |
| <b>NOTA: ESTA PREGUNTA É DE CARÁCTER VOLUNTARIO. SE NON DESEXA RESPONDER, SINALE A OPCIÓN "NON CONTESTA"</b>                                                                    |  |                                                                                                                                        |                                                                                                                                        |
| <b>31. ¿Como é a súa saúde en xeral?</b>                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                        |                                                                                                                                        |
| 1.- Moi boa .....                                                                                                                                                               |  | 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                             | 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                             |
| 2.- Boa .....                                                                                                                                                                   |  | 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                             | 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                             |
| 3.- Regular .....                                                                                                                                                               |  | 3 <input type="checkbox"/>                                                                                                             | 3 <input type="checkbox"/>                                                                                                             |
| 4.- Mala .....                                                                                                                                                                  |  | 4 <input type="checkbox"/>                                                                                                             | 4 <input type="checkbox"/>                                                                                                             |
| 5.- Moi mala .....                                                                                                                                                              |  | 5 <input type="checkbox"/>                                                                                                             | 5 <input type="checkbox"/>                                                                                                             |
| 8.- Non contesta .....                                                                                                                                                          |  | 8 <input type="checkbox"/>                                                                                                             | 8 <input type="checkbox"/>                                                                                                             |
| <b>NOTA: ESTA PREGUNTA É DE CARÁCTER VOLUNTARIO. SE NON DESEXA RESPONDER, SINALE A OPCIÓN "NON CONTESTA"</b>                                                                    |  |                                                                                                                                        |                                                                                                                                        |
| <b>32. Durante polo menos os últimos seis meses, ¿en que medida se viu limitado/a debido a un problema de saúde para realizar as actividades que a xente habitualmente fai?</b> |  |                                                                                                                                        |                                                                                                                                        |
| 1.- Gravemente limitado/a .....                                                                                                                                                 |  | 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                             | 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                             |
| 2.- Limitado/a pero non gravemente .....                                                                                                                                        |  | 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                             | 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                             |
| 3.- Nada limitado/a .....                                                                                                                                                       |  | 3 <input type="checkbox"/>                                                                                                             | 3 <input type="checkbox"/>                                                                                                             |
| 8.- Non contesta .....                                                                                                                                                          |  | 8 <input type="checkbox"/>                                                                                                             | 8 <input type="checkbox"/>                                                                                                             |
| <b>NOTA: ESTA PREGUNTA É DE CARÁCTER VOLUNTARIO. SE NON DESEXA RESPONDER, SINALE A OPCIÓN "NON CONTESTA"</b>                                                                    |  |                                                                                                                                        |                                                                                                                                        |
| <b>33. Durante os últimos 12 meses, ¿houbo algunha ocasión na que realmente necesitaba consultar a un médico ou dentista e non o fixo?</b>                                      |  |                                                                                                                                        |                                                                                                                                        |
| 1.- Si, porque era demasiado caro .....                                                                                                                                         |  | 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                             | 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                             |
| 2.- Si, porque estaba en lista de espera ou non tiña volante .....                                                                                                              |  | 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                             | 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                             |
| 3.- Si, porque non dispoñía de tempo debido ao traballo ou outras obrigas .....                                                                                                 |  | 3 <input type="checkbox"/>                                                                                                             | 3 <input type="checkbox"/>                                                                                                             |
| 4.- Si, porque era demasiado lonxe para viaxar ou non dispoñía de medios de transporte .....                                                                                    |  | 4 <input type="checkbox"/>                                                                                                             | 4 <input type="checkbox"/>                                                                                                             |
| 5.- Si, por outros motivos .....                                                                                                                                                |  | 5 <input type="checkbox"/>                                                                                                             | 5 <input type="checkbox"/>                                                                                                             |
| 6.- Non .....                                                                                                                                                                   |  | 6 <input type="checkbox"/>                                                                                                             | 6 <input type="checkbox"/>                                                                                                             |
| 8.- Non contesta .....                                                                                                                                                          |  | 8 <input type="checkbox"/>                                                                                                             | 8 <input type="checkbox"/>                                                                                                             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div><div>Cónxuxe ou parella</div><div>1<input type="checkbox"/></div><div>1<input type="checkbox"/></div><div>1<input type="checkbox"/></div><div>1<input type="checkbox"/></div><div>1<input type="checkbox"/></div></div> <div><div>Pais</div><div>2<input type="checkbox"/></div><div>2<input type="checkbox"/></div><div>2<input type="checkbox"/></div><div>2<input type="checkbox"/></div><div>2<input type="checkbox"/></div></div> <div><div>Fillos</div><div>3<input type="checkbox"/></div><div>3<input type="checkbox"/></div><div>3<input type="checkbox"/></div><div>3<input type="checkbox"/></div><div>3<input type="checkbox"/></div></div> <div><div>Irmáns</div><div>4<input type="checkbox"/></div><div>4<input type="checkbox"/></div><div>4<input type="checkbox"/></div><div>4<input type="checkbox"/></div><div>4<input type="checkbox"/></div></div> <div><div>Amigos, veciños, outros familiares</div><div>5<input type="checkbox"/></div><div>5<input type="checkbox"/></div><div>5<input type="checkbox"/></div><div>5<input type="checkbox"/></div><div>5<input type="checkbox"/></div></div> | <div><div>Cónxuxe ou parella</div><div>1<input type="checkbox"/></div><div>1<input type="checkbox"/></div><div>1<input type="checkbox"/></div><div>1<input type="checkbox"/></div><div>1<input type="checkbox"/></div></div> <div><div>Pais</div><div>2<input type="checkbox"/></div><div>2<input type="checkbox"/></div><div>2<input type="checkbox"/></div><div>2<input type="checkbox"/></div><div>2<input type="checkbox"/></div></div> <div><div>Fillos</div><div>3<input type="checkbox"/></div><div>3<input type="checkbox"/></div><div>3<input type="checkbox"/></div><div>3<input type="checkbox"/></div><div>3<input type="checkbox"/></div></div> <div><div>Irmáns</div><div>4<input type="checkbox"/></div><div>4<input type="checkbox"/></div><div>4<input type="checkbox"/></div><div>4<input type="checkbox"/></div><div>4<input type="checkbox"/></div></div> <div><div>Amigos, veciños, outros familiares</div><div>5<input type="checkbox"/></div><div>5<input type="checkbox"/></div><div>5<input type="checkbox"/></div><div>5<input type="checkbox"/></div><div>5<input type="checkbox"/></div></div> | <div><div>Cónxuxe ou parella</div><div>1<input type="checkbox"/></div><div>1<input type="checkbox"/></div><div>1<input type="checkbox"/></div><div>1<input type="checkbox"/></div><div>1<input type="checkbox"/></div></div> <div><div>Pais</div><div>2<input type="checkbox"/></div><div>2<input type="checkbox"/></div><div>2<input type="checkbox"/></div><div>2<input type="checkbox"/></div><div>2<input type="checkbox"/></div></div> <div><div>Fillos</div><div>3<input type="checkbox"/></div><div>3<input type="checkbox"/></div><div>3<input type="checkbox"/></div><div>3<input type="checkbox"/></div><div>3<input type="checkbox"/></div></div> <div><div>Irmáns</div><div>4<input type="checkbox"/></div><div>4<input type="checkbox"/></div><div>4<input type="checkbox"/></div><div>4<input type="checkbox"/></div><div>4<input type="checkbox"/></div></div> <div><div>Amigos, veciños, outros familiares</div><div>5<input type="checkbox"/></div><div>5<input type="checkbox"/></div><div>5<input type="checkbox"/></div><div>5<input type="checkbox"/></div><div>5<input type="checkbox"/></div></div> | <div><div>Cónxuxe ou parella</div><div>1<input type="checkbox"/></div><div>1<input type="checkbox"/></div><div>1<input type="checkbox"/></div><div>1<input type="checkbox"/></div><div>1<input type="checkbox"/></div></div> <div><div>Pais</div><div>2<input type="checkbox"/></div><div>2<input type="checkbox"/></div><div>2<input type="checkbox"/></div><div>2<input type="checkbox"/></div><div>2<input type="checkbox"/></div></div> <div><div>Fillos</div><div>3<input type="checkbox"/></div><div>3<input type="checkbox"/></div><div>3<input type="checkbox"/></div><div>3<input type="checkbox"/></div><div>3<input type="checkbox"/></div></div> <div><div>Irmáns</div><div>4<input type="checkbox"/></div><div>4<input type="checkbox"/></div><div>4<input type="checkbox"/></div><div>4<input type="checkbox"/></div><div>4<input type="checkbox"/></div></div> <div><div>Amigos, veciños, outros familiares</div><div>5<input type="checkbox"/></div><div>5<input type="checkbox"/></div><div>5<input type="checkbox"/></div><div>5<input type="checkbox"/></div><div>5<input type="checkbox"/></div></div> |
| <div><div>1<input type="checkbox"/></div><div>2<input type="checkbox"/></div><div>3<input type="checkbox"/></div><div>4<input type="checkbox"/></div><div>5<input type="checkbox"/></div><div>8<input type="checkbox"/></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <div><div>1<input type="checkbox"/></div><div>2<input type="checkbox"/></div><div>3<input type="checkbox"/></div><div>4<input type="checkbox"/></div><div>5<input type="checkbox"/></div><div>8<input type="checkbox"/></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <div><div>1<input type="checkbox"/></div><div>2<input type="checkbox"/></div><div>3<input type="checkbox"/></div><div>4<input type="checkbox"/></div><div>5<input type="checkbox"/></div><div>8<input type="checkbox"/></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <div><div>1<input type="checkbox"/></div><div>2<input type="checkbox"/></div><div>3<input type="checkbox"/></div><div>4<input type="checkbox"/></div><div>5<input type="checkbox"/></div><div>8<input type="checkbox"/></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <div><div>1<input type="checkbox"/></div><div>2<input type="checkbox"/></div><div>3<input type="checkbox"/></div><div>8<input type="checkbox"/></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <div><div>1<input type="checkbox"/></div><div>2<input type="checkbox"/></div><div>3<input type="checkbox"/></div><div>8<input type="checkbox"/></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <div><div>1<input type="checkbox"/></div><div>2<input type="checkbox"/></div><div>3<input type="checkbox"/></div><div>8<input type="checkbox"/></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <div><div>1<input type="checkbox"/></div><div>2<input type="checkbox"/></div><div>3<input type="checkbox"/></div><div>8<input type="checkbox"/></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <div><div>1<input type="checkbox"/></div><div>2<input type="checkbox"/></div><div>3<input type="checkbox"/></div><div>4<input type="checkbox"/></div><div>5<input type="checkbox"/></div><div>6<input type="checkbox"/></div><div>8<input type="checkbox"/></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <div><div>1<input type="checkbox"/></div><div>2<input type="checkbox"/></div><div>3<input type="checkbox"/></div><div>4<input type="checkbox"/></div><div>5<input type="checkbox"/></div><div>6<input type="checkbox"/></div><div>8<input type="checkbox"/></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <div><div>1<input type="checkbox"/></div><div>2<input type="checkbox"/></div><div>3<input type="checkbox"/></div><div>4<input type="checkbox"/></div><div>5<input type="checkbox"/></div><div>6<input type="checkbox"/></div><div>8<input type="checkbox"/></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <div><div>1<input type="checkbox"/></div><div>2<input type="checkbox"/></div><div>3<input type="checkbox"/></div><div>4<input type="checkbox"/></div><div>5<input type="checkbox"/></div><div>6<input type="checkbox"/></div><div>8<input type="checkbox"/></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

