

Nº Identificación del hogar										Nº de identificación de la persona			
1	5	0	4	2						0	0		

Fecha entrevista: / /

Nº de identificación del entrevistador: _____

Iniciales del entrevistado: _____

"50 y más en Europa"

Encuesta de salud, envejecimiento y jubilación en Europa

Questionario auto-administrado

Como RELLENAR este cuestionario

La mayoría de las preguntas de las páginas siguientes pueden responderse marcando la casilla que se encuentra debajo o al lado de la respuesta correspondiente.

Por favor, marque UNA (1) casilla:

Correcto o

Incorrecto

Por favor, vaya pregunta por pregunta. Salte una pregunta sólo si una instrucción le pide explícitamente hacerlo.

Ejemplo:

¿Tiene Ud. hijos?

₁ Sí

₅ No

➔



Si marcara "Sí" en este ejemplo, pasaría a la siguiente pregunta.

Si marcara "No" en este ejemplo, pasaría a la pregunta indicada en el recuadro.

Como DEVOLVER este cuestionario

Si el entrevistador se encuentra todavía en su domicilio cuando haya completado el cuestionario, por favor, entrégueselo a él o a ella. Si no, por favor, envíe el cuestionario relleno en el sobre prefranqueado tan pronto como le sea posible. *Si necesita un sobre nuevo, por favor llame a DEMOSCOPIA al número de teléfono gratuito 900 150 287.*

POR FAVOR, COMIENCE EL CUESTIONARIO CON LA PREGUNTA 1 DE LA PÁGINA SIGUIENTE

TODAS SUS RESPUESTAS SON ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIALES. GRACIAS DE NUEVO POR SU COLABORACIÓN.

1. En general, ¿se siente satisfecho/a con su vida?

(Por favor marque solo una casilla)

Muy satisfecho/a	<input type="checkbox"/> ₁
Algo satisfecho/a	<input type="checkbox"/> ₂
Algo insatisfecho/a	<input type="checkbox"/> ₃
Muy insatisfecho/a	<input type="checkbox"/> ₄

2. A continuación le presentamos una lista de frases que la gente suele utilizar para describir sus vidas y como se sienten. Nos gustaría saber la frecuencia con la que usted piensa que estas frases pueden aplicarse a usted.

(Por favor, marque una casilla de cada fila)

	A menudo	A veces	Raramente	Nunca
	▼	▼	▼	▼
a) Mi edad me impide hacer las cosas que me gustaría hacer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) Siento que lo que me ocurre esta fuera de mi control	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) Me siento excluido/a de lo que ocurre	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d) Puedo hacer las cosas que quiero hacer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
e) Mis responsabilidades familiares me impiden hacer lo que quiero hacer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
f) La falta de dinero me impide hacer las cosas que quiero hacer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
g) Espero con ilusión cada día	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
h) Creo que mi vida tiene sentido	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
i) Haciendo balance, miro hacia atrás en mi vida con una sensación de felicidad	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
j) Me siento lleno/a de energía últimamente	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
k) Creo que la vida esta llena de oportunidades	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
l) Creo que mi futuro se presenta con buenas perspectivas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
	▲	▲	▲	▲
	A menudo	A veces	Raramente	Nunca

3. A continuación aparecen algunas frases más que la gente suele usar para describir sus vidas y como se sienten. Por favor, díganos su grado de acuerdo o desacuerdo con cada frase aplicada a usted personalmente.

(Por favor, marque una casilla de cada fila)

		Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
		▼	▼	▼	▼	▼
a)	Persigo mis objetivos con mucha energía	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b)	En periodos de incertidumbre, por lo general espero lo mejor	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c)	Soy siempre optimista con respecto a mi futuro	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d)	Casi nunca espero que las cosas salgan a mi manera	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
e)	Encuentro formas de resolver un problema incluso cuando otros ya han desistido	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
f)	Raramente cuento con que me ocurran cosas buenas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
g)	Dada mi experiencia pasada, me siento bien preparado/a para el futuro	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
		▲	▲	▲	▲	▲
		Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

4. Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia experimentó los siguientes sentimientos? (Por favor, marque una casilla de cada fila)

	Casi todo el tiempo ▼	La mayor parte del tiempo ▼	Alguna vez ▼	Casi nunca ▼
a) Me sentí deprimido	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) Sentí que todo lo que hice me costó un esfuerzo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) Tuve el sueño intranquilo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d) Fui feliz	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
e) Me sentí solo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
f) Sentí que la gente era antipática	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
g) Disfruté de la vida	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
h) Me sentí triste	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
i) Sentí que no agradaba a la gente	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
j) Me costó arrancar	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
k) No me apetecía comer, perdí el apetito	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
l) Tuve mucha energía	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
m) Me sentí cansado/a	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
n) Me sentí muy descansado cuando me levantaba por las mañanas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
	▲	▲	▲	▲
	Casi todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Alguna vez	Casi nunca

5. Las siguientes frases hacen referencia a lo que la gente espera de los demás. Por favor, díganos su grado de acuerdo o desacuerdo con cada frase aplicada a usted personalmente.

a) Siempre me he sentido satisfecho/a con el equilibrio entre lo que yo he dado a mi pareja y lo que he recibido a cambio

₁ Muy de acuerdo

₈ No aplicable

₂ De acuerdo

₃ Ni de acuerdo ni en desacuerdo

₄ En desacuerdo

₅ Muy en desacuerdo

b) Siempre he recibido el reconocimiento que merecía por ayudar en mi familia

₁ Muy de acuerdo

₈ No aplicable

₂ De acuerdo

₃ Ni de acuerdo ni en desacuerdo

₄ En desacuerdo

₅ Muy en desacuerdo

c) En la actividad principal que realizo (un trabajo, cuidar de la casa, trabajo de voluntariado) siempre he estado satisfecho/a con como se recompensaban mis esfuerzos.

₁ Muy de acuerdo

₂ De acuerdo

₃ Ni de acuerdo ni en desacuerdo

₄ En desacuerdo

₅ Muy en desacuerdo

d) Me he sentido muy decepcionado/a o herido/a por alguien en quien había depositado mi confianza

₁ Muy de acuerdo

₂ De acuerdo

₃ Ni de acuerdo ni en desacuerdo

₄ En desacuerdo

₅ Muy en desacuerdo

6. Las siguientes frases hacen referencia a las obligaciones que las personas puedan tener en sus familias. Por favor, díganos su grado de acuerdo o desacuerdo con cada frase.

(Por favor, marque una casilla de cada fila)

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
	▼	▼	▼	▼	▼
a) El deber de los padres es hacer todo lo que puedan por sus hijos incluso a expensas de su propio bienestar.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) El deber de los abuelos es estar al lado de los nietos en caso de dificultad (como en un divorcio o enfermedad)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c) El deber de los abuelos es contribuir a la seguridad económica de los nietos y sus familias.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d) El deber de los abuelos es ayudar a sus hijos en el cuidado de los nietos pequeños.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

7. En su opinión, ¿quién –la familia o el Estado- tiene la responsabilidad de...

(Por favor, marque una casilla de cada fila)

	Sólo la familia	Principalmente la familia	Ambos por igual	Principalmente el Estado	Sólo el Estado
	▼	▼	▼	▼	▼
a) ayudar económicamente a los ancianos con necesidades?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) ayudar en las tareas domésticas a los ancianos con necesidades como por ejemplo a realizar la limpieza o la colada?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c) ayudar en los cuidados personales a los ancianos con necesidades por ejemplo de enfermería o para lavarse o vestirse?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

8. En ocasiones hay temas importantes en los que no estamos de acuerdo con las personas cercanas y estos desacuerdos pueden generar conflictos. Por favor, díganos con que frecuencia ha experimentado este tipo de conflicto con cada una de las siguientes personas. (Por favor, marque una casilla de cada fila)

	A menudo	A veces	Raramente	Nunca	No aplica
a) Padres	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
b) Suegros	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
c) Pareja/cónyuge	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
d) Hijos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
e) Otros familiares	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
f) Amigos, compañeros de trabajo, conocidos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈

9. ¿Con qué frecuencia experimenta conflictos con sus hijos/as o yernos/nueras sobre la educación y crianza de sus nietos?(Por favor, marque una casilla)

	A menudo	A veces	Raramente	Nunca	No aplica
	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈

10. ¿Comparte o ha compartido alguna vez el hogar con un marido, mujer o pareja?

₁ Sí ₅ No ➔ Vaya a la pregunta 12.

↓

11. Dentro de la pareja, ¿quién tiene, o tenía, la responsabilidad principal sobre las siguientes tareas? (Por favor, marque una casilla de cada fila)

	Sólo yo	Principal mente yo	Yo y mi pareja por igual	Principal mente mi pareja	Sólo mi pareja	No aplica
a) Criar a los hijos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
b) Ganar dinero	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
c) Cocinar, limpiar la casa, hacer la colada y planchar	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
d) Cuidar de los ancianos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈

12. En las siguientes preguntas, estamos interesados en aspectos de la prevención y las consultas médicas. ¿Tiene un médico de cabecera? (es decir, un médico al que acude habitualmente por problemas de salud normales)

₁ Sí ₅ No → Vaya a la pregunta 14.



13. ¿Con qué frecuencia su médico de cabecera...

	En cada visita ▼	En algunas visitas ▼	Nunca ▼
a) le pregunta cuanta actividad física realiza?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b) le dice que tiene que hacer ejercicio regularmente?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c) le pregunta sobre caídas?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d) comprueba su equilibrio o la forma en que anda?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
e) comprueba su peso?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
f) le pregunta sobre los medicamentos que toma, bien por su cuenta o recetados por otro médico?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

14. Durante el último año, ¿ha sido vacunado/a contra la gripe?

₁ Sí → Vaya a la pregunta 16.

₅ No



15. Durante el último año, ¿algún médico le aconsejó vacunarse contra la gripe?

₁ Sí

₅ No

16. Durante los últimos dos años ¿le ha realizado un profesional, oftalmólogo u óptico, un examen de vista?

₁ Sí

₅ No

17. **Si es Ud. una mujer: Durante los últimos dos años, ¿le han hecho una mamografía? (radiografía del pecho)?**

₁ Sí

₈ No aplica (para hombres)

₅ No

18. **Algunos centros o servicios médicos realizan pruebas como sigmoidoscopias o colonoscopias para detectar el cáncer de colon. ¿Durante los últimos diez años, le han recomendado en algún momento que realizase alguna de dichas pruebas?**

₁ Sí

₅ No

19. **¿Le han hecho alguna vez una sigmoidoscopia o una colonoscopia? Si es así, ¿cuándo fue la última?**

₁ Sí, me hice una de esas pruebas hace menos de 10 años.

₂ Sí, me hice una de esas pruebas hace 10 años o más.

₃ No, nunca me he hecho una de esas pruebas.

20. **Existe otra prueba que detecta sangre oculta en las heces. Para esta prueba se aplica una pequeña muestra de heces en una tarjeta especial. Durante los últimos diez años, ¿le han realizado alguna vez esta prueba?**

₁ Sí → Vaya a la pregunta 22.

₅ No



21. **Durante los últimos diez años, ¿le han aconsejado en algún momento que realizara esta prueba?**

₁ Sí

₅ No

22. Las siguientes preguntas hacen referencia a los dolores de articulaciones. ¿Ha sentido molestias por dolores de cadera, de rodillas o de otras articulaciones (superiores o inferiores) durante al menos 6 meses?

₁ Sí

₅ No



Vaya a la pregunta 30.



23. ¿Podría decirnos donde se localiza su dolor de articulaciones? (Por favor, marque todas las casillas pertinentes)

a) En las caderas

b) En las rodillas

c) En otras articulaciones (superiores o inferiores)

24. ¿Le duelen las articulaciones la mayoría de los días?

₁ Sí

₅ No

25. ¿Está tomando alguna medicación para el dolor de articulaciones?

₁ Sí

₅ No



Vaya a la pregunta 27.



26. ¿Consigue controlar el dolor con la medicación?

₁ Sí

₂ Algo

₃ No

27 ¿Ha comentado con su médico de cabecera o con cualquier otro médico su dolor de articulaciones?

₁ Sí

₅ No



Vaya a la pregunta 30.



28. Cuando le comentó al médico sus dolores...

Sí No



a) ...¿le examinó las articulaciones?

₁

₅

b) ...¿sugirió algún medicamento para su dolor?

₁

₅

c) ...¿le explicó los posibles efectos secundarios o riesgos de los antiinflamatorios?

₁

₅

29. ¿Le ha...

Sí No



a) ...enviado alguna vez un médico a fisioterapia o a un programa de ejercicios para su dolor de articulaciones?

₁

₅

b) ...dicho alguna vez un médico que deberían operarle o reemplazarle la articulación debido al dolor de articulaciones que padece en estos momentos?

₁

₅

c) ...enviado alguna vez un médico a un cirujano ortopédico debido al dolor de articulaciones que padece en estos momentos?

₁

₅

30. Las siguientes preguntas hacen referencia al lugar donde vive. Por favor, conteste cada pregunta marcando “sí” o “no”. Su alojamiento tiene...

	Sí ▼	No ▼
a) Un baño o ducha interiores para uso exclusivo de su hogar	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
b) Un retrete en el interior para uso exclusivo de su hogar	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
c) Calefacción central	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
d) Aire acondicionado	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
e) Ascensor	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
f) Un balcón, terraza o jardín	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅

31. Con respecto a su alojamiento, diría Ud. que...

	Sí ▼	No ▼
a) ...no tiene suficiente espacio.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
b) ...cuesta demasiado.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
c) ...no tiene suficiente luz.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
d) ...la calefacción o el aire acondicionado son insuficientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅

32. Y, con respecto a la zona donde se encuentra su alojamiento, diría que...

	Sí ▼	No ▼
a) ... tiene suficientes servicios, como farmacias, asistencia médica, tiendas de alimentación y similares, a una distancia razonable.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
b) ... tiene suficientes servicios de transporte público.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
c) ...tiene contaminación, es ruidosa o tiene otros problemas medioambientales.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
d) ... sufre vandalismo y criminalidad.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅

33. ¿Tiene en estos momentos alguna de las siguientes mascotas en su hogar?

(Por favor marque todas las casillas que sean pertinentes)

a) Perros	<input type="checkbox"/>	No hay mascotas en su hogar	<input type="checkbox"/>
b) Gatos	<input type="checkbox"/>		
c) Pájaros	<input type="checkbox"/>		
d) Peces	<input type="checkbox"/>		
e) Otras mascotas	<input type="checkbox"/>		

34. Por último, le haremos unas preguntas sobre sí mismo. ¿A qué religión pertenece o se siente más ligado?

(Por favor, marque una casilla)

Protestante (por ejemplo, Luterana o Anglicana)	<input type="checkbox"/>	1
Protestante (evangélica) independiente / otra iglesia protestante	<input type="checkbox"/>	2
Católica Romana	<input type="checkbox"/>	3
Ortodoxa griega o rusa	<input type="checkbox"/>	4
Judía	<input type="checkbox"/>	5
Musulmana	<input type="checkbox"/>	6
Hinduista	<input type="checkbox"/>	7
Budista	<input type="checkbox"/>	8
Esotérica, Nueva Era	<input type="checkbox"/>	9
Otra (por favor, especifique): _____	<input type="checkbox"/>	10
No pertenezco ni me siento ligado a ninguna religión	<input type="checkbox"/>	96

35. En la actualidad, ¿con qué frecuencia reza?

(Por favor, marque una casilla)

Más de una vez al día	<input type="checkbox"/>	1
Una vez al día o casi diariamente	<input type="checkbox"/>	2
Un par de veces a la semana	<input type="checkbox"/>	3
Una vez a la semana	<input type="checkbox"/>	4
Menos de una vez a la semana	<input type="checkbox"/>	5
Nunca	<input type="checkbox"/>	6

36. ¿Sus padres le educaron en la religión?

(Por favor, marque una casilla)

Sí	<input type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	5

37 Mucha gente en España, se inclina por un partido político en el largo plazo, aunque alguna vez pueda votar a otro. ¿Hacia que partido político se inclina Ud.?

(Por favor, marque una casilla)

PP	<input type="checkbox"/>	1
PSOE	<input type="checkbox"/>	2
IU	<input type="checkbox"/>	3
CiU	<input type="checkbox"/>	4
PNV	<input type="checkbox"/>	5
Otro (por favor, especifique): _____	<input type="checkbox"/>	6
Ninguno	<input type="checkbox"/>	96

38. Finalmente, díganos su sexo y edad:

a) **Soy...**

Hombre	<input type="checkbox"/>	1
Mujer	<input type="checkbox"/>	2

b) **Nací en** **(año)**

Muchas gracias por dedicar su tiempo a responder a nuestras preguntas. Por favor devuelva el cuestionario al entrevistador o mándelo por correo en el sobre que le hemos entregado.