

## ENCUESTA NACIONAL DE SALUD

## Cuestionario de Adultos

## Personas de 16 y más años

**1. Datos de identificación de la sección**

Provincia _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº de orden de la sección _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Municipio _____		
Distrito/sección _____		
Año/trimestre/semana _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**2. Identificación de la vivienda y hogar**Nº de orden de la vivienda \_\_\_\_\_ Nº de hogar dentro de la vivienda \_\_\_\_\_ **4. Identificación del informante**

Nombre y número de orden del informante

\_\_\_\_\_ **3. Identificación del sujeto de entrevista**

Nombre y número de orden del sujeto de entrevista \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ **Naturaleza, características y finalidad**

**La Encuesta Nacional de Salud** es una investigación estadística a nivel estatal, diseñada con la finalidad de obtener datos sobre el estado de salud, utilización de servicios sanitarios, prevención, factores de riesgo, etc., de las personas.

La trascendencia de estos objetivos y la característica de servicio público de este estudio, nos impulsan a solicitar, de forma voluntaria, su importante y valiosa colaboración.

**Legislación**

**Secreto estadístico.** Serán objeto de protección y quedarán amparados por el secreto estadístico los datos personales que obtengan los servicios estadísticos, tanto directamente de los informantes como a través de fuentes administrativas (Art.13.1 de la Ley de la Función Estadística Pública de 9 de Mayo de 1989. LFEP). Todo el personal tendrá la obligación de preservar el secreto estadístico (Art.17.1 de la LFEP).

Los servicios estadísticos podrán solicitar datos de todas las personas físicas y jurídicas, nacionales y extranjeras, residentes en España (Art.10.1 de la LFEP).

Todas las personas físicas y jurídicas que suministren datos, tanto si su colaboración es obligatoria como voluntaria, **deben contestar de forma veraz, exacta, completa y dentro del plazo** a las preguntas ordenadas en la debida forma por parte de los servicios estadísticos (Art.10.2 de la LFEP).

**(Ley 12/1989, de la Función Estadística Pública)**

# Estado de salud y accidentalidad

## Estado de Salud (últimos 12 meses)

**5. Vamos a comenzar hablando de su salud. En los últimos doce meses ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?**

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

**6. En los últimos doce meses ¿ha tenido alguna dolencia, enfermedad o problema de salud que le haya limitado su actividad habitual durante más de 10 días seguidos?**

- SI \_\_\_\_\_  1  
NO \_\_\_\_\_  6 → pasar a pregunta 7

**6a. ¿Qué tipo de dolencia, enfermedad o problema de salud ha padecido? (Entrevistador: anote dos respuestas literales como máximo. Consulte los códigos de Dolencias o Enfermedades y anote los que correspondan)**

1. ....
2. ....

**7. ¿Le ha dicho su médico que padece de forma crónica alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud en la actualidad? (Entrevistador: léale al entrevistado las enfermedades que se relacionan una a una, anotando la respuesta que proceda. Si el sujeto de la entrevista es varón anote NO en la opción 15 y si es mujer anote NO en la 16, directamente)**

	SI	NO		SI	NO
1. Hipertensión arterial _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	9. Otras enfermedades mentales _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Colesterol elevado _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	10. Jaquecas, migrañas o dolores de cabeza _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Diabetes (azúcar elevado) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	11. Mala circulación _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Asma, bronquitis crónica o enfisema _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	12. Hernias _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Enfermedad del corazón _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	13. Artrosis y problemas reumáticos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. Úlcera de estómago _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	14. Osteoporosis _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
7. Alergia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	15. Problemas del periodo menopáusico (excepto osteoporosis) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
8. Depresión _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	16. Problemas de la próstata _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

**Entrevistador:** Si todas las respuestas son NO → pase a pregunta 8  
Si alguna respuesta es SI → continúe en la pregunta 7a

**7a. Durante los últimos doce meses ¿esa/s enfermedad/es o problema/s de salud, le ha/n limitado de alguna forma sus actividades habituales?**

---

SI \_\_\_\_\_  1

NO \_\_\_\_\_  6

---

**Accidentalidad (últimos 12 meses)**

**8. Durante los últimos doce meses ¿ha tenido algún accidente de cualquier tipo incluido agresión, intoxicación o quemadura?**

---

SI \_\_\_\_\_  1

NO \_\_\_\_\_  6 → pasar a pregunta 9

---

**8a. 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

En la calle o carretera y fue un accidente de tráfico \_\_\_\_\_  2

En la calle, pero no fue un accidente de tráfico \_\_\_\_\_  3

En el trabajo o centro de estudio \_\_\_\_\_  4

En otro lugar \_\_\_\_\_  5

---

**8b. ¿Consultó a un médico o ATS, acudió a un centro de urgencias o ingresó en un hospital a consecuencia de este accidente?**

---

Consultó a un médico o ATS \_\_\_\_\_  1

Acudió a un centro de urgencias \_\_\_\_\_  2

Ingresó en un hospital \_\_\_\_\_  3

No fue necesario hacer ninguna consulta ni intervención \_\_\_\_\_  4

---

**8c. ¿Qué efecto o daño le produjo este accidente? (Entrevistador: anote dos respuestas como máximo)**

---

Contusiones, hematomas, esguinces-luxaciones o heridas superficiales \_\_\_\_\_  1

Fracturas o heridas profundas \_\_\_\_\_  2

Envenenamiento o intoxicación \_\_\_\_\_  3

Quemaduras \_\_\_\_\_  4

Otros efectos \_\_\_\_\_  5

---

## Restricción de la actividad (últimas 2 semanas)

**9. Durante las dos últimas semanas, ¿ha tenido que reducir o limitar su actividad principal (trabajo, estudio, labores del hogar, etc.) y/o las actividades que normalmente realiza en su tiempo libre (por ejemplo: diversiones, paseos, visitas, juegos, etc.) por alguno o varios dolores o síntomas? (Entrevistador: si el tiempo que ha tenido que reducir o limitar su actividad principal ha sido la mitad de una jornada laboral, anote 01. Si el tiempo que ha tenido que reducir o limitar la actividad que normalmente realiza en su tiempo libre ha sido la mitad de un día, anote 01)**

1. Actividad principal	SI _____ <input type="checkbox"/> 1 → N° de días <input type="text"/>
	NO _____ <input type="checkbox"/> 6
2. Actividad en el tiempo libre	SI _____ <input type="checkbox"/> 1 → N° de días <input type="text"/>
	NO _____ <input type="checkbox"/> 6

**Entrevistador:** Si en la pregunta 9 ha anotado NO en una de las 2 opciones, en la pregunta 10 cumplimente sólo la opción correspondiente a la actividad limitada o reducida. Si ha anotado NO en ambas opciones, pase directamente a la pregunta 12.

**10. ¿Cuáles han sido esos dolores o síntomas que le han obligado a limitar o reducir su actividad principal al menos la mitad de una jornada laboral o las actividades que normalmente realiza en su tiempo libre, al menos la mitad de un día?**

	1. Actividad principal	2. Actividad en el tiempo libre
1. Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Problemas de garganta, tos, catarro o gripe _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dolor de cabeza _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Contusión, lesión o heridas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dolor de oídos, otitis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Diarrea o problemas intestinales _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ronchas, picor, alergias _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Molestias de riñón o urinarias _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Problemas de estómago, digestivo, hígado o vesícula biliar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Fiebre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Problemas con los dientes o encías _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mareos o vahídos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Dolor en el pecho _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Tobillos hinchados _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ahogo, dificultad para respirar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Cansancio sin razón aparente _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Otros dolores o síntomas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11. Durante las dos últimas semanas, ¿se ha visto obligado a quedarse más de la mitad de un día en la cama por motivos de salud? (Entrevistador: si el sujeto de entrevista ha estado hospitalizado, considere también los días pasados en el hospital)**

SI \_\_\_\_\_  1  
 NO \_\_\_\_\_  6 → pasar a pregunta 12

**11 a. ¿Cuántos días? (Entrevistador: si el tiempo que ha tenido que permanecer en la cama ha sido la mitad de un día, anote 01)**

Número de días \_\_\_\_\_

### Consumo de medicamentos (últimas 2 semanas)

**12. Durante las últimas 2 semanas ¿ha consumido los siguientes medicamentos y le fueron recetados en algún momento por el médico?. No incluya medicamentos homeopáticos o naturales. (Entrevistador: léale al entrevistado cada tipo de medicamento, anote si lo ha consumido o no en las últimas dos semanas, y en ambos casos anote si le fue o no recetado por algún médico. Debe cumplimentar las columnas Consumido y Recetado con SI o NO para cada uno de los medicamentos. Si el sujeto de la entrevista es varón, en la opción 14 anote directamente NO en Consumido y Recetado)**

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

**12a. Durante las últimas 2 semanas, ¿ha consumido uno o varios productos de medicina alternativa (homeopática, naturista, etc.)? No incluya infusiones de té, manzanilla o poleo**

SI \_\_\_\_\_  1  
 NO \_\_\_\_\_  6

# Utilización de servicios sanitarios

## Consultas médicas (últimas 2 semanas)

**Entrevistador:** Las consultas médicas incluyen revisiones y peticiones de recetas. No incluyen las peticiones de hora o cita, las consultas al estomatólogo o dentista, ni la realización de radiografías, análisis u otras pruebas diagnósticas

### 13. ¿Cuánto tiempo hace que consultó a un médico (personalmente o por teléfono) por última vez, por algún problema, molestia o enfermedad suya?

En las últimas dos semanas _____	<input type="checkbox"/>	1			
Hace más de dos semanas y menos de un mes _____	<input type="checkbox"/>	2			
Hace un mes o más y menos de un año _____	<input type="checkbox"/>	3	→	Nº de meses	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Hace un año o más de un año _____	<input type="checkbox"/>	4	→	Nº de años	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nunca ha ido al médico _____	<input type="checkbox"/>	5			

→ pasar a pregunta 15

### 14. ¿Cuántas veces ha consultado con algún médico en las dos últimas semanas?

Número de veces \_\_\_\_\_

### 14a. ¿Dónde tuvo lugar la última consulta realizada dentro de las dos últimas semanas? (Entrevistador: muestre al entrevistado la Tarjeta A y anote la respuesta que proceda)

Centro de Salud/Consultorio _____	<input type="checkbox"/>	1
Ambulatorio/Centro de especialidades _____	<input type="checkbox"/>	2
Consulta externa de un hospital _____	<input type="checkbox"/>	3
Servicio de Urgencias de un ambulatorio _____	<input type="checkbox"/>	4
Servicio de Urgencias de un hospital _____	<input type="checkbox"/>	5
Consulta de médico particular _____	<input type="checkbox"/>	6
Consulta de médico de una sociedad _____	<input type="checkbox"/>	7
Empresa o lugar de trabajo _____	<input type="checkbox"/>	8
Domicilio del sujeto de entrevista _____	<input type="checkbox"/>	9
Consulta telefónica _____	<input type="checkbox"/>	10
Otro lugar _____	<input type="checkbox"/>	11

### 14b. ¿Cuál fue el motivo principal de esta última consulta al médico?

Diagnóstico y/o tratamiento _____	<input type="checkbox"/>	1
Revisión _____	<input type="checkbox"/>	2
Sólo dispensación de recetas _____	<input type="checkbox"/>	3
Parte de baja, confirmación, o alta _____	<input type="checkbox"/>	4
Otros motivos _____	<input type="checkbox"/>	5

**14c. ¿Cuál era la especialidad del médico al que consultó? (Entrevistador: muestre al entrevistado la Tarjeta B y anote la especialidad)**

- |                                   |                          |    |                            |                          |    |
|-----------------------------------|--------------------------|----|----------------------------|--------------------------|----|
| Medicina general _____            | <input type="checkbox"/> | 1  | Neumología _____           | <input type="checkbox"/> | 14 |
| Alergología _____                 | <input type="checkbox"/> | 2  | Neurocirugía _____         | <input type="checkbox"/> | 15 |
| Aparato digestivo _____           | <input type="checkbox"/> | 3  | Neurología _____           | <input type="checkbox"/> | 16 |
| Cardiología _____                 | <input type="checkbox"/> | 4  | Oftalmología _____         | <input type="checkbox"/> | 17 |
| Cirugía general y digestiva _____ | <input type="checkbox"/> | 5  | Oncología _____            | <input type="checkbox"/> | 18 |
| Cirugía cardiovascular _____      | <input type="checkbox"/> | 6  | Otorrinolaringología _____ | <input type="checkbox"/> | 19 |
| Cirugía vascular _____            | <input type="checkbox"/> | 7  | Psiquiatría _____          | <input type="checkbox"/> | 20 |
| Dermatología _____                | <input type="checkbox"/> | 8  | Rehabilitación _____       | <input type="checkbox"/> | 21 |
| Endocrinología y nutrición _____  | <input type="checkbox"/> | 9  | Reumatología _____         | <input type="checkbox"/> | 22 |
| Geriatría _____                   | <input type="checkbox"/> | 10 | Traumatología _____        | <input type="checkbox"/> | 23 |
| Ginecología-obstetricia _____     | <input type="checkbox"/> | 11 | Urología _____             | <input type="checkbox"/> | 24 |
| Internista _____                  | <input type="checkbox"/> | 12 | Otra especialidad _____    | <input type="checkbox"/> | 25 |
| Nefrología _____                  | <input type="checkbox"/> | 13 |                            |                          |    |

**14d. El médico al que acudió en esta última consulta realizada era de:**

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| Seguridad Social _____                        | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Sociedad médica _____                         | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Consulta privada _____                        | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Iguala médica, médico de empresa, etc.. _____ | <input type="checkbox"/> | 4 |

**Entrevistador:** Si en la pregunta 14a ha anotado la opción 8, 9 ó 10 → pase a pregunta 15  
Si en la pregunta 14a ha anotado cualquier otra opción → pase a pregunta 14e

**14e. ¿Fue a esta última consulta desde su domicilio?**

- |          |                          |                          |
|----------|--------------------------|--------------------------|
| SI _____ | <input type="checkbox"/> | 1                        |
| NO _____ | <input type="checkbox"/> | 6 → pasar a pregunta 14g |

**14f. En esa última consulta médica, ¿cuánto tiempo tardó aproximadamente, en llegar desde su domicilio al lugar de la consulta? (Entrevistador: anote el tiempo en minutos)**

Minutos \_\_\_\_\_

**14g. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar en el lugar de la consulta desde que llegó hasta que fue atendido por el médico? (Entrevistador: anote el tiempo en minutos)**

Minutos \_\_\_\_\_

## Necesidad de asistencia médica (últimos 12 meses)

### 15. En los últimos doce meses ¿alguna vez ha necesitado asistencia médica y no la ha obtenido?

SI \_\_\_\_\_  1  
NO \_\_\_\_\_  6 → pasar a pregunta 16

### 15a. ¿Cuál fue la causa principal por la que no obtuvo esa asistencia? (*Entrevistador: no debe leer al entrevistado las alternativas de respuesta sino señalar aquella que él le facilite espontáneamente, siempre que coincida con alguna de las incluidas en las opciones 1 a 8. Si la respuesta no coincide con ninguna de estas opciones, señale la alternativa 9, "Otra causa"*)

No pudo conseguir cita \_\_\_\_\_  1  
No pudo dejar el trabajo \_\_\_\_\_  2  
Era demasiado caro/no tenía dinero \_\_\_\_\_  3  
No tenía medio de transporte \_\_\_\_\_  4  
Estaba demasiado nervioso y asustado \_\_\_\_\_  5  
El seguro no lo cubría \_\_\_\_\_  6  
No tenía seguro \_\_\_\_\_  7  
Había que esperar demasiado \_\_\_\_\_  8  
Otra causa \_\_\_\_\_  9

## Visitas al dentista, estomatólogo o higienista dental

### 16. Y hablando de otro tipo de problemas, durante los últimos tres meses ¿ha ido al dentista, estomatólogo o higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?

SI \_\_\_\_\_  1  
NO \_\_\_\_\_  6 → pasar a pregunta 17

### 16a. ¿Cuántas veces ha ido en los últimos tres meses?

Número de veces \_\_\_\_\_    → pasar a pregunta 18

### 17. Si no ha ido en los últimos tres meses, ¿ cuánto tiempo hace que acudió al dentista, estomatólogo o higienista dental?

Hace más de 3 meses y menos de 1 año \_\_\_\_\_  1 → Nº de meses     
Hace un año o más \_\_\_\_\_  2 → Nº de años     
Nunca ha ido \_\_\_\_\_  3 → pasar a pregunta 20



**18. La última vez que acudió al dentista, estomatólogo o higienista dental ¿qué tipo/s de asistencia recibió?**

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

**19. El dentista, estomatólogo o higienista dental al que consultó esta última vez era de:**

Seguridad Social _____	<input type="checkbox"/> 1
Ayuntamiento _____	<input type="checkbox"/> 2
Sociedad médica _____	<input type="checkbox"/> 3
Consulta privada _____	<input type="checkbox"/> 4
Iguala médica, etc. _____	<input type="checkbox"/> 5

**20. ¿Cuál es el estado de sus dientes y muelas?**

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

**Hospitalizaciones (últimos 12 meses)**

**21. Durante los últimos doce meses ¿ha estado hospitalizado como paciente al menos durante una noche?**

SI _____	<input type="checkbox"/> 1	
NO _____	<input type="checkbox"/> 6	→ pasar a pregunta 22

**21a. ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado en estos últimos doce meses?**

Número de veces \_\_\_\_\_

**21b. Y en relación a su último ingreso hospitalario ocurrido en los últimos doce meses ¿cuántos días aproximadamente, estuvo ingresado en el hospital?**

Número de días \_\_\_\_\_

**21c. 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 → pasar a pregunta 21f  
Otros motivos \_\_\_\_\_  5
- 

**21d. ¿Estuvo en lista de espera por este motivo?**

---

- SI \_\_\_\_\_  1  
NO \_\_\_\_\_  6 → pasar a pregunta 21f
- 

**21e. ¿Cuánto tiempo estuvo en lista de espera en meses?. (Entrevistador: si el tiempo que estuvo en lista de espera fué menos de 1 mes, anote 00)**

---

Número de meses \_\_\_\_\_

**21f. 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) \_\_\_\_\_  6
- 

**21g. ¿A cargo de quién corrieron los gastos de su hospitalización?:**

---

- Seguridad Social \_\_\_\_\_  1  
Mutualidad 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
- 

**Servicios de urgencias (últimos 12 meses)**

**22. En estos últimos doce meses ¿ha tenido que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad?**

---

- SI \_\_\_\_\_  1  
NO \_\_\_\_\_  6 → pasar a pregunta 23
- 

**22a. Y en total, ¿cuántas veces tuvo que utilizar un servicio de urgencias en estos doce meses?**

---

Número de veces \_\_\_\_\_

**22b. ¿Dónde fue atendido? (Entrevistador: anote todas las opciones que facilite el entrevistado)**

---

- En un centro o servicio de urgencias \_\_\_\_\_  1  
En el lugar donde se encontraba (domicilio, lugar de trabajo, etc.) \_\_\_\_\_  2  
En una unidad móvil \_\_\_\_\_  3
-

**22c. En relación a la última vez que utilizó un servicio de urgencias en estos doce últimos meses, ¿qué tipo de servicio fue?**

---

- |   |                          |   |                       |
|---|--------------------------|---|-----------------------|
| Hospital de la Seguridad Social _____                                   | <input type="checkbox"/> | 1 |                       |
| Servicio de urgencias no hospitalario de la Seguridad Social _____      | <input type="checkbox"/> | 2 |                       |
| Centro no hospitalario de la Seguridad Social (ambulatorio, etc). _____ | <input type="checkbox"/> | 3 |                       |
| Servicio privado de urgencias _____                                     | <input type="checkbox"/> | 4 | → pasar a pregunta 23 |
| Sanatorio, hospital o clínica privada _____                             | <input type="checkbox"/> | 5 |                       |
| Casa de socorro o servicio de urgencias del Ayuntamiento _____          | <input type="checkbox"/> | 6 |                       |
| Otro tipo de servicio _____   | <input type="checkbox"/> | 7 |                       |
- 

**22d. ¿Por qué fue a este servicio de urgencias?**

---

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| Porque el médico se lo mandó _____  | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Porque el sujeto de entrevista, sus familiares u otras personas lo consideraron necesario _____ | <input type="checkbox"/> | 6 |
- 

## Hábitos de vida

### Consumo de tabaco

**23. Cambiando de tema ¿podría decirme si actualmente fuma?**

---

- |  |                          |   |                       |
|--|--------------------------|---|-----------------------|
| Si fuma diariamente _____                            | <input type="checkbox"/> | 1 | → pasar a pregunta 24 |
| Si fuma, pero no diariamente _____                   | <input type="checkbox"/> | 2 | → pasar a pregunta 25 |
| No fuma actualmente, pero ha fumado antes _____      | <input type="checkbox"/> | 3 | → pasar a pregunta 26 |
| No fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual _____ | <input type="checkbox"/> | 4 | → pasar a pregunta 27 |
- 

### Para personas que fuman a diario

**24. ¿Qué tipo y cantidad de tabaco fuma por término medio al día?**

---

- |                                |                      |                      |                      |
|--------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1. Número de cigarrillos _____ | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. Número de pipas _____       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. Número de puros _____       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
- 

**24a. ¿A qué edad comenzó a fumar?**

---

Edad en años \_\_\_\_\_

**24b. ¿Diría que fuma ahora más, menos o igual que hace dos años?**

---

- |             |                          |   |                       |
|-------------|--------------------------|---|-----------------------|
| Más _____   | <input type="checkbox"/> | 1 |                       |
| Menos _____ | <input type="checkbox"/> | 2 | → pasar a pregunta 27 |
| Igual _____ | <input type="checkbox"/> | 3 |                       |
-

**Para personas que fuman, pero no diariamente**

**25. ¿Con qué frecuencia suele fumar?**

- Al menos tres o cuatro veces por semana \_\_\_\_\_  1  
Una o dos veces por semana \_\_\_\_\_  2  
Con menos frecuencia \_\_\_\_\_  3

**25a. Y el día que fuma ¿qué tipo y cantidad de tabaco fuma por termino medio?**

1. Número de cigarrillos \_\_\_\_\_   
2. Número de pipas \_\_\_\_\_   
3. Número de puros \_\_\_\_\_

**25b. ¿A qué edad comenzó a fumar?**

Edad en años \_\_\_\_\_

**25c. ¿Diría que fuma ahora más, menos o igual que hace dos años?**

- Más \_\_\_\_\_  1  
Menos \_\_\_\_\_  2 → pasar a pregunta 27  
Igual \_\_\_\_\_  3

**Para personas que no fuman actualmente, pero han fumado antes**

**26 ¿A qué edad comenzó a fumar?**

Edad en años \_\_\_\_\_

**26a. ¿ Cuánto tiempo hace que dejó de fumar?**

1. Meses \_\_\_\_\_   
2. Años \_\_\_\_\_

**26b. ¿Cuáles fueron los dos principales motivos que le llevaron a tomar esa decisión?  
(Entrevistador: pueden señalarse 2 opciones como máximo)**

- Se lo aconsejó el médico \_\_\_\_\_  1  
Sentía molestias por causa del tabaco \_\_\_\_\_  2  
Aumentó su grado de preocupación por los efectos nocivos del tabaco (riesgo para la salud) \_\_\_\_\_  3  
Sentía que disminuía su rendimiento psíquico y/o físico, en general \_\_\_\_\_  4  
Lo decidió solo, por propia voluntad \_\_\_\_\_  5  
Otros motivos \_\_\_\_\_  6

## 26c. ¿Qué tipo y cantidad de tabaco fumaba por término medio al día?

1. Número de cigarrillos \_\_\_\_\_
2. Número de pipas \_\_\_\_\_
3. Número de puros \_\_\_\_\_

## Consumo de bebidas con alcohol

**27. Algunas personas tienen costumbre de tomar vino, cerveza, o alguna copa, bien sea en la comida, en el aperitivo, en celebraciones o en otras circunstancias. En relación al consumo de bebidas que contengan alcohol ¿podría decirme si ha consumido o no durante los últimos 12 meses estas bebidas aunque sólo sea en situaciones excepcionales?**

- SI \_\_\_\_\_  1 → pasar a pregunta 28
- NO \_\_\_\_\_  6

**27a. Aunque no haya consumido durante los últimos 12 meses bebidas con alcohol ¿las había consumido anteriormente?**

- Sí, había consumido antes \_\_\_\_\_  1 → pasar a pregunta 29
- No, nunca ha consumido alcohol \_\_\_\_\_  6 → pasar a pregunta 30

## Para personas que han consumido bebidas con alcohol durante los últimos 12 meses

**28. ¿A qué edad empezó a consumir estas bebidas?**

Edad en años \_\_\_\_\_

**28a. ¿Con qué frecuencia y qué tipo de bebidas que contengan alcohol consume actualmente?**  
(Entrevistador: muestre al entrevistado la Tarjeta C y anote la frecuencia de consumo para cada tipo de bebida)

Bebidas con alcohol	Frecuencia de consumo							Códigos de frecuencia de consumo
	1	2	3	4	5	6	7	
1. Copas de vino, champagne o cava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Diariamente
2. Cañas de cerveza (con alcohol), sidra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. De 4 a 6 días a la semana
3. Copas de jerez, vermut, o aperitivos con alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. De 2 a 3 días a la semana
4. Copas de licor (anís, coñac, ron, ginebra, pacharán, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. 1 día a la semana
5. Vasos o copas de whisky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. 1 día cada 2 semanas
6. Combinados (cuba libre, gin tonic, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. 1 día al mes
								7. Menos de 1 día al mes

**Entrevistador:** Si ha señalado *aspa* en alguna de las casillas correspondiente a las frecuencias de consumo 1 a 6 → pase a pregunta 28b

Si ha señalado *aspa* **exclusivamente** en alguna casilla correspondiente a la frecuencia de consumo 7 → pase a pregunta 30

**28b. Durante el último fin de semana en el que consumió bebidas con alcohol ¿cuántos vasos o copas consumió de las siguientes bebidas?. Considere fin de semana el viernes completo, sábado y domingo (Obsérvese que los datos se refieren al consumo de los 3 días)**

1. Nunca consume los fines de semana (**Entrevistador:** en esta situación anote 00 y **deje en blanco** las siguientes opciones 2 a 7) \_\_\_\_\_
2. Copas de vino, champagne o cava \_\_\_\_\_
3. Cañas de cerveza (con alcohol) o sidra \_\_\_\_\_
4. Copas de jerez, vermut, o aperitivos con alcohol \_\_\_\_\_
5. Copas de licor (anís, coñac, ron, ginebra, pacharán, etc.) \_\_\_\_\_
6. Vasos o copas de whisky \_\_\_\_\_
7. Combinados (cuba libre, gin tonic, etc.) \_\_\_\_\_

**28c. Durante el último día laborable en el que consumió bebidas con alcohol ¿cuántos vasos o copas consumió de cada una de las siguientes bebidas?. Considere días laborables desde el lunes hasta el jueves. (Obsérvese que los datos se refieren al consumo de un solo día)**

1. Nunca consume los días laborables (**Entrevistador:** en esta situación anote 00 y **deje en blanco** las siguientes opciones 2 a 7) \_\_\_\_\_
2. Copas de vino, champagne o cava \_\_\_\_\_
3. Cañas de cerveza (con alcohol) o sidra \_\_\_\_\_
4. Copas de jerez, vermut, o aperitivos con alcohol \_\_\_\_\_
5. Copas de licor (anís, coñac, ron, ginebra, pacharán, etc.) \_\_\_\_\_
6. Vasos o copas de whisky \_\_\_\_\_
7. Combinados (cuba libre, gin tonic, etc.) \_\_\_\_\_

**28d. ¿Diría que ahora consume bebidas con alcohol más, menos o igual que hace 12 meses?**

- |             |                          |   |                       |
|-------------|--------------------------|---|-----------------------|
| Más _____   | <input type="checkbox"/> | 1 | → pasar a pregunta 30 |
| Menos _____ | <input type="checkbox"/> | 2 |                       |
| Igual _____ | <input type="checkbox"/> | 3 |                       |

**Para personas que no han consumido bebidas con alcohol durante los últimos 12 meses pero habían consumido anteriormente**

**29. ¿A qué edad empezó a consumir bebidas con alcohol?**

---

Edad en años \_\_\_\_\_

**29a. Cuando consumía bebidas con alcohol ¿con qué frecuencia lo hacía?**

---

Diariamente \_\_\_\_\_  1

Una o varias veces por semana \_\_\_\_\_  2

Menos de una vez por semana \_\_\_\_\_  3

---

**29b. ¿A qué edad dejó de consumir bebidas con alcohol?**

---

Edad en años \_\_\_\_\_

**Descanso y ejercicio físico**

**30. ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas duerme habitualmente al día?**

---

Número de horas diarias \_\_\_\_\_

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

---

Sentado 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 que no requieran gran esfuerzo físico \_\_\_\_\_  3

Realizando tareas que requieren gran esfuerzo físico \_\_\_\_\_  4

---

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

---

No realiza actividad física alguna \_\_\_\_\_  1

Realiza alguna actividad física o deportiva menos de una vez al mes \_\_\_\_\_  2

Realiza alguna actividad física o deportiva una o varias veces al mes pero menos de una vez a la semana \_\_\_\_\_  3

Realiza alguna actividad física o deportiva una o varias veces a la semana \_\_\_\_\_  4

---

## Alimentación

**33. En relación a sus hábitos alimentarios ¿qué suele desayunar habitualmente? (Entrevistador: pueden anotarse varias opciones, ya que se señalará cada opción que incluya alguno de los alimentos o bebidas que el sujeto desayune habitualmente)**

- Café, leche, té, chocolate, cacao, yogur, etc \_\_\_\_\_  1
- Pan, tostadas, galletas, cereales, bollería, con o sin mantequilla, aceite, etc. \_\_\_\_\_  2
- Fruta, zumo, etc \_\_\_\_\_  3
- Huevos, queso, fiambre, bacon o salchichas \_\_\_\_\_  4
- Otro tipo de alimentos y/o bebidas \_\_\_\_\_  5
- Nada, no suele desayunar \_\_\_\_\_  6

**34. ¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos? (Entrevistador: muestre al entrevistado la Tarjeta D, y anote la frecuencia de consumo de cada uno de los alimentos que se relacionan)**

Alimentos	Frecuencia de consumo				
	1	2	3	4	5
1. Fruta fresca _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Carne (pollo, ternera, cerdo, cordero, etc.) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Huevos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pescado _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pasta, arroz, patatas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pan, cereales _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Verduras y hortalizas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Legumbres _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Embutidos y fiambres _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Productos lácteos (leche, queso, yogur) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dulces (galletas, mermeladas, etc.) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Códigos de frecuencia de consumo

1. A diario  
 2. Tres o más veces a la semana, pero no a diario  
 3. Una o dos veces a la semana  
 4. Menos de una vez a la semana  
 5. Nunca o casi nunca

## Prácticas preventivas

**35. Pasando a otro tema, ¿se ha vacunado de la gripe en la última campaña?**

- SI \_\_\_\_\_  1  
 NO \_\_\_\_\_  6

**Entrevistador:**

Si el sujeto de la entrevista es mujer → pase a pregunta 36  
 Si el sujeto de la entrevista es varón → pase a pregunta 37

**35a. ¿Quién le indicó que se vacunara?**

- El médico, por su edad \_\_\_\_\_  1  
 El médico, por sus enfermedades \_\_\_\_\_  2  
 El médico, por otras razones \_\_\_\_\_  3  
 Le ponen la vacuna en la empresa/centro de estudio \_\_\_\_\_  4  
 Solicitó la vacuna porque prefiere estar vacunado \_\_\_\_\_  5  
 Otros \_\_\_\_\_  6

**Entrevistador:**

Si el sujeto de la entrevista es mujer → pase a pregunta 36  
 Si el sujeto de la entrevista es varón → pase a pregunta 37



## Prácticas preventivas de la mujer

### 36. ¿Ha acudido alguna vez a un ginecólogo?

SI \_\_\_\_\_  1  
NO \_\_\_\_\_  6 → pasar a pregunta 36c

### 36a. ¿Cuándo ha efectuado la última visita a un ginecólogo por algún motivo distinto a los relacionados con un embarazo o parto?

Hace menos de 6 meses \_\_\_\_\_  1  
Entre 6 meses y 1 año \_\_\_\_\_  2  
Entre 1 y 3 años \_\_\_\_\_  3  
Hace 3 o más años \_\_\_\_\_  4  
Nunca ha ido por motivos diferentes al embarazo o parto \_\_\_\_\_  5 → pasar a pregunta 36c

### 36b. ¿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  
Otro motivo \_\_\_\_\_  4

### 36c. ¿Le han hecho alguna vez una mamografía (radiografía de mama) por prescripción de algún especialista?

SI \_\_\_\_\_  1  
NO \_\_\_\_\_  6 → pasar a pregunta 36e

### 36d. ¿Cuándo le han hecho la última mamografía?

Hace menos de 6 meses \_\_\_\_\_  1  
Entre 6 meses y 1 año \_\_\_\_\_  2  
Entre 1 y 3 años \_\_\_\_\_  3  
Hace 3 o más años \_\_\_\_\_  4

### 36e. ¿Le han hecho alguna vez una citología vaginal (muestra de células) por prescripción de algún especialista?

SI \_\_\_\_\_  1  
NO \_\_\_\_\_  6 → pasar a pregunta 37

### 36f. ¿Cuándo le han hecho la última citología vaginal?

Hace menos de 6 meses \_\_\_\_\_  1  
Entre 6 meses y 1 año \_\_\_\_\_  2  
Entre 1 y 3 años \_\_\_\_\_  3  
Hace 3 o más años \_\_\_\_\_  4

# Características personales

## Características físicas

**37. ¿Podría decirme cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?. Si el sujeto de entrevista es una mujer embarazada, debe indicar cuánto pesaba antes del inicio del embarazo**

Peso en Kilos \_\_\_\_\_

**38. ¿Y cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?**

Altura en cms. \_\_\_\_\_

**39. 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

## Características auditivas y visuales

**40. ¿A qué volumen de sonido suele oír la TV o la radio?. (Si utiliza una prótesis auditiva o un audífono, considere que la pregunta se refiere a aquellas situaciones en las que *sí* esta utilizando la prótesis o audífono)**

A un volumen que otras personas consideran normal \_\_\_\_\_  1 → pasar a pregunta 41

A un volumen que otras personas consideran alto \_\_\_\_\_  6

**40a. A ese volumen alto ¿oye bien la TV o la radio?**

SI \_\_\_\_\_  1

NO \_\_\_\_\_  6

**41. ¿Ve suficientemente bien como para reconocer a una persona a una distancia de cuatro metros, por ejemplo, al otro lado de la calle? (Si utiliza gafas o lentillas, considere que la pregunta se refiere a aquellas situaciones en las que *sí* las está utilizando)**

SI \_\_\_\_\_  1 → pasar a pregunta 42

NO \_\_\_\_\_  6

**41a. ¿Puede al menos reconocerla a una distancia de un metro?**

SI \_\_\_\_\_  1

NO \_\_\_\_\_  6

## Apoyo afectivo y personal

**42. A continuación le voy a leer una lista de diversas situaciones de apoyo afectivo y personal que suelen producirse en la vida cotidiana para que indique el grado del apoyo que recibe en cada una de ellas (Entrevistador: muestre al entrevistado la Tarjeta E y anote las respuestas que procedan)**

	1. Más de lo que desea	2. Tanto como desea	3. Bastante, pero menos de lo que desea	4. Mucho menos de lo que desea	5. Ninguno/a
1. Recibe invitaciones para distraerse y salir con otras personas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Recibe cariño y afecto _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tiene posibilidad de hablar con alguien de sus problemas (personales, familiares, etc), bien sea con amigos, en su trabajo, en su casa, etc. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cuenta con personas que se preocupan de lo que le sucede _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Recibe consejos útiles cuando le ocurre algún acontecimiento importante en su vida _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Recibe ayuda cuando está enfermo en la cama _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Entrevistador:** Si el sujeto de entrevista tiene menos de 65 años → **FIN**  
Si el sujeto de entrevista tiene 65 o más años → continúe en la pregunta 43

## Sólo si el sujeto de entrevista tiene 65 o más años

**43. Voy a hacerle unas preguntas sobre algunas actividades corrientes de la vida de cualquier persona para saber si es Ud. capaz de realizarlas sin ayuda, con ayuda o si no es capaz de realizarlas de ninguna manera (Entrevistador: explique al entrevistado que no se trata del hecho material de que sepa o no hacer estas actividades, sino de la capacidad para realizarlas en el caso de que necesite hacerlas)**

Actividades cotidianas	1. Puede hacerlo sólo/a	2. Puede hacerlo pero con ayuda de otra persona	3. No puede hacerlo de ninguna manera
1. Utilizar el teléfono (buscar el número y marcar) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Comprar comida o ropa, etc. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Coger el autobús, metro, taxi, etc. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Preparar su propio desayuno _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Preparar su propia comida _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tomar sus medicinas (acordarse de la cantidad y el momento en que las debe de tomar) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Administrar su propio dinero (pagar recibos, tratar con el banco, firmar cheques, etc.) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Cortar una rebanada de pan _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Fregar la vajilla _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hacer la cama _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Cambiar las sábanas de la cama _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Lavar ropa ligera a mano _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Lavar ropa a máquina _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Limpiar la casa o el piso (fregar el suelo, barrer) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Limpiar una mancha del suelo agachándose _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Comer (cortar la comida e introducirla en la boca) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Vestirse y desnudarse y elegir la ropa que debe ponerse _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Peinarse, afeitarse, etc. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Andar (con o sin bastón, muletas o andadores) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Levantarse de la cama y acostarse _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Cortarse las uñas de los pies _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Coser un botón _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Lavarse la cara y el cuerpo de la cintura para arriba _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ducharse o bañarse _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Subir diez escalones _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Andar durante una hora seguida _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Quedarse solo/a durante toda una noche _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>