



**ENCUESTA NACIONAL DE SALUD
2011-2012**

CUESTIONARIO DE ADULTOS

Entrevistador/a: Recuerde que la persona entrevistada debe ser la persona adulta seleccionada salvo en los casos excepcionales recogidos en el manual.

Entrevistador/a, léale al informante: “Las siguientes preguntas conciernen únicamente a la persona adulta seleccionada, es decir, a:

Nombre apellido1 apellido2 (del adulto seleccionado)

Sexo: _____

Edad: ___ años”

Número de orden: __

Proxy_0. ¿El informante es la persona seleccionada?

- Sí _____ 1 → Ir a P.1
- No _____ 6

Proxy_1. ¿Cuál es el motivo por el que la persona seleccionada no puede facilitar personalmente sus datos?

- La persona seleccionada está ingresada en un sanatorio, hospital, etc., a causa de una enfermedad _____ 1
- La persona seleccionada está incapacitada para contestar por discapacidad, enfermedad grave, etc. _____ 2
- La persona seleccionada está incapacitada para contestar por causa del idioma _____ 3

Proxy_2. ¿Es miembro del hogar el informante?

- Sí _____ 1 → Listado de miembros del hogar: | _ | (proxy_2b) → Ir a Proxy_5
- No _____ 6

Proxy_3. Nombre del informante: _____

Proxy_3b. Sexo del informante:

- 1 Hombre 2 Mujer

Proxy_4. Edad del informante: □ □ □

Proxy_5. ¿Cuál es la relación del informante con la persona seleccionada?

- Cónyuge o pareja _____ 1
- Hijo/Hija _____ 2
- Padre/madre _____ 3
- Hermano/hermana _____ 4
- Otros familiares _____ 5
- Servicios sociales _____ 6
- Voluntarios _____ 7
- Otra relación _____ 8

E.- NACIONALIDAD Y ESTADO CIVIL DE LA PERSONA ADULTA SELECCIONADA

Introducción P.1: Entrevistador/a, léale al informante: “A continuación voy a hacerle unas preguntas sobre su nacionalidad y su estado civil”.

1- ¿Cuál es su país de nacimiento?

- España _____ 1
- Extranjero _____ 2 → 1b- Seleccionar país
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

2- ¿Y cuál es su nacionalidad?

- Española _____
- Extranjera _____
- No sabe _____
- No contesta _____

→ 2b-

Seleccionar país

Nota P.2: Se admite respuesta múltiple.

Flujos

Si P.1 = 1 ir a P.4

3- ¿Cuántos años lleva residiendo en España?

Nº de años
 NS 98 NC 99

4- ¿Cuál es su estado civil legal?

- Soltero/a _____ 1
- Casado/a _____ 2
- Viudo/a _____ 3
- Separado/a legalmente _____ 4
- Divorciado/a _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

F.- RELACIÓN DE LA PERSONA ADULTA SELECCIONADA CON LA ACTIVIDAD ECONÓMICA

Introducción P.5: Entrevistador/a, léale al informante: “Ahora voy a hacerle unas preguntas sobre su relación con la actividad económica”.

Flujos

Los flujos de este módulo están condicionados a la respuesta de la pregunta 11 del Cuestionario de Hogar para el adulto seleccionado.

Para la persona adulta seleccionada llamamos “m” al valor mínimo de las opciones marcadas en la pregunta 11.

Si $m = 1$ ir a P.12

Si $m = 2$ ir a P.10

Si $m = 4, 6$ ó 7 ir a P.11

Si $m = 3$ ó 5 ir a P.5

Si $m = 8$ ir a Módulo G

5- ¿Percibe alguna pensión contributiva?

- Sí, por cotización propia _____ 1 → Ir a P.16b
- Sí, por cotización de otra persona _____ 2 → Ir a P.7
(pensiones de viudedad, orfandad, etc.)
- Sí, por ambos tipos de cotización _____ 3 → Ir a P.16b
- No _____ 4
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

6- ¿Ha trabajado antes?

- Sí _____ 1
- No _____ 6
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

Si P.6 = 1 y P.5 = 4, 8 ó 9 → Ir a P.16b

Si P.6 = 6, 8 ó 9 y P.5 = 4, 8 ó 9 → Ir a Módulo G

7- ¿Cuál era la actividad de la empresa u organización en la que trabajó en su último empleo la persona que generó la pensión?

Actividad:

Código de actividad

8- ¿Cuál era la ocupación, profesión u oficio que desempeñó en su último empleo la persona que generó la pensión?

Profesión:

Código de ocupación

9- ¿Cuál era la situación profesional, en su último empleo, de la persona que generó la pensión?

- Asalariado/a (a sueldo, comisión, jornal...) _____ 1 → Ir a Módulo G
- Empresario/a o profesional con asalariados/as _____ 2 → Ir a Módulo G
- Empresario/a sin asalariados/as o trabajador/a independiente ___ 3 → Ir a Módulo G
- Ayuda familiar (sin remuneración reglamentada en la empresa o negocio de un familiar) _____ 4 → Ir a Módulo G
- Miembro de una cooperativa _____ 5 → Ir a Módulo G
- Otra situación _____ 6 → Ir a Módulo G
- No sabe _____ 8 → Ir a Módulo G
- No contesta _____ 9 → Ir a Módulo G

10- ¿Cuánto tiempo lleva en desempleo?

- No ha trabajado nunca _____ 1 → Ir a Módulo G
- Menos de 6 meses _____ 2 → Ir a P.16b
- De 6 meses a menos de 1 año _____ 3 → Ir a P.16b
- De 1 año a menos de 2 años _____ 4 → Ir a P.16b
- Más de 2 años _____ 5 → Ir a P.16b
- No sabe _____ 8 → Ir a P.16b
- No contesta _____ 9 → Ir a P.16b

11- Aunque actualmente no esté trabajando, ¿ha trabajado alguna vez anteriormente?

- Sí _____ 1 → Ir a P.16b
- No _____ 6 → Ir a Módulo G
- No sabe _____ 8 → Ir a Módulo G
- No contesta _____ 9 → Ir a Módulo G

12- ¿Qué tipo de contrato o relación laboral tiene?

- Asalariado/a (a sueldo, comisión, jornal...) _____ 00*
- Funcionario/a _____ 01
- Señale el tipo de contrato: Duración indefinida _____ 02
- Temporal _____ 03 → Ir a P.13a
- Verbal o sin contrato _____ 04 → Ir a P.13b
- Empresario/a o profesional con asalariados/as _____ 05 → Ir a P.14
- Empresario/a sin asalariados/as o trabajador/a independiente _____ 06 → Ir a P.14
- Ayuda familiar (sin remuneración reglamentada en la empresa o negocio de un familiar) _____ 07 → Ir a P.14
- Miembro de una cooperativa _____ 08 → Ir a P.14
- Otra situación _____ 09 → Ir a P.14
- No sabe _____ 98 → Ir a P.14
- No contesta _____ 99 → Ir a P.14

13a- ¿Cuál es la duración de su contrato?

- Menor de 6 meses _____ 1
- De 6 meses a menos de 1 año _____ 2
- De 1 año a menos de 2 años _____ 3
- De 2 años o más _____ 4
- Sin duración definida _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

13b- ¿Cuál es la duración de su relación laboral?

- Menor de 6 meses _____ 1
- De 6 meses a menos de 1 año _____ 2
- De 1 año a menos de 2 años _____ 3
- De 2 años o más _____ 4
- Sin duración definida _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

14- ¿Tiene trabajadores a su cargo?

- No _____ 1
- Sí, de 1 a 4 personas _____ 2
- Sí, de 5 a 10 personas _____ 3
- Sí, de 11 a 20 personas _____ 4
- Sí, más de 20 personas _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

15- ¿Qué tipo de jornada tiene habitualmente en su trabajo principal actual?

- Jornada partida _____ 01
- Jornada continua por la mañana _____ 02
- Jornada continua por la tarde _____ 03
- Jornada continua por la noche _____ 04
- Jornada reducida _____ 05
- Turnos _____ 06
- Jornada irregular o variable según los días _____ 07
- Otro tipo _____ 08
- No sabe _____ 98
- No contesta _____ 99

16a- ¿Cuál es la actividad de la empresa u organización en la que trabaja actualmente?

Actividad:

Código de actividad

[Ir a P.17a](#)

16b- ¿Cuál era la actividad de la empresa u organización en la que trabajó en su último empleo?

Actividad:

Código de actividad

[Ir a P.17b](#)

17a- ¿Cuál es la ocupación, profesión u oficio que desempeña en su empleo?

Profesión:

Código de ocupación

Si P.12 = 01,02,03,04,05,06,07,08,09,98 ó 99 → Ir a Módulo G

17b- ¿Cuál era la ocupación, profesión u oficio que desempeñó en su último empleo?

Profesión:

Código de ocupación

18- ¿Cuál era la situación profesional en la ocupación que desempeñó en su último empleo?

- Asalariado/a (a sueldo, comisión, jornal...) _____ 1
- Empresario/a o profesional con asalariados/as _____ 2
- Empresario/a sin asalariados/as o trabajador/a independiente ____ 3
- Ayuda familiar (sin remuneración reglamentada en la empresa o negocio de un familiar) _____ 4
- Miembro de una cooperativa _____ 5
- Otra situación _____ 6
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

MÓDULO DE ESTADO DE SALUD

G.- ESTADO DE SALUD

Introducción P.19: Entrevistador/a, léale al informante: “Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su estado de salud”.

19- En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo?

Nota P.19: No se leen las opciones.

