



Investigación Social y de Mercado
C/ Princesa 24- 4ª planta
28008 Madrid
Teléfono: 915-42-99-78
Fax: 915-59-39-09

CUESTIONARIO NÚMERO

Four empty boxes for entering the questionnaire number.



Form fields for RUTA, DISTRITO, SECCIÓN, MUNICIPIO, and PROVINCIA.

Buenos días/tardes, soy ..., entrevistador/a para la empresa CUANTER. En estos momentos estamos realizando la II Encuesta Andaluza de Salud por encargo de la Junta de Andalucía a través de la Escuela Andaluza de Salud Pública. La encuesta va dirigida a conocer el estado de salud de la población andaluza y su utilización de servicios sanitarios. La **carta de presentación** que le muestro contiene una breve información introductoria de los objetivos de la encuesta, junto a la solicitud de su colaboración en la misma respondiendo a un sencillo cuestionario.

Entregar carta de presentación

La selección de los hogares a los que se solicita la colaboración voluntaria en el estudio es estrictamente aleatoria, por lo que su colaboración resulta especialmente valiosa. Toda la información que Vd. nos facilite está sujeta a las especificaciones de la Ley Orgánica 15/99, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y sus modificaciones posteriores. Los datos que le solicitamos se tratarán informáticamente para realizar análisis estadísticos de una forma totalmente ANÓNIMA, sin grabar sus datos personales.

GRACIAS ANTICIPADAS POR SU COLABORACIÓN

COMPOSICIÓN DEL HOGAR:

HOGAR: Persona o conjunto de personas que conviven/ocupan en común la vivienda seleccionada, o parte de ella, y consumen y/o comparten alimentos y otros bienes con cargo a un mismo presupuesto.

MIEMBROS DEL HOGAR: Se consideran miembros del hogar todas las personas que, sin ocupar otra vivienda principal, dependen económicamente del hogar seleccionado.

CABEZA DE FAMILIA: Se considera cabeza de familia, el miembro del hogar que aporta periódicamente un mayor número de ingresos al presupuesto común del hogar.

EN PRIMER LUGAR, LE VAMOS A REALIZAR VARIAS PREGUNTAS REFERIDAS A USTED Y A LAS PERSONAS QUE VIVEN EN ESTA CASA:

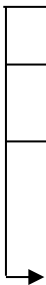
P.1. DÍGANOS, POR FAVOR, ¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN EN ESTA CASA DE MANERA HABITUAL? (contando a la persona entrevistada)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 personas

P.2. TABLA DE COMPOSICIÓN DEL HOGAR: (Entrevistador/a: Describa para cada miembro del hogar las características que se relacionan en la tabla adjunta, ordenando según edad)

MIEMBROS DEL HOGAR:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
P.2. Sexo, edad (en años cumplidos), parentesco con la persona entrevistada y situación laboral										
Sexo:										
▪ Hombre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
▪ Mujer	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Edad: (Si edad < 1 año, poner "0", preguntar meses e indicarlo abajo)										
Meses										
CABEZA DE FAMILIA (Persona que aporta más ingresos al hogar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IDENTIFICACIÓN PERSONA A ENTREVISTAR EN EL HOGAR:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parentesco con la persona a entrevistar										
▪ Esposo/a o pareja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
▪ Hijo/a	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
▪ Padre o madre. Suegro/a	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
▪ Abuelo/a	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
▪ Nieto/a	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
▪ Hermano/a	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
▪ Yerno/Nuera	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
▪ Otros familiares	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
▪ Otros no familiares	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
▪ No sabe / No contesta	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
Situación laboral:										
▪ Trabaja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
▪ Paro	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
▪ Estudia	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
▪ Ama/o de casa	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
▪ Jubilado/a	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
▪ Otros	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
▪ No lo sabe, no está seguro	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
▪ No contesta	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
P. 2a. ¿Presenta una o varias de las condiciones que voy a leerle? (señalar tantas opciones de respuesta como declare el encuestado)										
▪ Padecer alguna enfermedad crónica ..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
▪ Padecer problemas de nervios, depresión o trastorno mental	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
▪ Tener alguna limitación, discapacidad o minusvalía de tipo físico	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
▪ Tener alguna limitación, discapacidad o minusvalía de tipo sensorial ...	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
▪ Tener alguna limitación, discapacidad o minusvalía de tipo psíquico o mental.....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
▪ No lo sabe, no está seguro	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
▪ No contesta	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
P. 2aa. ¿El tiempo con la limitación, discapacidad o minusvalía es superior a 6 meses?										
▪ Sí	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
▪ No	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
▪ No lo sabe, no contesta	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9



(Continuación)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
MIEMBROS DEL HOGAR:										
P. 2b. ¿Requiere algún tipo de dedicación o de cuidados especiales? (Entrevistador/a: esta pregunta debe realizarse para todas las personas con algún código 1 a 5 en P.2a, y para todos los miembros menores de 16 años o mayores de 64 años, aunque no cumplan ninguna de las condiciones de P.2a)										
▪ Sí	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
▪ No	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
▪ No lo sabe, no está seguro	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
▪ No contesta	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
SÓLO PARA LOS MIEMBROS DEL HOGAR CON CÓDIGO 1 EN P.2b y PARA TODOS LOS MIEMBROS MENORES DE 16 AÑOS ó MAYORES DE 64 AÑOS										
P. 2c. Y, ¿quién se encarga <u>HABITUALMENTE</u> de su cuidado? (nos referimos a la persona que se ocupa con más frecuencia y/o dedica más tiempo a cuidar a la persona referenciada), (marcar una sola opción de respuesta por cada miembro del hogar que requiere cuidados)										
▪ Habitualmente se cuida él/ella mismo/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
▪ Habitualmente lo cuido yo (la persona entrevistada)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
▪ Habitualmente lo cuida otra persona que no reside en el hogar	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
▪ Habitualmente lo cuida otra persona del hogar	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
En caso de que el cuidador sea otra persona del hogar anotar el número de miembro que le corresponde en el cuadro										

HACER P.2d HASTA P.2f SÓLO EN HOGARES CON ALGUNA PERSONA CON ENFERMEDAD CRÓNICA O LIMITACIÓN (Códigos 1 a 5 en P.2a), CON MENORES DE 16 AÑOS ó MAYORES DE 64 AÑOS. RESTO, PASAR DIRECTAMENTE A P.3a

P.2d. Pensando en las personas del hogar con alguna limitación o enfermedad crónica, y los menores de 16 años o mayores de 64 años residentes en el hogar, ¿Hay vecinos, amigos o familiares que presten ayuda DE FORMA GRATUITA para cuidar a esta/s personas?

- Sí, hay otras personas familiares que ayudan a cuidar 1
- Sí, hay otras personas no familiares que ayudan a cuidar 2
- No lo sabe, no está seguro 8
- No contesta 9

P.2e. Y, ¿viene a su vivienda alguna persona de fuera que ayude en el cuidado de esta/s persona/as COBRANDO POR ELLO?

- Sí 1
- No 2
- No lo sabe, no está seguro 8
- No contesta 9

P.2f. ¿Cuentan ustedes con la ayuda de profesionales de los SERVICIOS SOCIALES O SANITARIOS para cuidar a esta/s personas?

- Sí 1
- No 2
- No lo sabe, no está seguro 8
- No contesta 9

A TODOS

P.3a. En su casa, ¿quién se ocupa principalmente de las tareas domésticas tales como fregar, planchar, cocinar, etc.? (una sola respuesta)

- Yo solo/a 1
- Mi pareja 2
- Mi pareja y yo 3
- Yo, junto a otra persona que no es mi pareja 4
- Otra persona de la casa que no es mi pareja 5
- Una persona contratada (que cobra por ello) 6
- Otra situación 7
- No sabe / No contesta 9

→ **Nº de persona del hogar:**

P.3b. Habitualmente, ¿cuántas horas diarias dedica usted a las tareas de la casa tales como fregar, planchar, cocinar, etc., de lunes a viernes?, ¿Y durante los fines de semana?

- De lunes a viernes (por día) ▪ NS/NC 99
- Fines de semana (por día) ▪ NS/NC 99

P.3c. ¿Tiene alguna persona de fuera de la casa que ayude a realizar las tareas domésticas?

- Sí 1
- No 2
- NS/NC 9

P.4a. ¿La vivienda que usted ocupa es de propiedad o de alquiler?

- De propiedad 1
- De alquiler 2
- Otra situación, especificar 3
- 9
- NS/NC 9

P.4b. ¿Cuántas habitaciones tiene su vivienda? (no contar la cocina, los baños/lavabos o el comedor/sala de estar?)

▪ Habitaciones ▪ NS/NC 99

P.4c. ¿Cuáles son los servicios y equipamientos con los que cuenta su vivienda?

	Sí	No		No quiere	No puede permitírsele
▪ Ducha o bañera	1	2	→	3	4
▪ Calefacción central/individual	1	2	→	3	4
▪ Aire acondicionado	1	2	→	3	4
▪ Ascensor	1	2	→	3	4
▪ Lavadora	1	2	→	3	4
▪ Lavavajillas	1	2	→	3	4
▪ Horno microondas	1	2	→	3	4
▪ Televisor	1	2	→	3	4
▪ Teléfono	1	2	→	3	4
▪ Ordenador	1	2	→	3	4
▪ Agua corriente	1	2	→	3	4
▪ Agua caliente	1	2	→	3	4

P.5a. La siguiente pregunta se refiere a aspectos del medio ambiente del barrio o zona donde usted residen. Referido al último año, considera usted que

	Mucho	Algo	Nada	NS/NC
▪ El ruido procedente del exterior de su vivienda le resulta molesto	1	2	3	9
▪ Su vivienda sufre de malos olores procedentes del exterior	1	2	3	9
▪ En el barrio donde usted vive la contaminación del aire es elevada	1	2	3	9
▪ Su barrio se encuentra afectado por alguna industria contaminante	1	2	3	9
▪ En el barrio donde usted vive hay espacios verdes suficientes	1	2	3	9

P.5b. En general, la calidad del medio ambiente de su barrio es ...

- Muy buena 1
- Buena 2
- Regular 3
- Mala 4
- Muy mala 5
- NS/NC 9

P.6. ¿Tienen ustedes coche? (para uso personal, no profesional exclusivamente)

- Uno 1
- Dos 2
- Más de dos 3
- Ningún coche 4
- NS/NC 9

Las preguntas que siguen se refieren a lo que Vd. piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto

P.7. En general, usted diría que su salud es ... (una sola respuesta)

- Excelente 1
- Muy buena 2
- Buena 3
- Regular 4
- Mala 5
- No sabe/no está seguro 8
- Se negó 9

P.8. Las siguientes preguntas se refieren a sus actividades o cosas que usted podría hacer un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas?. En caso afirmativo, ¿cuánto?

	Sí, me limita MUCHO	Sí, me limita UN POCO	No, no me limita NADA
▪ Esfuerzos moderados como mover una mesa, pasa la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	1	2	3
▪ Subir varios pisos por la escalera	1	2	3

P.9. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

	Sí	No
▪ ¿Hizo menos de lo hubiera querido hacer?	1	2
▪ ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas? .	1	2

P.10. Durante las últimas 4 semanas ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Sí	No
▪ ¿Hizo menos de lo que hubiera querido por algún problema emocional?	1	2
▪ ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre por algún problema emocional?	1	2

P.11. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- Nada 1
- Un poco 2
- Regular 3
- Bastante 4
- Mucho 5

P.12. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ...

	Siempre	Casi Siempre	Muchas Veces	Algunas Veces	Sólo alguna vez	Nunca
▪ Se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
▪ Tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
▪ Se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6

P.13. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- Siempre 1
- Casi siempre 2
- Algunas veces 3
- Sólo alguna vez 4
- Nunca 5

P.14. En la tarjeta que voy a enseñarle aparece una serie de enfermedades crónicas. ¿Le ha dicho un médico que usted padece actualmente alguna de ellas? (entrevistador/a: Mostrar TARJETA A)

	Le ha dicho el médico	
	Sí	No
▪ Alergias crónicas	1	2
▪ Artrosis o reumatismo	1	2
▪ Bronquitis crónica	1	2
▪ Diabetes	1	2
▪ Migrañas/Jaquecas	1	2
▪ (SÓLO HOMBRES) Trastornos de próstata	1	2
▪ Dolor o molestias de espalda, cuello, hombro, espalda, cintura	1	2
▪ Mala circulación	1	2
▪ Trastornos cardíacos	1	2
▪ Problemas nerviosos/depresiones	1	2
▪ Varices en las piernas	1	2
▪ Hipertensión	1	2
▪ Colesterol	1	2
▪ (SÓLO MUJERES) Dolor menstrual	1	2
▪ Otras enfermedades crónicas (especificar, máximo dos)		

P.15. ¿Ha tenido usted algún accidente que le haya causado heridas o lesiones suficientes para limitar su actividad normal y/o para necesitar asistencia sanitaria en los últimos 12 meses?

- Sí 1 → ¿Cuántos accidentes?
- No 2 ⇒ **Pasar a P.16**

P.15a. ¿Y en los últimos tres meses?

- Sí 1 → ¿Cuántos accidentes?
- No 2 ⇒ **Pasar a P.16**

P.15b. Refiriéndonos en concreto al ÚLTIMO ACCIDENTE, ¿dónde tuvo LUGAR?

- En su casa1
- En su centro de formación2
- En su centro de trabajo3
- En un lugar de recreo, deporte4
- En una vía pública, calle, edificio público, edificio comercial, etc. Que no sea accidente de tráfico5
- En la vía pública; accidente de tráfico como conductor6
- En la vía pública: accidente de tráfico como pasajero7
- En la vía pública: accidente de tráfico como peatón8
- En otro lugar, especificar9

} P.15e

P.15c. ¿Y se ha producido este accidente a la ida o vuelta al trabajo?

- Sí 1
- No 2

P.15d. ¿Ha sido en un desplazamiento DENTRO DE SU JORNADA LABORAL?

- Sí 1
- No 2

P.15e. ¿Cuál es la PRINCIPAL LESIÓN O DAÑO que le produjo este accidente?

- Envenenamiento o Intoxicación (no alimentarias) . 1
- Quemaduras 2
- Fracturas 3
- Contusiones, hematomas, esguinces, luxaciones . 4
- Heridas profundas 5
- Otros daños 6
- N/C 9

P.15f. Como consecuencia de este último accidente, ¿TUVO QUE ... ?

- Ser ingresado en un hospital o clínica 1
- Acudir a un servicio de urgencias de un hospital o clínica 2
- Consultar a un médico o enfermera (fuera de un hospital o clínica) 3
- No fue necesaria ninguna atención sanitaria 4
- N/C 9

A TODOS

P.16. Y en las últimas 2 semanas, ¿ha utilizado algún tipo de medicamento (gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, etc.)?

- Sí 1
- No 2 → Pasar P.17
- N/C 9 → Pasar P.17

P.16a. ¿Qué tipo de medicamento? (entrevistador/a: Mostrar TARJETA B y anotar todos los que cite)

	P.16a		P.16b	
	CONSUMIDO		RECETADO	
	SÍ	NO	SÍ	NO
▪ Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios.....	1	2	1	2
▪ Medicinas para el dolor y/o para bajar la fiebre	1	2	1	2
▪ Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos	1	2	1	2
▪ Antibióticos	1	2	1	2
▪ Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	1	2	1	2
▪ Medicamentos para la alergia	1	2	1	2
▪ Medicinas para el reuma	1	2	1	2
▪ Medicinas para el corazón	1	2	1	2
▪ Medicinas para la tensión arterial	1	2	1	2
▪ Medicinas para alteraciones digestivas	1	2	1	2
▪ Antidepresivos, estimulantes	1	2	1	2
▪ Píldoras para no quedar embarazada	1	2	1	2
▪ Medicamentos para bajar el colesterol	1	2	1	2
▪ Medicamentos para la diabetes	1	2	1	2
▪ Otros (especificar)	1	2	1	2
▪				
▪ N/C		9		9

P.16b. ¿Y los medicamentos que ha consumido fueron recetados por el médico?



A TODOS

P.17. Durante los últimos doce meses, hasta el día de ayer, ¿ha acudido a algún Centro de Salud (Consultorio) o Ambulatorio (Centro de Especialidades) de la Seguridad Social/SAS (Servicio Andaluz de Salud) por algo que le pasaba a USTED o acompañando a otra persona?

- Sí, por algo que le pasaba a usted 1
- Sí, por algo que le pasaba a otra persona (familiar, conocido, etc.)..... 2
- Sí, por ambos motivos 3
- No, no he acudido en los últimos doce meses pero sí anteriormente 4
- No, nunca he ido a un Centro de Salud o Ambulatorio de la S. Social/SAS 5
- N/C 9

P.17a. Y, ¿ha CONSULTADO CON ALGÚN MÉDICO (público o privado) por algún problema, molestia o enfermedad suya EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS? Nos referimos a una verdadera consulta, no a una petición de hora o cita ni a la realización de una radiografía o análisis

- Sí 1
- No 2 ➡ **Pasar P.18**
- N/C 9 ➡ **Pasar P.18**

P.17b. ¿Cuántas veces ha consultado al médico en las 2 últimas semanas?

--	--	--

 veces

- NS/NC 99

P.17c. Y refiriéndonos a la última consulta realizada dentro de las dos últimas semanas, ¿dónde tuvo lugar la consulta que hizo usted al médico? (conteste en relación con la última consulta)

- Centro de Salud/Consultorio 1
- Ambulatorio/Centro de Especialidades 2
- Consulta externa de un Hospital 3
- Servicio de Urgencia de un Ambulatorio 4
- Servicio de Urgencia de un Hospital 5
- Consulta del médico particular 6
- Consulta del médico de una sociedad 7
- Empresa o lugar de trabajo 8
- En el domicilio de usted 9
- Consulta telefónica 10
- Organizaciones no gubernamentales (ONG,s) ... 11
- Otros lugares 12
- NS/NC 99

P.17d. ¿Cuál fue el motivo principal de la última consulta o visita?

- Diagnóstico y tratamiento 1
- Revisión 2
- Planificación familiar 3
- Control de embarazo 4
- Rehabilitación 5
- Orientación y consejo, problemas familiares y/o sociales 6
- Expedición de recetas 7
- Emisión de partes de bajas, confirmación o alta 8
- Otras 9
- NS/NC 0

P.17e. El médico que consultó o visitó era (una sola respuesta)

- Médico general 1
- Otros 2

¿Cuál?

- Alergología 01
- Aparato digestivo 02
- Cardiología 03
- Cirugía general y digestiva 04
- Cirugía cardiovascular 05
- Cirugía vascular 06
- Dermatología 07
- Endocrinología y nutrición 08
- Geriátría 09
- Ginecología-obstetricia 10
- Internista 11
- Nefrología 12
- Neumología 13
- Neurocirugía 14
- Neurología 15
- Oftalmología 16
- Otorrinolaringología 17
- Oncología 18
- Psiquiatría 19
- Rehabilitación 20
- Reumatología 21
- Traumatología 22
- Urología 23
- Otros 24
- No sabe 88
- No contesta 99

P.17f. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar entre la solicitud de la consulta al centro sanitario y su celebración? (Entrevistador/a: si le dicen "en el mismo día" escriba "0" en el espacio días)

--	--	--

 meses

--	--

 días

- NS/NC 99

P.17g. ¿Cuánto tiempo permaneció en la sala de espera? (Entrevistador/a: si le dicen "en nada de tiempo" insista para concretar cuántos minutos fueron)

--	--	--

 horas

--	--

 minutos

- NS/NC 99

P.17h. El médico al que acudió en esta última consulta realizada era ...

- De la Seguridad Social/S.A.S. (Servicio Andaluz de Salud) 1
- De una sociedad Médica (p.ej: Sanitas, Adeslas, Asisa) 2
- Médico privado/particular 3
- Mutua de su empresa o médico de su empresa .. 4
- Otros 5
- NS/NC 9

(Sólo a los que respondieron 2 ó 9 en P.17a)

P.18. ¿Puede recordar cuánto tiempo hace que consultó a un médico por última vez, por algo que le pasaba a usted?

--	--	--

 años

--	--	--

 meses

- Nunca ha ido al médico 97
- No recuerda 98
- NS/NC 99

A TODOS

P.19. Y hablando de otro tipo de problemas, durante los últimos 6 meses, ¿ha ido usted al dentista, protésico o higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?

- Sí 1
- No 2 ⇒ **Pasar P.19b**
- N/C 9 ⇒ **Pasar P.19b**

P.19a ¿Cuántas veces? Veces ⇒ **Pasar P.19c**

- NS/NC 99

P.19b. Si no ha ido en los últimos 6 meses, ¿puede recordar cuánto tiempo hace que acudió al dentista, protésico o higienista dental?

- años meses
- Nunca he ido al dentista 97
 - No recuerda 98
 - NS/NC 99
- P.20**

P.19c. ¿La última vez que acudió al dentista lo hizo por alguno/s de los motivos siguientes?

	Sí	No	N/C
▪ Revisión o chequeo	1	2	9
▪ Limpieza de boca	1	2	9
▪ Empastes (obturaciones)	1	2	9
▪ Extracción de algún diente o muela	1	2	9
▪ Poner fundas, puentes u otro tipo de prótesis	1	2	9
▪ Tratamiento de las enfermedades de las encías	1	2	9
▪ Ortodoncia	1	2	9
▪ Selladores, aplicación de flúor ...	1	2	9
▪ Otros motivos	1	2	9

P.19d. El dentista al que consultó esta última vez era

- De la Seguridad Social/S.A.S. (Servicio Andaluz de Salud) 1
- De una sociedad Médica (p.ej: Sanitas, Adeslas, Asisa) 2
- Dentista privado/particular 3
- Otros especificar 4

A TODOS

P.20. Vamos a preguntarle ahora sobre el estado de sus dientes

	Sí	No	N/C
▪ ¿Tiene caries?	1	2	9
▪ ¿Le han extraído dientes/-muelas por caries o porque se movían?	1	2	9
▪ ¿Tiene dientes/muelas empastados (obturados)?	1	2	9
▪ ¿Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente?	1	2	9
▪ ¿Se le mueven los dientes/-muelas?	1	2	9
▪ ¿Lleva fundas (coronas), puentes u otro tipo de prótesis?	1	2	9
▪ ¿Le faltan dientes que no han sido sustituidos por prótesis?	1	2	9
▪ ¿Tiene o conserva todos sus dientes naturales?	1	2	9
▪ ¿Usa dentadura postiza?	1	2	9

P.21. Durante los últimos doce meses, hasta el día de ayer, ¿ha estado usted ingresado en un hospital, al menos durante una noche?

- Sí 1
- No 2 ⇒ **Pasar P.22**
- N/C 9 ⇒ **Pasar P.22**

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

- veces
- NS/NC 99

P.21b. Y, refiriéndonos tan sólo al último ingreso hospitalario ocurrido en los últimos doce meses, ¿puede usted decirnos, aproximadamente, cuántos días estuvo ingresado en el hospital? (si sólo son horas contabilizar como "cero" días)

- días
- NS/NC 99

P.21c. ¿Cuál fue el motivo principal para que fuera hospitalizado? (sólo una respuesta)

- Intervención quirúrgica 1
- Tratamiento médico sin intervención quirúrgica..... 2
- Diagnóstico médico 3
- Parto 4
- Revisión 5
- Otros, especificar 6
-
- NS/NC 9

P.21d. ¿Estuvo usted en la lista de espera por ese motivo?

- Sí 1
- No 2 ⇒ **Pasar P.21f**
- N/C 9 ⇒ **Pasar P.21f**

P.21e. ¿Cuánto tiempo en meses? (si menos de un mes contabilizar como "cero" meses)

meses

P.21f. Y refiriéndonos también al último ingreso hospitalario, ¿la forma de ingreso fue ...?

- A través del servicio de urgencias 1
- Un ingreso ordinario (no urgencias) ... 2
- NS/NC 9

P.21g. Y refiriéndonos también al último ingreso hospitalario, ¿puede decirme el hospital donde estuvo ingresado?

Hospital:

Provincia:

- NS/NC 99

Si no sabe el nombre del hospital, puede decirme si:

- Era público (SS/SAS) 1
- Era privado 2
- No sabe..... 9

P.21h. ¿A cargo de quién corrieron los gastos de su hospitalización?

- De la Seguridad Social/S.A.S. (Servicio Andaluz de Salud) 1
- De una Mutualidad Obligatoria (Muface, Isfas, etc) 2
- De una Sociedad Médica privada (Sanitas, Adeslas, Asisa) 3
- A su propio cargo 4
- Mutua de su empresa 5
- Compañías Aseguradoras accidentes de tráfico 6
- Otros 7
- NS/NC 9

A TODOS

P.22. En estos últimos doce meses, ¿ha tenido usted que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad propia, no de otro familiar?

- Sí, acudí a un centro o servicio 1
- Sí, acudieron a mi domicilio 2
- No 3 → P.23
- NS/NC 9 → P.23

P.22a. Y en total, ¿cuántas veces tuvo usted que utilizar algún servicio de urgencias en estos últimos 12 meses?

- NS/NC 99

P.22b. Refiriéndonos a la última vez que utilizó un servicio de urgencias en estos doce últimos meses, ¿dígame si dicho servicio de urgencias pertenecía a ...?

- Un hospital de la Seguridad Social/S.A.S. (Servicio Andaluz de Salud) 1
- Un servicio de urgencias no hospitalario de la S.S./S.A.S. 2
- Un servicio privado urgencia 3
- Un sanatorio, hospital o clínica privada 4
- Otras respuestas 5
- NS/NC 9

P.22c. ¿Por qué fue usted a un servicio de urgencias de un hospital de la Seguridad Social?

- Se lo mandó el médico 1
- Usted, sus familiares lo consideraron necesario 2
- NS/NC 9

A TODOS

P.23. ¿Podría decirme ahora, si es usted titular y/o beneficiario de alguna/s de las modalidades de Seguro Sanitario (Público y/o Privado) que le cito a continuación? (máximo 2 respuestas)

- Seguridad social 1
- Mutualidades del Estado (Muface, Isfas, etc.):
 - Acogidos a la Seguridad Social 2
 - Acogidos a un seguro privado 3
- Seguro Médico concertado individualmente (Sanitas, colegios profesionales, etc.) 4
- Seguro Médico concertado por su empresa 5
- No tengo seguro médico 6
- Otros 7
- NS/NC 9

P.24a. ¿Cómo considera al Centro de Salud o Ambulatorio, al que usted acude, con arreglo a las características que voy a citar?

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo	NS/NC
▪ Cercanía de su domicilio	1	2	3	4	5	9
▪ Facilidad para conseguir cita	1	2	3	4	5	9
▪ Horario de atención	1	2	3	4	5	9
▪ Trato personal sanitario	1	2	3	4	5	9
▪ Tiempo dedicado por el médico	1	2	3	4	5	9
▪ Conocimiento historia clínica y seguimiento	1	2	3	4	5	9
▪ Confianza y seguridad en su médico	1	2	3	4	5	9
▪ Tiempo de espera hasta entrar en la consulta	1	2	3	4	5	9
▪ Equipamiento y medios tecnológicos	1	2	3	4	5	9
▪ Información recibida sobre su problema	1	2	3	4	5	9
▪ Trámites para acceder al especialista	1	2	3	4	5	9
▪ Calidad de la atención en general	1	2	3	4	5	9

P.24b. ¿Cómo considera a los hospitales públicos, con arreglo a las siguientes características que le cito a continuación?

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo	NS/NC
▪ Hostelería	1	2	3	4	5	9
▪ Trámites administrativos para ingreso	1	2	3	4	5	9
▪ Tiempo de demora para el ingreso no urgente	1	2	3	4	5	9
▪ Cuidados y atención: personal médico	1	2	3	4	5	9
▪ Cuidados y atención: personal de enfermería	1	2	3	4	5	9
▪ Confianza y seguridad en su médico	1	2	3	4	5	9
▪ Equipamientos y medios tecnológicos	1	2	3	4	5	9
▪ Información recibida sobre su problema	1	2	3	4	5	9
▪ Calidad de la atención en general	1	2	3	4	5	9

P.24c. ¿Cómo valora la información que facilitan los servicios sanitarios públicos sobre cada uno de los siguientes aspectos?

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo	NS/NC
▪ Los servicios que presta	1	2	3	4	5	9
▪ Derechos del usuario	1	2	3	4	5	9
▪ Reglamentación y leyes	1	2	3	4	5	9
▪ Campañas de salud	1	2	3	4	5	9
▪ Vías de reclamación	1	2	3	4	5	9
▪ Trámites para ingresos	1	2	3	4	5	9

P.24d. ¿Ha presentado usted alguna reclamación en lo Servicios Sanitarios de la Seguridad Social?

- Sí 1
- No 2 ⇒ Pasar P.24g
- N/C 9 ⇒ Pasar P.24g

P.24e. ¿Qué resultado ha obtenido en su reclamación?

- Resulta rápidamente 1
- Resuelta después de esperar 3 meses 2
- Resuelta después de esperar 1 año 3
- Resuelta después de esperar más años 4
- No ha recibido respuesta 5
- Respondida pero no resuelta 6
- NS/NC 9

P.24f. ¿La reclamación se refería a un problema en un ...

- Centro de Salud/Ambulatorio? 1
- Hospital? 2
- Servicio de Urgencias? 3
- Otro 4

P.24g. (Sólo a los que respondieron dígito 2 ó 9 en P.24d). ¿Por qué no ha presentado usted ninguna reclamación?

- Nunca he tenido motivos 1
- Considero que es inútil 2
- Hay que hacer muchos trámites 3
- NS/NC 9

A TODOS

P.25. En su opinión la sanidad pública en Andalucía funciona ...

- Muy bien 1
- Bien 2
- Regular 3
- Mal 4
- Muy mal 5
- NS/NC 9

P.26. ¿Se ha sentido usted alguna vez discriminado por el trato que le han ofrecido en alguno de los Servicios Sanitarios Públicos de Andalucía por los siguientes motivos? (marque todas las opciones que diga el entrevistado)

	Sí	No	NS	NC		
1	1	2	8	9	Años	Meses
2	1	2	8	9	Si hace <1 año ⇒	
3	1	2	8	9	Si hace <1 año ⇒	
4	1	2	8	9	Si hace <1 año ⇒	
5					Si hace <1 año ⇒	
6			3		⇒ P.27	

P.26a. Y, ¿cuánto tiempo hace que ocurrió? (entrevistador/a: en caso de señalar varios motivos, referirse al último)

(Entrevistador/a: preguntar "grupo étnico" (especificar) independiente de la respuesta)

- Marroquí 1
- Senegalés 2
- Filipino 3
- Subsaharianos 4
- Magrebí 5
- Gitano 6
- Otros 7
- No contesta 9

P.27. Cambiando de tema, ¿podría usted decirme si fuma (tabaco y/o marihuana/hachis)?. En caso de que fume o haya fumado, ¿a qué edad empezó a fumar?

- Sí, fuma diariamente 1
- Sí fuma pero no diariamente 2 ⇒ **P.28a**
- No fuma, pero ha fumado 3 ⇒ **P.29**

Edad de inicio: años

- No fuma ni ha fumado nunca de manera habitual 4 ⇒ **P.30**
- N/C 9 ⇒ **P.30**

P.28. ¿Qué cantidad de tabaco fuma usted por término medio al día?

cigarrillos pipas puros

P.28a. Y durante las últimas dos semanas, ¿Ha fumado usted alguno de los siguientes TIPOS DE TABACO?

	SÍ	NO	NC
▪ Tabaco negro	1	2	9
▪ Tabaco rubio	1	2	9
▪ Mezcla de tabaco rubio y negro, picadura o tabaco de liar	1	2	9
▪ Mezcla de tabaco con marihuana o hachis	1	2	9
▪ Marihuana o hachis sin mezclar con tabaco)	1	2	9
▪ Otros	1	2	9

P.28b. ¿Diría usted que fuma ahora más, menos o igual que hace dos años?

- Más 1
- Igual 2
- Menos 3
- NC 9

P.28c. Su médico, ¿le ha aconsejado que deje de fumar?

- Sí 1
- No 2
- No he acudido/consultado al médico 3
- NC 9

A TODOS

P.30. Ahora quisiera hacerle unas preguntas respecto al consumo de bebidas alcohólicas, es decir, cualquier tipo de bebida que contenga alcohol, independiente de su graduación. ¿Consume Vd. algún tipo de bebida alcohólica con una frecuencia de al menos una vez al mes?

- Sí 1
 - No, menos de una vez al mes 2
 - No, no consume bebidas alcohólicas 3
 - NS/NC 9
- } Pasar P.33

P.30a. ¿Ha bebido usted en estas dos últimas semanas alguna bebida alcohólica?

- Sí 1
- No 2
- NS/NC 9

P.28d. ¿Ha intentado alguna vez dejar de fumar?

- Sí 1
 - No 2 ⇒ **P.28f**
 - NC 3 ⇒ **P.28f**
- ¿Cuántas veces?

P.28e. Y, ¿cuánto tiempo hace que intentó dejar de fumar? (si fueron varios intentos, de la última vez)

- Hace más de 5 años 1
- Entre 5 y 1 año 2
- Hace menos de 1 año 3
- NS 4

P.28f. ¿Le gustaría dejar de fumar?

- No 1
- Sí, le gustaría 2
- No lo ha pensado 3
- No lo sabe 4
- NC 9

(Hacer P.29 hasta P.29b sólo a los exfumadores, dígito 3 en P.27). Resto, pasar a P.30

P.29. ¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar?

Meses años
 ▪ NS/NC 99

P.29a. ¿Cuáles fueron los dos principales motivos que le llevaron a tomar esa decisión?

- Me lo aconsejó el médico 1
- Sentía molestias por causa del tabaco 2
- Aumentó mi preocupación por sus efectos nocivos 3
- Sentí que disminuía mi rendimiento psíquico o físico 4
- Lo decidí por propia voluntad 5
- Otros motivos 6

P.29b. ¿Qué cantidad de tabaco fumaba por término medio al día?

cigarrillos pipas puros

P.30b. Y con respecto al consumo de bebidas alcohólicas de los siguientes tipos, ¿podría decirme con qué frecuencia las consume?

	P.30a.											P.30b. Nº vasos cada vez	
	3-4 veces al día	2 veces al día	1 vez al día	5-6 veces semana	3-4 veces semana	1-2 veces semana	2-3 veces mes	1 vez mes	< 1/mes pero al menos 1 vez año	< 1 vez año o Nunca	N/C		
• Vino	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	<input type="text"/>
• Cerveza, sidra, tinto de verano ..	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	9	<input type="text"/>
• Jerez, vermouth.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	9	<input type="text"/>
• Champán, cava.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9	<input type="text"/>
• Licores (anís, coñac, ron, whisky, ginebra, pacharán, etc.)..	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	9	<input type="text"/>
• Combinados (cuba libre, gin tonic, etc.)..	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	9	<input type="text"/>

P.30b. ¿Cuál es la cantidad de vasos o copas que toma cada vez que bebe? _____

P.31. Para cada una de esas bebidas, ¿suele consumirlas sólo en días festivos (incluido viernes por la tarde), sólo en días laborables o en ambos indistintamente?

	Sólo días festivos	Sólo días laborables	Ambos indistintamente	N/C
• Vino	1	2	3	9
• Cerveza, sidra, tinto de verano	1	2	3	9
• Jerez, vermouth	1	2	3	9
• Champán o cava.....	1	2	3	9
• Licores (anís, coñac, ron, whisky, ginebra, pacharán, ..) ...	1	2	3	9
• Combinados (cuba libre, gin tonic, etc.)	1	2	3	9

P.31a. ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tomar bebidas alcohólicas de forma regular? (Entrevistador/a: no se refiere a cuando dio un sorbo o probó una determinada bebida, sino a cuando bebió por sí solo)

años

P.32. ¿Ha pensando alguna vez que debería beber menos?

- Sí 1
- No 2
- NS/NC 9

P.32a. ¿Le ha molestado que la gente le haya criticado su forma de beber?

- Sí 1
- No 2
- NS/NC 9

P.32b. ¿Se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?

- Sí 1
- No 2
- NS/NC 9

P.32c. ¿Ha bebido alguna vez a primera hora de la mañana para calmar los nervios o para evitar la resaca?

- Sí 1
- No 2
- NS/NC 9

A TODOS

P.33. ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas al día duerme habitualmente?

Horas
▪ NS/NC 99

P.34. Ahora nos gustaría que nos dijera qué tipo de ejercicio físico implica su trabajo o actividad habitual. De las siguientes, ¿cuál diría usted que describe mejor su actividad principal?

- Sentado la mayor parte de la jornada 1
- De pie la mayor parte sin grandes desplazamientos o esfuerzos 2
- Caminando, llevando algún peso, desplazamientos frecuentes 3
- Trabajo pesado, tareas que requieren gran esfuerzo físico 4
- NS/NC 9

P.34a. ¿Qué tipo de ejercicio físico hace en su tiempo libre?. Dígame cuál de estas posibilidades describe mejor la mayor parte de su actividad en su tiempo libre

- No hago ejercicio. Mi tiempo libre lo ocupo casi completamente sedentario (leer, TV., cine, etc.) ... 1
- Alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar, pasear en bici, jardinería, gimnasia suave, etc.) 2
- Actividad física regular, varias veces al mes (tenis, gimnasia, correr, natación, ciclismo, etc.) .. 3
- Entrenamiento físico varias veces a la semana (incluye actividad física varias veces a la semana) 4
- NS/NC 9

P.34b. ¿Le ha aconsejado su médico que haga algún tipo de ejercicio físico?

- Sí 1
- No 2
- NS/NC 9

P.35. Pasando a otro tema, querríamos saber si se ha vacunado de la gripe en la última campaña

- Sí 1
- No 2 ⇒ P.37
- NC 3 ⇒ P.37

P.36. ¿Quién se lo indicó?

- El médico, por mi edad 1
- El médico, por mis enfermedades 2
- Me ponen la vacuna en la empresa/ centro de estudio 3
- Yo solicité la vacuna porque prefiero estar vacunado 4
- El médico, por otras razones 5
- Otros 6
- NS/NC 9

A TODOS

P.37. En los últimos 12 meses, es decir, desde finales de de 2002 hasta hoy, ¿diría usted que su estado de salud ha sido ...?

- Muy bueno 1
- Bueno 2
- Regular 3
- Malo 4
- Muy malo 5
- NS/NC 9

P.37a. ¿Usted o su pareja usan algún método anticonceptivo? (marque sólo una o el más usado)

- No 1 ⇒ P.37b
 - Usa píldoras 2
 - Tiene DIU 3
 - Usa inyecciones 4
 - Usa preservativo o condón 5
 - Evita los días fértiles, uso método de ritmo de calendario 6
 - Usa diafragma, espuma o gel 7
 - Se practicó esterilización femenina 8
 - Se practicó esterilización masculina .. 9
 - Realiza coito interrumpido 10
 - Otros, especificar 11
- } P.38

P.37b. Si usted o su pareja no usan ningún método anticonceptivo, indique cuál es la principal razón para no usarlo (única respuesta)

- No lo necesita (no tiene relaciones, por la edad, infértil, postparto) 1
- Está embarazada 2
- Quiere quedar embarazada 3
- Se opone al uso de anticonceptivos (su religión se lo prohíbe, su pareja se opone, otros se oponen) 4
- Por razones de salud (temor a efectos secundarios, le es incómodo, molesto) 5
- No conoce los métodos anticonceptivos 6
- Por su precio, no puede comprarlo 7
- Otra, especificar 9

SÓLO PARA MUJERES

P.38. ¿Ha acudido alguna vez a un ginecólogo?

- Sí 1
- No 2 ⇒ P.39
- NC 3 ⇒ P.39

P.38a. ¿Cuánto tiempo hace que ha visitado a un ginecólogo por motivos que no hayan sido un embarazo o un parto?

- 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 por otro motivo que no sea embarazo o parto 5 ⇒ Pasar P.39
- NS/NC 9

P.38b. ¿Podría decirme el motivo de la última consulta (que no sea embarazo o parto)?

- Por algún problema ginecológico 1
- Para realizar orientación/planificación familiar 2
- Para revisiones periódicas 3
- Para realizar detección de cáncer de mama 4
- Para realizar detección precoz de cáncer de útero 5
- Otro motivo 6
- NS/NC 9

A TODOS

P.39. ¿Podría decirme cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa? (si está embarazada en la actualidad, debe indicar cuánto pesaba antes del inicio del embarazo)

--	--	--

Kilos

- No sabe 998
- No contesta 999

P.39a. ¿Y cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?

--	--	--

Cms.

- No sabe 998
- No contesta 999

P.39b. Y, en relación a su estatura, ¿diría usted que su peso es ...?

- Bastante mayor de lo normal 1
- Algo mayor de lo normal 2
- Normal 3
- Menor de lo normal 4
- NS 8
- NC 9

P.40. ¿Oye usted un programa de televisión a un volumen que otros consideran aceptable (con o sin prótesis auditiva o audífono)?

- No 1
- Sí 2 ⇒ P.41
- NC 3 ⇒ P.41

P.40a. ¿Puede oírlo al aumentar el volumen?

- Sí 1
- No 2
- NS/NC 9

P.41 ¿Ve usted suficientemente bien como para (con gafas o sin gafas o lentillas) reconocer a un amigo a una distancia de cuatro metros (al otro lado de la calle)?

- No 1
- Sí 2 ⇒ P.42
- NC 3 ⇒ P.42

P.41a. ¿Puede usted reconocerlo a una distancia de un metro?

- Sí 1
- No 2
- NS/NC 9

A TODOS

P.42. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia semanal ha ido usted en moto por ciudad?, ¿Y por carretera o autopista?

	Por ciudad	Por carretera/autopista
▪ Nunca	1	1
▪ Menos de 1 hora a la semana	2	2
▪ De 1 a 5 horas a la semana ...	3	3
▪ Más de 5 horas a la semana..	4	4
▪ NS/NC	9	9

SÓLO PARA LOS QUE HAN IDO EN MOTO POR CIUDAD O CARRETERA

P.43. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha utilizado el casco?

	Por ciudad	Por carretera/autopista
▪ Nunca	1	1
▪ Algunas veces	2	2
▪ La mayoría de las veces	3	3
▪ Siempre	4	4
▪ NS/NC	9	9

P.43a. ¿Con qué frecuencia ha ido como conductor o como pasajero en el asiento de delante?

	Por ciudad	Por carretera/autopista
▪ Nunca	1	1
▪ Menos de 1 hora a la semana	2	2
▪ De 1 a 5 horas a la semana ...	3	3
▪ Más de 5 horas a la semana..	4	4
▪ NS/NC	9	9

SÓLO A LOS QUE HAN IDO ALGUNA VEZ EN COCHE POR CIUDAD O CARRETERA

P.44. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha utilizado el cinturón de seguridad?

	Por ciudad	Por carretera/autopista
▪ Nunca	1	1
▪ Algunas veces	2	2
▪ La mayoría de las veces	3	3
▪ Siempre	4	4
▪ NS/NC	9	9

P.44a. Durante el último mes, ¿ha conducido usted un coche con niños menores de 5 años?

- Sí 1
- No 2 ⇒ P.45
- NC 3 ⇒ P.45

P.44b. Durante el último mes y cuando usted conducía el coche, ¿ha hecho que los menores de 5 años vayan seguros en asientos especiales en la parte de detrás?

- Siempre 1
- La mayoría de las veces 2
- Algunas veces 3
- Raramente 4
- Nunca 5
- NS/NC 9

SÓLO SI EL ENTREVISTADO/A TIENE 65 AÑOS O MÁS. RESTO PASAR A P.48

P.45. Las preguntas que siguen se refieren a sus actividades cotidianas y cuidados personales

P.45.1. ¿Es usted capaz de hacer las tareas de la casa?

- Sin ayuda (limpiar, fregar el suelo, etc.) 0
- Con alguna ayuda (puede hacer las cosas menos laboriosas pero necesita ayuda para los trabajos pesados) .. 3
- No puede realizar las tareas domésticas en absoluto 5

P.45.2. ¿Es usted capaz de prepararse la comida?

- Sin ayuda (planea y cocina comidas completas por sí mismo) 0
- Con alguna ayuda (puede preparar algunas cosas pero es incapaz de preparar la comida) 2
- No puede prepararse la comida en absoluto 4

P.45.3. ¿Es usted capaz de irse de compras?

- Sin ayuda (se encarga personalmente de las compras necesarias) 0
- Con alguna ayuda (necesita que alguien le acompañe en todas sus compras) 2
- No puede hacer compras en absoluto 4

P.45.4. ¿Es usted capaz de manejar dinero (pagar facturas, contar dinero)?

- Sin ayuda (pagar facturas, contar el cambio, etc.) 0
- Con alguna ayuda (aunque puede arreglarse con el dinero en el bolsillo, necesita ayuda para pagar facturas o manejar cheques bancarios) 2
- No puede manejar el dinero en absoluto 4

P.45.5. ¿Es usted capaz de usar el teléfono?

- Sin ayuda (incluyendo buscar y marcar números) 0
- Con alguna ayuda (puede contestar el teléfono y llamar a números de emergencia –091- o los números más habituales, pero necesita un teléfono especial o ayuda para buscar y marcar números) 1
- No puede usar el teléfono en absoluto 3

P.45.6. ¿Es usted capaz de tomar su medicación?

- Sin ayuda (las dosis correctas a la hora oportuna) 0
- Con alguna ayuda (puede tomar su medicación si alguien se la prepara y/o se lo recuerda) 2
- Es totalmente incapaz de tomar su medicación 4

P.45.7. ¿Es usted capaz de subir y bajar escaleras?

- Sin ayuda (se incluyen cualquier instrumento de ayuda para andar) 0
- Con alguna ayuda 2
- Es totalmente incapaz de subir y bajar escaleras 5

P.45.8. ¿Es usted capaz de usar el water (o el sillón con escupidera)?

- Sin ayuda (puede alcanzar la taza/sillón con escupidera, desvestirse lo necesario, limpiarse y salir) 0
- Con alguna ayuda (puede hacer algunas cosas, incluido limpiarse) 5
- No puede usar la taza/sillón de water 8

P.45.9. ¿Se le escapa la orina? (incontinencia urinaria)?

- No 0
- Pocas veces 6
- A menudo o necesita ayuda con el catéter/sonda de orina 8

P.45.10. ¿Se le escapa la caca? (incontinencia fecal)

- No 0
- Pocas veces (menos de una vez al día) 6
- A menudo o necesita enemas 9

P.45.11. ¿Es usted capaz de usar el baño o la ducha?

- Sin ayuda (puede entrar y salir de la bañera o ducharse sin ayuda o supervisión de nadie) 0
- Necesita ayuda para bañarse o ducharse 6

P.45.12. ¿Es usted capaz de arreglarse (por ejemplo peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.)?

- Sin ayuda (si alguien le da las cosas si fuera necesario) 0
- Con ayuda 5

P.45.13. ¿Es usted capaz de vestirse solo?

- Sin ayuda (incluido botones, cremalleras, cordones, etc.) 0
- Con ayuda (puede hacerlo a medias sin ayuda) 3
- No puede vestirse solo 6

P.45.14. ¿Es usted capaz de comer solo?

- Sin ayuda 0
- Con algo de ayuda (para cortar los alimentos, untar la mantequilla, etc.) 5
- No puede comer solo 8

P.45.15. ¿Es usted capaz de salir a caminar?	
▪ Unos 50 metros o más sin ayudas	0
▪ Unos cuantos metros (menos de 50 metros)	4
▪ Es totalmente incapaz de caminar por fuera de casa	6
P.45.16. ¿Es usted capaz de moverse por su casa?	
▪ Sin ayuda (con bastón o muletas si los usa)	0
▪ Con alguna ayuda (bajo la supervisión de alguien no especializado)	5
▪ En silla de ruedas sin ayuda (incluidas puertas y esquinas)	4
▪ Necesita ayuda física para moverse	7
P.45.17. ¿Es usted capaz de moverse desde la cama hasta una silla que esté al lado de la misma?	
▪ Sin ayuda	0
▪ Con alguna ayuda (de alguien que supervise para mayor seguridad)	4
▪ Con mucha ayuda (de una persona fuerte o entrenada o dos no especializados para sentarse)	6
▪ Es usted completamente incapaz (no mantiene el equilibrio sentado y necesita dos personas)	7

SÓLO A LOS QUE CONTESTARON CÓDIGO DISTINTO A "0" EN ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS DE P.45.1. A P.45.7 ó

P.45.15 (AVDs INSTRUMENTALES)

P.46. Si tiene dificultades, ¿quién le ayuda?

▪ Nadie	1
▪ Su pareja	2
▪ Un familiar que vive con usted (ESPECIFICAR Nº PERSONA SEGÚN TABLA INICIAL: _____)	3
▪ Un familiar que no vive con usted	4
▪ Un amigo o alguien que no cobra por eso	5
▪ Ayuda privada (pagada)	6
▪ Ayuda pública:	
▪ Auxiliar de ayuda a domicilio de los servicios sociales	7
▪ Enfermera del centro de salud o ambulatorio	8
▪ Voluntariado	9
▪ Otro	10

SÓLO A LOS QUE CONTESTARON CÓDIGO DISTINTO A "0" EN ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS DE 45.8 A P.45.14 ó

P.45.16 ó P.45.17 (aVDs BÁSICAS)

P.47. Si tiene dificultades, ¿quién le ayuda?

▪ Nadie	1
▪ Su pareja	2
▪ Un familiar que vive con usted (ESPECIFICAR Nº PERSONA SEGÚN TABLA INICIAL: _____)	3
▪ Un familiar que no vive con usted	4
▪ Un amigo o alguien que no cobra por eso	5
▪ Ayuda privada (pagada)	6
▪ Ayuda pública:	
▪ Auxiliar de ayuda a domicilio de los servicios sociales	7
▪ Enfermera del centro de salud o ambulatorio	8
▪ Voluntariado	9
▪ Otro	10

A TODOS

P.48. En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según la escala de 5 a 1, en la que "5" significa "TANTO COMO DESEA", "4" "casi como desea", "3" "ni mucho ni poco", "2" "menos de lo que desea" y "1" significa "MUCHO MENOS DE LO QUE DESEA" (Mostrar Tarjeta C)

		Tanto como deseo	Casi como deseo	Ni mucho ni poco	Menos de lo que deseo	Mucho menos de lo que deseo
P.48.1.	Recibo visitas de mis amigos y familiares	5	4	3	2	1
P.48.2.	Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	5	4	3	2	1
P.48.3.	Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	5	4	3	2	1
P.48.4.	Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	5	4	3	2	1
P.48.5.	Recibo amor y afecto	5	4	3	2	1
P.48.6.	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo y/o en la casa	5	4	3	2	1
P.48.7.	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	5	4	3	2	1
P.48.8.	Tengo posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos ..	5	4	3	2	1
P.48.9.	Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	5	4	3	2	1
P.48.10.	Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	5	4	3	2	1
P.48.11.	Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	5	4	3	2	1

P.49. ¿Cuál es su estado civil?

- Casado/a 1 ⇒ **P.50**
- Soltero/a 2
- Separado/a 3
- Divorciado/a 4
- Viudo/a 5
- NS/NC 9

P.49a. ¿Vive usted actualmente en pareja?

- Sí 1
- No 2
- No contesta 9

P.50. ¿Cuál fue su lugar de nacimiento?

Provincia:

Extranjero: País:

P.51. ¿Cuál es el nivel más alto de estudios finalizados?

- No sabe leer o escribir 1
- No ha estudiado pero sabe leer y escribir 2
- Estudios primarios (hasta 5º EGB, ingreso) 3
- EGB completa (8º) o similar (bachiller elemental) ... 4
- Estudios de FP I 5
- Estudios de FP II 6
- Estudios secundarios (BUP, B.Superior) 7
- Estudios universitarios de grado medio 8
- Estudios universitarios de grado superior 9
- Otros estudios, especificar 10

P.52. ¿Cuál es su situación laboral actual?

- Trabaja 1 ⇒ **P.53a**
- Está en el paro y ha trabajado antes 2
- Busca primer empleo 3
- Jubilado (trabajó anteriormente) 4
- Sus labores/Ama de casa 5
- Estudiante 6
- Incapacidad/invalidez permanente 7
- Otros 8

→ **¿Cuántos meses en paro?**

P.52a. ¿Percibe usted alguna pensión (pública o privada)?

- Sí 1 ⇒ **¿Cuál?**
- No 2
- NC 9

P.53. ¿Ha trabajado anteriormente?

- Sí 1 ⇒ **Pasar a P.53a**
- No 2 ⇒ **Pasar a P.61**
- NS/NC 9 ⇒ **Pasar a P.61**

(Entrevistador: como resultado de las preguntas anteriores, debe quedar clara la situación de la persona entrevistada:

- Trabaja o ha trabajado anteriormente (pasar a P.53a)
- No trabaja ni ha trabajado anteriormente (pasar a P.61)

PARA LOS QUE TRABAJAN O HAN TRABAJADO

P.53a. ¿Cuál es o era la actividad principal de la empresa donde trabaja o trabajaba?

P.53b. ¿Cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad o la última que ha desempeñado?

P.53c. ¿Cuál es la categoría profesional que tiene o tenía en la empresa donde trabaja o trabajaba?

- Trabajador por cuenta propia, sin asalariados 1
- Trabajador por cuenta propia, con 10 ó más asalariados 2
- Trabajador por cuenta propia, con menos de 10 asalariados 3
- Gerente de una empresa con 10 ó más asalariados . 4
- Gerente de una empresa con menos de 10 asalariados 5
- Capataz, supervisor o encargado 6
- Otro asalariado 7

SÓLO PARA LOS QUE TRABAJAN ACTUALMENTE. RESTO, PASAR A P.61

P.54. ¿Qué tipo de contrato tiene usted?

- Trabaja por su cuenta o no es asalariado 1
- Funcionario/estatutario 2
- Contrato indefinido 3
- Contrato temporal de menos de 6 meses 4
- Contrato temporal de 6 meses a 1 año 5
- Contrato temporal de más de 1 a 2 años 6
- Contrato temporal de más de 2 años 7
- Contrato temporal sin especificar duración 8
- Sin contrato 9
- Otra relación 0
- NS/NC x

P.54a. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en su actual empresa?

años meses

P.54b. ¿Qué tipo de jornada tiene en su trabajo?

- Jornada partida 1
- Jornada continua de mañana 2
- Jornada continua de tarde 3
- Jornada continua nocturna 4
- Turnos 5
- Otra posibilidad 6
- NS/NC 9

P.54c. En total, ¿cuántas horas trabaja usted habitualmente a la semana?

horas

P.54d. ¿Cuánto tiempo tarda en todos sus desplazamientos para ir y volver de trabajar al día?

horas minutos

P.54e. ¿Cuántas personas trabajan bajo su responsabilidad?

- Ninguna 1
- De 1 a 5 2
- De 6 a 9 3
- De 10 a 20 4
- Más de 20 5
- NS/NC 9

P.55. Entre las tareas que realiza en su trabajo, ¿en qué medida está usted expuesto a ...?

	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Nunca	NS/NC
▪ Vibraciones provenientes de herramientas o máquinas	1	2	3	4	9
▪ Ruido tan alto que tiene que levantar la voz para hablar con otra gente ...	1	2	3	4	9
▪ Altas temperaturas que le producen sudor	1	2	3	4	9
▪ Bajas temperaturas	1	2	3	4	9
▪ Respirar vapores, humos, polvo, o sustancias peligrosas como químicos, material infeccioso, etc.	1	2	3	4	9
▪ Manejar o tocar sustancias o productos peligrosos	1	2	3	4	9
▪ Radiaciones como rayos X, soldadura, rayos láser	1	2	3	4	9
▪ Posiciones dolorosas / fatigantes	1	2	3	4	9
▪ Tareas repetitivas de menos de 10 minutos	1	2	3	4	9
▪ Movimientos repetitivos de manos o brazos	1	2	3	4	9
▪ Uso de equipo de protección individual	1	2	3	4	9
▪ Trabajar con ordenadores	1	2	3	4	9
▪ Trabajar a un ritmo muy rápido	1	2	3	4	9
▪ Trabajar con plazos inflexibles / rígidos	1	2	3	4	9
▪ Conducir vehículos (escavadoras, camiones, coches)	1	2	3	4	9
▪ Relacionarse con gente que no son compañeros (clientes, pasajeros, alumnos, pacientes, ...)	1	2	3	4	9
▪ Períodos largos de intensa concentración	1	2	3	4	9
▪ Manipular cargas pesadas (más de 15 kgrs)	1	2	3	4	9
▪ Llevarse trabajo para casa	1	2	3	4	9
▪ Trabajar los fines de semana (sábado y/o domingo exclusivamente)	1	2	3	4	9

P.56. Y, en su actual puesto de trabajo, ¿en qué medida ...?

	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Nunca	NS/NC
▪ Puede decidir cuándo hacer el trabajo	1	2	3	4	9
▪ Puede decidir su propio ritmo de trabajo	1	2	3	4	9
▪ Tiene margen de libertad para decidir cómo hacer su trabajo	1	2	3	4	9
▪ Su trabajo requiere aprender cosas nuevas	1	2	3	4	9
▪ Su trabajo es monótono	1	2	3	4	9
▪ Su trabajo le permite desarrollar sus habilidades	1	2	3	4	9
▪ Su trabajo requiere hacer tareas muy complicadas	1	2	3	4	9
▪ Puede influir en las decisiones que afectan a su servicio, departamento o unidad	1	2	3	4	9
▪ En su trabajo está poco claro cuáles son las funciones y tareas de los trabajadores	1	2	3	4	9
▪ En su trabajo puede contar con la ayuda de sus compañeros si la necesita	1	2	3	4	9
▪ ¿Sus compañeros son hostiles o conflictivos con usted?	1	2	3	4	9
▪ En general tiene una buena relación con sus compañeros	1	2	3	4	9
▪ A su superior inmediato ¿le preocupa el bienestar de los que trabajan con él?	1	2	3	4	9
▪ Los jefes (superiores inmediatos) apoyan a los trabajadores	1	2	3	4	9
▪ Los jefes (superiores inmediatos) valoran las ideas aportadas por los empleados	1	2	3	4	9

P.57. ¿En qué medida está usted satisfecho con el trabajo que actualmente realiza?

Nada satisfecho					Totalmente satisfecho	
1	2	3	4	5	6	7

P.58. La empresa donde usted trabaja, ¿cuántos empleados tiene?

- Ninguno 1
- De 1 a 9 2
- De 10 a 49 3
- De 50 a 99 4
- De 100 a 499 5
- 500 ó más 6
- No sabe 8
- No contesta 9

P.59. ¿Piensa usted que su trabajo afecta negativamente a su salud?

- Sí 1
- No 2 ⇒ **P.60**
- NC 3 ⇒ **P.60**

P.59a. ¿De qué forma afecta su trabajo a su salud?

	Sí	No
▪ Tiene dolores de espalda	1	2
▪ Se siente nervioso y estresado	1	2
▪ Se siente agotado a todas horas	1	2
▪ Tiene dolores musculares	1	2
▪ Tiene dolores de cabeza	1	2
▪ Tiene problemas de sueño	1	2
▪ Otro problema, ¿cuál?	1	

P.60. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días ha estado ausente de su trabajo debido a problemas de salud causados por su trabajo?

□ □ días

P.60a. En su empresa

	Sí	No	NS/NC
▪ Le han informado sobre los riesgos laborales de su trabajo?	1	2	9
▪ Le han impartido formación sobre prevención de riesgos laborales?	1	2	9
▪ Le han realizado algún reconocimiento médico ?	1	2	9
▪ Hay un servicio de prevención de riesgos laborales?	1	2	9
▪ Hay comité de seguridad y salud o bien delegados de prevención?	1	2	9

P.60a. Y, ¿sobre los riesgos que implican el uso de los materiales, instrumentos o productos que utiliza en su trabajo, usted diría que está ...

- Bastante o muy bien informado 1
- Bien o suficientemente informado 2
- Mal o insuficientemente informado ... 3
- Bastante o muy mal informado 4

A TODOS

P.61. ¿Con los ingresos de su hogar, cómo suele llegar usted, o en su caso, usted y su familia, en la actualidad a fin de mes?

- Con mucha dificultad 1
- Con dificultad 2
- Con cierta/alguna dificultad 3
- Con cierta/alguna facilidad 4
- Con facilidad 5
- Con mucha facilidad 6

P.62. Por favor, indique el intervalo en el que están comprendidos los ingresos totales netos de su hogar, sumando todas las fuentes (si existe más de una) y deduciendo las retenciones a cuenta por impuestos, cotizaciones sociales y otros pagos asimilados (MOSTRAR TARJETA D)

- Hasta 499 € 1
- De 500 a 999 € 2
- De 1.000 a 1.499 € 3
- De 1.500 a 1.999 € 4
- De 2.000 a 2.499 € 5
- De 2.500 a 2.999 € 6
- De 3.000 a 4.999 € 7
- Más de 5.000 € 8
- No sabe leer, no está seguro 0
- No contesta 9

ENTREVISTADOR/A: Las siguientes preguntas son sobre el cabeza de familia (el que más dinero aporta a la familia). Si el entrevistado es el cabeza de familia, finalizar la entrevista.

P.63. ¿Coincide el cabeza de familia con la persona entrevistada?

- Sí 1 ⇒ **FIN**
- No 2 ⇒ **P.64**

P.64. ¿Cuál es el nivel más alto de estudios finalizados por el cabeza de familia?

- No sabe leer o escribir 1
- No ha estudiado pero sabe leer y escribir 2
- Estudios primarios (hasta 5º EGB, ingreso)..... 3
- EGB completa (8º) o similar (bachiller elemental) ... 4
- Estudios de FP I 5
- Estudios de FP II 6
- Estudios secundarios (BUP, B.Superior) 7
- Estudios universitarios de grado medio 8
- Estudios universitarios de grado superior 9
- Otros estudios, especificar 10

P.64a. ¿Cuál es la situación laboral actual del cabeza de familia?

Trabaja 1 ⇒ **P.64.c**

- Está en el paro y ha trabajado antes 2
- Busca primer empleo 3
- Jubilado (trabajó anteriormente) 4
- Sus labores/Ama de casa 5
- Estudiante 6
- Incapacidad/invalidez permanente 7
- Otros 8

► ¿Cuántos meses en paro? □ □

P.64b. ¿Percibe alguna pensión (pública o privada)?

- Sí1 ⇒ ¿Cuál?
- No2
- NC9

P.64c. ¿Cuál es o era la actividad principal de la empresa donde trabaja o trabajaba esta persona?

.....

--	--	--

P.64d. ¿Cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad o la última que ha desempeñado?

.....

--	--	--

P.64e. ¿Cuál es la categoría profesional que tiene o tenía en la empresa donde trabaja o trabajaba esta persona?

- Trabajador por cuenta propia, sin asalariados 1
- Trabajador por cuenta propia, con 10 ó más asalariados 2
- Trabajador por cuenta propia, con menos de 10 asalariados 3
- Gerente de una empresa con 10 ó más asalariados 4
- Gerente de una empresa con menos de 10 asalariados 5
- Capataz, supervisor o encargado 6
- Otro asalariado 7

DATOS DE LA ENTREVISTA

TRIMESTRE	1	2	3	4
------------------	---	---	---	---

SEMANA DEL TRIMESTRE	1	2	3	4
-----------------------------	---	---	---	---

FECHA DE REALIZACIÓN:

Día: Mes: Año:

DÍA DE LA SEMANA:

- | | |
|-------------------|-----------------|
| Lunes 1 | Viernes 5 |
| Martes 2 | Sábado 6 |
| Miércoles 3 | Domingo 7 |
| Jueves 4 | |

DURACIÓN DE LA ENTREVISTA:

--

 minutos

HORA DE REALIZACIÓN:

- | | |
|------------------------|----------------------|
| Mañana (9-12) 1 | Tarde (4-8) 3 |
| Mediodía (12-4) 2 | Noche (8-10) 4 |

SINCERIDAD DEL ENTREVISTADO:

- | | |
|------------------|-----------------|
| Mucha 1 | Poca 3 |
| Bastante 2 | Ninguna 4 |

LOS SIGUIENTES CUADROS TIENEN QUE VENIR SIEMPRE RELLENOS

NOMBRE DEL/LA ENTREVISTADOR/A
.....
SUPERVISOR/A

CÓDIGO

OBSERVACIONES
.....
.....
.....

A RELLENAR POR EL/LA ENTREVISTADOR/A

La persona entrevistada ha sido seleccionada de acuerdo a los criterios marcados para este estudio y la entrevista ha sido cumplimentada en su totalidad con esta persona.

Entrevistador/a

..... de de 2.003
(fecha)

El/la entrevistador/a

VÁLIDO EXCLUSIVAMENTE A EFECTOS DE VALIDACIÓN, SUPERVISIÓN DE LA ENTREVISTA:

NOMBRE DE LA PERSONA ENTREVISTADA:

DIRECCIÓN:

CÓDIGO POSTAL : LOCALIDAD:

PROVINCIA: TELÉFONO CONTACTO: