



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

CUESTIONARIO NÚMERO

Four empty boxes for entering the questionnaire number.



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

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

Entregar carta de presentación

La selección de los hogares a los que se solicita la colaboración voluntaria en el estudio es estrictamente aleatoria, por lo que su colaboración resulta especialmente valiosa. Toda la información que Vd. nos facilite está sujeta a las especificaciones de la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, de Regulación del Tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal y sus modificaciones posteriores. Los datos que le solicitamos se tratarán informáticamente para realizar análisis estadísticos de una forma totalmente ANÓNIMA, sin grabar sus datos personales.

GRACIAS ANTICIPADAS POR SU COLABORACIÓN

COMPOSICIÓN DEL HOGAR:

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

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

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

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

**1.-** Díganos, por favor, ¿cuántas personas viven en esta casa de manera habitual (contando a la persona entrevistada)?

\_\_\_\_\_

**1a.-** ¿Cuál es su parentesco con el cabeza de familia (con quien más ingresos aporta al hogar)?

\_\_\_\_\_

**1b.-** ¿Cuál es la relación de parentesco, sexo, edad y situación laboral de estas personas con el cabeza de familia de esta casa?

**2a.-** Esta pregunta se refiere a cada una de las personas de esta casa. ¿Padece alguna de las siguientes limitaciones o minusvalías que le impida realizar con normalidad las actividades de la vida familiar, social o laboral?

**CÓDIGOS MINUSVALÍA:**

- 1.- enfermedad crónica
- 2.- problemas de nervios, depresión o trastorno mental
- 3.- limitación, discapacidad o minusvalía física
- 4.- limitación, discapacidad o minusvalía sensorial
- 5.- limitación, discapacidad o minusvalía psíquica o mental
- 6.- No padece ninguna limitación o minusvalía

**2b.-** ¿Alguna de estas personas requieren algún tipo de dedicación o cuidado especial por ser menor de 16 años, por ser mayor de 65 años o por presentar alguna de las anteriores minusvalías o limitaciones?

**CÓDIGOS DE PARENTESCO CON EL CABEZA DE FAMILIA:**

- 1 Cabeza de familia (quien aporta más ingresos a la casa)
- 2 Esposo/a o pareja
- 3 Hijo/a
- 4 Padre o madre. Suegro/a
- 5 Abuelo/a
- 6 Nieto/a
- 7 Hermano/a
- 8 Otros familiares
- 9 Otros no familiares
- 0 NS /NC

PERSONAS	PARENTESCO CON EL CABEZA DE FAMILIA	SEXO H M	EDAD (años)	SITUACIÓN LABORAL 1 trabaja 2 paro 3 estudia 4 otros 0 NS /NC	LIMITACIÓN O MINUSVALIA (4)	NECESIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES		
						SÍ	NO	N C
ENTREVISTADO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2		1 2 3 4 0	1 2 3 4 5 6	1	2	0
PERSONA 1	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2		1 2 3 4 0	1 2 3 4 5 6	1	2	0
PERSONA 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2		1 2 3 4 0	1 2 3 4 5 6	1	2	0
PERSONA 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2		1 2 3 4 0	1 2 3 4 5 6	1	2	0

PERSONA 4	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2		1 2 3 4 0	1 2 3 4 5 6	1	2	0
PERSONA 5	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2		1 2 3 4 0	1 2 3 4 5 6	1	2	0
PERSONA 6	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2		1 2 3 4 0	1 2 3 4 5 6	1	2	0
PERSONA 7	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2		1 2 3 4 0	1 2 3 4 5 6	1	2	0
PERSONA 8	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2		1 2 3 4 0	1 2 3 4 5 6	1	2	0
PERSONA 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2		1 2 3 4 0	1 2 3 4 5 6	1	2	0
PERSONA 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2		1 2 3 4 0	1 2 3 4 5 6	1	2	0
PERSONA 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2		1 2 3 4 0	1 2 3 4 5 6	1	2	0
PERSONA 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2		1 2 3 4 0	1 2 3 4 5 6	1	2	0

SI NO HAY PERSONAS MENORES DE 15 AÑOS, NI MAYORES DE 65, NI DISCAPACITADAS, PASAR A PREGUNTA 3a

**2c.-** ¿Quién se ocupa habitualmente de los niños/as menores de 15 años? ¿Quién se ocupa habitualmente de las personas mayores de 65 años? ¿Quién se ocupa habitualmente de las personas discapacitadas que viven en esta casa? (ENTREVISTADOR: marque el recuadro que proceda. Sólo una respuesta por los niños, una por mayores y una por los discapacitados).

	NIÑOS /AS	MAYORES	DISCAPACITADOS
Yo solo/a .....	1	1	1
Mi pareja .....	2	2	2
Mi pareja y yo .....	3	3	3
Yo, junto a otra persona de la casa que no es mi pareja.....	4	4	4
Otra persona de la casa que no es mi pareja.....	5	5	5
Una persona pagada para ello.....	6	6	6
Él/Ellos sólo/s.....	7	7	7
Otra situación. Especificar .....	8	8	8
NS/NC .....	0	0	0

**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 pagada contratada (que cobra por ello) .....	6
Otra situación (especificar): .....	7
NS /NC .....	8

**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 ..... 00  
 Fines de semana (por día): \_\_\_\_\_ NS /NC ..... 00

**3c.-** ¿Tiene alguna persona de fuera de la casa que le ayude a realizar las tareas domésticas?  
 Sí ..... 1                      No..... 2                      NS /NC ..... 0

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

De propiedad.....1                      Otra situación. (Especificar): .....3  
De alquiler.....2                      NS /NC .....0

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

Habitaciones: \_\_\_\_\_ NS /NC .....0

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

	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>	<u>NS /NC</u>
Ducha o bañera.....	1	2	0
Calefacción central/ individual.....	1	2	0
Aire acondicionado .....	1	2	0
Ascensor .....	1	2	0
Lavadora.....	1	2	0
Lavavajillas .....	1	2	0
Horno microondas .....	1	2	0
Televisor.....	1	2	0

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:

	<u>MUCHO</u>	<u>ALGO</u>	<u>NADA</u>
El ruido procedente del exterior de su vivienda le resulta molesto.....	1	2	3
Su vivienda sufre de malos olores procedentes del exterior .....	1	2	3
En el barrio donde usted vive la contaminación del aire es elevada .....	1	2	3
Su barrio se encuentra afectado por alguna industria contaminante .....	1	2	3
En el barrio donde usted vive hay espacios verdes suficientes .....	1	2	3

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

Muy Buena .....	1	Regular .....	3	Muy Mala .....	5
Buena .....	2	Mala .....	4	NS/NC .....	0

6.- ¿Tienen ustedes coche? (para uso personal: no profesional exclusivamente)

Uno .....	1	Más de dos. ....	3	NS/NC .....	0
Dos .....	2	Ningún coche .....	4		

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

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

Excelente.....	1	Buena.....	3	Mala.....	5
Muy buena .....	2	Regular... ..	4	NS/ NC .....	0

8.- ¿Cómo diría usted que es salud actual, comparada con la de hace un año? (Una sola respuesta)

Mucho mejor ahora ..... 1	Más o menos igual .....3	Mucho peor ahora .... 5
Algo mejor ahora ..... 2	Algo peor ahora .....4	NS/ NC ..... 0

9.- Las siguientes preguntas se refieren a sus actividades o cosas que usted podría hacer un día normal. Su salud actual, ¿Cuánto le limita para hacer esas actividades o cosas?

	<u>Sí, me limita</u> <u>MUCHO</u>	<u>Sí, me limita</u> <u>UN POCO</u>	<u>No, no me limita</u> <u>NADA</u>
Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores..... 1		2	3
Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora ..... 1		2	3
Coger o llevar la bolsa de la compra..... 1		2	3
Subir varios pisos por la escalera..... 1		2	3
Subir un solo piso por la escalera ..... 1		2	3
Agacharse o arrodillarse ..... 1		2	3
Caminar un kilómetro o más..... 1		2	3
Caminar varias manzanas (varios centenares de metros) ..... 1		2	3
Caminar una sola manzana (unos 100 metros) ..... 1		2	3
Bañarse o vestirse por sí mismo ..... 1		2	3

10.- 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?

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>NS/ NC</u>
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas? ..... 1	2	0	0
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer? ..... 1	2	0	0
¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas? . 1	2	0	0
¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas?..... 1	2	0	0

11.- 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).

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>NS/ NC</u>
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional? ..... 1	2	0	0
¿Hizo menos de lo que hubiera querido por algún problema emocional? ..... 1	2	0	0
¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre por algún problema emocional? ..... 1	2	0	0

12.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

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

13.- ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno ..... 1	Sí, un poco..... 3	Sí, mucho..... 5
Sí, muy poco ..... 2	Sí, moderado ..... 4	Sí, muchísimo..... 6

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

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

15.- 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 ...

	<u>Siempre</u>	<u>Casi siempre</u>	<u>Algunas veces</u>	<u>Sólo alguna vez</u>	<u>Nunca</u>	<u>NS/ NC</u>
se sintió lleno de vitalidad?.....1	2	3	4	5	0	0
estuvo muy nervioso? .....1	2	3	4	5	0	0
se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle? .....1	2	3	4	5	0	0
se sintió calmado y tranquilo? .....1	2	3	4	5	0	0
tuvo mucha energía? .....1	2	3	4	5	0	0
se sintió desanimado y triste? .....1	2	3	4	5	0	0
se sintió agotado? .....1	2	3	4	5	0	0
se sintió feliz? .....1	2	3	4	5	0	0
se sintió cansado?.....1	2	3	4	5	0	0

16.- 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	Algunas veces..... 3	Nunca .....5
Casi siempre..... 2	Sólo alguna vez ..... 4	NS/ NC .....0

17.- Por favor, diga si le parece ciertas o falsas cada una de las siguientes frases:

	<u>Totalmente cierta</u>	<u>Bastante cierta</u>	<u>No lo sé</u>	<u>Bastante falsa</u>	<u>Totalmente falsa</u>
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas ..... 1	2	3	4	5	
Estoy tan sano como cualquiera..... 1	2	3	4	5	
Creo que mi salud va a empeorar..... 1	2	3	4	5	
Mi salud es excelente..... 1	2	3	4	5	

17a.- En la tarjeta que voy a enseñarle aparece una serie de enfermedades crónicas. ¿Le ha dicho un médico que usted padece actualmente alguna de ellas?

17b.- ¿Cree usted que padece actualmente alguna de estas enfermedades, aunque no se lo haya dicho el médico?

	<u>Le ha dicho el médico</u>		<u>Usted cree</u>	
	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>
Alergias crónicas..... 1	2	1	2	
Artrosis o reumatismo ..... 1	2	1	2	
Bronquitis crónica ..... 1	2	1	2	
Asma..... 1	2	1	2	
Diabetes ..... 1	2	1	2	
Migrañas/Jaqueca ..... 1	2	1	2	
Trastornos de próstata (sólo hombres) ..... 1	2	1	2	
Dolor o molestias de espalda,cuello, hombro, espalda, cintura .... 1	2	1	2	
Mala circulación..... 1	2	1	2	
Trastornos cardíacos..... 1	2	1	2	
Hemorroides ..... 1	2	1	2	
Problemas nerviosos/depresiones..... 1	2	1	2	
Embolia/Ataques de apoplejía..... 1	2	1	2	
Varices en las piernas..... 1	2	1	2	
Cataratas ..... 1	2	1	2	
Ceguera..... 1	2	1	2	

Sordera .....	1	2	1	2
Parálisis .....	1	2	1	2
Defectos en el habla .....	1	2	1	2
Falta de un miembro (mano, pie, brazo o pierna) .....	1	2	1	2
Angina de pecho/Infarto.....	1	2	1	2
Hipertensión .....	1	2	1	2
Colesterol .....	1	2	1	2
Úlcera de estómago/duodeno .....	1	2	1	2
Dolor menstrual (sólo mujeres).....	1	2	1	2
Estreñimiento crónico .....	1	2	1	2
Algún tipo de cáncer .....	1	2	1	2
Otros trastornos. Especificar .....	1	2	1	2

**19a.-** ¿Ha tenido usted algún accidente que le haya causado heridas o lesiones suficientes para limitar su actividad normal y/o para necesitar asistencia sanitaria en los últimos 12 meses?

Sí..... 1                      ¿Cuántos accidentes? .....

No..... 2                      Pasar a pregunta 20a

<b>SOLO A LOS QUE RESPONDIERON DÍGITO 1 EN PREGUNTA 19a</b>	
<b>19b.-</b> ¿Y en los últimos tres meses?	
Sí .....	1 ¿Cuántas veces?
No .....	2 Pasar pregunta 20 a
<b>19c.-</b> Refiriéndonos en concreto al último accidente, ¿dónde tuvo lugar?	
En su casa .....	1 Pasa a P. 19d
En su centro de formación .....	2 Pasa a P. 19d
En su centro de trabajo .....	3 Pasa a P. 19d
En un lugar de recreo o deporte .....	4 Pasa a P. 19d
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
Otro lugar. Especificar .....	9
<b>19ca.-</b> ¿Y se ha producido este accidente a la ida o vuelta al trabajo?	
Sí .....	1
No.....	2
<b>19cb.-</b> ¿Y ha sido en un desplazamiento dentro de su jornada laboral?	
Sí .....	1
No.....	2
<b>19d.-</b> ¿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
NC .....	0
<b>19e.-</b> 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
NC .....	

**A TODOS**

**20a.-** Y en las últimas 2 semanas, ¿ha utilizado algún tipo de medicamento (gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, etc.)?

Sí..... 1                      No..... 2 Pasar a P.21a                      NS /NC .....0 Pasar a P.21a

**SÓLO A LOS QUE RESPONDIERON DÍGITO 1 EN PREGUNTA 20a**

**20b.-** ¿Qué tipo de medicamento?

**20c.-** ¿Y los medicamentos que ha consumido fueron recetados por el médico?

	<u>CONSUMIDO</u>		<u>RECETADO</u>	
	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>
Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios .....	1	2	1	2
Medicinas para el dolor y/o para bajar la fiebre.....	1	2	1	2
Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos.....	1	2	1	2
Laxantes .....	1	2	1	2
Antibióticos.....	1	2	1	2
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir.....	1	2	1	2
Medicamentos para la alergia .....	1	2	1	2
Medicamentos para la diarrea .....	1	2	1	2
Medicinas para el reuma .....	1	2	1	2
Medicinas para el corazón.....	1	2	1	2
Medicinas para la tensión arterial .....	1	2	1	2
Medicinas para alteraciones digestivas.....	1	2	1	2
Antidepresivos, estimulantes .....	1	2	1	2
Píldoras para no quedar embarazada.....	1	2	1	2
Medicamentos o productos para adelgazar .....	1	2	1	2
Medicamentos para bajar el colesterol.....	1	2	1	2
Medicamentos para la diabetes .....	1	2	1	2
Otros medicamentos.....	1	2	1	2

**A TODOS**

**21a.-** ¿Ha consultado con algún médico 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 Pasar a P.21b                      No ..... 2 Pasar a P.21i  
 NC..... 0 Pasar a P.21i

**SÓLO A LOS QUE RESPONDIERON DÍGITO 1 EN PREGUNTA 21a**

**21b.-** ¿Cuántas veces ha consultado al médico en las 2 últimas semanas?

Veces: \_\_\_\_\_ NS/ NC ..... 00

**21c.-** 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 de 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  
 Otros lugares: ..... 11  
 NS/ NC..... 00

**21d.-** ¿Cuál fue el motivo principal de la última consulta o visita?

Diagnóstico y tratamiento ..... 1	Orientación y consejo, problemas familiares y/ o sociales .... 6
Revisión ..... 2	Expedición de recetas ..... 7
Planificación familiar ..... 3	Emisión de partes de baja, confirmación o alta ..... 8
Control de ..... 4	Otras: ..... 9
Rehabilitación ..... 5	NS/ NC ..... 00

**21e.-** El médico que consultó o visitó era: (Una sola respuesta)

Medico general..... 1	Otros ..... 4 ¿Cuál? _____
Ginecólogo/ tocólogo..... 2	NS/ NC ..... 0
Psiquiatra ..... 3	

**21f.-** ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar entre la solicitud de la consulta al centro sanitario y su celebración? (Entrevistador: Si le dicen “en el mismo día” escriba 1 en el espacio días)

Meses: \_\_\_\_\_ Días: \_\_\_\_\_

**21g.-** ¿Cuánto tiempo permaneció en la sala de espera? (Entrevistador: si le dicen “en nada de tiempo” insista para concretar cuántos minutos fueron)

Horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

**21h.-** 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 (por ej., Sanitas, Adeslas, Asisa)..... 2  
 Médico privado / particular ..... 3  
 Mutua de su empresa o médico de su empresa ..... 4  
 Otros: ..... 5  
 NS/ NC ..... 0

**SÓLO A LOS QUE RESPONDIERON 2 Ó 0 EN PREGUNTA 21a**

**21i.-** ¿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 ..... 00

**A TODOS**

**22a.-** 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 a p. 22c  
 NS/ NC .....0 Pasar a P. 22c

**22b.-** ¿Cuántas veces?

Veces: \_\_\_\_\_ Pasar a P. 22d

**22c.-** 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 Pasar a P. 22f No recuerda .....98 Pasar a P. 22f  
 NC .....99 Pasar a P. 22f

**22d.-** ¿La última vez que acudió al dentista lo hizo por alguno/s de los motivos siguientes?

	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>	<u>NC</u>	
Revisión o chequeo .....	1		2	0
Limpieza de boca .....	1		2	0
Empastes (obturaciones) .....	1		2	0
Extracción de algún diente o muela .....	1		2	0
Poner fundas, puentes u otro tipo de prótesis.....	1		2	0
Tratamiento de las enfermedades de las encías .....	1		2	0
Ortodoncia.....	1		2	0
Selladores, aplicación de flúor .....	1		2	0
Otros motivos .....	1		2	0

**22e.-** 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 (por ej., Sanitas, Adeslas, Asisa) ..... 2  
 Dentista privado / particular ..... 3  
 Otros. Especificar: \_\_\_\_\_ ..... 4

**A TODOS**

**22f.-** Vamos a preguntarle ahora sobre el estado de sus dientes:

	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>	<u>NC</u>
¿Tiene caries?.....	1	2	3
¿Le han extraído dientes/ muelas por caries o porque se movían? .....	1	2	3
¿Tiene dientes/ muelas empastados (obturados)? .....	1	2	3
¿Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente? .....	1	2	3
¿Se le mueven los dientes/ muelas? .....	1	2	3
¿Lleva fundas (coronas), puentes u otro tipo de prótesis? .....	1	2	3
¿Le faltan dientes que no han sido sustituidos por prótesis?.....	1	2	3
¿Tiene o conserva todos sus dientes naturales? .....	1	2	3

**23a.-** Durante los últimos doce meses, hasta el día de ayer, ¿ha estado usted ingresado en un hospital, al menos durante una noche?

Sí..... 1      No .....2 Pasar a P.24a      NS/ NC.....0 Pasar a P.24a

**SÓLO A LOS QUE RESPONDIERON DÍGITO 1 EN PREGUNTA 23ª**

**23b.-** ¿Cuántas veces ha estado usted hospitalizado en estos últimos doce meses?

Veces: \_\_\_\_\_ NS/ NC..... 0

**23c.-** Y, refiriéndonos tan sólo al último ingreso hospitalario ocurrido en los últimos doce meses, ¿puede usted decirnos, aproximadamente, cuántos días estuvo ingresado en el hospital?

Días: \_\_\_\_\_ NS/ NC..... 0

**23d.-** ¿Cuál fue el motivo principal para que fuera hospitalizado?

Intervención quirúrgica .....	1	Revisión.....	5
Tratamiento médico sin intervención quirúrgica.....	2	Otros: _____	6
Diagnóstico médico .....	3	NS/ NC .....	0
Parto.....	4		

**23e.-** ¿Estuvo usted en la lista de espera por ese motivo?

Sí.....1      No .....2 Pasar a P. 23g  
NS/ NC .....0 Pasar a P. 23g

**23f.-** ¿Cuánto tiempo en meses?

\_\_\_\_\_

**23g.-** Y refiriéndonos también al último ingreso hospitalario, ¿La forma de ingreso fue...?

A través del servicio de urgencias ..... 1      Un ingreso ordinario (no urgencias) ..2  
NS/ NC ..... 0

**23h.-** Y refiriéndonos también al último ingreso hospitalario, ¿puede decirme el hospital donde estuvo ingresado?

Nombre: \_\_\_\_\_  
NS/ NC ..... 0 ☉ Era público (SS /SAS) ..... 1      ó      Era privado 2

**23i.-** ¿A cargo de quién corrieron los gastos de su hospitalización?

De la Seguridad Social / S.A.S. (Servicio Andaluz de Salud) .....	1
De una Mutuality Obligatoria (Muface, Isfas, etc) .....	2
De una Sociedad Médica privada (Sanitas, Adeslas, Asisa) .....	3
A su propio cargo.....	4
Mutua de su empresa. ....	5
Otros _____	6
NS/ NC.....	0

**A TODOS**

**24a.-** En estos últimos doce meses, ¿ha tenido usted que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad propia, no de otro familiar?

Sí, acudí a un centro o servicio .....1      No .....3 Pasar a P.25a  
Sí, acudieron a mi domicilio .....2      NS/ NC. ....0 Pasar a P.25a

**SÓLO A LOS QUE RESPONDIERON DÍGITO 1 Ó 2 EN PREGUNTA 24a**

**24b.-** Y en total, ¿cuántas veces tuvo usted que utilizar algún servicio de urgencias en estos últimos 12 meses?

Veces: \_\_\_\_\_ NS/ NC. .... 0

**24c.-** Refiriéndonos a la última vez que utilizó un servicio de urgencias en estos doce últimos meses, ¿dígame si dicho servicio de urgencias pertenecía a.....?

Un hospital de la Seguridad Social/ S.A.S. (Servicio Andalud de Salud)..... 1 Pasar a P.24d  
 Un servicio de urgencias no hospitalario de la S.S./ S.A.S ..... 2  
 Un servicio privado urgencia ..... 3  
 Un sanatorio, hospital o clínica privada..... 4  
 Otras respuestas ..... 5  
 NS/ NC..... 0

**24d.-** ¿Por qué fue usted a un servicio de urgencias de un hospital de la Seguridad Social?

Se lo mandó el médico..... 1      Usted, sus familiares lo consideraron necesario ... 2  
 NS/ NC..... 0

**A TODOS**

**25a.-** ¿Podría decirme ahora, si es usted titular y/o beneficiario de alguna/s de las modalidades de Seguro Sanitario (Público y/o Privado) que le cito a continuación? (máximo 2 respuestas)

Seguridad Social ..... 1  
 Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, etc.):  
 - Acogidos a la Seguridad Social ..... 2  
 - Acogidos a un seguro privado ..... 3  
 Seguro Médico concertado individualmente (Sanitas, colegios profesionales, etc.)  
 4  
 Seguro Médico concertado por su empresa ..... 5  
 No tengo seguro médico ..... 6  
 Otros ..... 7  
 NS/ NC ..... 0

**25b.-** ¿Cómo considera al Centro de Salud o Ambulatorio, al que usted acude, con arreglo a las características que voy a citarle?

	<u>Muy Bueno</u>	<u>Bueno</u>	<u>Regular</u>	<u>Malo</u>	<u>Muy malo</u>	<u>NS/ NC</u>
Cercanía de su domicilio .....1	2	3	4	5	0	
Facilidad para conseguir cita.....1	2	3	4	5	0	
Horario de atención. ....1	2	3	4	5	0	
Trato personal sanitario. ....1	2	3	4	5	0	
Tiempo dedicado por el médico. ....1	2	3	4	5	0	
Conocimiento historia clínica y seguimiento. ....1	2	3	4	5	0	
Confianza y seguridad en su médico.....1	2	3	4	5	0	
Tiempo de espera hasta entrar en la consulta. ....1	2	3	4	5	0	
Equipamiento y medios tecnológicos.....1	2	3	4	5	0	
Información recibida sobre su problema. ....1	2	3	4	5	0	
Trámites para acceder al especialista. ....1	2	3	4	5	0	
Calidad de la atención en general.....1	2	3	4	5	0	

**25c.-** ¿Cómo considera a los hospitales públicos, con arreglo a las siguientes características que le cito a continuación?

	<u>Muy Bueno</u>	<u>Bueno</u>	<u>Regular</u>	<u>Malo</u>	<u>Muy malo</u>	<u>NS/ NC</u>
Hostelería. ....	1	2	3	4	5	0
Trámites administrativos para ingreso. ....	1	2	3	4	5	0
Tiempo de demora para el ingreso no urgente. ....	1	2	3	4	5	0
Cuidados y atención: personal médico. ....	1	2	3	4	5	0
Cuidados y atención: personal de enfermería. ....	1	2	3	4	5	0
Confianza y seguridad en su médico. ....	1	2	3	4	5	0
Equipamientos y medios tecnológicos. ....	1	2	3	4	5	0
Información recibida sobre su problema. ....	1	2	3	4	5	0
Calidad de la atención en general. ....	1	2	3	4	5	0

**25d.-** ¿Cómo valora la información que facilitan los servicios sanitarios públicos sobre cada uno de los siguientes aspectos?

	<u>Muy Bueno</u>	<u>Bueno</u>	<u>Regular</u>	<u>Malo</u>	<u>Muy malo</u>	<u>NS/ NC</u>
Los servicios que presta. ....	1	2	3	4	5	0
Derechos del usuario. ....	1	2	3	4	5	0
Reglamentación y leyes. ....	1	2	3	4	5	0
Campañas de salud. ....	1	2	3	4	5	0
Vías de reclamación. ....	1	2	3	4	5	0
Trámites para ingresos. ....	1	2	3	4	5	0

**25e.-** ¿Ha presentado usted alguna reclamación en los Servicios Sanitarios de la Seguridad Social?

Sí ..... 1                      No ..... 2      Pasar a P. 25h  
 NS/ NC ..... 0      Pasar a P.25h

**25f.-** ¿Qué resultado ha obtenido en su reclamación?

Resuelta rápidamente .....1      No ha recibido respuesta ..... 5  
 Resuelta después de esperar 3 meses .....2      Respondida pero no resuelta ..... 6  
 Resuelta después de esperar 1 año .....3      NS/ NC ..... 0  
 Resuelta después de esperar más años .....4

**25g.-** ¿La reclamación se refería a un problema en un.....

Centro de Salud / Ambulatorio? .....1      Servicio de Urgencias? ..... 3  
 Hospital .....2      Otro ..... 0

**SÓLO A LOS QUE RESPONDIERON DÍGITO 0 Ó 2 EN PREGUNTA 25e**

**25h.-** ¿Por qué no ha presentado usted ninguna reclamación?

Nunca he tenido motivos ..... 1                      Hay que hacer muchos trámites ..... 3  
 Considero que es inútil ..... 2                      NS/ NC ..... 0

**26.-** En su opinión la sanidad pública en Andalucía funciona:

Muy bien .....1                      Regular.....3                      Muy mal ..... 5  
 Bien .....2                      Mal.....4                      NS/NC ..... 0

**27.-** Cambiando de tema, ¿podría usted decirme si fuma? En caso de que fume o haya fumado ¿a qué edad empezó a fumar?

Sí, diariamente ..... 1                      No fuma, ni ha fumado nunca habitualmente . 4  
 Sí, pero no diariamente ..... 2                      NS/ NC ..... 0  
 No fuma, pero ha fumado ..... 3

**28a.-** ¿Qué cantidad y qué tipo de tabaco fuma usted por término medio al día?

Cigarrillos: \_\_\_\_\_                      Pipas: \_\_\_\_\_                      Puros: \_\_\_\_\_

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

Más ..... 1                      Menos.....2                      Igual..... 3                      NC ..... 0

**28c-** Su médico, ¿le ha aconsejado que deje de fumar?

Sí ..... 1                      No..... 2                      NC..... 0

**28d.-** Durante los doce últimos meses, ¿ha intentado dejar de fumar?

Sí ..... 1                      No..... 2                      NC..... 0

**28e** ¿Le gustaría dejar de fumar?

No..... 1                      No lo ha pensado..... 3                      NC..... 0  
 Sí, le gustaría..... 2                      No lo sabe..... 4

**SOLO A LOS QUE RESPONDIERON DÍGITO 3 EN PREGUNTA 27**

**29a.-** Cuánto tiempo hace que dejó de fumar?

Meses: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_ NS/ NC ..... 0

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

Sí, le gustaría..... 2                      No lo sabe..... 4  
 Me lo aconsejo el médico ..... 1  
 Sentía molestias por causa del tabaco ..... 2  
 Aumento mi preocupación por sus efectos nocivos..... 3  
 Sentí que disminuía mi rendimiento psíquico y/o físico ..... 4  
 Lo decidí por propia voluntad..... 5  
 Otros motivos..... 6

**29c.-** ¿Qué cantidad de tabaco fumaba por término medio al día?

Cigarrillos: \_\_\_\_\_ Pipas: \_\_\_\_\_ Puros: \_\_\_\_\_

**A TODOS**

**31a.-** Ahora quisiera hacerle unas preguntas respecto al consumo de bebidas alcohólicas, es decir, cualquier tipo de bebida que contenga alcohol, independiente de su graduación. ¿Ha bebido usted en estas 2 últimas semanas alguna bebida alcohólica?

Sí..... 1                      No ..... 2                      NS/ NC..... 0

**31b.-** Y con respecto al consumo de bebidas alcohólicas de los siguientes tipos, ¿podría decirme con qué frecuencia las consume?

**31c.-** Indique cuál es la cantidad de vasos o copas que toma cada vez que bebe:

	Pregunta 31.b								Pregunta 31.c				
	VECES QUE BEBE A DIARIO			VECES QUE BEBE A LA SEMANA			VECES QUE BEBE AL MES		VECES QUE BEBE AL AÑO		Nunca	NC	Nº de vasos
	3-4	2	1	5-6	3-4	1-2	2-3	1	Al menos 1 vez	-1 vez			
Vino	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	0	_____
Cerveza con alcohol	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	0	_____
Aperitivos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	0	_____
Sidra/cava	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	0	_____
Brandy, licores combinados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	0	_____
Whisky	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	0	_____

Nunca tomo bebidas alcohólicas ..... 12 Pasar a pregunta P.34

**SÓLO A LOS QUE BEBEN**

**32a.-** Para cada una de estas bebidas, ¿suele consumirlas sólo en días festivos (incluido viernes por la tarde), sólo en días laborables o en ambos indistintamente?

	<u>Vino</u>	<u>Cerveza con alc.</u>	<u>Aperitivos</u>	<u>Sidra/cava</u>	<u>Brandy, licores Combinados</u>	<u>Whisky</u>
Sólo días festivos	1	1	1	1	1	1
Sólo días favorables	2	2	2	2	2	2
Ambos indistintamente	3	3	3	3	3	3
NC.	0	0	0	0	0	0

**32b.-** ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tomar bebidas alcohólicas de forma regular?  
(entrevistador: no se refiere a cuando dio un sorbo o probó una determinada bebida, sino a cuando bebió por sí solo)

Años: \_\_\_\_\_

**33a.-** ¿Ha pensado alguna vez que debería beber menos?

Sí.....1                      No.....2                      NS/ NC.....0

**33b.-** ¿ Le ha molestado que la gente le haya criticado su forma de beber?

Sí.....1                      No.....2                      NS/ NC.....0

**33c.-** ¿ Se ha sentido mal o culpable por su forma de beber ?

Sí.....1                      No.....2                      NS/ NC.....0

**33d.-** ¿ 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.....0

**A TODOS**

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

Horas: \_\_\_\_\_ NS/ NC.....0

**35.a.** 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.....0

**35b.-** ¿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.....0

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

Sí.....1                      No.....2                      NS/ NC.....0

**36a.-** Pasando a otro tema, querríamos saber si se ha vacunado de la gripe en la última campaña.

Sí.....1 Pasa a P.37      No.....2                      NS/ NC.....0

**SÓLO A LOS QUE RESPONDIERON 1 EN PREGUNTA 36ª**

**37.-** ¿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 solicite la vacuna porque prefiero estar vacunado..... 4
- El médico, por otras razones ..... 5
- Otros ..... 6
- NS/ NC ..... 0

**A TODOS**

**38.-** En los últimos 12 meses, es decir, desde finales de ..... de 1998 hasta hoy, ¿diría usted que su estado de salud ha sido .....

- |                   |                 |                  |
|-------------------|-----------------|------------------|
| Muy Bueno ..... 1 | Regular ..... 3 | Muy Malo ..... 5 |
| Bueno ..... 2     | Malo ..... 4    | NS /NC ..... 0   |

**SÓLO PARA MUJERES**

**39a.-** ¿Ha acudido alguna vez a un ginecólogo?

- |           |                         |                            |
|-----------|-------------------------|----------------------------|
| Sí..... 1 | No ..... 2 Pasa a P.40a | NS/ NC..... 0 Pasa a P.40a |
|-----------|-------------------------|----------------------------|

**39b.-** ¿Cuánto tiempo hace que ha visitado a un ginecólogo por motivos que no hayan sido un embarazo o un parto?

- |                               |   |
|-------------------------------|---|
| Menos de 6 meses ..... 1      | Hace más de 3 años ..... 4                      |
| Entre 6 meses y 1 año ..... 2 | Nunca por otro motivo                           |
| Entre 1 y 3 años..... 3       | que no sea embarazo o parto .... 5 Pasa a P.40a |
|                               | NS/ NC ..... 0                                  |

**39c.-** ¿Podría decirme el motivo de la última consulta (que no sea embarazo o parto)?

- |   |   |
|---|---|
| Por algún problema ginecológico..... 1              | Para realizar detección precoz de útero.. 5 |
| Para realizar orientación/planificación familiar .2 | Por otro motivo..... 6                      |
| Para revisiones periódicas ..... 3                  | NS/ NC ..... 0                              |
| Para realizar detección de cáncer de mama..... 4    |   |

**A TODOS**

**40a.-** ¿Podría decirme cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?

- |              |             |             |
|--------------|-------------|-------------|
| Kilos: _____ | NS..... 998 | NC..... 999 |
|--------------|-------------|-------------|

**40b.-** ¿Y cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?

- |                 |             |             |
|-----------------|-------------|-------------|
| Mide: _____ cm. | NS..... 998 | NC..... 999 |
|-----------------|-------------|-------------|

**40c.-** Y, en relación a su estatura, ¿diría usted. que su peso es...?

- |                                     |                           |
|-------------------------------------|---------------------------|
| Bastante mayor de lo normal ..... 1 | Menor de lo normal..... 4 |
| Algo mayor de lo normal ..... 2     | NS..... 5                 |
| Normal ..... 3                      | NC ..... 6                |

**41a.-** ¿Oye usted un programa de televisión a un volumen que otros consideran aceptable (con o sin prótesis auditiva o audífono)?

- |                         |           |               |
|-------------------------|-----------|---------------|
| Sí ..... 1 Pasa a P.42a | No..... 2 | NS/ NC..... 0 |
|-------------------------|-----------|---------------|

**41b.-** ¿Puede oírlo al aumentar el volumen?

Sí ..... 1                      No.....2                      NS/ NC.....0

**42a.-** ¿Ve usted suficientemente bien como para (con gafas o sin gafas o lentillas) reconocer a un amigo a una distancia de cuatro metros (al otro lado de la calle)?

Sí ..... 1 Pasa a P.43a      No.....2                      NC.....0

**42b.-** ¿Puede Ud. reconocerlo a una distancia de un metro?

Sí ..... 1                      No.....2                      NS/ NC.....0

**A TODOS**

**43a.-** Durante el último mes, ¿con qué frecuencia semanal ha ido usted en moto por ciudad? ¿y por carretera o autopista?

**POR CIUDAD:**

Nunca..... 1  
 Menos de 1 hora a la semana..... 2  
 De 1 a 5 horas a la semana..... 3  
 Más de 5 horas a la semana ..... 4  
 NS/NC ..... 0

**POR CARRETERA / AUTOPISTA**

Nunca..... 1  
 Menos de 1 hora a la semana..... 2  
 De 1 a 5 horas a la semana ..... 3  
 Más de 5 horas a la semana ..... 4  
 NS/NC ..... 0

<b>SÓLO PARA LOS QUE SI HAN IDO EN MOTO POR CIUDAD O CARRETERA</b>					
<b>43b.-</b> Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha utilizada el casco?					
	<u>NUNCA</u>	<u>ALGUNAS VECES</u>	<u>LA MAYORÍA DE VECES</u>	<u>SIEMPRE</u>	<u>NS/NC</u>
Casco por ciudad	1	2	3	4	0
Casco por carretera/autopista	1	2	3	4	0

**44a.-** ¿Con qué frecuencia semanal ha ido en coche como conductor o como pasajero en el asiento de delante?

**POR CIUDAD:**

Nunca..... 1  
 Menos de 1 hora a la semana..... 2  
 De 1 a 5 horas a la semana..... 3  
 Más de 5 horas a la semana ..... 4  
 NS/NC ..... 0

**POR CARRETERA / AUTOPISTA**

Nunca..... 1  
 Menos de 1 hora a la semana..... 2  
 De 1 a 5 horas a la semana ..... 3  
 Más de 5 horas a la semana ..... 4  
 NS/NC ..... 0

<b>SÓLO A LOS QUE HAN IDO ALGUNA VEZ EN COCHE POR CIUDAD O POR CARRETERA</b>					
<b>44b.-</b> Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha utilizado el cinturón de seguridad?					
	<u>NUNCA</u>	<u>ALGUNAS VECES</u>	<u>MAYORÍA DE VECES</u>	<u>SIEMPRE</u>	<u>NS/NC</u>
Cinturón de seguridad por ciudad	1	2	3	4	0
Cinturón de seguridad por carretera o autopista	1	2	3	4	0
<b>45a.-</b> Durante el último mes, ¿ha conducido usted un coche con niños menores de 5 años?					
Sí ..... 1 Pasa a P.45b	No ..... 2	NS/ NC..... 0			
<b>45b.-</b> Durante el último mes y cuando usted conducía el coche, ¿ha hecho que los menores de 5 años vayan seguros en asientos especiales en la parte de detrás?					
Siempre ..... 1	La mayoría de las veces 2	Algunas veces..... 3			
Raramente ..... 4	Nunca ..... 5	NS /NC ..... 0			

**SÓLO SI EL ENTREVISTADO TIENE 65 AÑOS O MAS**

**46.-** Ahora voy a preguntar si tiene dificultades para hacer algunas actividades. Para cada actividad dígame si no tiene dificultad, si tiene alguna, si tiene mucha mucha, o es incapaz.

Para empezar, dígame:

	<u>NINGUNA</u>	<u>ALGUNA</u>	<u>MUCHA</u>	<u>INCAPAZ</u>
¿Cuánta dificultad tiene para tirar o empujar un objeto grande, tal como un sillón? .....	1	2	3	4
¿Y para inclinarse, agacharse o arrodillarse? .....	1	2	3	4
¿Y para extender los brazos por encima de los hombros? .....	1	2	3	4
¿Y para coger o manejar objetos pequeños? .....	1	2	3	4
¿Y para llevar pesos de menos de 5 kilogramos como una bolsa de patatas? .....	1	2	3	4
¿Y para subir y bajar un piso de escaleras? .....	1	2	3	4
¿Y para caminar un kilómetro? .....	1	2	3	4

**47.-** Señala la descripción adecuada para cada área de funcionamiento que figura en la lista.

**BAÑARSE** con esponja en bañera o ducha:

No recibe asistencia entra y sale de la bañera por sí mismo si la bañera es el medio de limpieza

Habitual .....	1
Recibe asistencia al lavar únicamente una parte del cuerpo (espalda o piernas) .....	2
Recibe asistencia al lavar más de una parte del cuerpo (o no se lava).....	3

**VESTIRSE** saca la ropa del armario y cajones incluyendo la ropa interior, maneja los botones, (incluyendo braguero):

Saca la ropa y viste completamente sin asistencia. ....	1
Saca la ropa y se viste sin asistencia excepto al anudarse los zapatos .....	2
Recibe asistencia al sacar la ropa o al vestirse o queda parcial o completamente desvestido .....	3

**IR AL SERVICIO** ir al servicio para eliminar orina y heces; lavarse a sí mismo tras la eliminación y arreglarse la ropa:

Va al servicio, se lava, se arregla la ropa (puede usar un objeto de apoyo como un bastón o una silla de ruedas y puede manejar la cuña o la silla retrete vaciándolas por la mañana) .....	1
Recibe asistencia para ir al servicio al lavarse o arreglarse la ropa tras la eliminación o al usar la cuña o la silla retrete .....	2
No va a la habitación denominada "servicio" para el proceso de eliminación .....	3

**DESPLAZARSE**

Se acuesta y se levanta de la cama así como de la silla sin ayuda (puede usar un objeto de apoyo como un bastón) .....

Se acuesta y se levanta de la cama o silla con asistencia. ....	2
No se levanta de la cama .....	3

**CONTINENCIA**

Controla la micción y la defecación por sí mismo .....	1
Sufre accidentes "ocasionalmente" .....	2
La supervisión le ayuda a mantener el control vesical y anal, usa una sonda o es incontinente .....	3

**ALIMENTARSE**

Se alimenta sin asistencia.....	1
Se alimenta sólo excepto al requerir asistencia para cortar la carne o untar pan. ....	2
Recibe asistencia al alimentarse o es alimentado parcial o completamente mediante sondas o líquidos endovenosos. ....	3

**A TODOS**

**49.-** 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” y “1” significa “MUCHO MENOS DE LO QUE DESEA” (Entregar tarjeta y leer frases).

	<u>Tanto como deseo</u>			<u>Mucho menos de lo que deseo</u>	
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares .....	5	4	3	2	1
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa.....	5	4	3	2	1
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo .....	5	4	3	2	1
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede .....	5	4	3	2	1
5. Recibo amor y afecto .....	5	4	3	2	1
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo y/o en la casa.....	5	4	3	2	1
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares.....	5	4	3	2	1
8. Tengo posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos .....	5	4	3	2	1
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas .....	5	4	3	2	1
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida .....	5	4	3	2	1
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama.....	5	4	3	2	1

**49a.-** ¿Cuál es su estado civil?

Soltero/a .....	1	Separado/a.....	3	Viudo/a. ....	5
Casado/a.....	2	Divorciado/a.....	4	En pareja(no casado/a) ..	6
NS/NC .....	0				

**50.-** ¿Cuál fue su lugar de nacimiento?

Provincia \_\_\_\_\_ Extranjero .....60

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

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

**52ª.-** ¿Cuál es su situación laboral actual?

Trabaja. ....	1	Pasar a pregunta 53.b)
Está en el paro y ha trabajado antes.....	2	-Ⓣ ¿ Cuántos meses en paro?: ___meses
Está en el paro: busca primer empleo .....	3	
Jubilado (trabajó anteriormente) .....	4	
Sus labores/Ama de casa .....	5	
Estudiante .....	6	
Incapacidad/ invalidez permanente.....	7	
Otros: _____	8	

**52b.-** ¿Percibe usted alguna pensión (pública o privada)?

Sí.....	1	-Ⓣ ¿Cuál?: _____
No .....	2	
NC .....	0	

**53a.-** ¿Ha trabajado anteriormente?

Sí ..... 1 No ..... 2 Pasa a P.59a NS/ NC. .... 0

**PARA LOS QUE TRABAJAN O HAN TRABAJADO**

**53b.-** ¿Cuál es o era la actividad principal de la empresa donde trabaja (trabajaba)?

\_\_\_\_\_

**53c.-** ¿Qué tarea concreta hace o hacía en esta empresa?

\_\_\_\_\_

**53d.-** ¿Cuál es la categoría profesional que tiene o tenía en la empresa donde trabaja o trabajaba?

Empresario o autónomo con asalariados .....	1
Empresario o autónomo sin asalariados .....	2
Profesional liberal. ....	3
Director o gerente de empresas públicas o privadas.....	4
Técnico superior (administrativo, comercial o técnico) .....	5
Técnico medio (administrativo, comercial o técnico) .....	6
Personal administrativo o comercial .....	7
Contraamaestre, capataz .....	8
Obrero cualificado .....	9
Obrero no cualificado .....	10
Trabajador de servicios.....	11
Trabajador agrícola.....	12
Cuerpos de seguridad del estado.....	13
Otro: _____	14

**SÓLO PARA LOS QUE TRABAJAN ACTUALMENTE**

**54a.-** ¿Qué tipo de contrato tiene usted?

Trabaja por su cuenta o no es asalariado 1	Contrato temporal de más de 2 años .....	7
Funcionario/estatutario .....	Contrato temporal sin especificar duración.....	8
Contrato indefinido.....	Sin contrato .....	9
Contrato temporal de menos de 6 meses .4	Otra relación: _____	10
Contrato temporal de 6 meses a un año ... 5	NS/ NC .....	0
Contrato temporal de más de 1 a 2 años 6		

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

Jornada partida .....	1	Turnos .....	5
Jornada continua de mañana .....	2	Otra posibilidad .....	6
Jornada continua de tarde .....	3	NS/ NC .....	0
Jornada continua nocturna .....	4		

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

Horas: \_\_\_\_\_

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

Horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

**54e.-** ¿Cuántas personas trabajan bajo su responsabilidad?

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

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

NUNCA	NS	SIEMPRE		ALGUNAS	
		VECES	VECES	VECES	VECES
NC					
Vibraciones provenientes de herramientas o máquinas 1		2	3	4	0
Ruido tan alto que tiene que levantar la voz para hablar con otra gente.....	1	2	3	4	0

Altas temperaturas que le producen sudor .....	1	2	3	4	0
Bajas temperaturas .....	1	2	3	4	0
Respirar vapores, humos, polvo, o sustancias peligrosas como químicos, material infeccioso, etc.....	1	2	3	4	0
Manejar o tocar sustancias o productos peligrosos .....	1	2	3	4	0
Radiaciones como rayos X, soldadura, rayos láser	1	2	3	4	0
Posiciones dolorosas/fatigantes.....	1	2	3	4	0
Tareas repetitivas de menos de 10 minutos.....	1	2	3	4	0
Movimientos repetitivos de manos o brazos.....	1	2	3	4	0
Uso de equipo de protección individual.....	1	2	3	4	0
Trabajar con ordenadores.....	1	2	3	4	0
Trabajar a un ritmo muy rápido .....	1	2	3	4	0
Trabajar con plazos inflexibles/rígidos .....	1	2	3	4	0
Conducir vehículos (excavadoras, camiones, Coches).....	1	2	3	4	0
Relacionarse con gente que no son compañeros (clientes, pasajeros, alumnos, pacientes, ..).....	1	2	3	4	0
Períodos largos de intensa concentración .....	1	2	3	4	0
Manipular cargas pesadas (más de 15 kgrs).....	1	2	3	4	0
Levarse trabajo para casa .....	1	2	3	4	0
Trabajar los fines de semana (sábado y/o domingo exclusivamente)	1	2	3	4	0

56.- La empresa donde usted trabaja, ¿cuántos empleados tiene?

Ninguno .....	1	De 100 a 499.....	5
De 1 a 9 .....	2	500 o más.....	6
De 10 a 49 .....	3	No sabe.....	7
De 50 a 99 .....	4	NC. ....	0

57a.- ¿Piensa usted que su trabajo afecta negativamente a su salud?

Sí.....1 No.....2 Pasa a P.58 NS/ NC. ....0 Pasa a P.58

57b.- ¿De qué forma afecta su trabajo su salud?

	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>
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
¿Otros problema?¿Cuál?.....	1	2

57c.- En los últimos 12 meses, ¿cuántos días ha estado ausente de su trabajo debido a problemas de salud causados por su trabajo?

Días: \_\_\_\_\_

58.- ¿En su empresa, ...

	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>	<u>NS/ NC</u>
Le han informado sobre los <b>riesgos laborales</b> de su trabajo? .....	1	2	0
Le han impartido <b>formación</b> sobre prevención de riesgos laborales? .....	1	2	0
Le han realizado algún <b>reconocimiento médico</b> ? .....	1	2	0
Hay un <b>servicio de prevención</b> de riesgos laborales? .....	1	2	0
Hay <b>comité de seguridad y salud</b> o bien delegados de prevención? .....	1	2	0

A TODOS

**ENTREVISTADOR: Las siguientes preguntas son sobre el cabeza de familia (el que más dinero aporta a la familia) o si el entrevistado es el cabeza de familia, sobre la persona que aporta en segundo lugar más recursos económicos a la familia.**

PARENTESCO DE ESTA PERSONA CON EL ENTREVISTADO: \_\_\_\_\_

**59a.-** ¿Cuál fue el nivel más alto de estudios finalizados por esta persona?

No sabe leer o escribir .....	1	Estudios de FPII .....	6
No ha estudiado pero sabe leer y escribir .....	2	Estudios secundarios (BUP, B. superior) .....	7
Estudios primarios (hasta 5º EGB, ingreso) .....	3	Universitarios .....	medios
8			
EGB completa(8º) o similar (B. elemental) .....	4	Universitarios superiores .....	9
Estudios de FPI. ....	5	Otros estudios: .....	10

**59b.-** ¿Cuál es la situación laboral actual de esta persona?

Trabaja. ....	1	( pasar a pregunta 59.b)
Está en el paro y ha trabajado antes .....	2	-⊗ ¿Cuántos meses en paro?: ____
Busca primer empleo .....	3	
Jubilado (trabajó anteriormente) .....	4	
Sus labores/ Ama de casa .....	5	
Estudiante.....	6	
Incapacidad/ invalidez permanente .....	7	
Otros: _____	8	

**59c.-** ¿ Percibe usted alguna pensión (pública o privada)?

Sí.....	1-⊗	¿Cuál?: _____
No .....	2	
NC.....	0	

**59d.-** ¿Cuál es o era la actividad principal de la empresa donde trabaja o trabajaba esta persona?

**59e.-** ¿Qué tarea concreta hace o hacía en esta empresa el cabeza de familia?

**59f.-** ¿Cuál es la categoría profesional que tiene o tenía usted en la empresa donde trabaja o trabajaba esta persona?

Empresario o autónomo con asalariados .....	1
Empresario o autónomo sin asalariados.....	2
Profesional liberal .....	3
Director o gerente de empresas públicas o privadas.....	4
Técnico superior (administrativo, comercial o técnico) .....	5
Técnico medio (administrativo, comercial o técnico) .....	6
Personal administrativo o comercial.....	7
Contraamaestre, capataz .....	8
Obrero cualificado .....	9
Obrero no cualificado .....	10
Trabajador de servicios.....	11
Trabajador agrícola.....	12
Cuerpos de seguridad del Estado.....	13
Otro: Especificar _____	14
NS/ NC.....	00

**DATOS DE LA ENTREVISTA**

<b>TRIMESTRE</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
------------------	----------	----------	----------	----------

<b>SEMANA DEL TRIMESTRE</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
-----------------------------	----------	----------	----------	----------

**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

CÓDIGO

SUPERVISOR/A

OBSERVACIONES

.....

.....

**A RELLENAR POR EL/LA ENTREVISTADOR/A**

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

Entrevistador/a .....

..... de ..... de 2.003

**(fecha)**

El/la entrevistador/a

.....

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

NOMBRE DE LA PERSONA ENTREVISTADA:

.....

DIRECCIÓN:

.....

CÓDIGO POSTAL : .....

LOCALIDAD: .....

PROVINCIA: .....