



CUESTIONARIO NÚMERO



ADULTOS

RUTA: DISTRITO: SECCIÓN:

MUNICIPIO: PROVINCIA:

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

(Continuación)										
MIEMBROS DEL HOGAR:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
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									
▪ No	<input type="checkbox"/> 2									
▪ No lo sabe, no está seguro	<input type="checkbox"/> 8									
▪ No contesta	<input type="checkbox"/> 9									
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									
Habitualmente lo/la cuido yo (la persona entrevistada):										
▪ Yo solo/sola	<input type="checkbox"/> 2.1									
▪ Mi pareja y yo	<input type="checkbox"/> 2.2									
▪ Yo, junto a otra persona que no es mi pareja	<input type="checkbox"/> 2.3									
▪ Otra opción	<input type="checkbox"/> 2.4									
▪ Habitualmente lo cuida otra persona que no reside en el hogar	<input type="checkbox"/> 3									
▪ 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 ENTREVISTADA 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 P2f.

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/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.2f. ¿Se encarga habitualmente del cuidado de alguna persona fuera del hogar (en otro domicilio) sin percibir ningún tipo de remuneración por ello?

- Sí 1
- No 2
- NS/NC 9

→ P.2g. ¿Cuántas horas diarias dedica usted a cuidar de esas personas fuera del hogar?

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

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 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?

	Sí	No
▪ Agua corriente	1	2
▪ Agua caliente.....	1	2
▪ Ascensor	1	2
▪ 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 Ud. falta de espacio en su vivienda?

- Sí 1
- No 2
- NS/NC 9

P.4f. ¿Posee/tiene Ud. 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
▪ 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
▪ En el barrio donde usted vive hay delincuencia/inseguridad	1	2	3	9
▪ 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

Las preguntas que siguen se refieren a lo que Ud. 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 que 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 aparecen una serie de enfermedades crónicas. ¿Le ha dicho un/a profesional de la salud (médico/a, enfermero/a) que usted padece actualmente alguna de ellas? (Entrevistador/a: Mostrar TARJETA A). Si responde "SI" hacer P.14a, P.14b y p14c:**
P.14a. ¿Recibe medicación u otro tipo de terapia por ello?
P.14b. ¿Esa condición le limita alguna de sus actividades?
P.14c. ¿Cuánto tiempo hace que se la diagnosticaron?

ENFERMEDAD CRÓNICA	P.14			P.14a		P.14b		P.14c		
	¿Le ha dicho un/a profesional de la salud si tiene esta condición? (si es 'No', saltar a la siguiente)			¿Recibe medicación u otro tipo de terapia por ello?		¿Esa condición le limita alguna de sus actividades?		¿Cuánto tiempo hace que se la diagnosticaron?		
	Sí	No	No lo sabe	Sí	No	Sí	No	Últimos 12 meses	De 1 a 4 años	Más de 4 años
1. Cáncer (tumor maligno, incluido leucemia, linfoma)	<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"/>
2. Diabetes/azúcar alta en sangre/azúcar en orina	<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"/>
3. Hipertensión/presión arterial alta	<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"/>
4. Colesterol alto	<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"/>
5. Colitis y enfermedades crónicas intestinales/ Enf. inflamatoria intestinal/ Enfermedad de Crohn	<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"/>
6. Úlcera de estómago/duodeno	<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"/>
7. Estreñimiento crónico	<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"/>
8. Enfermedad crónica del pulmón / enfisema / bronquitis crónica	<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"/>
9. Asma	<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"/>
10. Trastornos cardíacos/insuficiencia cardíaca /insuficiencia cardíaca congestiva	<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"/>
11. Infarto de miocardio/ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Angina/dolor de pecho	<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"/>
13. Dolor de espalda, cuello, hombro, cintura (cervical/lumbar)	<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"/>
14. Fibromialgia	<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"/>
15. Problemas crónicos de la piel	<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"/>
16. I er ias crónicas como rinitis, inflamación de ojos, dermatitis, alergia a los alimentos, etc), asma alér ica e cluida	<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"/>
17. Anemia u otra enfermedad de la sangre	<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"/>
18. Mala circulación	<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"/>
19. Varices en las piernas	<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"/>
20. Hemorroides	<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"/>
21. Migrañas/Jaquecas/ Cefaleas crónicas / dolor de cabeza frecuente	<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"/>
22. Accidente cerebrovascular/hemorragia cerebral	<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"/>
23. Trastornos depresivos	<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"/>
24. Trastornos de ansiedad	<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"/>
25. Otros problemas mentales	<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"/>
26. Hipoacusia / problemas de audición	<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"/>
27. Cataratas	<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"/>
28. Artritis o reumatismo	<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"/>
29. Osteoporosis	<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"/>
30. Cirrosis/enfermedad del hígado / disfunción hepática	<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"/>
31. Enfermedad del riñón	<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"/>
32. Incontinencia urinaria	<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"/>
33. Esterilidad	<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"/>
34. (SÓLO HOMBRES) Trastornos de próstata	<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"/>
35. (SÓLO MUJERES) Dolor menstrual	<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"/>
(Continúa)										

¿Tiene alguna otra condición crónica que no haya sido mencionada antes? Si es así, por favor especifíquelas:	P.14			P.14a		P.14b		P.14c		
	¿Le ha dicho un/a profesional de la salud si tiene esta condición? (si es 'No', saltar a la siguiente)			¿Recibe medicación u otro tipo de terapia por ello?		¿Esa condición le limita alguna de sus actividades?		¿Cuánto tiempo hace que se la diagnosticaron?		
	Sí	No	No lo sabe	Sí	No	Sí	No	Últimos 12 meses	De 1 a 4 años	Más de 4 años
	<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"/>
	<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"/>
	<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"/>

ACCIDENTES

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

- Sí 1 → ¿Cuántos accidentes?

 No 2 ⇒ **Pasar a P.16**

P.15a. ¿Y en los últimos tres meses?

- Sí 1 → ¿Cuántos accidentes?

 No 2

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

- En su casa 1
- En su centro de formación 2
- En su centro de trabajo 3
- En un lugar de recreo, deporte 4
- En una vía pública, calle, edificio público, edificio comercial, etc. Que no sea accidente de tráfico 5
- En la vía pública; accidente de tráfico como conductor 6
- En la vía pública: accidente de tráfico como pasajero 7
- En la vía pública: accidente de tráfico como peatón 8
- En otro lugar, especificar 9
-

P.15c. ¿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.15d. 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/AS. CONSUMO DE MEDICAMENTOS Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

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.16b. Para los medicamentos consumidos, ¿fueron recetados por el médico?

	P16a CONSUMIDO		P.16b 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, sedantes	1	2	1	2
▪ Pastillas para dormir	1	2	1	2
▪ Medicamentos antidepresivos	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
▪ Medicamentos para la diabetes	1	2	1	2
▪ Medicinas para alteraciones digestivas	1	2	1	2
▪ Medicamentos para bajar el colesterol	1	2	1	2
▪ Hormonas para la menopausia sólo a mujeres).....	1	2	1	2
▪ n ticonceptivos sólo a mujeres)	1	2	1	2
▪ Otros (especificar)	1	2	1	2
▪	1	2	1	2

A TODOS/AS

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.17h
- N/C 9 ➡ Pasar P.17h

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 98
- NS/NC 99

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
- Geriatria 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. 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

(P17h únicamente a los que respondieron 2 ó 9 en P.17a. Resto continuar en P.18)

P.17h. ¿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/AS

P.18 Durante los últimos 12 meses, es decir, desde (fecha de hace un año) ¿ha visitado para usted mismo/a un...?

	Si	No	No sabe	N/C
• Laboratorio de análisis	1	2	8	9
• Centro o servicio de radiología	1	2	8	9
• Fisioterapeuta	1	2	8	9
• Enfermero/a, matrona (excluyendo las hospitalizaciones, atención domiciliaria, o en un laboratorio médico o centro de radiología)	1	2	8	9
• Psicólogo o psicoterapeuta	1	2	8	9

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.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

TABACO

P.23. Cambiando de tema, ¿podría usted decirme si fuma (tabaco y/o marihuana/hachís)? En caso de que fume o haya fumado, ¿a qué edad empezó a fumar?

	Tabaco	Hachís/ Marihuana
• Si, fuma diariamente	1	1
• Si, fuma pero no diariamente	2	2
• No fuma, pero ha fumado	3	3
• No fuma ni ha fumado nunca de manera habitual	4	4
• No contesta	9	9

Edad de inicio tabaco: años NC...99

Edad de inicio hachís/marihuana: años NC...99

P.24. 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 hachís	1	2	9
▪ Marihuana o hachís sin mezclar con tabaco)	1	2	9
▪ Otros	1	2	9

FUMADORES: (Hacer P.24a y siguientes sólo a fumadores, dígito 1 y 2 en P.23). Resto, pasar a P.25

P.24a. ¿Qué cantidad de tabaco fuma usted por término medio al día?

cigarrillos pipas puros

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

- Más 1
- Igual 2
- Menos 3
- NC 9

P.24c. Su médico, ¿le ha aconsejado que deje de fumar?

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

P.24d. ¿Ha intentado alguna vez dejar de fumar?

- Sí 1
- No 2 ⇒ P.24f
- NC 3 ⇒ P.24f

¿Cuántas veces?

P.24e. 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.24f. ¿Le gustaría dejar de fumar?

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

EXFUMADORES: (Hacer P.25 hasta P.25b sólo a los exfumadores, dígito 3 en P.23). Resto, pasar a P.26

P.25. ¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar tabaco?

meses años

P.25a. ¿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.25b. ¿Qué cantidad de tabaco fumaba por término medio al día?

cigarrillos puros pipas

A TODOS/AS

P.26. ¿Algún miembro de su familia fuma habitualmente en su casa?

- Sí 1
- No 2
- No procede vive sola(o) 3
- NC 9

P.27. Fuera de casa, o del trabajo ¿cuánto tiempo al día, de media, pasa en ambientes cargados de humo de tabaco durante los días de diario? ¿y durante los fines de semana?

	Nunca	Menos de una hora	De 1 a 4 horas	Más de 4 horas	NS/NC
▪ Días de diario (de lunes a viernes)	1	2	3	4	9
▪ Fin de semana (sábado y domingo)	1	2	3	4	9

A TODOS/AS: CONSUMO DE ALCOHOL

P.29. 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 consumo con una frecuencia de al menos una vez al mes, pero he consumido antes con esa frecuencia..... 2
 - No, nunca he consumido bebidas alcohólicas..... 3
 - NS/NC 9
- } Pasar P.33

P.29a. ¿Ha bebido usted en estas dos últimas semanas alguna bebida alcohólica?

- Sí, diariamente 1
- Si, pero no diariamente.. 2
- No 3
- NS/NC 9

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

	P.30.											P.30a.
	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	Nº vasos cada vez
• Vino	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
• Cerveza, sidra, tinto de verano ..	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
• Jerez, vermouth.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
• Champán, cava.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
• Licores (anís, coñac, ron, whisky, ginebra, pacharán, etc.)..	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
• Combinados (cuba libre, gin tonic, etc.)..	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>

P.30a. ¿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/AS:
SUEÑO y EJERCICIO FÍSICO**

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

horas

- NS/NC 99

P.33a Las horas que duerme, ¿le permiten descansar lo suficiente?

- Sí 1
- No 2
- N/S 8
- N/C 9

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. ¿Cuántos días a la semana practica normalmente durante más de 30 minutos? (incluyendo desplazamientos al trabajo o actividades similares)

Nº de días/sem

- Caminar 1
- Una actividad física ligera como gimnasia suave, juegos que requieren poco esfuerzo y similares 2
- Una actividad física moderada como montar en bicicleta, gimnasia, aeróbic, correr, natación 3
- Entrenamiento físico deportivo como fútbol, baloncesto, ciclismo, natación de competición, judo, kárate o similares 4

IPAQ

P.34d1.

Piense en todas las actividades **INTENSAS** que usted realizó en los últimos 7 días. Las actividades físicas **INTENSAS** se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico intenso y que lo hacen respirar mucho más intensamente que lo normal. Piense *solo* en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos.

Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos realizó actividades físicas **INTENSAS** tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta?

Días por semana → P.34d2

Ninguna actividad física intensa 9 → P.34e1

P.34d2. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física **INTENSA** en uno de esos días?

___/___ Horas por día ___/___ minutos por día

No sabe/No está seguro 99

P.34e1.

Piense en todas las actividades **MODERADAS** que usted realizó en los últimos 7 días. Las actividades **MODERADAS** son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que lo hace respirar algo más intensamente que lo normal. Piense *solo* en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos.

Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días hizo actividades físicas **MODERADAS** como transportar pesos livianos, andar en bicicleta a velocidad regular o jugar dobles de tenis? No incluya caminar.

Días por semana → P.34e2

Ninguna actividad física moderada 9 → P.34f1

P.34e2. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física **MODERADA** en uno de esos días?

___/___ Horas por día ___/___ minutos por día

No sabe/No está seguro 99

P.34f1.

Piense ahora en el tiempo que usted dedicó a caminar en los últimos 7 días. Esto incluye caminar en el trabajo o en la casa, para trasladarse de un lugar a otro, o cualquier otra caminata que usted podría hacer solamente para la recreación, el deporte, el ejercicio o el ocio.

Durante los últimos 7 días, ¿En cuántos caminó por lo menos 10 minutos seguidos?

Días por semana → P.34f2

Ninguna caminata 9 → P.34g

P.34f2. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?

___/___ Horas por día ___/___ minutos por día

No sabe/No está seguro 99

P.34g.

La última pregunta es acerca del tiempo que pasó usted **SENTADO** durante los días hábiles de los **últimos 7 días**. Esto incluye el tiempo dedicado al trabajo, en la casa, en una clase, y durante el tiempo libre. Puede incluir el tiempo que pasó sentado ante un escritorio, visitando amigos, leyendo, viajando, o sentado o recostado mirando la televisión.

Durante los **últimos 7 días** ¿cuánto tiempo pasó **SENTADO** durante un día hábil?

___/___ Horas por día ___/___ minutos por día

No sabe/No está seguro 99

P.35. ¿Le ha aconsejado su médico que haga algún tipo de ejercicio físico?

- Sí 1
- No 2
- NS/NC 9

ALIMENTACIÓN

P.36. En relación a sus hábitos alimentarios ¿qué suele **desayunar** habitualmente?

- Café, leche, té, chocolate, cacao, yogur, etc..... 1
- Pan, tostadas, galletas, cereales, bollería, etc..... 2
- Fruta y/o zumo 3
- Alimentos como huevos, queso, jamón, etc..... 4
- Otro tipo de alimentos 5
- Nada, no suele desayunar 6
- Ns/Nc 9

P.36a. ¿Cuántos litros de agua bebe normalmente al día?

- Menos de medio litro 1
- De medio a 1 litro 2
- De 1 litro a litro y medio 3
- De 1 litro y medio a 2 litros 4
- Más de 2 litros 5
- N/C 9

P.36b. Le voy a leer una serie de alimentos para que me diga con qué frecuencia los consume Ud. (MOSTRAR TARJETA C)

	A diario	Tres o más veces a la semana	Una/dos veces a la semana	Menos de 1 vez semana	Nunca o casi nunca	N/C
• Café, té,	1	2	3	4	5	9
• Leche y derivados (yogur, postres lácteos, queso, ...)	1	2	3	4	5	9
• Pan, cereales	1	2	3	4	5	9
• Legumbres (lentejas, judías, garbanzos)	1	2	3	4	5	9
• Pasta (fideos, macarrones, espaguetis, ...) arroz, patatas	1	2	3	4	5	9
• Fruta fresca (excluyendo zumos).....	1	2	3	4	5	9
• Zumo natural de frutas o verduras	1	2	3	4	5	9
• Verduras, ensaladas y hortalizas	1	2	3	4	5	9
• Carne (pollo, ternera, cerdo, cordero, etc.).....	1	2	3	4	5	9
• Embutidos y fiambres.....	1	2	3	4	5	9
• Pescado	1	2	3	4	5	9
• Huevos	1	2	3	4	5	9
• Comida rápida (pollo frito, bocadillos, pizzas, hamburguesas)	1	2	3	4	5	9
• Refrescos con azúcar	1	2	3	4	5	9
• Dulces (galletas, mermelada, chocolate)	1	2	3	4	5	9

A TODOS/AS: PRÁCTICAS PREVENTIVAS

Las siguientes preguntas se refieren a prácticas preventivas en relación con la salud

P.37. Pasando a otro tema, querríamos saber si se ha vacunado de la gripe en la última campaña

- Sí 1 ⇒ **P.37a**
- No 2 ⇒ **P.38**
- NC 3 ⇒ **P.38**

P.37a. ¿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/AS

P.38. Ahora me gustaría preguntarle sobre la revisión de la tensión arterial, niveles de colesterol, y niveles de glucosa.

	SI	NO	Ns/Nc
P.38.a ¿Le ha tomado la tensión alguna vez un/a profesional sanitario/a, excluyendo las tomas de tensión en farmacias?	1	2	9
P.38.b ¿le han medido alguna vez sus niveles de colesterol por prescripción médica, excluyendo las mediciones en farmacias?	1	2	9
P.38.c ¿le han medido alguna vez sus niveles de glucosa (azúcar) por prescripción médica, excluyendo las mediciones en farmacias?	1	2	9

P.39. ¿Cuánto tiempo hace que le midieron por última vez? (Entrevistador/a: Preguntar por tensión arterial/niveles de colesterol/glucosa según las respuestas afirmativas en P.38)?

	P.39a Tensión arterial	P.39b Coles-terol	P.39c Glu-cosa
▪ Menos de 3 meses.....	1	1	1
▪ 3 a 5 meses	2	2	2
▪ Entre seis meses y un año	3	3	3
▪ Entre uno y tres años	4	4	4
▪ Más de 3 años.....	5	5	5
▪ No sabe/No recuerda	9	9	9

P.40. En los últimos 12 meses, es decir, desde principios de 2014 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.41a. ¿Usted o su pareja usan algún método anti-conceptivo? (marque sólo una o el más usado)

- No 1 ⇒ **P.41b**
- 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
- Píldora del día después 11
- Otros, especificar 12

P.42

P.41b. 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

(ÚNICAMENTE MUJERES. RESTO, PASAR A P.44)

P.42 ¿Ha acudido alguna vez a un ginecólogo?

- Sí 1 ⇒ **P.42a**
- No 2 ⇒ **P.43**
- NC 9 ⇒ **P.43**

P.42a ¿Cuándo ha efectuado la última visita a un ginecólogo por algún motivo distinto a los relacionados con un embarazo o parto?

- Hace menos de 6 meses 1
- Entre 6 meses y 1 año 2
- Entre 1 y 3 años 3
- Hace 3 o más años 4
- Nunca ha ido por motivos diferentes al embarazo o parto 9 ⇒ **P.43**

P.42b ¿Podría decirme el motivo de la última consulta (que no sea embarazo/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

P.42c. ¿Dónde tuvo lugar esta última consulta?

- Servicio sanitario público 1
- Servicio sanitario privado 2
- No sabe/No contesta 3

P.43. ¿Le han hecho alguna vez una mamografía (radiografía de mama) por prescripción de algún especialista?

- Sí 1
- No 2 ⇒ **P.43c**
- NC 9 ⇒ **P.43c**

P.43a. ¿Cuándo le han hecho la última mamografía?

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

P.43b. ¿Dónde le hicieron la última mamografía?

- Servicio sanitario público 1
- Servicio sanitario privado 2
- No sabe/No contesta 3

P.43c. ¿Le han hecho alguna vez una citología vaginal (muestra de células) por prescripción de algún especialista?

- Sí 1
- No 2 ⇒ **P.44**
- NC 9 ⇒ **P.44**

P.43d. ¿Cuándo le han hecho la última citología vaginal?

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

P.43e. ¿Dónde le hicieron la última citología vaginal?

- Servicio sanitario público 1
- Servicio sanitario privado 2
- No sabe/No contesta 3

(HOMBRES Y MUJERES DE 50 Y MÁS AÑOS. RESTO, PASAR A P.45)

P.44 ¿Se ha hecho alguna vez una prueba para detectar el cáncer de colon-recto?

- Sí 1
- No 2 ⇒ **P.45**
- NC 9 ⇒ **P.45**

P.44a. ¿Qué tipo de prueba le han realizado?

- Análisis de sangre 1
- Sangre oculta en heces 2
- Endoscopia 3
(Colonoscopia/Sigmoidoscopia/Rectoscopia)
- Otras 4
- No sabe / no recuerda 8
- No contesta 9

P. 44b. ¿En qué año se hizo la última prueba?

- Año: _____
- No sabe/no recuerda 8
- No contesta 9

P.44c. ¿Quién le recomendó la realización de esta prueba?

- Lo solicité yo mismo/a 1
- Me lo sugirió mi médico de cabecera 2
- Me lo sugirió otro médico especialista del SAS 3
- Me lo sugirió otro médico del servicio privado 4
- No sabe/no recuerda 8
- No contesta 9

P.44d. ¿Dónde le hicieron esta última prueba?

- Servicio sanitario público 1
- Servicio sanitario privado 2
- No sabe/No contesta 3

A TODOS/AS: PROTECCION SOLAR

P.45. En el pasado verano, cuándo estuvo al aire libre, ¿con qué frecuencia utilizó....?. Piense en una escala de 0 a 10, donde 0 sería nunca y 10 siempre

	Nun-Ca	Casi nunca			Algunas veces			Casi siempre			Siem-pre
▪ Crema solar con factor de protección de 15 o mayor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
▪ Camiseta para protegerse del sol.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
▪ Gorra o sombrero para protegerse del sol	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
▪ Gafas de sol para protegerse del sol.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
▪ La sombra para evitar el sol	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
▪ Crema solar con factor de protección de 50 o más.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

P.45a En el pasado verano, ¿con qué frecuencia (utilizando la misma escala de 0 a 10) se expuso 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.45b ¿Ha utilizado en los últimos 5 años cabinas o lámpara de rayos ultravioleta (uva)?

No, nunca	Si, alguna vez	Sí, muchas veces
0	1	2

P.45c 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 usted alguna quemadura solar en el último año?

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

P.46. Imagínese que 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.54.3. ¿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.54.4. ¿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.54.5. ¿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.54.6. ¿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.54.7. ¿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.54.8. ¿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.54.9. ¿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.54.10. ¿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.54.11. ¿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.54.12. ¿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.54.13. ¿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.54.14. ¿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.54.15. ¿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.54.16. ¿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.54.17. ¿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 QUIÉNES CONTESTARON CÓDIGO DISTINTO A "0" EN ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS DE P.54.1. A P.54.7 ó P.54.15 (AVDs INSTRUMENTALES)

P.55. Si tiene dificultades, ¿quién le ayuda?

- Nadie 1
- Su pareja 2
- Un familiar que vive con usted (ESPECIFICAR N° 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 QUIÉNES CONTESTARON CÓDIGO DISTINTO A "0" EN ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS DE P.54.8 A P.54.14 ó P.54.16 ó P.54.17 (AVDs BÁSICAS)

P.56. Si tiene dificultades, ¿quién le ayuda?

- Nadie 1
- Su pareja 2
- Un familiar que vive con usted (ESPECIFICAR N° 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/AS: APOYO AFECTIVO Y PERSONAL

P.57. En términos generales, ¿en qué medida se considera Ud. una persona feliz o infeliz? Por favor, use una escala de 0 a 10, en la que 0 significa que se considera "completamente infeliz" y 10 que se considera "completamente feliz".

Completamente Infeliz

Completamente feliz

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc 99
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------

P.57a. 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 D)

		Tanto como deseo	Casi como deseo	Ni mucho ni poco	Menos de lo que deseo	Mucho menos de lo que deseo
P.57.1.	Recibo visitas de mis amigos y familiares	5	4	3	2	1
P.57.2.	Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	5	4	3	2	1
P.57.3.	Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	5	4	3	2	1
P.57.4.	Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	5	4	3	2	1
P.57.5.	Recibo amor y afecto	5	4	3	2	1
P.57.6.	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo y/o en la casa	5	4	3	2	1
P.57.7.	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	5	4	3	2	1
P.57.8.	Tengo posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos ..	5	4	3	2	1
P.57.9.	Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	5	4	3	2	1
P.57.10.	Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	5	4	3	2	1
P.57.11.	Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	5	4	3	2	1

P.58. ¿Cuál fue su lugar de nacimiento?

- Andalucía 1 Indicar provincia:
Indicar municipio:
- Resto de España 2 Indicar provincia:
Año que llegó a Andalucía: _____
- Extranjero 3 Indicar País:
Año que llegó a España: _____ Año que llegó a Andalucía: _____

P.59. ¿Cuál es su estado civil?

- Casado/a 1 ⇒ **P.60**
- Soltero/a 2
- Separado/a 3
- Divorciado/a 4
- Viudo/a 5
- NS/NC 9

P.59a. ¿Vive usted actualmente en pareja?

- Sí 1
- No 2
- No contesta 9

P.60. ¿Cuál es el nivel más alto de estudios que usted ha finalizado?

- 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
- ESO (Educación Secundaria Obligatoria)..... 5
- Estudios de FP I 6
- Estudios de FP II 7
- Estudios secundarios (BUP, B.Superior) 8
- Estudios universitarios de grado medio 9
- Estudios universitarios de grado superior 10
- Otros estudios, especificar 11

P.61. ¿Cuál es su situación laboral actual?

- Trabaja 1 ⇒ **P.63a**
- 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.62. ¿Percibe usted alguna pensión (pública o privada)?

- Sí 1 ⇒ ¿Cuál?
- No 2
- NC 9

P.63. ¿Ha trabajado anteriormente?

- Sí 1 ⇒ **Pasar a P.63a**
- No 2 ⇒ **Pasar a P.71**
- NS/NC 9 ⇒ **Pasar a P.71**

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

- Trabaja o ha trabajado anteriormente (pasar a P.63a)
- No trabaja ni ha trabajado anteriormente (pasar a P.71)

PARA LOS QUE TRABAJAN O HAN TRABAJADO

P.63a. ¿Cuál es o era la actividad principal de la empresa donde trabaja o trabajaba?

.....

P.63b. ¿Cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad o la última que ha desempeñado?

.....

P.63c. ¿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.71

P.64. ¿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 1 a 2 años 6
- Contrato temporal de más de 2 años 7
- Contrato temporal sin especificar duración 8
- Sin contrato 9
- Otra relación 10
- NS/NC 99

P.64a. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en su actual empresa?

años meses

P.64b. ¿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
- Por horas 6
- Otra posibilidad 7
- NS/NC 9

P.64c. En total, ¿cuántas horas trabaja usted habitualmente a la semana?

horas

P.64d. ¿Cuánto tiempo tarda en todos sus desplazamientos para ir y volver de trabajar al día?

horas minutos

- Jornada muy variable, según los días 999

P.64e. ¿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.65. La empresa donde usted trabaja, ¿cuántos empleados/as 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.66. Entre las tareas que realiza en su trabajo, ¿en qué medida está usted expuesto a ...?

	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Nunca	NS/NC
▪ Ruido tan alto que tiene que levantar la voz para hablar con otra gente	1	2	3	4	9
▪ Altas/Bajas temperaturas	1	2	3	4	9
▪ Respirar vapores, humos, polvo, o sustancias peligrosas como químicos, material infeccioso, etc./ Manejar o tocar sustancias o productos peligrosos/ 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/ Movimientos repetitivos de manos o brazos.....	1	2	3	4	9
▪ Manipular cargas pesadas (más de 15 kgrs)	1	2	3	4	9
▪ Trabajos al aire libre	1	2	3	4	9

P.67. Elija una sola respuesta de la siguiente escala (leer) para cada una de las siguientes preguntas que le voy a leer:

	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
1. ¿Tiene usted que trabajar muy rápido?	1	2	3	4	9
2. ¿La distribución de tareas es irregular y provoca que se le acumule el trabajo?	1	2	3	4	9
3. ¿Tiene usted tiempo de llevar al día su trabajo?	1	2	3	4	9
4. ¿Le cuesta olvidar los problemas del trabajo?	1	2	3	4	9
5. ¿Su trabajo, en general, es desgastador emocionalmente?	1	2	3	4	9
6. ¿Su trabajo requiere que esconda sus emociones?	1	2	3	4	9
7. ¿Tiene influencia sobre la cantidad de trabajo que se le asigna?	1	2	3	4	9
8. ¿Se tiene en cuenta su opinión cuando se le asignan tareas?	1	2	3	4	9
9. ¿Tiene influencia sobre el orden en el que realiza las tareas?	1	2	3	4	9
10. ¿Puede decidir cuándo hace un descanso?	1	2	3	4	9
11. Si tiene algún asunto personal o familiar, ¿puede dejar su puesto de trabajo al menos una hora sin tener que pedir un permiso especial?	1	2	3	4	9
12. ¿Su trabajo requiere que tenga iniciativa?	1	2	3	4	9
13. ¿Su trabajo le permite que aprenda cosas nuevas?	1	2	3	4	9
14. ¿Se siente comprometido con su profesión?	1	2	3	4	9
15. ¿Tienen sentido sus tareas?	1	2	3	4	9
16. ¿Habla usted con entusiasmo de su empresa a otras personas?	1	2	3	4	9

P.68. ¿Piensa usted que su trabajo afecta negativamente a su salud?

- Sí 1 ⇒ P.69
- No 2 ⇒ P.70
- NC 3 ⇒ P.70

P.69. ¿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.70. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días ha estado ausente de su trabajo debido a problemas de salud causados por su trabajo?

			días
--	--	--	------

A TODOS/AS: INGRESOS ECONOMICOS DEL HOGAR

P.71. 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.72. 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 E)

- Hasta 300 € 1
- De 301 a 499 € 2
- De 500 a 999 € 3
- De 1.000 a 1.499 € 4
- De 1.500 a 1.999 € 5
- De 2.000 a 2.499 € 6
- De 2.500 a 2.999 € 7
- De 3.000 a 4.999 € 8
- Más de 5.000 € 9
- No sabe leer, no está seguro 10
- No contesta 99

A TODOS/AS: DATOS DE LA PAREJA

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

P.73. ¿Está usted casado/a y/o vive actualmente en pareja?
(Entrevistador/a: anotar según P.59/P.59a)

- Sí 1 ⇨ **P.74**
- No 2 ⇨ **P.75**
- No contesta 9 ⇨ **P.75**

P.74. ¿Cuál es el nivel más alto de estudios finalizados por su esposo/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
- ESO (Educación Secundaria Obligatoria) 5
- Estudios de FP I 6
- Estudios de FP II 7
- Estudios secundarios (BUP, B.Superior) 8
- Estudios universitarios de grado medio 9
- Estudios universitarios de grado superior 10
- Otros estudios, especificar 11

P.74a. ¿Cuál es la situación laboral actual de su esposo/a y/o pareja?

- Trabaja 1 ⇨ **P.74.c**
- Está en el paro y ha trabajado antes 2
- Busca primer empleo 3 ⇨ **P75**
- Jubilado (trabajó anteriormente) 4
- Sus labores/Ama de casa 5
- Estudiante 6 } **P75**
- Incapacidad/invalidez permanente 7
- Otros 8

¿Cuántos meses en paro?

--	--	--

P.74b. ¿Percibe su esposo/a y/o pareja alguna pensión (pública o privada)?

- Sí 1 ⇨ ¿Cuál?
- No 2
- NC 9

P.74c. ¿Cuál es o era la actividad principal de la empresa donde trabaja o ha trabajado su esposo/a y/o pareja?

--	--	--	--

P.74d. ¿Cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad o la última que ha desempeñado su esposo/a y/o pareja?

--	--	--	--

P.74e. ¿Cuál es la categoría profesional que tiene o tenía en la empresa donde trabaja o trabajaba 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

P.75. MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN, Desde la Escuela Andaluza de Salud Pública se desarrollan habitualmente investigaciones sanitarias, ¿aceptaría que le llamásemos para participar en futuras investigaciones?

- Sí 1
- No 2

Telefono de contacto: _____

P.76. SOLICITAR NIF/DNI INFORMANDO PARA QUÉ SE SOLICITA:

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

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
.....

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

CÓDIGO

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 2.015
(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: