

# ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE VALORES PERSONALES

P. A.

Proyecto I+D+i SEJ2005-05844

Universidad de Almería, Universidad de Zaragoza, Universidad Pública de Navarra, Universidad San Pablo CEU (Madrid)

Esta encuesta de opinión es TOTALMENTE ANÓNIMA y los datos que nos facilite no permitirán identificar, en ningún caso, al autor de cada encuesta. Para mantener el anonimato, por favor, no firme en ninguna de las hojas, ni incluya signos o señales que permitan diferenciar su encuesta de las demás. Limítese a responder a las preguntas en el lugar establecido para ello.

Esta encuesta de opinión forma parte de un estudio de ámbito internacional con miles de participantes, y sólo persigue conocer la opinión de los encuestados sobre las cuestiones planteadas. Por favor, RESPONDA a las preguntas CON TOTAL SINCERIDAD. Es preferible que deje en blanco las preguntas que no desee contestar sinceramente o sienta cualquier tipo de reparo por contestarlas. Agradecemos muy sinceramente su participación y el tiempo que nos dedica. Muchas gracias por su inestimable colaboración.

## DATOS DE CARÁCTER GENERAL

1	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Año de nacimiento: 19__	Localidad de nacimiento _____ Provincia _____
---	--	-------------------------	--

2	¿En qué lugar vivió durante sus años de infancia y adolescencia? (ponga una X donde corresponda)			
	<input type="checkbox"/> Ciudad	<input type="checkbox"/> Pueblo	<input type="checkbox"/> Casa de campo	<input type="checkbox"/> Otros (indique) _____

3	Estado civil (ponga una X donde corresponda)					
	<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Separado/a	<input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Otros (indique) _____

4	Por favor indíquenos con quien vive actualmente (ponga una X donde corresponda)			
	<input type="checkbox"/> Con mi familia	<input type="checkbox"/> Con mi pareja	<input type="checkbox"/> Vivo solo/a	<input type="checkbox"/> Otros (indicar) _____

5	¿Tiene hijos?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Qué edad tienen? _____
---	--	-------------------------

6	Indique el nivel de estudios que posee:					
	<input type="checkbox"/> Elemental	<input type="checkbox"/> Bachillerato	<input type="checkbox"/> Formación Prof.	<input type="checkbox"/> Diplomado Universitario	<input type="checkbox"/> Licenciado Universitario	<input type="checkbox"/> Doctor

7	Indique su actividad o profesión: _____	¿La ejerce actualmente?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	En el caso de que sea estudiante, indique el año que está cursando y el tipo de estudios: _____	

Indíquenos su ocupación laboral y la de sus familiares más directos								
(Coloque una X sobre las casillas que corresponda)								
	Usted	Su cónyuge o pareja	Su padre	Su madre	Sus hijos			
					1	2	3	4
8	Trabaja por cuenta ajena							
	Trabaja por cuenta propia							
	Jubilado/a (trabajaba por cuenta ajena)							
	Jubilado/a (trabajaba por cuenta propia)							
	Estudiante							
	Labores del hogar							
	Otra (indicar): _____							

¿A qué nivel social considera que pertenece su familia?					
	<input type="checkbox"/> nivel bajo	<input type="checkbox"/> nivel medio-bajo	<input type="checkbox"/> nivel medio	<input type="checkbox"/> nivel medio-alto	<input type="checkbox"/> nivel alto
9	¿Por lo que usted conoce, siempre ha sido así? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
	En el caso que haya respondido NO ¿a qué otro nivel social ha pertenecido su familia anteriormente?				
	<input type="checkbox"/> nivel bajo	<input type="checkbox"/> nivel medio-bajo	<input type="checkbox"/> nivel medio	<input type="checkbox"/> nivel medio-alto	<input type="checkbox"/> nivel alto

**Módulo A**  
Encuesta sobre la Escala Personal de Valores en la vida

1. Por favor, indique POR RIGUROSO ORDEN DE IMPORTANCIA, los principales valores personales que orientan su vida. Puede indicar los valores que desee hasta un máximo de diez:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

2. Elija la afirmación que esté más de acuerdo con lo que usted piensa:

- A. Mis valores personales son irrenunciables.
- B. No tengo seguridad de que no pudiera renunciar a mis valores por una buena razón.
- C. Mis valores personales no son irrenunciables, renunciaría a ellos por una buena razón.

3. En el caso de que haya elegido la alternativa B o bien la alternativa C, indique algún ejemplo de lo que para usted serían buenas razones para renunciar a sus valores personales.

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
-------------------------------------

## Módulo B1

### Encuesta sobre la Escala Personal de Valores en la vida

1. Por favor, indique POR RIGUROSO ORDEN DE IMPORTANCIA, el tipo de valores personales que usted cree que orientan la vida de la mayoría de sus compañeros, profesionales de Enfermería adultos (entre 40 y 60 años), independientemente de que haya excepciones en uno u otro sentido. Puede indicar los valores que desee hasta un máximo de diez:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

## Módulo C1

### Encuesta sobre la Escala Personal de Valores en la vida

1. Por favor, indique POR RIGUROSO ORDEN DE IMPORTANCIA, el tipo de valores personales que usted cree que orientan la vida de la mayoría de los profesionales de Enfermería mayores y jubilados (mayores de 60 años), independientemente de que pueda haber excepciones en uno u otro sentido. Puede indicar los valores que desee hasta un máximo de diez:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

## Módulo D1

### Encuesta sobre la Escala Personal de Valores en la vida

1. Por favor, indique POR RIGUROSO ORDEN DE IMPORTANCIA, el tipo de valores personales que usted cree que orientan la vida de la mayoría de los estudiantes de Enfermería, independientemente de que pueda haber excepciones en uno u otro sentido. Puede indicar los valores que desee hasta un máximo de diez:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

## Módulo E1

### Encuesta sobre la Escala Personal de Valores en la vida

1. Por favor, indique POR RIGUROSO ORDEN DE IMPORTANCIA, el tipo de valores personales que usted cree que orientan la vida de la mayoría de los profesionales de Enfermería jóvenes (menores de 40 años), independientemente de que pueda haber excepciones en uno u otro sentido. Puede indicar los valores que desee hasta un máximo de diez:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

**Módulo General**  
Encuesta sobre la Escala Personal de Valores en la vida

1	¿Cuál sería, para usted, el sentido último de la vida?
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

2	¿Qué sería para usted una vida plena y significativa?
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

3	¿Ha pensado en cómo le gustaría vivir su propia vida? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	---

4	Le satisface plenamente la manera en la que se desarrolla su vida? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	--

5	¿Qué considera que le falta a su vida?
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

6	¿Qué considera que le sobra a su vida?
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

7	¿Cree que el "respeto a los demás" es un valor básico en nuestra civilización? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	--

8	(En el caso que haya respondido SI a la pregunta anterior...) ¿Cuál cree usted que es la razón última, elemental y básica por la que el respeto a los demás es un valor básico?
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

**¡LA ENCUESTA HA TERMINADO, MUCHÍSIMAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!**