- Muy bueno _____ 1
- Bueno _____ 2
- Regular _____ 3
- Malo _____ 4
- Muy malo _____ 5

20- ¿Tiene alguna enfermedad o problema de salud crónicos o de larga duración? (Entendemos por larga duración si el problema de salud o enfermedad ha durado o se espera que dure 6 meses o más)

- Sí _____ 1
- No _____ 6
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

21- A continuación le voy a leer una lista con una serie de enfermedades o problemas de salud. ¿Padece o ha padecido alguna vez alguna de ellas?

21a- ¿Alguna vez ha padecido...?

Nota P.21: Entrevistador/a, léale al informante las enfermedades que se relacionan una a una anotando la respuesta que proceda.

- Sí _____ 1
- No _____ 6
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

Lista de enfermedades:

1. Tensión alta
2. Infarto de miocardio
3. Otras enfermedades del corazón
4. Varices en las piernas
5. Artrosis, artritis o reumatismo
6. Dolor de espalda crónico (cervical)
7. Dolor de espalda crónico (lumbar)
8. Alergia crónica (asma alérgica excluida)
9. Asma
10. Bronquitis crónica, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
11. Diabetes
12. Úlcera de estómago o duodeno
13. Incontinencia urinaria
14. Colesterol alto
15. Cataratas
16. Problemas crónicos de piel
17. Estreñimiento crónico
18. Cirrosis, disfunción hepática
19. Depresión crónica
20. Ansiedad crónica
21. Otros problemas mentales
22. Embolia, infarto cerebral, hemorragia cerebral
23. Migraña o dolor de cabeza frecuente
24. Hemorroides
25. Tumores malignos
26. Osteoporosis
27. Problemas de tiroides
28. Problemas de próstata (solo hombres)
29. Problemas del periodo menopáusico (solo mujeres)
30. Lesiones o defectos permanentes causados por un accidente
31. ¿Ha padecido alguna otra enfermedad crónica? ↓
31.1.
31.2.
31.3.

Flujos

Si **P.21a = 1** para una enfermedad → Ir a P.21b y P.21c de esa enfermedad

Si **P.21a = 6, 8 ó 9** para una enfermedad → Ir a P.21a de la siguiente enfermedad

21b- ¿La ha padecido en los últimos 12 meses?

- Sí _____ 1
- No _____ 6
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

21c- ¿Le ha dicho un médico que la padece?

- Sí _____ 1
- No _____ 6
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

	21.a ¿Alguna vez ha padecido ... ?	21.b ¿La ha padecido en los últimos 12 meses?	21.c ¿Le ha dicho un médico que la padece?
Tensión alta	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
Infarto de miocardio	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
Otras enfermedades del corazón	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
Varices en las piernas	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)

H.- ACCIDENTALIDAD (últimos 12 meses)

Introducción P.22: Entrevistador/a, léale al informante: “A continuación voy a preguntarle si ha sufrido algún tipo de accidente, sus consecuencias y su tratamiento en los últimos doce meses”.

22- Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido algún accidente de cualquier tipo, incluido intoxicación o quemadura?

- Sí _____ 1
- No _____ 6 → Ir a P.26

23- Y refiriéndonos en concreto al último accidente que haya tenido (si es que ha tenido varios en los últimos doce meses), ¿dónde tuvo lugar?

- En casa, escaleras, portal, etc. _____ 1
- Accidentes de tráfico en calle o carretera _____ 2
- En la calle, pero no fue un accidente de tráfico _____ 3
- En el trabajo _____ 4
- En el lugar de estudio _____ 5
- En una instalación deportiva, zona recreativa o de ocio _____ 6
- En otro lugar _____ 7
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

24- ¿Consultó con algún profesional sanitario, acudió a un centro de urgencias o ingresó en un hospital a consecuencia de este accidente?

- Ingresó en un hospital _____ 1
- Acudió a un centro de urgencias _____ 2
- Consultó a un médico o enfermero/a _____ 3
- No hizo ninguna consulta ni intervención _____ 4
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

Nota P.24: Entrevistador/a, en caso de haber acudido a más de un servicio sanitario anote la respuesta colocada en lugar superior.

25- ¿Qué efecto o daño le produjo este accidente?

- Contusiones, hematomas, esguinces-luxaciones o heridas superficiales _____
- Fracturas o heridas profundas _____
- Envenenamiento o intoxicación _____
- Quemaduras _____
- Otros efectos _____
- No le produjo daños _____
- No sabe _____
- No contesta _____

Nota P.25: Entrevistador/a, anote dos respuestas como máximo.

I.- CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD¹

Introducción P.26: Entrevistador/a, léale al informante: “Continuando con su estado de salud actual, dígame qué afirmaciones de las siguientes que le voy a leer describe mejor su estado de salud en el día de hoy”:

(No leer) 26.1- Movilidad

- No tengo problemas para caminar _____ 1
- Tengo problemas leves para caminar _____ 2
- Tengo problemas moderados para caminar _____ 3
- Tengo problemas graves para caminar _____ 4
- No puedo caminar _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

(No leer) 26.2- Autocuidado

- No tengo problemas para lavarme o vestirme _____ 1
- Tengo problemas leves para lavarme o vestirme _____ 2
- Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme _____ 3
- Tengo problemas graves para lavarme o vestirme _____ 4
- No puedo lavarme o vestirme _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

¹ Las variables de calidad de vida relacionada con la salud se obtienen con un instrumento de medida propiedad del Grupo EuroQol: © 2009 EuroQol Group. EQ-5D-5L™ is a trademark of the EuroQol Group.

(No leer) 26.3- Actividades cotidianas (por ejemplo, trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas _____ 1
- Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas _____ 2
- Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas _____ 3
- Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas _____ 4
- No puedo realizar mis actividades cotidianas _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

(No leer) 26.4- Dolor/malestar

- No tengo dolor ni malestar _____ 1
- Tengo dolor o malestar leve _____ 2
- Tengo dolor o malestar moderado _____ 3
- Tengo dolor o malestar fuerte _____ 4
- Tengo dolor o malestar extremo _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

(No leer) 26.5- Ansiedad/depresión

- No estoy ansioso/a ni deprimido/a _____ 1
- Estoy levemente ansioso/a o deprimido/a _____ 2
- Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a _____ 3
- Estoy muy ansioso/a o deprimido/a _____ 4
- Estoy extremadamente ansioso/a o deprimido/a _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

26.6- Nos gustaría conocer lo buena o mala que es su salud HOY.

- La siguiente escala está numerada del 0 al 100.

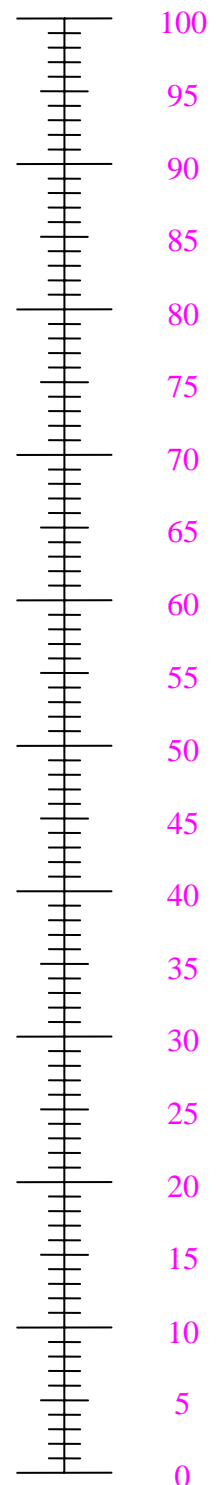
Donde:

- 100 representa la mejor salud que usted se pueda imaginar.

- 0 representa la peor salud que usted se pueda imaginar.

Por favor, marque en la escala lo buena o mala que es su salud HOY.

La mejor salud que
usted se pueda
imaginar



La peor salud que
usted se pueda
imaginar

J.- RESTRICCIÓN DE LA ACTIVIDAD (últimas 2 semanas)

Introducción P.27: Entrevistador/a, léale al informante: “A continuación le voy a preguntar sobre restricciones en sus actividades habituales en las dos últimas semanas, es decir, desde _____ (día que corresponde con dos semanas menos) hasta ayer”.

27- Durante las últimas dos semanas, ¿ha tenido que reducir o limitar sus actividades habituales al menos la mitad de un día, por alguno o varios dolores o síntomas?

- Sí _____ 1 → 27b- ¿Cuántos días? _____ NS 98 NC 99
- No _____ 6

Nota P.27: Entrevistador/a, si el tiempo que ha tenido que reducir o limitar las actividades habituales ha sido la mitad de un día anote 01.

28- Durante las últimas dos semanas, ¿se ha visto obligado/a a quedarse más de la mitad de un día en cama por motivos de salud? (Si ha estado hospitalizado/a considere también los días pasados en el hospital)

- Sí _____ 1 → 28b- ¿Cuántos días? _____ NS 98 NC 99
- No _____ 6
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

Nota P.28: Entrevistador/a, si el tiempo que ha tenido que permanecer en cama ha sido la mitad de un día anote 01.

K.- LIMITACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA

29- Pensando ahora en los últimos 6 meses, ¿en qué medida se ha visto limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?

- Gravemente limitado/a _____ 1
- Limitado/a, pero no gravemente _____ 2
- Nada limitado/a _____ 3
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

Flujos

Si P.29 = 3, 8 ó 9 y la persona tiene menos de 65 años → Ir a P.32

Si P.29 = 3, 8 ó 9 y la persona tiene 65 o más años → Ir a P.31

30- ¿Qué tipo de problema es la causa de su dificultad para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?

- Físico _____ 1
- Mental _____ 2
- Ambos _____ 3
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

Si la persona tiene menos de 65 años → Ir a P.32

Introducción P.31: Entrevistador/a, léale al informante: “Voy a hacerle unas preguntas sobre algunas actividades corrientes de la vida de cualquier persona como preparar el desayuno, hacer la comida, fregar los platos, etc. No voy a preguntarle si sabe hacerlas, sino si en su situación actual es capaz de hacerlas sin ayuda de otra persona, con ayuda o si no puede hacerlas de ninguna manera”.

Lista de actividades que aparecen en la pregunta:

1. Utilizar el teléfono (buscar el número y marcar)
2. Comprar comida, ropa, etc.
3. Coger el autobús, metro, taxi, etc.
4. Preparar su propio desayuno
5. Preparar su propia comida
6. Tomar sus medicinas (acordarse de la cantidad y el momento en que las debe de tomar)
7. Administrar su propio dinero (pagar recibos, tratar con el banco, firmar cheques, etc.)

8. Cortar una rebanada de pan
9. Fregar la vajilla
10. Hacer la cama
11. Cambiar las sábanas de la cama
12. Lavar ropa ligera a mano
13. Lavar ropa a máquina
14. Limpiar la casa (fregar el suelo, barrer, etc.)
15. Limpiar una mancha del suelo agachándose
16. Comer (cortar la comida y/o introducirla en la boca)
17. Vestirse y desnudarse y elegir la ropa que debe ponerse
18. Peinarse, afeitarse, etc.
19. Andar (con o sin bastón)
20. Levantarse de la cama y acostarse
21. Cortarse las uñas de los pies
22. Coser un botón
23. Lavarse la cara y el cuerpo de la cintura para arriba
24. Ducharse o bañarse
25. Subir diez escalones
26. Andar durante una hora seguida
27. Quedarse sólo/a durante toda una noche

31. Actividades cotidianas	Puede hacerlo sin ayuda	Puede hacerlo con ayuda	No puede hacerlo de ninguna manera	No sabe	No contesta
Utilizar el teléfono (buscar el número y marcar)	<input type="radio"/> (1)	<input type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Comprar comida, ropa, etc.	<input type="radio"/> (1)	<input type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Coger el autobús, metro, taxi, etc.	<input type="radio"/> (1)	<input type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Preparar su propio desayuno	<input type="radio"/> (1)	<input type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)

L.- CARACTERÍSTICAS AUDITIVAS Y VISUALES

32- ¿Utiliza gafas o lentillas?

- Sí _____ 1
- No, nunca _____ 2 → Ir a P.34
- Soy ciego/a o no puedo ver en absoluto _____ 3 → Ir a P.37
- No sabe _____ 8 → Ir a P.34
- No contesta _____ 9 → Ir a P.34

Nota P.32: Entrevistador/a, si el informante es ciego marque la opción “Soy ciego/a o no puedo ver en absoluto”.

33- ¿Puede ver la letra de un periódico utilizando sus gafas o lentillas?

- Sí, sin dificultad _____ 1 → Ir a P.35
- Con alguna dificultad _____ 2 → Ir a P.35
- Con dificultad severa _____ 3 → Ir a P.35
- No puede hacerlo _____ 4 → Ir a P.35
- No sabe _____ 8 → Ir a P.35
- No contesta _____ 9 → Ir a P.35

34- ¿Puede ver la letra de un periódico?

- Sí, sin dificultad _____ 1 → Ir a P.36
- Con alguna dificultad _____ 2 → Ir a P.36
- Con dificultad severa _____ 3 → Ir a P.36
- No puede hacerlo _____ 4 → Ir a P.36
- No sabe _____ 8 → Ir a P.36
- No contesta _____ 9 → Ir a P.36

35- ¿Puede ver la cara de alguien aproximadamente a 4 metros de distancia utilizando sus gafas o lentillas?

- Sí, sin dificultad _____ 1 → Ir a P.37
- Con alguna dificultad _____ 2 → Ir a P.37
- Con dificultad severa _____ 3 → Ir a P.37
- No puede hacerlo _____ 4 → Ir a P.37
- No sabe _____ 8 → Ir a P.37
- No contesta _____ 9 → Ir a P.37

36- ¿Puede ver la cara de alguien aproximadamente a 4 metros de distancia?

- Sí, sin dificultad _____ 1
- Con alguna dificultad _____ 2
- Con dificultad severa _____ 3
- No puede hacerlo _____ 4
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

37- ¿Utiliza audífono?

- Sí _____ 1
- No _____ 2 → Ir a P.39
- Soy sordo/a profundo/a _____ 3 → Ir a P.40
- No sabe _____ 8 → Ir a P.39
- No contesta _____ 9 → Ir a P.39

Nota P.37: Entrevistador/a, si el informante es sordo/a marque la opción "Soy sordo/a profundo/a".

38- ¿Puede oír lo que se dice en una conversación con varias personas utilizando su audífono?

- Sí, sin dificultad _____ 1 → Ir a P.40
- Con alguna dificultad _____ 2 → Ir a P.40
- Con dificultad severa _____ 3 → Ir a P.40
- No puede hacerlo _____ 4 → Ir a P.40
- No sabe _____ 8 → Ir a P.40
- No contesta _____ 9 → Ir a P.40

39- ¿Puede oír lo que se dice en una conversación con varias personas?

- Sí, sin dificultad _____ 1
- Con alguna dificultad _____ 2
- Con dificultad severa _____ 3
- No puede hacerlo _____ 4
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

M.- SALUD MENTAL Y ESTRÉS LABORAL

40- Ahora nos gustaría saber cómo se ha sentido, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a todas las preguntas indicando la respuesta que, a su juicio, mejor puede aplicarse a usted. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado.

Es importante que intente contestar todas las preguntas.

Entrevistador/a, léale al informante: “Voy a entregarle una tarjeta con las preguntas sobre la frecuencia con la que se ha sentido o encontrado como dice cada pregunta. Cuando le pregunte, dígame sólo el número de su respuesta. Tenga en cuenta que las respuestas no son iguales para todas las preguntas”.

(Entregue la tarjeta Ad.1. Lea una a una cada pregunta y registre el número de la respuesta dada por el entrevistado)

Nota P.40: Entrevistador/a, el concepto “últimas semanas” lo debe interpretar el informante como desea.

	0	1	2	3	8	9
1.- ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?	Mejor que lo habitual <input type="radio"/>	Igual que lo habitual <input type="radio"/>	Menos que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho menos que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
2.- ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	No, en absoluto <input type="radio"/>	No más que lo habitual <input type="radio"/>	Algo más que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho más que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
3.- ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	Más útil que lo habitual <input type="radio"/>	Igual que lo habitual <input type="radio"/>	Menos útil que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho menos útil que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
4.- ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más que lo habitual <input type="radio"/>	Igual que lo habitual <input type="radio"/>	Menos que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho menos que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
5.- ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	No, en absoluto <input type="radio"/>	No más que lo habitual <input type="radio"/>	Algo más que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho más que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
6.- ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?	No, en absoluto <input type="radio"/>	No más que lo habitual <input type="radio"/>	Algo más que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho más que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
7.- ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	Más que lo habitual <input type="radio"/>	Igual que lo habitual <input type="radio"/>	Menos que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho menos que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
8.- ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?	Más capaz que lo habitual <input type="radio"/>	Igual que lo habitual <input type="radio"/>	Menos capaz que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho menos capaz que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
9.- ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido?	No, en absoluto <input type="radio"/>	No más que lo habitual <input type="radio"/>	Algo más que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho más que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
10.- ¿Ha perdido confianza en sí mismo?	No, en absoluto <input type="radio"/>	No más que lo habitual <input type="radio"/>	Algo más que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho más que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
11.- ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	No, en absoluto <input type="radio"/>	No más que lo habitual <input type="radio"/>	Algo más que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho más que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
12.- ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	Más que lo habitual <input type="radio"/>	Igual que lo habitual <input type="radio"/>	Menos que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho menos que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>

Flujos

Si la persona actualmente no trabaja → Ir a P.43

Introducción P.41: Entrevistador/a, léale al informante: “Las siguientes preguntas van dirigidas a conocer cuáles son las condiciones en que realiza el trabajo”.

41- Globalmente y teniendo en cuenta las condiciones en que realiza su trabajo, indique cómo considera Ud. el nivel de estrés de su trabajo según una escala de 1 (nada estresante) a 7 (muy estresante):

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

42- Teniendo en cuenta las características de su trabajo, indique en qué medida considera su trabajo satisfactorio según una escala de 1 (nada satisfactorio) a 7 (muy satisfactorio):

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

MÓDULO DE ASISTENCIA SANITARIA

N.- UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

Introducción1 P.43: Entrevistador/a, léale al informante: “A continuación voy a hacerle preguntas sobre la utilización de diferentes servicios sanitarios”.

- Consultas médicas

Introducción2 P.43: Entrevistador/a, léale al informante: “Para empezar, quisiera conocer las consultas médicas que usted ha realizado”.

43- ¿Cuánto tiempo hace que realizó la última consulta médica (personalmente o por teléfono) por algún problema, molestia o enfermedad suya?

(No incluya las consultas de estomatología o dentista ni la realización de pruebas diagnósticas como radiografías, análisis, etc., ni las consultas realizadas durante las hospitalizaciones)

- Hace cuatro semanas o menos 1
- Hace más de cuatro semanas y menos de un año 2 → 43b1- ¿Cuántos meses? NS 98 → Ir a P.52
 NC 99
- Hace un año o más 3 → 43b2- ¿Cuántos años? NS 98 → Ir a P.52
 NC 99
- Nunca ha ido al médico 4 → Ir a P.52

44- En las últimas cuatro semanas, ¿ha consultado con un médico de familia o con un médico general por algún problema, molestia o enfermedad suya?

- Sí 1 → 44b- ¿Cuántas veces? NS 98 NC 99
- No 6
- No sabe 8
- No contesta 9

45- Y con un especialista, ¿ha consultado en las últimas cuatro semanas por algún problema, molestia o enfermedad suya?

- Sí _____ 1 → 45b- ¿Cuántas veces? NS 98 NC 99
- No _____ 6
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

Flujos

Si P.44 = 6, 8 ó 9 o P45 = 6, 8 ó 9 → Ir a P.47

46- El último médico que consultó, ¿era médico de familia/general o era especialista?

- Médico de familia o médico general ___ 1
- Especialista _____ 2
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

47- ¿Dónde tuvo lugar la última consulta realizada durante las últimas cuatro semanas?

- Centro de Salud/Consultorio _____ 01
- Ambulatorio/Centro de especialidades _____ 02
- Consulta externa de un hospital _____ 03
- Servicio de Urgencias no hospitalario _____ 04 → Ir a P.51
- Servicio de Urgencias de un hospital _____ 05 → Ir a P.51
- Consulta de médico de una sociedad _____ 06
- Consulta de médico particular _____ 07
- Empresa o lugar de trabajo _____ 08
- Domicilio del entrevistado _____ 09
- Consulta telefónica _____ 10
- Otro lugar _____ 11
- No sabe _____ 98
- No contesta _____ 99

48- ¿Cuál fue el motivo principal de esta última consulta?

- Diagnóstico de una enfermedad o problema de salud ____ 1
- Un accidente o agresión _____ 2 →Ir a P.50
- Revisión _____ 3 →Ir a P.50
- Sólo dispensación de recetas _____ 4 →Ir a P.50
- Parte de baja, confirmación o alta _____ 5 →Ir a P.50
- Otros motivos _____ 6 →Ir a P.50
- No sabe _____ 8 →Ir a P.50
- No contesta _____ 9 →Ir a P.50

49- Y esta última vez, ¿cuánto tiempo pasó desde que empezó a notarse enfermo/a o sintió que tenía algún problema de salud hasta que pidió cita para consulta?

- Meses _____
- Días _____
- Horas _____
- No sabe _____ 98
- No contesta _____ 99

50- Y también esta última vez, ¿cuánto tiempo pasó desde que pidió la cita hasta que le vio el médico?

- Meses _____
- Días _____
- Horas _____
- No sabe _____ 98
- No contesta _____ 99

51- El médico al que acudió en esta última consulta realizada era de:

- Sanidad Pública (Seguridad Social) _____ 1
- Sociedad médica _____ 2
- Consulta privada _____ 3
- Otros (médico de empresa, etc.) _____ 4
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

52- Durante los últimos 12 meses, es decir, desde (fecha de hace un año), ¿ha visitado para usted mismo/a un...?

	Sí	No	No sabe	No contesta
Laboratorio de análisis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Centro o servicio de radiología	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Enfermera/o, matrona (excluyendo las hospitalizaciones, atención domiciliaria, o en un laboratorio médico o centro de radiología)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Psicólogo o psicoterapeuta	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

53- Durante los últimos 12 meses, es decir, desde (fecha de hace un año), ¿se ha realizado alguna de las siguientes pruebas?

	Sí	No	No sabe	No contesta
Radiografía	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
TAC o escáner	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Ecografía	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Resonancia magnética	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

54- Durante los últimos 12 meses, es decir, desde (fecha de hace un año), ¿ha visitado para usted mismo/a a un...?

	Sí	No	No sabe	No contesta
Homeópata	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Acupuntor	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Naturista	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Otro profesional de medicina alternativa (osteópata, quiropráctico...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

55- Durante los últimos 12 meses, es decir, desde (fecha de hace un año), ¿ha utilizado personalmente alguno de los siguientes servicios asistenciales?

	Sí	No	No sabe	No contesta
Atención domiciliaria prestada por una enfermera o matrona	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Ayuda domiciliaria para las tareas domésticas o para las personas mayores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Comidas a domicilio para personas mayores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Servicios especiales de transporte a domicilio para acudir a un servicio médico, a un hospital de día, actividades recreativas...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Otros servicios de asistencia domiciliaria	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

Nota P.55: La opción "Comidas a domicilio para personas mayores" solo se preguntará si el adulto seleccionado es mayor de 65 años.

- Visitas a estomatología, dentista e higienista dental

Introducción P.56: Entrevistador/a, léale al informante: "A continuación voy a hacerle algunas preguntas sobre su salud dental".

56- ¿Cuánto tiempo hace que acudió al dentista, estomatólogo o higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?

- Hace 3 meses o menos _____ 1 → 56b- ¿Cuántas veces en los últimos 3 meses?
_____ NS 98 NC 99
- Hace más de 3 meses y menos de 12 meses _____ 2
- Hace un año o más _____ 3
- Nunca ha ido _____ 4 → Ir a P.59

57- La última vez que acudió ¿cuál o cuáles de los siguientes tipos de asistencia recibió?

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS</u>	<u>NC</u>
• Revisión o chequeo _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
• Limpieza de boca _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
• Empastes (obturaciones), endodoncias _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
• Extracción de algún diente/muela _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
• Fundas, puentes u otro tipo de prótesis _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
• Tratamiento de las enfermedades de las encías _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
• Ortodoncia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
• Aplicación de flúor _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
• Implantes _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
• Otro tipo de asistencia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

58- El dentista, estomatólogo o higienista dental al que consultó esta última vez era de:

- Sanidad Pública (Seguridad Social, Ayuntamiento, consulta privada financiada por el gobierno autónomo) _____ 1
- Sociedad médica _____ 2
- Consulta privada _____ 3
- Otros _____ 4
- **No sabe** _____ 8
- **No contesta** _____ 9

59- ¿Cuál es el estado de sus dientes y muelas?

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS</u>	<u>NC</u>
• Tiene caries _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
• Le han extraído dientes/muelas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
• Tiene dientes/muelas empastados (obturados) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
• Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
• Se le mueven los dientes/muelas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
• Lleva fundas (coronas), puentes, otro tipo de prótesis o dentadura postiza _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
• Le faltan dientes/muelas que no han sido sustituidos por prótesis _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
• Tiene o conserva todos sus dientes/muelas naturales _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

O.- HOSPITALIZACIONES, URGENCIAS Y SEGURO SANITARIO

- Hospitalizaciones (últimos 12 meses)

Introducción P.60: Entrevistador/a, léale al informante: “Las siguientes preguntas tratan sobre sus posibles ingresos en hospitales”.

60- Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido que ingresar en un hospital como paciente al menos durante una noche?

- Sí _____ 1
- No _____ 6 → Ir a P.68

61- ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado/a en estos últimos doce meses?

Nº de veces _____ NS 98 NC 99

62- En relación a su último ingreso hospitalario ocurrido en los últimos doce meses, ¿cuántos días estuvo ingresado/a en el hospital?

Nº de días | _ _ _ |

NS 998 NC 999

63- En relación también a este último ingreso hospitalario, ¿cuál fue el motivo de su ingreso en el hospital?

- Intervención quirúrgica _____ 1
- Estudio médico para diagnóstico _____ 2
- Tratamiento médico sin intervención quirúrgica _____ 3
- Parto (incluye cesárea) _____ 4 → Ir a P.66
- Otros motivos _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

64- ¿Estuvo en lista de espera por este motivo?

- Sí _____ 1
- No _____ 6 → Ir a P.66
- No sabe _____ 8 → Ir a P.66
- No contesta _____ 9 → Ir a P.66

65- ¿Cuánto tiempo en meses estuvo en lista de espera desde que le dijeron que tenía que ingresar?

Nº de meses _ _

NS 98 NC 99

Nota P.65: Entrevistador/a, si el tiempo que estuvo en lista de espera fue menos de un mes anote 00.

66- En relación a su último ingreso hospitalario, ¿cuál fue la forma de ingreso?

- A través del servicio de urgencias _____ 1
- Ingreso ordinario (no por urgencias) _____ 2
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

67- ¿A cargo de quién corrieron los gastos de su hospitalización?

- Sanidad Pública (Seguridad Social) _____ 1
- Mutuality obligatoria (MUFACE, ISFAS, etc.) _____ 2
- Sociedad médica privada _____ 3
- A su propio cargo o de su hogar _____ 4
- A cargo de otras personas, organismos o instituciones _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

68- Durante los últimos doce meses, desde el (fecha de hace un año) ¿ha sido usted atendido/a en un "Hospital de día" para una intervención, tratamiento o hacerse alguna prueba, es decir, permaneciendo durante todo o parte del día pero sin tener que pasar allí la noche?

(Incluya ingresos en cama o sillón-cama, no incluya estancias en urgencias ni en observación)

- Sí _____ 1
- No _____ 6 → Ir a P.71
- No sabe _____ 8 → Ir a P.71
- No contesta _____ 9 → Ir a P.71

69- ¿Cuántos días ha tenido que acudir a un hospital de día, sin tener que pasar la noche, desde el (fecha de hace un año)?

Nº de días | _ _ _ | NS 998 NC 999

70- ¿Cuál fue la razón del último ingreso que haya tenido en el Hospital de día?

- Un tratamiento _____ 1
- Una intervención quirúrgica _____ 2
- Otros motivos _____ 3
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

- Servicios de urgencia (últimos 12 meses)

Introducción P.71: Entrevistador/a, léale al informante: “Para terminar este apartado, voy a preguntarle ahora por su posible utilización de los servicios de urgencias”.

71- En estos últimos doce meses, ¿ha tenido que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad?

- Sí _____ 1
- No _____ 6 → Ir a P.78

72- Y en total, ¿cuántas veces tuvo que utilizar un servicio de urgencias en estos doce meses?

Nº de veces NS 98 NC 99

73.- ¿Dónde fue atendido/a la última vez?

- En el lugar donde se encontraba (domicilio, lugar de trabajo, etc.) _____
- En una unidad móvil _____
- En un centro o servicio de urgencias _____
- No sabe _____
- No contesta _____

Nota P.73: Entrevistador/a, se admite respuesta múltiple.

74- La última vez que utilizó un servicio de urgencias, ¿cuánto tiempo pasó desde que empezó a notarse enfermo/a o sintió que tenía algún problema de salud hasta que pidió asistencia?

- Días _____
- Horas _____
- Minutos _____
- No sabe _____ 98
- No contesta _____ 99

75- Y también esta última vez que utilizó un servicio de urgencias, ¿cuánto tiempo pasó desde que pidió asistencia hasta que fue atendido/a?

- Minutos _____
- Horas _____
- No sabe _____ 98
- No contesta _____ 99

Nota P.75: Entrevistador/a, si la asistencia fue inmediata anotar 00 en horas y en minutos.

76- Y también esta última vez que utilizó un servicio de urgencias en estos doce últimos meses, ¿qué tipo de servicio utilizó?

- Hospital de la Sanidad Pública (Seguridad Social) _____ 1
- Centro o servicio de urgencias no hospitalario de la Sanidad Pública (Seguridad Social). Por ejemplo, centro de salud, ambulatorio, etc. _____ 2 → Ir a P.78
- Sanatorio, hospital o clínica privada _____ 3 → Ir a P.78
- Servicio privado de urgencias _____ 4 → Ir a P.78
- Casa de socorro o servicio de urgencias del Ayuntamiento _____ 5 → Ir a P.78
- Otro tipo de servicio _____ 6 → Ir a P.78
- No sabe _____ 8 → Ir a P.78
- No contesta _____ 9 → Ir a P.78

77- ¿Por qué fue a un servicio de urgencias?

- Porque el médico se lo mandó _____ 1
- Porque usted, sus familiares u otras personas lo consideraron necesario _____ 2
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

- Necesidad de asistencia médica**78.- En los últimos 12 meses, ¿alguna vez ha necesitado asistencia médica y no la ha recibido?**

- Sí _____ 1
- No _____ 6 → Ir a P.80
- No sabe _____ 8 → Ir a P.80
- No contesta _____ 9 → Ir a P.80

79- ¿Cuál ha sido la causa principal por la que no ha recibido esa asistencia?

Nota P.79: Entrevistador/a, no se leen las opciones. Señale aquella que le facilite espontáneamente, siempre que coincida con alguna de las incluidas en las opciones 1 a 6. Si la respuesta no coincide con ninguna de estas opciones, señale la alternativa 7 "Otras razones".

- No me lo podía permitir (demasiado caro o no cubierto por el seguro) _____ 1
- Había que esperar demasiado _____ 2
- No disponía de tiempo debido al trabajo, al cuidado de los niños o de otras personas _____ 3
- Demasiado lejos para viajar/sin medios de transporte _____ 4
- Miedo al médico/hospitales/exploraciones médicas/tratamiento _____ 5
- Quise esperar y ver si el problema mejoraba por sí solo _____ 6
- Otras razones _____ 7
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

- Seguro Sanitario

80- ¿Podría decirme ahora de cuál/cuáles de las siguientes modalidades de Seguro Sanitario (público y/o privado) es Vd. titular o beneficiario/a?

- Sanidad Pública (Seguridad Social) _____
- Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) acogidas a la Seguridad Social _____
- Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) acogidas a un seguro privado _____
- Seguro médico privado, concertado individualmente (sociedades médicas, Colegios Profesionales, etc.) _____
- Seguro médico concertado por la empresa _____
- No tengo seguro médico _____
- Otras situaciones _____
- No sabe _____
- No contesta _____

Nota P.80: Entrevistador/a, anote como máximo dos respuestas, las que el informante considere prioritarias.

P.- CONSUMO DE MEDICAMENTOS

Introducción P.81: Entrevistador/a, léale al informante: “Ahora le voy a preguntar sobre los medicamentos que ha consumido en las dos últimas semanas”.

81a- (Hombre) Durante las últimas dos semanas, ¿ha consumido algún medicamento, independientemente de que se lo recetara el médico o no? Por favor, tenga en cuenta también suplementos dietéticos y vitaminas.

81b- (Mujer) Durante las últimas dos semanas, ¿ha consumido algún medicamento, independientemente de que se lo recetara el médico o no? Por favor, tenga en cuenta también suplementos dietéticos, vitaminas, pastillas anticonceptivas y otros medicamentos hormonales.

- Sí _____ 1
- No _____ 6 → Ir a P.84

82- A continuación voy a leerle una lista de tipos de medicamentos, por favor dígame ¿cuál o cuáles de ellos ha consumido en las últimas dos semanas y cuáles le fueron recetados por el médico?

Nota P.82: Entrevistador/a, léale al informante la lista de medicamentos y pregúntele, para cada uno de ellos, si los ha consumido o no en las últimas dos semanas y, en caso afirmativo, si le fueron o no recetados por algún médico. Para cada medicamento que haya consumido debe cumplimentar la columna **Recetado**.

	Consumido				Recetado			
	SI	NO	<u>NS</u>	<u>NC</u>	SI	NO	<u>NS</u>	<u>NC</u>
1. Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Medicinas para el dolor _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Medicinas para bajar la fiebre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Laxantes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Antibióticos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medicamentos para la alergia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Medicamentos para la diarrea _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Medicinas para el reuma _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Medicinas para el corazón _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Medicinas para la tensión arterial _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Medicinas para el estómago y/o las alteraciones digestivas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Antidepresivos, estimulantes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Píldoras para no quedar embarazada (solo para mujeres) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hormonas para la menopausia (solo para mujeres) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Medicamentos para adelgazar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Medicamentos para bajar el colesterol _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Medicamentos para la diabetes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Medicamentos para el tiroides _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Otros medicamentos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

83.- Por favor, dígame también si ha consumido en las últimas dos semanas...

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS</u>	<u>NC</u>
• Productos homeopáticos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Productos naturistas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q.- PRÁCTICAS PREVENTIVAS

- Prácticas preventivas generales

84- ¿Se ha vacunado de la gripe en la última campaña?

- Sí _____ 1
- No _____ 6 → Ir a P.86

85- ¿Quién le indicó que se vacunara?

- Un profesional sanitario, por su edad _____ 1
- Un profesional sanitario, por sus enfermedades _____ 2
- Un profesional sanitario, por otras razones _____ 3
- Le vacunan en la empresa/centro de estudio _____ 4
- Solicitó la vacuna porque prefiere estar vacunado/a _____ 5
- Otros _____ 6
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

86- Ahora me gustaría preguntarle sobre la tensión arterial. ¿Le ha tomado la tensión alguna vez un profesional sanitario, excluyendo las tomas de tensión en farmacias?

- Sí _____ 1
- No _____ 6 → Ir a P.88
- No sabe _____ 8 → Ir a P.88
- No contesta _____ 9 → Ir a P.88

87- La última vez que le tomaron la tensión fue:

- En los últimos 12 meses _____ 1
- Hace más de 1 año pero no más de 2 años _____ 2
- Hace más de 2 años pero no más de 5 años _____ 3
- Hace más de 5 años _____ 4
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

88- Las siguientes preguntas son sobre colesterol. ¿Le han medido alguna vez su nivel de colesterol por prescripción médica, excluyendo las mediciones en farmacias?

- Sí _____ 1
- No _____ 6 → Ir a P.90
- No sabe _____ 8 → Ir a P.90
- No contesta _____ 9 → Ir a P.90

89- La última vez que se lo midieron fue:

- En los últimos 12 meses _____ 1
- Hace más de 1 año pero no más de 5 años _____ 2
- Hace más de 5 años _____ 3
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

90- Las siguientes preguntas hacen referencia a la prueba de sangre oculta en heces. ¿Alguna vez le han hecho una prueba de sangre oculta en heces?

- Sí _____ 1
- No _____ 6 → Ir a P.93 (mujeres)
Ir a P.102 (hombres)
- No sabe _____ 8 → Ir a P.93 (mujeres)
Ir a P.102 (hombres)
- No contesta _____ 9 → Ir a P.93 (mujeres)
Ir a P.102 (hombres)

91- ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una prueba de sangre oculta en heces?

- En los últimos 12 meses _____ 1
- Hace más de 1 año pero no más de 2 años _____ 2
- Hace más de 2 años pero no más de 3 años _____ 3
- Hace más de 3 años _____ 4
- **No sabe** _____ 8
- **No contesta** _____ 9

92- ¿Cuál de las siguientes fue la principal razón por la que se hizo esta última prueba de sangre oculta en heces?

- Por algún problema, síntoma o enfermedad _____ 1
- Por consejo de su médico de atención primaria o especialista, aunque no tenía ningún problema _____ 2
- Porque recibió una carta, le llamaron por teléfono o le dijeron en su centro de salud que si se quería hacer esta prueba _____ 3
- Otras razones _____ 4
- **No sabe** _____ 8
- **No contesta** _____ 9

Si el adulto seleccionado es hombre → Ir a P.102

- Prácticas preventivas de la mujer

93- ¿Ha acudido alguna vez a una consulta de ginecología?

- Sí _____ 1
- No _____ 6 → Ir a P.96

94- ¿Cuándo ha efectuado la última visita a una consulta de ginecología por algún motivo distinto a los relacionados con el embarazo o parto?

- Hace menos de 6 meses _____ 1
- Entre 6 meses y 1 año _____ 2
- Entre 1 y 3 años _____ 3
- Hace más de 3 años _____ 4
- Nunca ha ido por motivos diferentes al embarazo o parto ____ 5 → Ir a P.96
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

95- ¿Podría decirme el motivo de la última consulta (que no sea embarazo/parto)?

- Algún problema ginecológico (enfermedad, molestias) _____ 1
- Orientación/planificación familiar _____ 2
- Revisión periódica _____ 3
- Otros motivos _____ 4
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

96- ¿Le han hecho alguna vez una mamografía (radiografía de mama)?

- Sí _____ 1
- No _____ 6 → Ir a P.99
- No sabe _____ 8 → Ir a P.99
- No contesta _____ 9 → Ir a P.99

97- ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una mamografía (radiografía de mama)?

- En los últimos 12 meses _____ 1
- Hace más de 1 año pero menos de 2 años _____ 2
- Hace más de 2 años pero menos de 3 años _____ 3
- Hace más de 3 años _____ 4
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

98- ¿Cuál de las siguientes fue la principal razón por la que se hizo esta última mamografía?

- Por algún problema, síntoma o enfermedad _____ 1
- Por consejo de su médico de atención primaria o especialista, aunque no tenía ningún problema _____ 2
- Porque recibió una carta, le llamaron por teléfono o le dijeron en su centro de salud que si se quería hacer esta prueba _____ 3
- Otras razones _____ 4
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

99- ¿Le han hecho alguna vez una citología vaginal (muestra de células)?

- Sí _____ 1
- No _____ 6 → Ir a P.102
- No sabe _____ 8 → Ir a P.102
- No contesta _____ 9 → Ir a P.102

100.- ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una citología vaginal?

- Hace 3 años o menos de 3 años _____ 1
- Hace más de 3 años pero no más de 5 años _____ 2
- Hace más de 5 años _____ 3
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

101- ¿Cuál de las siguientes fue la principal razón por la que se hizo esta última citología?

- Por algún problema, síntoma o enfermedad _____ 1
- Por consejo de su médico de atención primaria o especialista, aunque no tenía ningún problema _____ 2
- Porque recibió una carta, le llamaron por teléfono o le dijeron en su centro de salud que si se quería hacer esta prueba _____ 3
- Otras razones _____ 4
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

MÓDULO DE DETERMINANTES DE LA SALUD

R.- CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

Introducción P.102: Entrevistador/a, léale al informante: “Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre su talla y su peso”.

102- ¿Podría decirme cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?

Peso en kg → | _ _ _ | NS 998 NC 999

103- ¿Y cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?

Altura en cm → | _ _ _ | NS 998 NC 999

104- Y, en relación a su estatura, diría que su peso es:

- Bastante mayor de lo normal _____ 1
- Algo mayor de lo normal _____ 2
- Normal _____ 3
- Menor de lo normal _____ 4
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

HÁBITOS DE VIDA

Introducción1 P.105: Entrevistador/a, léale al informante: “Las siguientes preguntas se refieren a hábitos de vida relacionados con la salud”.

S.- CONSUMO DE TABACO

Introducción2 P.105: Entrevistador/a, léale al informante: “Para comenzar, le preguntaré sobre el consumo de tabaco”.

105- ¿Podría decirme si actualmente fuma?

- Sí, fuma diariamente _____ 1
- Sí fuma, pero no diariamente _____ 2 → Ir a P.117
- No fuma actualmente, pero ha fumado antes _____ 3 → Ir a P.111
- No fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual _____ 4 → Ir a P.117
- No sabe _____ 8 → Ir a P.117
- No contesta _____ 9 → Ir a P.117

PARA PERSONAS QUE FUMAN A DIARIO

106- ¿Qué tipo de tabaco fuma a diario?

- Cigarrillos _____
- Tabaco de pipa _____
- Puros _____
- No sabe _____ → Ir a P.107
- No contesta _____ → Ir a P.107

Nota P.106: Entrevistador/a, se admite respuesta múltiple.

106b- Por término medio, ¿cuántas unidades fuma usted al día?

- | | | | | | |
|-------------------------|----|----|-----------------------------|----|-----------------------------|
| • Número de cigarrillos | __ | NS | <input type="checkbox"/> 98 | NC | <input type="checkbox"/> 99 |
| • Número de pipas | __ | NS | <input type="checkbox"/> 98 | NC | <input type="checkbox"/> 99 |
| • Número de puros | __ | NS | <input type="checkbox"/> 98 | NC | <input type="checkbox"/> 99 |

107- ¿A qué edad empezó a fumar?

Edad en años | __ | NS 98 NC 99

108- ¿Diría que fuma ahora más, menos o igual que hace dos años?

- Más _____ 1
- Menos _____ 2
- Igual _____ 3
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

Nota P.108: Entrevistador/a, no se leen las opciones.

109.- En el momento actual, ¿está pensando dejar de fumar?

- Sí, en el plazo de 1 mes _____ 1
- Sí, en los próximos 6 meses _____ 2
- No _____ 3
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

110.- Durante los últimos 12 meses, ¿cuántos intentos serios de dejar de fumar ha realizado en los que consiguiera estar al menos 24 horas sin fumar?

Desplegable: 0, 1, 2, 3, 4, 5 o más → Ir a P.117

NS 8 NC 9 → Ir a P.117

PARA PERSONAS QUE NO FUMAN ACTUALMENTE, PERO HAN FUMADO ANTES

111- ¿A qué edad comenzó a fumar?

Edad en años | _ _ | NS 98 NC 99

112- ¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar?

- Años _____
- Meses _____
- No sabe _____ 98
- No contesta _____ 99

113- ¿Cuáles fueron los dos principales motivos que le llevaron a tomar esa decisión?

- Se lo aconsejó el médico _____
- Sentía molestias por causa del tabaco _____
- Aumentó su grado de preocupación por los efectos nocivos del tabaco (riesgo para la salud) _____
- Embarazo _____
- Sentía que disminuía su rendimiento psíquico y/o físico, en general _____
- Otros motivos (especificar): _____ → 113b- Especificar: | _____ |
- No sabe _____
- No contesta _____

Nota P.113: Entrevistador/a, puede señalar 2 opciones como máximo.

114- ¿Le ayudó algún profesional sanitario a dejar de fumar?

- Sí, en atención primaria, centro de salud (médico de familia, médico general, personal de enfermería...) _____ 1
- Sí, un especialista (neumólogo, cardiólogo, internista...) _____ 2
- Sí, un médico del centro médico de mi empresa _____ 3
- Sí, otros profesionales sanitarios _____ 4
- No me ayudó ningún profesional sanitario a dejar de fumar _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

115- ¿Utilizó algún tratamiento para dejar de fumar?

- Chicles o parches de nicotina _____
- Medicamentos recetados por el médico (bupropion, vareniclina, ansiolíticos...) _____
- Terapia psicológica _____
- Acupuntura, homeopatía, hipnosis _____
- Otros _____
- No utilicé ningún tratamiento _____
- No sabe _____
- No contesta _____

Nota P.115: **Entrevistador/a**, se admite respuesta múltiple.

116- ¿Qué tipo de tabaco fumaba al día?

- Cigarrillos _____
- Tabaco de pipa _____
- Puros _____
- No sabe _____ → Ir a P.117
- No contesta _____ → Ir a P.117

116b- Por término medio, ¿cuántas unidades fumaba usted al día?

- Número de cigarrillos **NS** **98** **NC** **99**
- Número de pipas **NS** **98** **NC** **99**
- Número de puros **NS** **98** **NC** **99**

EXPOSICIÓN AL HUMO DEL TABACO

117- ¿Con qué frecuencia está expuesto/a al humo del tabaco dentro de su casa? Considere solo aquellas situaciones en las que son otras personas las que están fumando.

- Nunca o casi nunca _____ 1
- Menos de una hora al día _____ 2
- Entre 1 y 5 horas al día _____ 3
- Más de 5 horas al día _____ 4
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

118- ¿Con qué frecuencia está expuesto/a al humo del tabaco en medios de transporte y lugares públicos cerrados (bares, restaurantes, centros comerciales, transporte público, etc.)?

- Nunca o casi nunca _____ 1
- Menos de 1 hora al día _____ 2
- Entre 1 y 5 horas al día _____ 3
- Más de 5 horas al día _____ 4
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

Flujos

Si el adulto seleccionado trabaja → Ir a P.119

Si el adulto seleccionado no trabaja → Ir a P.120

119- ¿Con qué frecuencia está expuesto/a al humo de tabaco en las áreas cerradas de su lugar de trabajo?

- Nunca o casi nunca _____ 1
- Menos de una hora al día _____ 2
- Entre 1 y 5 horas al día _____ 3
- Más de 5 horas al día _____ 4
- No es aplicable (no trabajo en un lugar cerrado) _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

T.- CONSUMO DE ALCOHOL

120- Ahora quisiera hacerle unas preguntas respecto al consumo de bebidas alcohólicas, es decir, cualquier tipo de bebida que contenga alcohol, independientemente de su graduación. ¿Ha tomado Vd. en estas últimas dos semanas alguna bebida alcohólica?

- Sí _____ 1 → Ir a P.123
- No _____ 6
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

121- ¿Ha tomado Vd. en los últimos 12 meses alguna bebida alcohólica?

- Sí _____ 1 → Ir a P.123
- No _____ 6
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

122- ¿Ha tomado Vd. en alguna ocasión alguna bebida alcohólica?

- Sí _____ 1 → Ir a P.125
- No _____ 6 → Ir a P.127
- No sabe _____ 8 → Ir a P.127
- No contesta _____ 9 → Ir a P.127

123- Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado bebidas alcohólicas de cualquier tipo (es decir, cerveza, vino, licores, bebidas destiladas y combinados u otras bebidas alcohólicas)?

- Todos los días _____ 1
- De 3 a 6 veces a la semana _____ 2
- De 1 a 2 veces a la semana _____ 3
- De 2 a 3 veces al mes _____ 4
- Una vez al mes o menos _____ 5 → Ir a P.125
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

124- Durante los últimos 12 meses, en una semana en que desarrolló usted su actividad habitual, ¿cuántas bebidas que contengan alcohol consumió a lo largo de la semana?

	Cervezas con alcohol	Vinos, Cava	Vermuts, fino, jerez	Licores, anís, pacharán	Whisky, coñac, combinados ...	Bebidas 'locales' sidra, carajillo
Lunes	<input type="checkbox"/> Cervezas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas
Martes	<input type="checkbox"/> Cervezas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas
Miércoles	<input type="checkbox"/> Cervezas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas
Jueves	<input type="checkbox"/> Cervezas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas
Viernes	<input type="checkbox"/> Cervezas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas
Sábado	<input type="checkbox"/> Cervezas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas
Domingo	<input type="checkbox"/> Cervezas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas

	Cervezas con alcohol	Vinos, Cava	Vermuts, fino, jerez	Licores, anís, pacharán	Whisky, coñac, combinados ...	Bebidas 'locales' sidra, carajillo
Lunes	<input type="checkbox"/> Cervezas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas
Martes	<input type="checkbox"/> Cervezas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas
Miércoles	<input type="checkbox"/> Cervezas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas
Jueves	<input type="checkbox"/> Cervezas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas
Viernes	<input type="checkbox"/> Cervezas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas
Sábado	<input type="checkbox"/> Cervezas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas
Domingo	<input type="checkbox"/> Cervezas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Copas	<input type="checkbox"/> Vasos, copas

125- ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tomar bebidas alcohólicas?

Edad en años | _ _ | **NS** **98** **NC** **99**

Nota P.125: **Entrevistador/a**, no se refiere a cuando dio un sorbo o probó una determinada bebida, sino a cuando bebió por sí solo.

Introducción P.126: **Entrevistador/a**, entregue al informante la tarjeta Ad-2 y léale: “En esta tarjeta puede observar la equivalencia de las bebidas alcohólicas más comunes con la llamada bebida estándar. De acuerdo a estas equivalencias, podría contestarme...”

126a. (hombres) - Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado 6 o más bebidas estándar en una misma ocasión? (Por “ocasión” entendemos tomar las bebidas en un intervalo aproximado de cuatro a seis horas)

126b. (mujeres) - Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado 5 o más bebidas estándar en una misma ocasión? (Por “ocasión” entendemos tomar las bebidas en un intervalo aproximado de cuatro a seis horas)

- Nunca _____ **1**
- Menos de una vez al mes _____ **2**
- Mensualmente _____ **3**
- Semanalmente _____ **4**
- A diario o casi a diario _____ **5**
- No sabe _____ **8**
- No contesta _____ **9**

U.- DESCANSO Y EJERCICIO FÍSICO

Introducción P.127: **Entrevistador/a**, léale al informante: “Ahora voy a hacerle unas preguntas sobre sus hábitos de descanso y ejercicio físico”.

127- ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas duerme habitualmente al día? Incluya las horas de siesta.

Nº de horas diarias | _ _ |

128- ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor su actividad principal en el centro de trabajo, centro de enseñanza, hogar (labores domésticas)...?

- Sentado/a la mayor parte de la jornada _____ 1
- De pie la mayor parte de la jornada sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos _____ 2
- Caminando, llevando algún peso, efectuando desplazamientos frecuentes _____ 3
- Realizando tareas que requieren gran esfuerzo físico _____ 4
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

129- ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que realiza alguna actividad física en su tiempo libre?

- No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.) _____ 1
- Hago alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear, bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas que requieren un ligero esfuerzo, etc.) _____ 2
- Hago actividad física varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.) _____ 3
- Hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana _____ 4
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

Flujos

Si el adulto seleccionado tiene 70 o más años → Ir a P.131.

Introducción P.130: Entrevistador/a, léale al informante: “Para concluir este apartado sobre el ejercicio físico y por su importancia para la salud, le pedimos que conteste también las siguientes preguntas acerca del tiempo que usted dedicó a actividades físicas en los últimos 7 días. Por favor, responda cada una de las preguntas aunque no se considere una persona activa. Piense en las actividades que hace como parte del trabajo, en la casa, para ir de un sitio a otro y también las que hace en su tiempo libre de descanso, ejercicio o deporte”.

130.1- En primer lugar piense en las actividades intensas que usted realizó en los últimos 7 días. Actividades intensas son las que requieren gran esfuerzo físico y le hacen respirar mucho más fuerte de lo normal, como levantar objetos pesados, cavar, ejercicios aeróbicos o pedalear rápido en bicicleta. Piense solamente en aquellas que realizó por lo menos durante 10 minutos seguidos.

Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días realizó usted actividades físicas intensas?

- Días por semana _____ | _ | → desplegable: 1, 2, ..., 7
- Ningún día con actividad física intensa ____ 0 → Ir a P.130.3
- No sabe _____ 8 → Ir a P.130.3
- No contesta _____ 9 → Ir a P.130.3

130.2- En uno de esos días, ¿cuánto tiempo en total le dedicó a actividades físicas intensas?

- Horas por día _____ | _ _ |
- Minutos por día _____ | _ _ |
- No sabe/No está seguro _____ 98
- No contesta _____ 99

130.3- Ahora piense por favor en todas aquellas actividades moderadas que usted realizó en los últimos 7 días. Actividades moderadas son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que le hace respirar algo más fuerte de lo normal, como llevar pesos ligeros, andar en bicicleta a velocidad regular o jugar dobles de tenis. Piense solamente en aquellas que realizó por lo menos durante 10 minutos seguidos.

Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días realizó usted actividades físicas moderadas? Por favor, no incluya caminar.

- Días por semana _____ | _ | → desplegable: 1, 2, ..., 7
- Ningún día con actividad física moderada _ 0 → Ir a P.130.5
- No sabe _____ 8 → Ir a P.130.5
- No contesta _____ 9 → Ir a P.130.5

130.4- En uno de esos días, ¿cuánto tiempo en total le dedicó a actividades físicas moderadas?

- Horas por día _____ | _ _ |
- Minutos por día _____ | _ _ |
- No sabe/No está seguro _____ 98
- No contesta _____ 99

130.5- Ahora piense acerca del tiempo que dedicó a caminar en los últimos 7 días. Esto incluye caminar en el trabajo, en la casa, para ir de un sitio a otro, o lo que paseó por deporte, ejercicio o placer. Piense solamente en aquellas ocasiones en que caminó por lo menos durante 10 minutos seguidos.

- Días por semana _____ | _ | → desplegable: 1, 2, ..., 7
- Ningún día más de 10 minutos seguidos _____ 0 → Ir a P.130.7
- No sabe _____ 8 → Ir a P.130.7
- No contesta _____ 9 → Ir a P.130.7

130.6- En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en un día normal de la semana?

- Horas por día _____ | _ _ |
- Minutos por día _____ | _ _ |
- No sabe/No está seguro _____ 98
- No contesta _____ 99

130.7- La última pregunta se refiere al tiempo que permaneció sentado/a en los últimos 7 días. Incluya el tiempo sentado/a en el trabajo, la casa, en clase, estudiando, leyendo y en el transporte, tiempo libre o viendo la televisión.

En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo permaneció sentado/a en un día normal de la semana?

- Horas por día _____ | _ _ |
- Minutos por día _____ | _ _ |
- No sabe/No está seguro _____ 98
- No contesta _____ 99

V.- ALIMENTACIÓN

Introducción P.131: Entrevistador/a, léale al informante: “Para terminar con los hábitos de vida, le voy a hacer unas preguntas sobre alimentación.”

131.- ¿Dónde desayuna habitualmente?

- En casa, antes de salir _____ 1
- Fuera de casa _____ 2
- No suele desayunar _____ 3 → Ir a P.133

132- ¿Qué desayuna habitualmente?

- Café, leche, té, chocolate, cacao, yogur, etc. _____
- Pan, tostadas, galletas, cereales, bollería, etc. _____
- Fruta y/o zumo _____
- Alimentos como huevos, queso, jamón, etc. _____
- Otro tipo de alimentos _____
- No sabe _____
- No contesta _____

Nota P.132: Entrevistador/a, se admite respuesta múltiple.

133- ¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos?

Alimentos	Frecuencias de consumo						
	A diario	Tres o más veces a la semana, pero no a diario	Una o dos veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca	No sabe	No contesta
Fruta fresca (excluyendo zumos)_____	<input type="checkbox"/> 1 N° <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Carne (pollo, ternera, cerdo, cordero, etc.)_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Huevos_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Pescado_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Pasta, arroz, patatas_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Pan, cereales_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Verduras, ensaladas y hortalizas_____	<input type="checkbox"/> 1 N° <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Legumbres_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Embutidos y fiambres_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Productos lácteos (leche, queso, yogur)_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Dulces (galletas, bollería, mermeladas, cereales con azúcar, caramelos, etc.)_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Refrescos con azúcar_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Comida rápida (pollo frito, bocadillos, pizzas, hamburguesas)_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Aperitivos o comidas saladas de picar (patatas fritas, ganchitos, galletitas saladas)_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Zumo natural de frutas o verduras_____	<input type="checkbox"/> 1 N° <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

134- En el momento actual, ¿sigue usted alguna dieta o régimen especial?

- Sí _____ 1
- No _____ 6 → Ir a P.137
- No sabe _____ 8 → Ir a P.137
- No contesta _____ 9 → Ir a P.137

135- La dieta o régimen la hace por:

- Iniciativa propia _____ 1
- Consejo de un profesional sanitario _____ 2
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

136.- ¿Cuál es la razón principal por la que sigue esta dieta o régimen especial?

- Para perder peso _____ 1
- Para mantener su peso actual _____ 2
- Para vivir más saludablemente _____ 3
- Por una enfermedad o problema de salud _____ 4
- Por otra razón _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

W.- HIGIENE DENTAL

137.- Ahora le voy a preguntar sobre su higiene dental, ¿cuántas veces al día se cepilla los dientes habitualmente?

- Ocasionalmente, no todos los días _____ 1 → Ir a P.139
- Nunca _____ 2 → Ir a P.139
- Una vez al día _____ 3
- Dos veces al día _____ 4
- Tres o más veces al día _____ 5 → Ir a P.139
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

138.- ¿Y en qué momento del día acostumbra a cepillarse los dientes?

- Por la mañana _____
- Después de comer _____
- Por la noche _____
- No sabe _____
- No contesta _____

Nota P.138: Entrevistador/a, puede señalar 2 opciones como máximo.

Y.- APOYO AFECTIVO Y PERSONAL

Introducción P.139: Entrevistador/a, léale al informante: “Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre el apoyo afectivo que Vd. recibe”.

139.- Entrevistador/a, léale al informante: “Voy a entregarle una tarjeta con diferentes situaciones de apoyo afectivo y personal que suelen ocurrir en la vida cotidiana. Al lado de cada situación hay un conjunto de respuestas. Por favor, lea cada situación y dígame una por una el número de la respuesta que mejor refleje su situación”.

Entrevistador/a: Entregue la tarjeta Ad-3. A continuación diga: “Para la situación 1, dígame, por favor, el número de su respuesta”. Después de anotar el número, proceda de la misma forma hasta terminar con todas las situaciones.

	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo	No sabe	No contesta
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
5.- Recibo amor y afecto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

Z.- TRABAJO REPRODUCTIVO

Introducción P.140: Entrevistador/a, léale al informante: “Finalmente le voy a preguntar sobre el cuidado de las personas del hogar”.

140- ¿En su hogar viven personas que, por alguna limitación o discapacidad, no son capaces de cuidarse por sí mismas y necesitan que les cuide otra persona?

- Sí _____ 1 → 140b- Indique quiénes:
 - Listado de personas del hogar: | _ _ |
- No _____ 6
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

Nota P.140: Entrevistador/a, solo se deben tener en cuenta los niños si tienen alguna discapacidad.

Flujos

Si P.140 = 1 y la persona adulta seleccionada es una de las personas que el informante indica en la pregunta 140b → Ir a P.145

Si P.140 = 6, 8 ó 9 y no hay menores de 15 años en el hogar o todos los menores del hogar se han marcado como discapacitados en la pregunta 140b → Ir a P.145

141.1- ¿Quién se ocupa del cuidado de esa persona, principalmente?

141.2- ¿Quién se ocupa, en global, más tiempo del cuidado de estas personas?

- Vd. solo/a _____ 1
- Vd. compartiéndolo con otra persona _____ 2 → 141b- Indique cuál:
- Otra persona de la casa _____ 3 → 141b- Indique cuál:
- Una persona que **NO** reside en el hogar remunerada por ello _____ 4
- Los servicios sociales _____ 5
- Otra situación _____ 6
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

Flujos

Si P.141 = 3, 4, 5, 6, 8 ó 9 y algún menor ha sido marcado en 140b, pero hay otros menores en el hogar → Ir a P.144 con el enunciado 144.1

Si P.141 = 3, 4, 5, 6, 8 ó 9, hay menores en el hogar y ninguno ha sido marcado en la pregunta 140b → Ir a P.144 con el enunciado 144.2

Si P.141 = 3, 4, 5, 6, 8 ó 9 y no hay menores en el hogar → Ir a P.145.

142.- ¿Cuánto tiempo hace que se encarga Vd. de su cuidado?

- Menos de 6 meses _____ 1
- Más de 6 meses pero menos de un año _____ 2
- Más de un año _____ 3 → 142b- ¿Cuántos años? NS 98 NC 99
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

143- ¿Cuántas horas dedica Vd. a su cuidado?

- De lunes a viernes (promedio diario) N° de horas NS 98 NC 99
- Sábado más domingo (suma de los 2 días) N° de horas NS 98 NC 99

Flujos

Si no hay menores de 15 años en el hogar → Ir a P.145

Si todos los menores del hogar se han marcado en la P140b → Ir a P.145

Si algún menor fue marcado en la pregunta P140b pero hay otros menores en el hogar → Ir a P.144 con el enunciado 144.1

Si ningún menor fue marcado en la pregunta P140b → Ir a P.144 con el enunciado 144.2

144.1- Además, tengo anotado que en su hogar vive algún otro menor de 15 años. ¿Quién se ocupa de su cuidado, principalmente?

144.2- Tengo anotado que en su hogar viven menores de 15 años. ¿Quién se ocupa de su cuidado, principalmente?

- Vd. solo/a _____ 1
- Vd. compartiéndolo con otra persona ____ 2 → 144b- Indique cuál:
- Otra persona de la casa _____ 3 → 144b- Indique cuál:
- Una persona que **NO** reside en el hogar remunerada por ello _____ 4
- Los servicios sociales _____ 5
- Otra situación _____ 6
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

145- En su casa, ¿quién se ocupa principalmente de las tareas del hogar, como fregar, cocinar, planchar, etc.?

- Vd. solo/a _____ 1
- Vd. compartiéndolo con otra persona ____ 2 → Listado de personas del hogar
- Otra persona de la casa _____ 3 → Listado de personas del hogar
- Una persona que **NO** reside en el hogar remunerada por ello _____ 4
- Otra situación _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

INGRESOS

Si la información sobre ingresos ya fue proporcionada por el informante del Cuestionario de Hogar → Ir a P.149

Si la información sobre ingresos fue proporcionada parcialmente por el informante del Cuestionario de Hogar → Ir a las preguntas que el anterior informante contestó "No sabe"

Si la información sobre ingresos no fue preguntada en el Cuestionario de Hogar → Ir a P.146

Nota P.146: Entrevistador/a, si el informante es el mismo que respondió a las preguntas de ingresos en el Cuestionario de Hogar, responda "No contesta" y acabe la entrevista.

Introducción P.146: Entrevistador/a, léale al informante: “A continuación le voy a preguntar por los ingresos regulares del hogar. No incluya los ingresos de las personas residentes empleadas en el hogar ni de los huéspedes hijos”.

146- De los siguientes tipos de ingresos que le voy a leer, ¿podría decirme cuáles de ellos reciben usted y los demás miembros de su hogar?

Debe considerar las fuentes de cada miembro del hogar y las conjuntas.

Se admite respuesta múltiple.

- Ingresos del trabajo (por cuenta propia o ajena) _____
- Prestación y subsidios por desempleo _____
- Pensión por jubilación o viudedad _____
- Pensión por invalidez o incapacidad _____
- Prestaciones económicas por hijo a cargo u
otras prestaciones económicas como ayudas a la familia... _____
- Prestaciones o subvenciones relacionadas con la vivienda _____
- Prestaciones o subvenciones relacionadas con la educación _____
- Otros ingresos regulares/Otro subsidio o prestación social
regular _____
- Ninguna fuente de ingresos _____ → Ir a P.149
- No sabe _____
- No contesta _____ → Ir a P.149

Flujos

Si ha marcado P.146 = “No sabe” y P.28 (C. Hogar) tiene una respuesta distinta a “No Sabe” o “No Contesta” → Ir a P.149

Si ha marcado P.146 = “No sabe” y P.28 (C. Hogar) tiene una respuesta igual a “No Sabe” o “No Contesta” → Ir a P.148.1

Si entre las respuestas 1ª a 8ª tiene una única respuesta marcada → Ir a P.148.2

Si entre las respuestas 1ª a 8ª hay 2 ó más respuestas marcadas → Ir a P.147

147- De estas fuentes de ingresos monetarios del hogar citadas, ¿cuál diría que es la principal?

148.1- Aunque no pueda en este momento especificar las fuentes de ingresos, ¿podría decir cuál es aproximadamente el ingreso mensual neto de todo el hogar (es decir, sumando todas las fuentes y descontando las retenciones por impuestos, Seguridad Social, etc.)?

- Cantidad |__|__|__|__|__|__|__| euros
- No sabe _____ 9999998
- No contesta _____ 9999999

Ir a P.149

148.2- ¿Podría decir cuál es el importe mensual aproximado de estos ingresos del hogar, sumando todas las fuentes y descontando las retenciones por impuestos, cotizaciones sociales, etc.?

- 550 euros o menos _____ 01
- De 551 a 800 euros _____ 02
- De 801 a 1.050 euros _____ 03
- De 1.051 a 1.300 euros _____ 04
- De 1.301 a 1.550 euros _____ 05
- De 1.551 a 1.850 euros _____ 06
- De 1.851 a 2.250 euros _____ 07
- De 2.251 a 2.700 euros _____ 08
- De 2.701 a 3.450 euros _____ 09
- Más de 3.450 euros _____ 10
- No sabe _____ 98
- No contesta _____ 99

Aclaración al entrevistador/a

Entrevistador/a: En la anterior pregunta anote **el importe total de los ingresos mensuales netos**, relacionados en la pregunta 146. Deberá contabilizar **la suma** de los ingresos regulares percibidos en la actualidad por **todos los miembros del hogar**, aporten o no estos ingresos en su totalidad o en parte para sufragar los gastos del hogar, excluyendo los ingresos de empleados de hogar y huéspedes fijos.

En el cómputo del importe de estos ingresos mensuales tendrá en cuenta que:

- Para los ingresos de **trabajo por cuenta ajena**, debe sumar al importe mensual el prorrateo de los ingresos regulares que no tengan periodicidad mensual (pagas extraordinarias y otros ingresos extraordinarios que se perciban regularmente).

- Para los ingresos de **trabajo por cuenta propia**, debe descontar del importe de los ingresos mensuales los gastos deducibles.