**NOTA: ESTA PREGUNTA É DE CARÁCTER VOLUNTARIO.  
SE NON DESEXA RESPONDER, SINALE A OPCIÓN "NON CONTESTA"**

**34. Durante as catro últimas semanas, ¿con que frecuencia se sentiu...?**

**a) Tan baixo/a de moral que nada podía animalo/a**

- 1.- Sempre ..... 1 ☐
- 2.- Case sempre ..... 2 ☐
- 3.- Algunhas veces ..... 3 ☐
- 4.- Só algunha vez ..... 4 ☐
- 5.- Nunca ..... 5 ☐
- 8.- Non contesta ..... 8 ☐

- 1 ☐
- 2 ☐
- 3 ☐
- 4 ☐
- 5 ☐
- 8 ☐

**b) Especialmente tenso/a**

- 1.- Sempre ..... 1 ☐
- 2.- Case sempre ..... 2 ☐
- 3.- Algunhas veces ..... 3 ☐
- 4.- Só algunha vez ..... 4 ☐
- 5.- Nunca ..... 5 ☐
- 8.- Non contesta ..... 8 ☐

- 1 ☐
- 2 ☐
- 3 ☐
- 4 ☐
- 5 ☐
- 8 ☐

**c) Desanimado/a e deprimido/a**

- 1.- Sempre ..... 1 ☐
- 2.- Case sempre ..... 2 ☐
- 3.- Algunhas veces ..... 3 ☐
- 4.- Só algunha vez ..... 4 ☐
- 5.- Nunca ..... 5 ☐
- 8.- Non contesta ..... 8 ☐

- 1 ☐
- 2 ☐
- 3 ☐
- 4 ☐
- 5 ☐
- 8 ☐

**d) Calmado/a e tranquilo/a**

- 1.- Sempre ..... 1 ☐
- 2.- Case sempre ..... 2 ☐
- 3.- Algunhas veces ..... 3 ☐
- 4.- Só algunha vez ..... 4 ☐
- 5.- Nunca ..... 5 ☐
- 8.- Non contesta ..... 8 ☐

- 1 ☐
- 2 ☐
- 3 ☐
- 4 ☐
- 5 ☐
- 8 ☐

**e) Só/soa**

- 1.- Sempre ..... 1 ☐
- 2.- Case sempre ..... 2 ☐
- 3.- Algunhas veces ..... 3 ☐
- 4.- Só algunha vez ..... 4 ☐
- 5.- Nunca ..... 5 ☐
- 8.- Non contesta ..... 8 ☐

- 1 ☐
- 2 ☐
- 3 ☐
- 4 ☐
- 5 ☐
- 8 ☐

**f) Feliz**

- 1.- Sempre ..... 1 ☐
- 2.- Case sempre ..... 2 ☐
- 3.- Algunhas veces ..... 3 ☐
- 4.- Só algunha vez ..... 4 ☐
- 5.- Nunca ..... 5 ☐
- 8.- Non contesta ..... 8 ☐

- 1 ☐
- 2 ☐
- 3 ☐
- 4 ☐
- 5 ☐
- 8 ☐

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div> <div>8<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div> <div>8<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div> <div>8<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div> <div>8<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div> <div>8<input type="checkbox"/></div> | <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div> <div>8<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div> <div>8<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div> <div>8<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div> <div>8<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div> <div>8<input type="checkbox"/></div> | <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div> <div>8<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div> <div>8<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div> <div>8<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div> <div>8<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div> <div>8<input type="checkbox"/></div> | <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div> <div>8<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div> <div>8<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div> <div>8<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div> <div>8<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div> <div>8<input type="checkbox"/></div> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b><u>D.- Seguridade</u></b><br><br><b>35. Nos últimos 5 anos...</b><br>a. ¿Sufriu un roubo? .....<br>b. ¿Enganárono/a ao comprar un produto ou servizo? .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <div>Si</div> <div>Non</div> <div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>6 <input type="checkbox"/></div> <div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>6 <input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <div>Si</div> <div>Non</div> <div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>6 <input type="checkbox"/></div> <div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>6 <input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>36. Nunha escala do 0 ao 10, ¿en que medida pensa que nos próximos 5 anos lle pode suceder...? (0 significa nada probable e 10 moi probable)</b><br>a. Un roubo .....<br>b. Un engano ao comprar un produto ou servizo .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <div>a <input type="text"/></div> <div>b <input type="text"/></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <div>a <input type="text"/></div> <div>b <input type="text"/></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>37. Na zona na que vive, ¿séntese seguro/a camiñando de noite vostede só/soa?</b><br>1.- Moi seguro/a .....<br>2.- Bastante seguro/a .....<br>3.- Un pouco inseguro/a .....<br>4.- Moi inseguro/a .....<br>5.- Non procede (non camiña só/soa...) .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/></div> <div>3 <input type="checkbox"/></div> <div>4 <input type="checkbox"/></div> <div>5 <input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/></div> <div>3 <input type="checkbox"/></div> <div>4 <input type="checkbox"/></div> <div>5 <input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b><u>E.- Cidadanía</u></b><br><br><b>38. Durante os últimos 12 meses, ¿con que frecuencia...?</b><br>a. Doou roupa ou alimentos a persoas necesitadas, directamente ou a través dunha organización .....<br>b. Axudou ou coidou a persoas que non son da súa familia sen cobrar (coidado de nenos ou persoas enfermas, persoas sen recursos...) .....<br>c. Usou o punto limpo do Concello, punto SIGRE dunha farmacia... .....<br>d. Realizou traballo voluntario sen remuneración nalgunha ONG ou asociación .....<br>e. Fixo algunha doazón a ONGs ou asociacións con fins sociais .....<br>f. Realizou algunha aportación con fins culturais ou artísticos ..... | <div>Varias veces</div> <div>Unha vez</div> <div>Ningunha</div> <div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/></div> <div>3 <input type="checkbox"/></div> <div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/></div> <div>3 <input type="checkbox"/></div> <div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/></div> <div>3 <input type="checkbox"/></div> <div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/></div> <div>3 <input type="checkbox"/></div> <div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/></div> <div>3 <input type="checkbox"/></div> <div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/></div> <div>3 <input type="checkbox"/></div> | <div>Varias veces</div> <div>Unha vez</div> <div>Ningunha</div> <div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/></div> <div>3 <input type="checkbox"/></div> <div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/></div> <div>3 <input type="checkbox"/></div> <div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/></div> <div>3 <input type="checkbox"/></div> <div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/></div> <div>3 <input type="checkbox"/></div> <div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/></div> <div>3 <input type="checkbox"/></div> <div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/></div> <div>3 <input type="checkbox"/></div> |
| <b>39. Nunha escala do 0 ao 10, ¿que importancia lle dá a cada unha das seguintes actitudes e comportamentos á hora de considerar a alguén como un bo cidadán? (0 significa nada importante e 10 moi importante)</b><br>a. Ser unha persoa solidaria coa xente que está peor ca vostede .....<br>b. Votar nas eleccións .....<br>c. Non evadir impostos .....<br>d. Cumprir sempre as leis e as normas .....<br>e. Respetar as opinións dos demais aínda que sexan diferentes das propias .....<br>f. Ser unha persoa responsable e honesta .....                                                                                                                     | <div>a <input type="text"/></div> <div>b <input type="text"/></div> <div>c <input type="text"/></div> <div>d <input type="text"/></div> <div>e <input type="text"/></div> <div>f <input type="text"/></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <div>a <input type="text"/></div> <div>b <input type="text"/></div> <div>c <input type="text"/></div> <div>d <input type="text"/></div> <div>e <input type="text"/></div> <div>f <input type="text"/></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div><div>Si</div><div>1<input type="checkbox"/></div><div>1<input type="checkbox"/></div></div> <div><div>Non</div><div>6<input type="checkbox"/></div><div>6<input type="checkbox"/></div></div>           | <div><div>Si</div><div>1<input type="checkbox"/></div><div>1<input type="checkbox"/></div></div> <div><div>Non</div><div>6<input type="checkbox"/></div><div>6<input type="checkbox"/></div></div>           | <div><div>Si</div><div>1<input type="checkbox"/></div><div>1<input type="checkbox"/></div></div> <div><div>Non</div><div>6<input type="checkbox"/></div><div>6<input type="checkbox"/></div></div>           | <div><div>Si</div><div>1<input type="checkbox"/></div><div>1<input type="checkbox"/></div></div> <div><div>Non</div><div>6<input type="checkbox"/></div><div>6<input type="checkbox"/></div></div>           |
| <div>a<input type="text"/></div> <div>b<input type="text"/></div>                                                                                                                                            | <div>a<input type="text"/></div> <div>b<input type="text"/></div>                                                                                                                                            | <div>a<input type="text"/></div> <div>b<input type="text"/></div>                                                                                                                                            | <div>a<input type="text"/></div> <div>b<input type="text"/></div>                                                                                                                                            |
| <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div>                     | <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div>                     | <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div>                     | <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>2<input type="checkbox"/></div> <div>3<input type="checkbox"/></div> <div>4<input type="checkbox"/></div> <div>5<input type="checkbox"/></div>                     |
| <div><div>Varias veces</div><div>1<input type="checkbox"/></div></div> <div><div>Unha vez</div><div>2<input type="checkbox"/></div></div> <div><div>Ningunha</div><div>3<input type="checkbox"/></div></div> | <div><div>Varias veces</div><div>1<input type="checkbox"/></div></div> <div><div>Unha vez</div><div>2<input type="checkbox"/></div></div> <div><div>Ningunha</div><div>3<input type="checkbox"/></div></div> | <div><div>Varias veces</div><div>1<input type="checkbox"/></div></div> <div><div>Unha vez</div><div>2<input type="checkbox"/></div></div> <div><div>Ningunha</div><div>3<input type="checkbox"/></div></div> | <div><div>Varias veces</div><div>1<input type="checkbox"/></div></div> <div><div>Unha vez</div><div>2<input type="checkbox"/></div></div> <div><div>Ningunha</div><div>3<input type="checkbox"/></div></div> |
| <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div>                                                          | <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div>                                                          | <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div>                                                          | <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div>                                                          |
| <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                    | <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                    | <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                    | <div>1<input type="checkbox"/></div> <div>1<input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                    |
| <div>a<input type="text"/></div> <div>b<input type="text"/></div> <div>c<input type="text"/></div> <div>d<input type="text"/></div> <div>e<input type="text"/></div> <div>f<input type="text"/></div>        | <div>a<input type="text"/></div> <div>b<input type="text"/></div> <div>c<input type="text"/></div> <div>d<input type="text"/></div> <div>e<input type="text"/></div> <div>f<input type="text"/></div>        | <div>a<input type="text"/></div> <div>b<input type="text"/></div> <div>c<input type="text"/></div> <div>d<input type="text"/></div> <div>e<input type="text"/></div> <div>f<input type="text"/></div>        | <div>a<input type="text"/></div> <div>b<input type="text"/></div> <div>c<input type="text"/></div> <div>d<input type="text"/></div> <div>e<input type="text"/></div> <div>f<input type="text"/></div>        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b><u>F.- Confianza</u></b></p> <p><b>40. Nunha escala do 0 ao 10, ¿diría vostede que pode confiar...? (0 significa que non lle inspira ningunha confianza e 10 que lle inspira unha confianza total. Sinale a opción "Non ten" se non ten familiares, amigos, veciños, compañeiros de traballo ou de estudos</b></p> <p>a. Na maior parte das persoas ..... a <input type="text"/></p> <p>b. Nos seus familiares ..... b <input type="text"/> 11 <input type="checkbox"/> Non ten</p> <p>c. Nos seus amigos ..... c <input type="text"/> 11 <input type="checkbox"/> Non ten</p> <p>d. Nos seus veciños ..... d <input type="text"/> 11 <input type="checkbox"/> Non ten</p> <p>e. Nos seus compañeiros de traballo (conteste só se traballa) ..... e <input type="text"/> 11 <input type="checkbox"/> Non ten</p> <p>f. Nos seus compañeiros de estudos (conteste só se estuda) ..... f <input type="text"/> 11 <input type="checkbox"/> Non ten</p>                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <p><b>41. Nunha escala do 0 ao 10, ¿en que medida confía en...? (0 significa que non lle inspira ningunha confianza e 10 que lle inspira unha confianza total)</b></p> <p>a. As Administracións Públicas ..... a <input type="text"/></p> <p>b. O sistema político (organización do Estado, normas, partidos políticos, sindicatos...) ..... b <input type="text"/></p> <p>c. O sistema xudicial ..... c <input type="text"/></p> <p>d. O sistema sanitario ..... d <input type="text"/></p> <p>e. O sistema educativo ..... e <input type="text"/></p> <p>f. As institucións europeas e internacionais (Parlamento Europeo, Comisión europea, OMS, FMI...) ..... f <input type="text"/></p> <p>g. As Forzas e Corpos de Seguridade ..... g <input type="text"/></p> <p>h. O Exército ..... h <input type="text"/></p> <p>i. A banca ..... i <input type="text"/></p> <p>l. As ONGs (Cáritas, Médicos sen Fronteiras...) ..... l <input type="text"/></p> <p>m. Os medios de comunicación ..... m <input type="text"/></p> <p>n. O empresariado ..... n <input type="text"/></p> <p>ñ. As institucións relixiosas ..... ñ <input type="text"/></p> |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <p><b><u>G.- Vivenda</u></b></p> <p><b>42. ¿Ten a súa vivenda algún dos seguintes problemas?</b></p> <p>a. Goteiras, humidades en paredes, solos, teitos ou cimentos, ou podremia en solos, marcos de fiestras ou portas ..... 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Escaseza de luz natural ..... 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Ruídos producidos polos veciños ou procedentes do exterior (tráfico, negocios, fábricas...) ..... 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Contaminación, sucidade ou outros problemas ambientais na zona producidos pola industria ou o tráfico ..... 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Delincuencia ou vandalismo na zona ..... 1 <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | <p><b>Si</b>                      <b>Non</b></p> <p>6 <input type="checkbox"/>                      6 <input type="checkbox"/></p> <p>6 <input type="checkbox"/>                      6 <input type="checkbox"/></p> <p>6 <input type="checkbox"/>                      6 <input type="checkbox"/></p> <p>6 <input type="checkbox"/>                      6 <input type="checkbox"/></p> <p>6 <input type="checkbox"/>                      6 <input type="checkbox"/></p> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>Nome / Apellidos</div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                             | <div>Nome / Apellidos</div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                             | <div>Nome / Apellidos</div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                             | <div>Nome / Apellidos</div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <div>a<div></div></div> <div>b<div></div></div> <div>c<div></div></div> <div>d<div></div></div> <div>e<div></div></div> <div>f<div></div></div> <div>11<div></div>Non ten</div> <div>11<div></div>Non ten</div> <div>11<div></div>Non ten</div> <div>11<div></div>Non ten</div> <div>11<div></div>Non ten</div> <div>11<div></div>Non ten</div> | <div>a<div></div></div> <div>b<div></div></div> <div>c<div></div></div> <div>d<div></div></div> <div>e<div></div></div> <div>f<div></div></div> <div>11<div></div>Non ten</div> <div>11<div></div>Non ten</div> <div>11<div></div>Non ten</div> <div>11<div></div>Non ten</div> <div>11<div></div>Non ten</div> <div>11<div></div>Non ten</div> | <div>a<div></div></div> <div>b<div></div></div> <div>c<div></div></div> <div>d<div></div></div> <div>e<div></div></div> <div>f<div></div></div> <div>11<div></div>Non ten</div> <div>11<div></div>Non ten</div> <div>11<div></div>Non ten</div> <div>11<div></div>Non ten</div> <div>11<div></div>Non ten</div> <div>11<div></div>Non ten</div> | <div>a<div></div></div> <div>b<div></div></div> <div>c<div></div></div> <div>d<div></div></div> <div>e<div></div></div> <div>f<div></div></div> <div>11<div></div>Non ten</div> <div>11<div></div>Non ten</div> <div>11<div></div>Non ten</div> <div>11<div></div>Non ten</div> <div>11<div></div>Non ten</div> <div>11<div></div>Non ten</div> |
| <div>a<div></div></div> <div>b<div></div></div> <div>c<div></div></div> <div>d<div></div></div> <div>e<div></div></div> <div>f<div></div></div> <div>g<div></div></div> <div>h<div></div></div> <div>i<div></div></div> <div>l<div></div></div> <div>m<div></div></div> <div>n<div></div></div> <div>ñ<div></div></div>                         | <div>a<div></div></div> <div>b<div></div></div> <div>c<div></div></div> <div>d<div></div></div> <div>e<div></div></div> <div>f<div></div></div> <div>g<div></div></div> <div>h<div></div></div> <div>i<div></div></div> <div>l<div></div></div> <div>m<div></div></div> <div>n<div></div></div> <div>ñ<div></div></div>                         | <div>a<div></div></div> <div>b<div></div></div> <div>c<div></div></div> <div>d<div></div></div> <div>e<div></div></div> <div>f<div></div></div> <div>g<div></div></div> <div>h<div></div></div> <div>i<div></div></div> <div>l<div></div></div> <div>m<div></div></div> <div>n<div></div></div> <div>ñ<div></div></div>                         | <div>a<div></div></div> <div>b<div></div></div> <div>c<div></div></div> <div>d<div></div></div> <div>e<div></div></div> <div>f<div></div></div> <div>g<div></div></div> <div>h<div></div></div> <div>i<div></div></div> <div>l<div></div></div> <div>m<div></div></div> <div>n<div></div></div> <div>ñ<div></div></div>                         |

Incidencias:

| Información básica sobre protección de datos persoais              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Responsable do tratamento                                          | Xunta de Galicia - Instituto Galego de Estatística (IGE).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Finalidades do tratamento                                          | Elaborar a estatística destinada a reflectir a realidade socioeconómica das familias galegas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Lexitimación para o tratamento                                     | Cumprimento dunha obrigaón legal aplicable ao responsable do tratamento segundo a Lei 12/1989, do 9 de maio, da función estatística pública, a Lei 9/1988, do 19 de xullo, de estatística de Galicia, a Lei 16/2021, do 20 de decembro, do plan galego de estatística 2022-2026, e demais normativa aplicable.<br><br>Tratamento necesario para a realización dunha misión en interese público ou no exercicio de poderes públicos conferidos ao responsable.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Destinatarios dos datos                                            | Os datos poderán comunicarse a Universidades e centros de investigación recoñecidos para fins de investigación, no caso de ser aprobadas as súas solicitudes e quedar garantida a preservación do segredo estatístico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Exercicio de dereitos                                              | As persoas interesadas poderán solicitar o acceso, rectificación, limitación, portabilidade e supresión dos seus datos, a través da sede electrónica da Xunta de Galicia ou nos lugares e rexistros establecidos na normativa reguladora do procedemento administrativo común segundo se recolle en <a href="https://www.xunta.gal/exercicio-de-dereitos">https://www.xunta.gal/exercicio-de-dereitos</a> .<br><br>No entanto, segundo o establecido no artigo 25 da Lei Orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de protección de datos persoais e garantía dos dereitos dixitais, o IGE poderá denegar as solicitudes de exercicio polos afectados dos dereitos establecidos nos artigos 15 a 22 do Regulamento (UE) 2016/679, ao estar os datos amparados polo segredo estatístico. |
| Contacto delegado/a de protección de datos e información adicional | <a href="https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos">https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |