

Anexo I

**Cuestionario Infantil  
2011-2012**





Escuela Andaluza de Salud Pública  
CONSEJERÍA DE SALUD

AÑO 2011!!!!!!!!!!!! -3679

CUESTIONARIO NÚMERO

   

INFANTIL

RUTA:          DISTRITO:         SECCIÓN:

MUNICIPIO: .....          PROVINCIA: .....

Buenos días/tardes, soy ..., entrevistador/a para la empresa DEMOMETRICA. En estos momentos estamos realizando la IV 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.

#\$%& ()&\* )b)+ '!, & -' \$%\*. /\$!

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**

012 314567! " #8!9 1: ; <4

**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.



(Continuación)										
MIEMBROS DEL HOGAR:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>P. 2a. ¿Presenta una o varias de las condiciones que voy a leerle? (señalar tantas opciones de respuesta como declare el encuestado)</b>										
<input type="checkbox"/> Padecer alguna enfermedad crónica ...	<input type="checkbox"/> 1									
<input type="checkbox"/> Padecer problemas de nervios, depresión o trastorno mental .....	<input type="checkbox"/> 2									
<input type="checkbox"/> Tener alguna limitación, discapacidad o minusvalía de tipo físico .....	<input type="checkbox"/> 3									
<input type="checkbox"/> Tener alguna limitación, discapacidad o minusvalía de tipo sensorial ...	<input type="checkbox"/> 4									
<input type="checkbox"/> Tener alguna limitación, discapacidad o minusvalía de tipo psíquico o mental.....	<input type="checkbox"/> 5									
<input type="checkbox"/> No lo sabe, no está seguro .....	<input type="checkbox"/> 7									
<input type="checkbox"/> No contesta .....	<input type="checkbox"/> 8									
<b>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)</b>										
<input type="checkbox"/> Sí .....	<input type="checkbox"/> 1									
<input type="checkbox"/> No .....	<input type="checkbox"/> 2									
<input type="checkbox"/> No lo sabe, no está seguro .....	<input type="checkbox"/> 7									
<input type="checkbox"/> No contesta .....	<input type="checkbox"/> 8									
<b>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</b>										
<b>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)</b>										
<input type="checkbox"/> Habitualmente se cuida él/ella mismo/a .....	<input type="checkbox"/> 1									
Habitualmente lo/la cuida yo (la persona que contesta el cuestionario):										
<input type="checkbox"/> Yo solo/sola ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ..	<input type="checkbox"/> 2.1									
<input type="checkbox"/> Mi pareja y yo ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ..	<input type="checkbox"/> 2.2									
<input type="checkbox"/> Yo, junto a otra persona que no es mi pareja ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ..	<input type="checkbox"/> 2.3									
<input type="checkbox"/> Otra opción .....	<input type="checkbox"/> 2.4									
<input type="checkbox"/> Habitualmente lo cuida otra persona que no reside en el hogar	<input type="checkbox"/> 3									
<input type="checkbox"/> Habitualmente lo cuida otra persona del hogar	<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 vienes (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/as? (admite respuesta múltiple)**

Sí, una persona contratada para ello ..... 1

Si, profesionales de los servicios Sociales o sanitarios ..... 2

Si, 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

➔ 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 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 las instalaciones con las que cuenta su vivienda?**

	Si	No
<input type="checkbox"/> Agua corriente .....	1	2
<input type="checkbox"/> Agua caliente.....	1	2
<input type="checkbox"/> Ascensor .....	1	2
<input type="checkbox"/> Refrigeración (aire acondicionado, aparatos móviles, NO ventiladores)	1	2

**P.4d. ¿De qué tipo de calefacción dispone su vivienda?**

- Calefacción colectiva ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! .. 1
- Calefacción individual (se excluyen aparatos que permiten calentar alguna habitación, como radiadores eléctricos)! ! 2
- No tiene instalación de calefacción pero sí algún aparato que permite calentar alguna habitación (ej: radiadores eléctricos). 3
- No tiene calefacción ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! .. 4

**P.4e. ¿Tiene Vd. falta de espacio en su vivienda?**

- Sí ..... 1
- No ..... 2
- NS/NC ..... 9

**P.4f. ¿Posee/tiene Vd. otra vivienda que se pueda utilizar como residencia aunque no la utilice habitualmente?**

- Sí ..... 1
- No ..... 2
- NS/NC ..... 9

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

	Mucho	Algo	Nada	NS/NC
<input type="checkbox"/> El ruido procedente del exterior de su vivienda le resulta molesto .....	1	2	3	9
<input type="checkbox"/> Su vivienda sufre de malos olores procedentes del exterior .....	1	2	3	9
<input type="checkbox"/> En el barrio donde usted vive la contaminación del aire es elevada .....	1	2	3	9
<input type="checkbox"/> Su barrio se encuentra afectado por alguna industria contaminante .....	1	2	3	9
<input type="checkbox"/> En el barrio donde usted vive hay espacios verdes suficientes .....	1	2	3	9
<input type="checkbox"/> En el barrio donde usted vive hay delincuencia/inseguridad ! ! ! ! ! ! ! ! ..	1	2	3	9
<input type="checkbox"/> En el barrio donde usted vive hay tráfico intenso de vehículos de motor! ..	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	Nada	Poco	Moderada-mente	Mucho	Muchísimo
	¿El chico/a se ha sentido bien y en forma?	✂	✂	✂	✂
¿El chico/a ha podido correr bien?	✂	✂	✂	✂	✂
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿El chico/a ha estado contento/a con su forma de ser?	✂	✂	✂	✂	✂
¿Al chico/a le ha preocupado su aspecto?	✂	✂	✂	✂	✂
	Nada	Poco	Moderada-mente	Mucho	Muchísimo
¿El chico/a se ha sentido satisfecho/a con su vida?	✂	✂	✂	✂	✂
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿El chico/a se ha sentido triste?	✂	✂	✂	✂	✂
¿El chico/a ha tenido la sensación de que todo en su vida le sale mal?	✂	✂	✂	✂	✂

**KIDSCREEN-1 (CONT.)**

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

Por favor, cuando conteste las siguientes preguntas considere 'padres' o bien usted y/o la persona principal que cuida al 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.

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

**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

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

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

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

**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
<input type="checkbox"/> Su nivel de asistencia a la escuela o guardería .....	1	2	9
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Asma .....	1	2	9
<input type="checkbox"/> Bronquitis crónica (no asma) .....	1	2	9
<input type="checkbox"/> Alergias crónicas (no asma) .....	1	2	9
<input type="checkbox"/> Diabetes .....	1	2	9
<input type="checkbox"/> Anomalía congénita/malformación congénita .....	1	2	9
<input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita u otra enfermedad del corazón .....	1	2	9
<input type="checkbox"/> Trastornos convulsivos .....	1	2	9
<input type="checkbox"/> Trastornos huesos y/o articulaciones y/o musculares .....	1	2	9
<input type="checkbox"/> Trastornos intestinales crónicos (como diarrea) .....	1	2	9
<input type="checkbox"/> Trastornos mentales (incluido retraso mental) .....	1	2	9
<input type="checkbox"/> Síndrome de Down .....	1	2	9
<input type="checkbox"/> Ceguera o problemas de visión .....	1	2	9
<input type="checkbox"/> Sordera o problemas de audición .....	1	2	9
<input type="checkbox"/> Defectos del habla .....	1	2	9
<input type="checkbox"/> Parálisis .....	1	2	9
<input type="checkbox"/> Tumor maligno .....	1	2	9
<input type="checkbox"/> Leucemia .....	1	2	9
<input type="checkbox"/> Problemas de riñón .....	1	2	9
<input type="checkbox"/> Falta de un miembro (mano, pierna, brazo, pie) .....	1	2	9
<input type="checkbox"/> 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.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
- ✍ 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 acudí 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, Adeslas, Asisa) ..... 2
- ✍ Médico privado/particular ..... 3
- ✍ Otros ..... 4
- ✍ NS/NC ..... 9

**A TODOS/AS**

**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 } P.20  
 ✍ 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
<input type="checkbox"/> ¿Tiene caries? .....	1	2	9
<input type="checkbox"/> ¿Le han extraído dientes/muelas por caries o por otro motivo? .....	1	2	9
<input type="checkbox"/> ¿Tiene dientes/muelas empastados (obturados)? .....	1	2	9
<input type="checkbox"/> ¿Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente? .....	1	2	9
<input type="checkbox"/> ¿Los dientes que tiene están sanos? .....	1	2	9
<input type="checkbox"/> 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 HÁBITOS 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







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

**P.41.** ¿Está usted casado/a y/o vive actualmente en pareja?

- Sí ..... 1 ⇨ **P.42**
- No ..... 2 ⇨ **P.43**
- No contesta ! ! ! ! ! . 9 ⇨ **P.43**

**P.42.** ¿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.42a.** ¿Cuál es la situación laboral actual de su esposo/a y/o pareja?

- Trabaja ..... 1 ⇨ **P.42c**
- 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.42b.** ¿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

Anexo II

## **Definición de Variables**



La siguiente tabla muestra las variables estudiadas. La formulación de las preguntas puede consultarse en el cuestionario de la EAS 2011-2012 (Anexo I).

I. Nivel de Salud	Variables Cuestionario Infantil EAS 11
Percepción de mala salud	P 7
Estado de salud general	P8
Enfermedades crónicas	P10
Accidentes	P11
Limitación	P12
Días en cama	P13
Consumo de medicamentos	P15
Salud bucodental	P20
II. Uso de servicios sanitarios	
Porcentaje de menores que acudieron a alguna consulta médica en los 15 días previos a la realización de la entrevista	P17
Número de consultas demandadas en los últimos 15 días	P17a
Lugar de consulta	P18
Motivo principal de la consulta	P18a
Profesional de medicina visitado/a	P18b
Porcentaje de menores que acudieron a alguna consulta odontológica en el semestre anterior	P19
Porcentaje de menores que nunca han acudido a una consulta dental	P19b
Motivo de la consulta dental	P19c
Tipo de dentista consultado en la última visita	P19d
Porcentaje de menores que recibieron una consulta urgente en el último año	P22
Porcentaje de menores que acudieron en más de una ocasión a una consulta urgente en los últimos 12 meses	P22a
Persona que indicó que el o la menor fuera al servicio de urgencias	P22c
Porcentaje de menores que estuvieron ingresados en el último año	P21
III. Hábitos de vida	
Proporción de menores que diariamente ven la televisión	P25
Tiempo que los y las menores destinan cada día a ver la televisión	P25a
Frecuencia baño / ducha	P31
Frecuencia lavado de dientes	P31
Sedentarismo	P24
Cuidados frente al sol	P26
Frecuencia de exposición al sol en las horas centrales del día	P26a
Proporción de niños y niñas que sufrieron quemaduras solares	P26c
Número de horas diarias destinadas a dormir	P23

IV. Alimentación	
Índice de Masa Corporal	P27 y P27a
Percepción del peso en relación a la altura del o la menor	P28
Tipo de lactancia recibida en los primeros meses de vida	P29
Inicio al consumo de alimentos	P30
Hábitos alimentarios	P31

A continuación se describen algunas de las recodificaciones/tratamientos de las variables previas al análisis de las mismas:

#### Bloque 1

- **Percepción de mala salud.** La variable estudiada es la unión de las dos opciones más desfavorables: Regular y Mala (pregunta 7 del cuestionario).

#### Bloque 3

- **Sedentarismo.** Definimos sedentarismo en el tiempo libre cuando la persona entrevistada declara no hacer ningún ejercicio en su tiempo libre (pregunta 24 del cuestionario).
- **Uso de crema solar con factor de protección 15 o mayor.** La variable estudiada es la agregación de las opciones Casi siempre y Siempre (pregunta 26 de cuestionario).
- **Uso de camiseta.** La variable estudiada es la agregación de las opciones Casi siempre y Siempre (pregunta 26 de cuestionario).
- **Uso de gorra o sombrero.** La variable estudiada es la agregación de las opciones Casi siempre y Siempre (pregunta 26 de cuestionario).
- **Uso de gafas de sol para protegerse del sol.** La variable estudiada es la agregación de las opciones Casi siempre y Siempre (pregunta 26 de cuestionario).
- **Uso de sombra para evitar el sol.** La variable estudiada es la agregación de las opciones Casi siempre y Siempre (pregunta 26 de cuestionario).
- **Frecuencia de exposición al sol en las horas centrales del día.** La variable estudiada es la agregación de las opciones Casi siempre y Siempre (pregunta 26a de cuestionario).

#### Bloque 4

- **Índice de Masa Corporal (IMC).** Su cálculo se realizó a partir de los datos de peso y altura (preguntas 27 y 27ª del cuestionario, respectivamente) y relacionándolos con la edad del niño o niña según los estándares establecidos por la OMS (WHO) sobre obesidad infantil. La variable resultante se categorizó en:
  - Bajo de peso: puntuaciones z para el IMC inferior a -2
  - Peso normal: puntuaciones z para el IMC entre -2 y 1 (ambos inclusive)
  - Riesgo de obesidad o sobrepeso: puntuaciones z para el IMC entre 1 y 2 (inclusive)
  - Obesidad: puntuaciones z para el IMC superior a 2
  
- **Tipo de lactancia recibida en los primeros meses de vida.** Se define la variable para las 6 primeras semanas como la unión de las variables de las 4 primeras semanas y la 5ª y 6ª semana (pregunta 29 del cuestionario).

Además las variables de estratificación fueron:

- **Sexo:** Niño, niña.
- **Edad:** Los grupos de edad estudiados fueron de 0 a 2 años, de 3 a 7 años, de 8 a 15 años.
- **Provincia:** Almería, Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén, Málaga y Sevilla.
- **Nivel de estudios dominante:** Se refiere al nivel de estudios más alto que existe en la unidad familiar y que corresponda al padre, madre o persona encargada de la tutela del o la menor. Para esta variable las categorías son hasta primarios, secundarios, estudios universitarios.
- **Clase social dominante:** Se refiere a la clase social más alta que existe en la unidad familiar y que corresponda al padre, madre o persona encargada de la tutela del o la menor. Su cálculo se realizó en función de la ocupación, según la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 1994. De esta clasificación resultó la siguiente codificación de la variable:
  - Clases sociales I y II: Directivos, profesiones asociadas a estudios universitarios, artistas y deportistas.
  - Clase social III: Empleados de tipo administrativo, profesionales de apoyo a la gestión, trabajadores de los servicios personales y de seguridad, trabajadores por cuenta propia, supervisores de trabajadores manuales.
  - Clases sociales IVa, IVb, V y en situación de desempleo: trabajadores manuales cualificados y semicualificados, trabajadores no cualificados y personas desempleadas.