

# BIENESTAR PERSONAL

**B1**

En una escala de 0 a 10, en la que 0 significa satisfacción nula y 10 satisfacción muy alta,...

¿Cuál es su grado de satisfacción global con.....?

**B2**

En una escala de 0 a 10, en la que 0 significa satisfacción nula y 10 satisfacción muy alta,...

¿Cuál es su grado de satisfacción global con.....?

(Responda a todas)

<p>1. Su vida en la actualidad?</p> <p>2. Sus relaciones personales?</p> <p>3. El tiempo que dispone para hacer lo que le gusta?</p> <p>4. La situación económica de su hogar?</p> <p>5. Su vivienda?</p> <p>6. La calidad de la zona en la que vive?</p> <p>7. Las áreas recreativas o verdes de la zona en la que vive?</p>	<p>No sabe No contesta</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>1. Su trabajo actual?</p> <p>2. El tiempo empleado para ir a su trabajo?</p>	<p>No trabaja No se desplaza No sabe No contesta</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
---------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**B3**

**B4**

**B5**

**B6**

<p>En una escala de 0 a 10, en la que 0 significa que no merece la pena y 10 que merece la pena totalmente,</p> <p>¿En qué medida piensa que lo que hace en su vida merece la pena en general?</p>	<p>¿Tiene a alguien con quien hablar de temas personales?</p>	<p>Si la necesitase, ¿podría pedir ayuda a familiares que no sean miembros de su hogar o a amigos/as, o a vecinos/as?</p>	<p>Durante las cuatro últimas semanas,</p> <p>¿Con qué frecuencia.....</p> <p>(Responda a todas)</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>A. <input type="checkbox"/></p> <p>B. No sabe <input type="checkbox"/></p> <p>C. No contesta <input type="checkbox"/></p>	<p>A. No <input type="checkbox"/></p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>C. No sabe <input type="checkbox"/></p> <p>D. No contesta <input type="checkbox"/></p>	<p>A. No <input type="checkbox"/></p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>C. Sin familiares ni amigos/as ni vecinos/as <input type="checkbox"/></p> <p>D. No sabe <input type="checkbox"/></p> <p>E. No contesta <input type="checkbox"/></p>	<p>A. Siempre B. La mayor parte del tiempo C. Algunas veces D. Casi nunca E. Nunca F. No sabe G. No contesta</p> <p>1. Estuvo especialmente tenso/a? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2. Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarlo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3. Se sintió calmado/a y tranquilo/a? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>4. Se sintió desanimado/a y deprimido/a? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5. Se sintió feliz? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**B7**

**B8**

**B9**

<p>En una escala de 0 a 10, en la que 0 significa que, en general, no confía usted nada y 10 que confía totalmente,</p> <p>¿Cuánto diría usted que puede confiar en la mayor parte de las personas?</p>	<p>En una escala de 0 a 10, en la que 0 significa que no confía usted nada y 10 que confía totalmente,</p> <p>¿Cuánto confía personalmente en cada una de las siguientes instituciones?</p> <p>(Responda a todas)</p>	<p>¿Se siente seguro caminando a solas de noche en la zona en la que vive?</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------

<p>A. <input type="checkbox"/></p> <p>B. No sabe <input type="checkbox"/></p> <p>C. No contesta <input type="checkbox"/></p>	<p>A. B. No sabe C. No contesta</p> <p>1. Sistema político (Gobierno, Partidos Políticos, Sindicatos,...) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2. Sistema judicial (Juzgados, Jueces/Juezas, Abogados/as,...) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3. Policía (Policía Nacional, Ertzantza, Guardia Civil,...) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>A. Muy seguro/a <input type="checkbox"/></p> <p>B. Bastante seguro/a <input type="checkbox"/></p> <p>C. Un poco inseguro/a <input type="checkbox"/></p> <p>D. Muy inseguro/a <input type="checkbox"/></p> <p>E. No sabe <input type="checkbox"/></p> <p>F. No contesta <input type="checkbox"/></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------