



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

LA SALUD DE LA POBLACIÓN ANDALUZA MENOR DE 16 AÑOS SEGÚN LAS ENCUESTAS ANDALUZAS DE SALUD DE LOS AÑOS 1999, 2003 Y 2007





Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

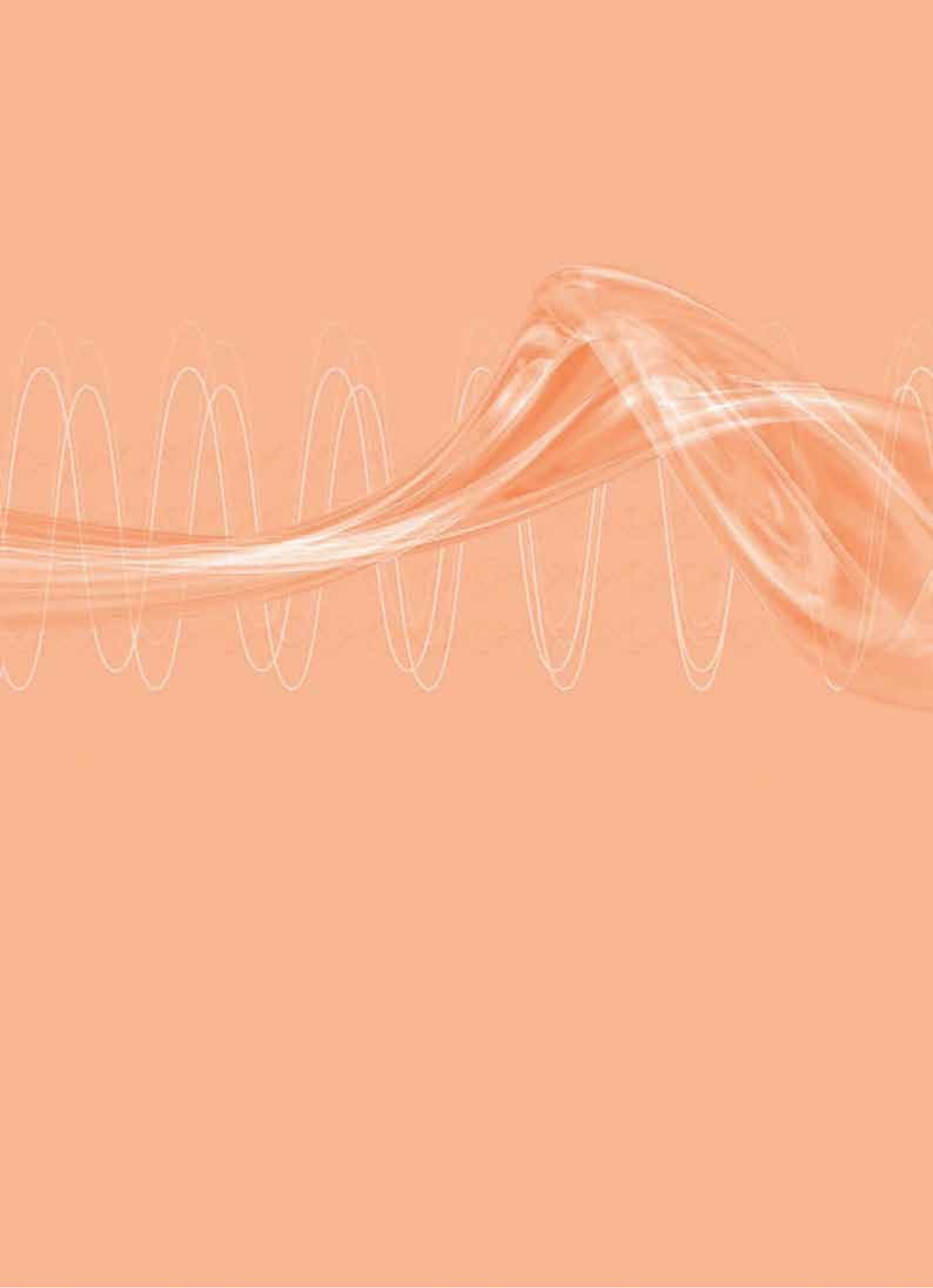
La salud de la población andaluza menor de 16 años según las Encuestas Andaluzas de Salud de los años 1999, 2003 y 2007

José Juan Sánchez Cruz (Coordinador)
Escuela Andaluza de Salud Pública (Granada)

María Natividad Moya Garrido
Escuela Andaluza de Salud Pública (Granada)

Pablo Sánchez Villegas
Escuela Andaluza de Salud Pública (Granada)

José María Mayoral Cortés
*Secretaría General de Salud Pública y Participación
Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Sevilla)*



Autores

José Juan Sánchez Cruz
M^a Natividad Moya Garrido
Pablo Sánchez Villegas
José María Mayoral Cortés

Edita

Escuela Andaluza de Salud Pública

Cuesta del Observatorio, 4
Campus Universitario de Cartuja.
Apdo. de Correos 2070
18080 Granada, España
Telf: (+34) 958 027 400
FAX: (+34) 958 027 503

Diseño, maquetación e impresión

Mailing Andalucía, S.A.

Depósito Legal

GR 235-2011

ISBN

978-84-694-0110-8

Todos los derechos reservados. De las opiniones expresadas en la presente publicación responden únicamente los autores, declarando éstos no tener ningún tipo de conflicto de interés que pueda afectar al contenido de la publicación.

Financiado por la Secretaría General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Este documento puede citarse como: Sánchez Cruz JJ, Moya Garrido MN, Sánchez Villegas P, Mayoral Cortés JM. La salud de la población andaluza menor de 16 años según las Encuestas Andaluzas de Salud de los años 1999, 2003 y 2007. [CD-ROM]. 1era ed. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2011.

El documento puede ser reproducido total o parcialmente, por cualquier medio, siempre que se cite explícitamente su procedencia.



CUESTIONARIO NÚMERO



INFANTIL

RUTA: DISTRITO: SECCIÓN:

MUNICIPIO: PROVINCIA:

Buenos días/tardes, soy ..., entrevistador/a para la empresa DEMOMETRICA. 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.

<i>(Continuación)</i>										
MIEMBROS DEL HOGAR:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
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. 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 habitualmente 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/la cuido yo (la persona que contesta el cuestionario):										
▪ Yo solo/sola	<input type="checkbox"/> 2.1	<input type="checkbox"/> 2.1	<input type="checkbox"/> 2.1	<input type="checkbox"/> 2.1	<input type="checkbox"/> 2.1	<input type="checkbox"/> 2.1	<input type="checkbox"/> 2.1	<input type="checkbox"/> 2.1	<input type="checkbox"/> 2.1	<input type="checkbox"/> 2.1
▪ Mi pareja y yo	<input type="checkbox"/> 2.2	<input type="checkbox"/> 2.2	<input type="checkbox"/> 2.2	<input type="checkbox"/> 2.2	<input type="checkbox"/> 2.2	<input type="checkbox"/> 2.2	<input type="checkbox"/> 2.2	<input type="checkbox"/> 2.2	<input type="checkbox"/> 2.2	<input type="checkbox"/> 2.2
▪ Yo, junto a otra persona que no es mi pareja	<input type="checkbox"/> 2.3	<input type="checkbox"/> 2.3	<input type="checkbox"/> 2.3	<input type="checkbox"/> 2.3	<input type="checkbox"/> 2.3	<input type="checkbox"/> 2.3	<input type="checkbox"/> 2.3	<input type="checkbox"/> 2.3	<input type="checkbox"/> 2.3	<input type="checkbox"/> 2.3
▪ Otra opción	<input type="checkbox"/> 2.4	<input type="checkbox"/> 2.4	<input type="checkbox"/> 2.4	<input type="checkbox"/> 2.4	<input type="checkbox"/> 2.4	<input type="checkbox"/> 2.4	<input type="checkbox"/> 2.4	<input type="checkbox"/> 2.4	<input type="checkbox"/> 2.4	<input type="checkbox"/> 2.4
▪ 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 y P.2e SÓLO SI LA PERSONA QUE CONTESTA AL CUESTIONARIO CUIDA A ALGUIEN DEL HOGAR (ES DECIR, QUE SE HAYA MARCADO ALGUNA "X" EN P2C EN LA OPCIÓN "HABITUALMENTE LO CUIDO YO (LA PERSONA ENTREVISTADA)". RESTO, PASAR DIRECTAMENTE A P3a.

P.2d. Habitualmente, ¿cuántas horas diarias dedica usted a cuidar a las personas de esta casa que lo necesitan? (nos referimos a tareas como prestar ayuda para el aseo, la alimentación, vestirse, dar medicinas, etc.)

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

P.2e. ¿Viene a su vivienda alguna persona de fuera que ayude en el cuidado de esta/s persona/s? (admite respuesta múltiple)

- Sí, una persona contratada para ello 1
- Sí, profesionales de los servicios Sociales o sanitarios 2
- Sí, otras personas(familiares, Amigos/as, vecinos/as, otros) .. 3
- No, no viene ninguna persona .. 4
- No contesta 9

A TODOS/AS

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

→ N° 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 le 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 permitirselo
▪ 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

CUESTIONARIO PADRE/MADRE/TUTOR (BLOQUE C4.1)

ENTREVISTADOR: Anote los datos siguientes antes de continuar la entrevista:

Nº de la tabla de composición del hogar que corresponde al niño/a seleccionado: _____

Parentesco de la persona que contesta a la entrevista con el niño/a seleccionado:

- Padre 1
- Madre 2
- Responsable o tutor 3

Nº de la tabla de composición del hogar que corresponde a la persona que contesta la entrevista: _____

Las preguntas que siguen se refieren a lo que Vd. piensa sobre la salud de su hijo/a. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Algunas de las cuestiones le preguntan sobre los sentimientos del chico/a y a usted le puede parecer que es imposible responderlas con exactitud o incluso simplemente pensar que no las puede contestar. En el caso de estas preguntas, por favor, conteste pensando en como su hijo/a contestaría. 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, ¿cómo diría que es la salud del chico/a ... (una sola respuesta)?

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

ENTREVISTADOR/A: Las siguientes preguntas (cuestionario KIDSCREEN) deben hacerse en función de la edad del niño/a.

EN CASO DE MENORES DE 8 AÑOS, No hay que hacer el KIDSCREEN ni a padres ni a menores. **Pasar directamente a P.8.**

EN CASO DE NIÑOS/AS DE 8 ó MÁS AÑOS Pasar el **Kidscreen-1** al padre, madre o tutor que contesta el resto del cuestionario. También hay que pasar el cuestionario **Kidscreen-2** al propio niño/a. El menor no debe estar presente cuando se pregunta al padre/madre o tutor y, al contrario, el padre/madre o tutor no debe estar presente cuando conteste el niño/a. Anotar al final si ha habido incidencias.

KIDSCREEN-1 (NIÑOS/AS DE 8 ó más AÑOS. PREGUNTAR AL PADRE/MADRE/TUTOR)

Piense en la última semana	Moderada-				
	Nada	Poco	mente	Mucho	Muchísimo
¿El chico/a se ha sentido bien y en forma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El chico/a ha podido correr bien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿El chico/a ha estado contento/a con su forma de ser?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Al chico/a le ha preocupado su aspecto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nada	Poco	Moderada-	Mucho	Muchísimo
¿El chico/a se ha sentido satisfecho/a con su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	mente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿El chico/a se ha sentido triste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El chico/a ha tenido la sensación de que todo en su vida le sale mal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

KIDSCREEN-1 (CONT.)

<u>Piense en la última semana</u>	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿El chico/a se ha sentido alegre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El chico/a se ha sentido harto/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El chico/a ha podido hacer las cosas que quería en su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El chico/a ha tenido suficientes oportunidades de estar al aire libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El chico/a ha tenido suficiente dinero para hacer lo mismo que sus amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por favor, cuando conteste las siguientes preguntas considere 'padres' o bien usted y/o la persona principal que cuida el chico/a en el día a día. No se refiere sólo a sus padres biológicos, si no son ellos los que lo cuidan principalmente. Además, considere 'familia' el grupo de personas con que el chico/a vive la mayor parte de su tiempo, y 'casa' el lugar donde el chico/a vive la mayor parte del tiempo.

<u>Piense en la última semana</u>	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
¿El chico/a se ha sentido comprendido/a por sus padres?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿El chico/a se ha sentido feliz en casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Los padres del chico/a han tenido suficiente tiempo para él/ella?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El chico/a y sus amigos/as se han ayudado unos a otros?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El chico/a ha podido hablar de todo con sus amigos/as?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se han reído del chico/a otros chicos/as?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Al chico/a le ha gustado ir al colegio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El chico/a se ha llevado bien con sus profesores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

KIDSCREEN-2 (NIÑOS/AS DE 8 ó más AÑOS. PREGUNTAR AL PROPIO NIÑO/A)

En general, ¿cómo dirías que es tu salud?

Excelente Muy buena Buena Regular Mala

<u>Piensa en la última semana</u>	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
¿Te has sentido bien y en forma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Has podido correr bien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te has sentido satisfecho/a con tu vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

KIDSCREEN-2 (Cont.). (NIÑOS/AS DE 8 ó más AÑOS. PREGUNTAR AL PROPIO NIÑO/A)

<u>Piensa en la última semana</u>	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿Te has sentido alegre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te has sentido triste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Has tenido la sensación de que todo en tu vida te sale mal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te has sentido harto/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tú y tus amigos os habéis ayudado unos a otros?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Has podido hablar de todo con tus amigos/as?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
¿Tus padres te han entendido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿Te has sentido feliz en casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tus padres han tenido suficiente tiempo para ti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Has estado contento con tu forma de ser?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te ha preocupado tu aspecto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Has podido hacer las cosas que querías en tu tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Has tenido suficientes oportunidades de estar al aire libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te ha gustado ir al colegio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te has llevado bien con tus profesores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se han reído de ti otros/as chicos/as?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Has tenido suficiente dinero para hacer lo mismo que tus amigos/as?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

INCIDENCIAS KIDSCREEN-2 (Entrevistador: anote las condiciones en que ha podido realizar el KIDSCREEN-2 al niño/a)

- El niño/a ha contestado el cuestionario sin que su padre/madre o tutor estuviera presente 1
- El padre/madre o tutor se ha negado a que el niño/a estuviera sólo y ha estado presente mientras el niño/a contestaba 2
- El padre/madre o tutor se ha negado a que el niño/a contestara el cuestionario y no se ha podido realizar el Kidscreen-2 3
- No se ha podido realizar el Kidscreen-2 por otras razones (especificar):

.....

P.8. Y, continuando con temas de salud de su hijo/a, durante los últimos 12 meses, ¿tiene o ha tenido su hijo/a alguna dolencia, enfermedad o impedimento que le haya limitado su actividad normal por más de 10 días?

- Sí 1
- No 2 ⇒ P.10
- NC 9 ⇒ P.10

P.9. ¿Padece actualmente esa dolencia, enfermedad o impedimento?

- Sí 1
- No 2 ⇒ P.9b
- NC 9 ⇒ P.9b

P.9a. ¿Cuánto tiempo hace que tiene esa dolencia, enfermedad, o impedimento?

años meses días

- NS/NC 99

P.9b. Y esa dolencia, enfermedad o impedimento, le afectó/a ...

	Sí	No	NC
▪ Su nivel de asistencia a la escuela o guardería	1	2	9
▪ A la realización de otras actividades como pasear, ir al cine, hacer deporte, etc.	1	2	9

P.9c. ¿Y cuál es el motivo de salud más importante que le produce o produjo esa dolencia, enfermedad o impedimento?

.....

A TODOS/AS

P.10. Actualmente, su hijo/a, ¿padece o el médico le ha dicho que ha padecido alguno de los trastornos crónicos que ahora le leeré?

	Sí	No	NC
▪ Asma	1	2	9
▪ Bronquitis crónica (no asma)	1	2	9
▪ Alergias crónicas (no asma)	1	2	9
▪ Diabetes	1	2	9
▪ Anomalía congénita/maifomación congénita	1	2	9
▪ Cardiopatía congénita u otra enfermedad del corazón	1	2	9
▪ Trastornos convulsivos	1	2	9
▪ Trastornos huesos y/o articulaciones y/o musculares	1	2	9
▪ Trastornos intestinales crónicos (como diarrea)	1	2	9
▪ Trastornos mentales (incluido retraso mental)	1	2	9
▪ Síndrome de Down	1	2	9
▪ Ceguera o problemas de visión	1	2	9
▪ Sordera o problemas de audición .	1	2	9
▪ Defectos del habla	1	2	9
▪ Parálisis	1	2	9
▪ Tumor maligno	1	2	9
▪ Leucemia	1	2	9
▪ Problemas de riñón	1	2	9
▪ Falta de un miembro (mano, pierna, brazo, pie)	1	2	9
▪ Trastornos crónicos de la piel (dermatitis, eccema, ...)	1	2	9

P.11. ¿Ha tenido su hijo/a 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.12
- NC 9 ⇒ Pasar a P.12

P.11a. Y refiriéndonos en concreto al último accidente, ¿dónde tuvo lugar?

- En su casa 1
- En la escuela, colegio, guardería 2
- En un lugar de recreo o deporte 3
- En una vía pública, calle, edificio público, edificio comercial, etc. (que no fuera accidente de tráfico) 4
- En la vía pública: accidente de tráfico como pasajero 5
- En la vía pública: accidente de tráfico como peatón 6
- En otro lugar 7
- NS/NC 9

P.11b. ¿Cuál es la principal lesión o daño que le produjo el 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.11c. Como consecuencia de este último accidente, ¿tuvo que ... ?

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

A TODOS/AS

P.12. ¿Durante las dos últimas semanas, es decir, desde el día ... hasta ayer, ha tenido su hijo/a que reducir o limitar su actividad principal (estudio, vida cotidiana) o las actividades que realiza en su tiempo libre (diversiones, juegos, paseos) por algún dolor o síntoma?

- Sí 1
- No 2 ⇒ Pasar P.13
- NC 9 ⇒ Pasar P.13

P.12a. ¿Cuántos días?

Días

- NS/NC 99

P.12b. ¿Cuál ha sido ese dolor o síntoma que ha obligado al niño/a a reducir su actividad principal o sus actividades en el tiempo libre durante las últimas dos semanas?. (anotar todos los que espontáneamente diga la persona entrevistada)

- Dolor de huesos o de las articulaciones 1
- Problemas de nervios, dificultad para dormir 2
- Problemas de garganta, tos, catarro o gripe 3
- Dolor de cabeza 4
- Contusión, lesión o heridas 5
- Dolor de oídos, otitis 6
- Diarrea o problemas intestinales 7
- Ronchas, picor, alergias 8
- Molestias de riñón o urinarias 9
- Problemas de estómago, digestivos 10
- Fiebre 11
- Problemas con dientes o encías 12
- Vómitos 13
- Dolor abdominal 14
- Otros 15
- NS/NC 99

A TODOS/AS

P.13. Durante las dos últimas semanas, ¿se ha visto su hijo/a obligado a quedarse más de la mitad de un día en la cama por motivos de salud? (contando también los días pasados en el hospital)

- Sí 1
- No 2 ⇒ Pasar P.15
- NC 9 ⇒ Pasar P.15

P.14. ¿Cuántos días?

Días
 ▪ NS/NC 99

A TODOS

P.15. Durante las dos últimas semanas, ¿ha tomado su hijo/a algún tipo de medicamento (gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, etc.)?

- Sí 1 ⇒ Pasar P.16
- No 2 ⇒ Pasar P.17
- N/C 9 ⇒ Pasar P.17

P.16. ¿Qué tipo de medicamento? (anotar todos los que cite el entrevistado. Mostrar TARJETA A)

	P.16		P.16a	
	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
▪ Laxantes	1	2	1	2
▪ Antibióticos	1	2	1	2
▪ Tranquilizantes, relajantes	1	2	1	2
▪ Pastillas para dormir	1	2	1	2
▪ Medicamentos para la alergia	1	2	1	2
▪ Medicamentos para los vómitos	1	2	1	2
▪ Medicamentos para la diarrea	1	2	1	2
▪ Otros	1	2	1	2

P.16a. ¿Y los medicamentos consumidos por su hijo/a fueron recetados por el médico? (Preguntar por cada uno de los medicamentos mencionados por la persona entrevistada)

A TODOS/AS

P.17. ¿Ha consultado con algún médico por algún problema, molestia o enfermedad del niño/a en las dos últimas semanas?. Nos referimos, por supuesto, a una verdadera consulta, y no a una petición de hora o cita ni a la realización de una radiografía o análisis.

- Sí 1
- No 2 ⇒ Pasar P.17b
- N/C 9

P.17a. ¿Cuántas veces en las 2 últimas semanas?

veces

- NS/NC 99

P.17b. (Sólo si código distinto de 1 en P.17) ¿Puede recordar cuánto tiempo hace que consultó a un médico por última vez, por algo que le pasaba a su hijo/a? (concretar lo más posible)

años meses

- Nunca ha ido al médico 97
- No recuerda 98 ⇒ P.19
- NS/NC 99

Entrevistador: Hacer P.18 y siguientes para todos los que han consultado en las últimas dos semanas (P.17) o han dicho un tiempo en P.17b.

P.18. Y refiriéndonos a la última consulta realizada, ¿dónde tuvo lugar la consulta que hizo usted al médico? (si ha habido varias consultas en los últimos quince días, referirse a la última de todas)

- Centro de Salud/Consultorio 1
- Ambulatorio/Centro de Especialidades 2
- Consulta externa de un Hospital 3
- Servicio de Urgencia de un Ambulatorio/Consultorio 4
- Servicio de Urgencia de un Hospital 5
- Consulta del médico particular 6
- Consulta del médico de una sociedad 7
- En el domicilio de usted 8
- Consulta telefónica 9
- Otros lugares 10
- NS/NC 99

P.18a. ¿Cuál fue el motivo de esta última consulta al médico?

	Sí	No	NS/NC
▪ Vacunación	1	2	9
▪ Control de salud periódico	1	2	9
▪ Diagnóstico y/o tratamiento	1	2	9
▪ Revisión por otros motivos	1	2	9
▪ Sólo dispensación de recetas	1	2	9
▪ Otros	1	2	9

P.18b. ¿Cuál era la especialidad del médico al que consultó?

- Medicina general 1
- Pediatría 2
- Otros 3

¿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
- Geriátrica 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.18c. Y en esa última consulta médica, ¿podría decirme cuánto tiempo tardó, aproximadamente, en llegar desde su domicilio al lugar de la consulta? (Entrevistador/a: si le dicen "nada de tiempo", concretar cuántos minutos fueron)

_____ minutos

- NS/NC 99

P.18d. ¿Y cuánto tiempo tuvo que esperar en el lugar de la consulta desde que llegó hasta que fue atendido por el médico? (Entrevistador/a: si le dicen "nada de tiempo", concretar cuántos minutos fueron)

_____ minutos

- NS/NC 99

P.18e. El médico al que acudió en esta última consulta realizada por su hijo/a era ...

- De la Seguridad Social/S.A.S. (Servicio Andaluz de Salud) 1
- De una Sociedad Médica (p.ej: Sanitas, Ades/as, Asisa) 2
- Médico privado/particular 3
- Otros 4
- NS/NC 9

A TODOS

P.19. Y hablando de otro tipo de problemas, durante los últimos 6 meses, ¿ha ido su hijo/a al dentista, protésico, ortodoncista 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, ortodoncista o higienista dental (concretar lo más posible)?

_____ años _____ meses

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

P.19c. ¿La última vez que acudió su hijo/a al dentista, ortodoncista o protésico 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, ortodoncista o protésico al que consultó su hijo/a 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 4
- NS/NC 9

A TODOS/AS

P.20. Vamos a preguntarle ahora sobre el estado de la dentadura de su hijo/a

	SÍ	No	N/C
▪ ¿Tiene caries?	1	2	9
▪ ¿Le han extraído dientes/muelas por caries o por otro motivo?	1	2	9
▪ ¿Tiene dientes/muelas empastados (obturados)?	1	2	9
▪ ¿Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente?	1	2	9
▪ ¿Los dientes que tiene están sanos?	1	2	9
▪ No procede, no tiene dientes	3	-	-

P.21. Durante los últimos doce meses, ¿ha estado su hijo/a 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 su hijo/a hospitalizado en estos últimos doce meses?

Veces

- NS/NC 99

P.21b. ¿Estaba usted en la lista de espera para ingresar a su hijo/a por ese motivo?

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

P.21c. ¿Cuánto tiempo en meses? (si sólo fueron días contabilizar como "0" meses)

meses

- NS/NC 99

A TODOS/AS

P.22. En estos últimos doce meses, ¿ha tenido su hijo/a que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad propia?

- Sí, acudió 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 su hijo/a que utilizar un servicio de urgencias en estos últimos 12 meses?

veces

- NS/NC 99

P.22b. Refiriéndonos a la última vez que su hijo/a 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 de urgencias 3
- Un sanatorio, hospital o clínica privada 4
- Otros 5 } P.23
- NS/NC 9

P.22c. ¿Por qué fue usted a un servicio de urgencias?

- Se lo mandó el médico 1
- Usted, sus familiares u otras personas lo consideraron necesario 2
- Otros 3
- NS/NC 9

A TODOS/AS. AHORA VAMOS A HABLAR SOBRE LOS HABITOS DE SU HIJO/A

P.23. ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas al día duerme su hijo/a habitualmente?

Horas

- ... NS/NC 99

P.24. ¿Qué tipo de ejercicio físico hace su hijo/a en su tiempo libre, dígame cuál de estas posibilidades describe mejor la mayor parte de sus actividades en su tiempo libre? (Mostrar TARJETA B)

- No hace ejercicio. Su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, tumbado en la cama o la cuna) 1
- Hace alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, gimnasia, actividades recreativas de ligero esfuerzo, etc.) 2
- Hace actividad física regular varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.) 3
- Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces por semana 4
- Otros 5
- NS/NC 9

P.25. ¿Suele su hijo/a ver la televisión todos o casi todos los días?

- Sí 1
- No 2 ⇒ Pasar P.26
- N/C 9 ⇒ Pasar P.26

P.25a. ¿Durante cuánto tiempo, aproximadamente?

- Menos de 1 hora 1
- De 1 hora a 2 horas 2
- De 2 a 3 horas 3
- Más de 3 horas 4
- NS/NC 9

A TODOS/AS

P.26 En el pasado verano, cuándo su hijo/a estuvo al aire libre, ¿con qué frecuencia utilizó...?. Piense en una escala de 0 a 10, donde 0 sería nunca y 10 siempre.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces					Casi siempre	Siempre		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
* Crema solar con factor de protección de 15 o mayor											
* Camiseta para protegerse del sol...											
* Gorra o sombrero para protegerse del sol											
* Gafas de sol para protegerse del sol...											
* La sombra para evitar el sol											

P.26a En el pasado verano, ¿con qué frecuencia (utilizando la misma escala de 0 a 10) se expuso su hijo/a al sol entre las 12 de la mañana y las 5 de la tarde?

Nunca	Casi nunca	Algunas veces					Casi siempre	Siempre		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

P.26b Usted considera que tomar el sol es para su hijo/a.....

Muy sano	Sano	Sano y peligroso	Peligroso	Muy peligroso
1	2	3	4	5

P.26c Una quemadura solar es cualquier enrojecimiento o molestia durante más de 12 horas provocada por el sol u otra fuente de rayos U.V., como cabinas o lámparas solares. ¿Ha sufrido su hijo/a alguna quemadura solar en el último año?

- * Sí, con ampollas 1
- * Sí, sin ampollas 2
- * No 3
- * NS/NC 9

P.26d Imagínese que su hijo/a toma el sol sin ninguna protección. En ese caso:

- * Se quemaría siempre y no se pondría moreno nunca 1
- * Se quemaría fácilmente y se pondría muy poco moreno 2
- * Se quemaría moderadamente y se pondría moreno gradualmente 3
- * Se quemaría mínimamente y se pondría moreno siempre 4
- * Se quemaría raramente y se pondría muy moreno .. 5
- * Nunca se quemaría 6
- * NS/NC 9

P.27. ¿Podría decirme cuánto pesa su hijo/a, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?

_____ Kilos

- * No sabe 998
- * No contesta 999

P.27a. ¿Y cuánto mide, aproximadamente, su hijo/a sin zapatos?

_____ Cms.

- * No sabe 998
- * No contesta 999

P.28. 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.29. ¿Qué tipo de lactancia tuvo su hijo/a durante las primeras 4 semanas?, ¿y durante la 5ª y la 6ª semana?, ¿y hasta los 3 meses?, ¿y hasta los 6 meses?

	Pecho	Pecho/ biberón	Sólo biberón	NS NC
* 4 primeras semanas .	1	2	3	9
* 5ª y 6ª semana	1	2	3	9
* 7ª semana y hasta el 3º mes	1	2	3	9
* 4º mes al 6º mes	1	2	3	9

SÓLO PARA LOS NIÑOS/AS MENORES DE 2 AÑOS

P.30. ¿Y a qué edad le empezó a dar.....?

	Años	Meses	No ha empezado
* Cereales sin gluten	_____	_____	99
* Cereales con gluten	_____	_____	99
* Fruta	_____	_____	99
* Carne o pescado	_____	_____	99
* Huevo	_____	_____	99
* Leche normal (no especial para niños/as)	_____	_____	99

PARA NIÑOS/AS A PARTIR DE UN AÑO DE EDAD

P.31. Y ahora dígame ¿con qué frecuencia su hijo/a ...?

	Todos los días	5 ó 6 veces semana	3 ó 4 veces semana	1 ó 2 veces semana	< 1 vez semana	NS NC
▪ Toma fruta	1	2	3	4	5	9
▪ Toma verdura o puré de verdura	1	2	3	4	5	9
▪ Pescado, carne	1	2	3	4	5	9
▪ Huevos	1	2	3	4	5	9
▪ Yogures, petit suises	1	2	3	4	5	9
▪ Se baña o ducha	1	2	3	4	5	9
▪ Se lava los dientes por la mañana	1	2	3	4	5	9
▪ Leche	1	2	3	4	5	9

→ Pasar a P.33

P.32. ¿Cuánta leche bebe al día?

Menos de 1 vaso/taza	1 vaso/taza	2 vasos/tazas	3 ó más vasos/tazas	NS/NC
1	2	3	4	9

CUESTIONARIO PADRE/MADRE/TUTOR (BLOQUE C4.3)

Todas las siguientes preguntas van siempre referidas al adulto que contesta la entrevista que es el padre, la madre o tutor/a del niño/a.

Este bloque de preguntas no ha de hacerse cuando el adulto entrevistado coincida con el adulto seleccionado en la muestra de adultos. En este caso, pasar a Bloque C5 (P.40)

P.33. ¿Cuál es su estado civil?

- Casado/a 1 → P.34
- Soltero/a 2
- Separado/a 3
- Divorciado/a 4
- Viudo/a 5
- NS/NC 9

P.33a. ¿Vive usted actualmente en pareja?

- Sí 1
- No 2
- No contesta 9

P.34. ¿Cuál fue su lugar de nacimiento?

Provincia:

Extranjero: País:

P.35. ¿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.36. ¿Cuál es su situación laboral actual?

- Trabaja 1 → P.38a
- 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.36a. ¿Percebe usted alguna pensión (pública o privada)?

- Sí 1 → ¿Cuál?
- No 2
- NC 9

P.37. ¿Ha trabajado anteriormente?

- Sí 1 → Pasar a P.38a
- No 2 → Pasar a P.40
- NS/NC 9 → Pasar a P.40

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

- Trabaja o ha trabajado anteriormente (pasar a P.38a)
- No trabaja ni ha trabajado anteriormente (pasar a P.40)

PARA LOS QUE TRABAJAN O HAN TRABAJADO

P.38a. ¿Cuál es o era la actividad principal de la empresa donde trabaja o trabajaba?

--	--	--	--

P.38b. ¿Cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad o la última que ha desempeñado?

--	--	--	--

P.38c. ¿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.40

P.39. ¿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.39a. En total, ¿cuántas horas trabaja usted habitualmente a la semana?

--	--	--	--

 horas

P.39b. ¿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

CUESTIONARIO CABEZA DE FAMILIA (BLOQUE C.5)

ENTREVISTADOR/A: Las siguientes preguntas son sobre el /la esposo/a pareja (conviviente) de la persona entrevistada.

P.40. ¿Está usted casado/a y/o vive actualmente en pareja?

- Sí 1 ⇒ P.41
- No 2 ⇒ FIN
- No contesta 9 ⇒ FIN

P.41. ¿Cuál es el nivel más alto de estudios finalizados por su esposa/a y/o pareja?

- 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.41a. ¿Cuál es la situación laboral actual de su esposo/a y/o pareja?

- Trabaja 1 ⇒ P.42.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.41b. ¿Percibe su esposo/a y/o pareja alguna pensión (pública o privada)?

- Sí 1 ⇒ ¿Cuál?
- No 2
- NC 9

P.42c. ¿Cuál es o era la actividad principal de la empresa donde trabaja o la última empresa en la que ha trabajado su esposo/a y/o pareja?

--	--	--	--

P.42d. ¿Cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad o la última que ha desempeñado su esposo/a y/o pareja?

--	--	--	--

P.42e. ¿Cuál es la categoría profesional que tiene o tenía en la empresa donde trabaja o la última categoría profesional en la que ha trabajado su esposo/a y/o pareja?

- 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					FECHA DE REALIZACIÓN:			
TRIMESTRE	1	2	3	4	Día:	Mes:	Año:	
SEMANA DEL TRIMESTRE	1	2	3	4	DURACIÓN DE LA ENTREVISTA: <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> minutos			
DÍA DE LA SEMANA:					HORA DE REALIZACIÓN:			
Lunes	1	Viernes	5		Mañana (9-12)	1	Tarde (4-8)	3
Martes	2	Sábado	6		Mediodía (12-4)	2	Noche (8-10)	4
Miércoles	3	Domingo	7		SINCERIDAD DEL ENTREVISTADO:			
Jueves	4				Mucha	1	Poca	3
					Bastante	2	Ninguna	4

NOMBRE DEL/LA ENTREVISTADOR/A: **CÓDIGO:**

SUPERVISOR/A:

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

.....

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

NOMBRE DE LA PERSONA ENTREVISTADA:

DIRECCIÓN:

CÓDIGO POSTAL : **LOCALIDAD:**

PROVINCIA: **TELÉFONO CONTACTO:**

