



**ENCUESTA EUROPEA DE SALUD
EN ESPAÑA
2014**

CUESTIONARIO DE ADULTOS

IP.- IDENTIFICACIÓN DEL PROXY

Entrevistador/a: Recuerde que la persona entrevistada debe ser la persona adulta seleccionada salvo en los casos excepcionales indicados en pregunta Proxy_1

Entrevistador/a, léale al informante: “Las siguientes preguntas conciernen únicamente a la persona adulta seleccionada, es decir, a:

Nombre apellido1 apellido2 (del adulto seleccionado)

Sexo: _____

Edad: _ _ _ años”

Número de orden: _ _

Proxy_0. ¿El informante es la persona seleccionada?

Sí _____ 1 → [Ir a Introducción P.1](#)
 No _____ 2

Proxy_1. ¿Cuál es el motivo por el que la persona seleccionada no puede facilitar personalmente sus datos?

- La persona seleccionada está ingresada en un sanatorio, hospital, etc., a causa de una enfermedad _____ 1
 La persona seleccionada está incapacitada para contestar por discapacidad, enfermedad grave, etc. _____ 2
 La persona seleccionada está incapacitada para contestar por causa del idioma _____ 3

Proxy_2. ¿Es miembro del hogar el informante?

Sí _____ 1 → Listado de miembros del hogar: | _ | (proxy_2b) → Ir a flujo antes de Proxy_5
 No _____ 2

Proxy_3. Nombre del informante: _____

Proxy_3b. Sexo del informante: 1 Hombre 2 Mujer

Proxy_4. Edad del informante:

Proxy_5. ¿Cuál es la relación del informante con la persona seleccionada?

- Cónyuge o pareja _____ 1
 Hijo/Hija _____ 2
 Padre/madre _____ 3
 Hermano/hermana _____ 4
 Otros familiares _____ 5
 Servicios sociales _____ 6
 Voluntarios _____ 7
 Otra relación _____ 8

E.- CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA PERSONA ADULTA SELECCIONADA

Introducción P.1: Entrevistador/a, léale al informante: “A continuación voy a hacerle unas preguntas sobre su nacionalidad y su estado civil”.

1. ¿Cuál es su país de nacimiento?

- España _____ 1
 Extranjero _____ 2 → 1b-
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Si P.1 = 2 → Se activa la correspondiente 1b con un listado de países para seleccionar.

2. ¿Y cuál es su nacionalidad?

Nota P.2: Se admite respuesta múltiple.

- Española _____
 Extranjera _____
 No sabe _____
 No contesta _____

→ 2b-

Seleccionar país

Si P.2=2 → Se activa la correspondiente 2b con un listado de países para seleccionar.

Si P.1 = 1 → Ir a flujo previo a P.4

3. ¿Cuántos años lleva residiendo en España?

Nº de años

NS 98 NC 99

4. De las siguientes opciones, ¿cuál describe su situación actual?

- Conviviendo con su cónyuge _____ 1
 Conviviendo con una pareja de hecho _____ 2
 No conviviendo en pareja _____ 3
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

4b. ¿Cuál es su estado civil legal?

- Soltero/a _____ 1
 Casado/a _____ 2
 Viudo/a _____ 3
 Separado/a legalmente _____ 4
 Divorciado/a _____ 5
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

5. Por favor, detalle a continuación cuál es el mayor nivel de estudios que ha obtenido: _____

Entrevistador/a, codifique el nivel de estudios declarado por el adulto
eleccionado en el literal anterior:

Nivel de estudios

_ Nombre1 P.Apellido1 S.Apellido1

Las opciones que aparecen en el desplegable son:

No sabe leer o escribir (analfabetos)	01
Estudios primarios incompletos (ha asistido menos de 5 años a la escuela)	02
Educación primaria completa	10
Primera etapa de educación secundaria sin título de graduado en ESO y equivalentes (EGB, Bachillerato elemental)	21
Primera etapa de educación secundaria con título de graduado en ESO y similares (EGB, Bachillerato elemental)	22
Certificados de profesionalidad de nivel 1 y similares	23
Certificados de profesionalidad de nivel 2 y similares	24
Bachillerato y similares (BUP, COU, PREU)	32
Enseñanzas de formación profesional de grado medio (incluye artes plásticas, diseño, deportivas y similares)	33
Enseñanzas profesionales de música y danza y similares	34
Certificado de las escuelas oficiales de idiomas de nivel avanzado y similares	35
Certificados de profesionalidad de nivel 3; programas cortos que requieren segunda etapa de secundaria y similares	41
Enseñanzas de formación profesional de grado superior (incluye artes plásticas, diseño, deportivas y equivalentes)	51
Títulos propios universitarios que precisan del título de bachiller, de duración igual o superior a 2 años	52
Grados universitarios de 240 créditos ECTS (plan Bolonia) y equivalentes	61
Diplomados universitarios y equivalentes	62
Títulos propios universitarios de experto o especialista de menos de 60 créditos ECTS (plan Bolonia) cuyo acceso requiera ser titulado universitario	63
Grados universitarios de más de 240 créditos ECTS (plan Bolonia) y equivalentes	71
Licenciados universitarios y equivalentes	72
Másteres oficiales universitarios y equivalentes	73
Especialidades en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia o similares (MIR y equivalentes)	74
Títulos propios universitarios de máster (maestrías) de 60 o más créditos ECTS (plan Bolonia) cuyo acceso requiera ser titulado universitario	75
Doctorado universitario	81
No contesta	99

Esta pregunta debe ser codificada por el entrevistador en oficina, con posterioridad a la entrevista (tratamiento similar al que se hace con las variables CNAE/CNO).

F.- RELACIÓN DE LA PERSONA ADULTA SELECCIONADA CON LA ACTIVIDAD ECONÓMICA

Introducción P.6: Entrevistador/a, léale al informante: “Ahora voy a hacerle unas preguntas sobre su relación con la actividad económica”.

Los flujos de este módulo están condicionados a la respuesta de la pregunta 11 del Cuestionario de Hogar para el adulto seleccionado.

- Si P.11 (C. Hogar) = 1 → Ir a P.13
- Si P.11 (C. Hogar) = 2 → Ir a P.11
- Si P.11 (C. Hogar) = 4, 6 ó 7 → Ir a P.12
- Si P.11 (C. Hogar) = 3 ó 5 → Ir a P.6
- Si P.11 (C. Hogar) = 8 → Ir a Módulo G

6. ¿Percibe alguna pensión contributiva?

- Sí, por cotización propia _____ 1 → Ir a P.18b
- Sí, por cotización de otra persona _____ 2 → Ir a P.8
(pensión de viudedad, orfandad, etc.)
- Sí, por ambos tipos de cotización _____ 3 → Ir a P.18b
- No _____ 4
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

7. ¿Ha trabajado antes?

- Sí _____ 1
- No _____ 2
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

Si P.7 = 1 y P.6 = 4, 8 ó 9 → Ir a P.18b
Si P.7 = 2, 8 ó 9 y P.6 = 4, 8 ó 9 → Ir a Módulo G

8. ¿Cuál era la actividad de la empresa u organización en la que trabajó en su último empleo la persona que generó la pensión?

Actividad:

Código de actividad

Es obligatorio cumplimentar el literal, pero no el código (posterior codificación).

9. ¿Cuál era la ocupación, profesión u oficio que desempeñó en su último empleo la persona que generó la pensión?

Profesión:

Código de ocupación

Es obligatorio cumplimentar el literal, pero no el código (posterior codificación).

10. ¿Cuál era la situación profesional, en su último empleo, de la persona que generó la pensión?

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| Asalariado/a (a sueldo, comisión, jornal...) _____ | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Empresario/a o profesional con asalariados _____ | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Empresario/a sin asalariados o trabajador/a independiente _____ | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Ayuda familiar (sin remuneración reglamentada en la empresa o negocio de un familiar) _____ | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Miembro de una cooperativa _____ | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Otra situación _____ | <input type="checkbox"/> | 6 |
| No sabe _____ | <input type="checkbox"/> | 8 |
| No contesta _____ | <input type="checkbox"/> | 9 |

[Ir a Módulo G](#)

11. ¿Cuánto tiempo lleva en desempleo?

- No ha trabajado nunca _____ 1 → Ir a Módulo G
 Menos de 6 meses _____ 2 → Ir a P.18b
 De 6 meses a menos de 1 año _____ 3 → Ir a P.18b
 De 1 año a menos de 2 años _____ 4 → Ir a P.18b
 Más de 2 años _____ 5 → Ir a P.18b
 No sabe _____ 8 → Ir a P.18b
 No contesta _____ 9 → Ir a P.18b

12. Aunque actualmente no esté trabajando, ¿ha trabajado alguna vez anteriormente?

- Sí _____ 1 → Ir a P.18b
 No _____ 2 → Ir a Módulo G
 No sabe _____ 8 → Ir a Módulo G
 No contesta _____ 9 → Ir a Módulo G

13. ¿Qué tipo de contrato o relación laboral tiene?

- Asalariado/a (a sueldo, comisión, jornal...) _____
- Funcionario/a _____ 01 → Ir a P.15
- Señale el tipo de contrato: Duración indefinida _____ 02 → Ir a P.15
- Temporal _____ 03 → Ir a P.14a
- Verbal o sin contrato _____ 04 → Ir a P.14b
- Empresario/a o profesional con asalariados _____ 05 → Ir a P.15
- Empresario/a sin asalariados o trabajador/a independiente _____ 06 → Imputar P.15=1 e ir a P.16
- Ayuda familiar (sin remuneración reglamentada en la empresa o negocio de un familiar) _____ 07 → Ir a P.15
- Miembro de una cooperativa _____ 08 → Ir a P.15
- Otra situación _____ 09 → Ir a P.15
- No sabe _____ 98 → Ir a P.15
- No contesta _____ 99 → Ir a P.15

La subpregunta “Señale el tipo de contrato” está por defecto deshabilitada y se habilita al seleccionar la opción “Asalariado/a (a sueldo, comisión, jornal...)”.

14a. ¿Cuál es la duración de su contrato?

- Menor de 6 meses _____ 1 -> Ir a P15
 De 6 meses a menos de 1 año _____ 2 -> Ir a P15
 De 1 año a menos de 2 años _____ 3 -> Ir a P15
 De 2 años o más _____ 4 -> Ir a P15
 Sin duración definida _____ 5 -> Ir a P15
 No sabe _____ 8 -> Ir a P15
 No contesta _____ 9 -> Ir a P15

14b. ¿Cuál es la duración de su relación laboral?

- Menor de 6 meses _____ 1
 De 6 meses a menos de 1 año _____ 2
 De 1 año a menos de 2 años _____ 3
 De 2 años o más _____ 4
 Sin duración definida _____ 5
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

15. ¿Tiene trabajadores a su cargo?

- No _____ 1
 Sí, de 1 a 4 personas _____ 2
 Sí, de 5 a 10 personas _____ 3
 Sí, de 11 a 20 personas _____ 4
 Sí, más de 20 personas _____ 5
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

16. Su trabajo principal actual, ¿es a tiempo completo o a tiempo parcial?

Nota P.16: No se leen las opciones.

- A tiempo completo _____ 1
 A tiempo parcial _____ 2
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

17. ¿Qué tipo de jornada tiene habitualmente?

- Jornada partida _____ 01
 Jornada continua _____
- Mañana _____ 02
 Tarde _____ 03
 Noche _____ 04
- Jornada reducida _____ 05
 Turnos _____ 06
 Jornada irregular o variable según los días _ 07
 Otro tipo _____ 08
 No sabe _____ 98
 No contesta _____ 99

Las opciones de “Mañana”, “Tarde” y “Noche” solo deben aparecer cuando se marque la opción “Jornada continua”.

18a. ¿Cuál es la actividad de la empresa u organización en la que trabaja actualmente?

Actividad:

Código de actividad

Es obligatorio cumplimentar el literal, pero no el código (posterior codificación).

[Ir a P.19a](#)

18b. ¿Cuál era la actividad de la empresa u organización en la que trabajó en su último empleo?

Actividad:

Código de actividad

Es obligatorio cumplimentar el literal, pero no el código (posterior codificación).

[Ir a P.19b](#)

19a. ¿Cuál es la ocupación, profesión u oficio que desempeña en su empleo?

Profesión:

Código de ocupación

Es obligatorio cumplimentar el literal, pero no el código (posterior codificación).

[Ir a Módulo G](#)

19b. ¿Cuál era la ocupación, profesión u oficio que desempeñó en su último empleo?

Profesión:

Código de ocupación

Es obligatorio cumplimentar el literal, pero no el código (posterior codificación).

20. ¿Cuál era la situación profesional en la ocupación que desempeñó en su último empleo?

- Asalariado/a (a sueldo, comisión, jornal...) _____ 1
- Empresario/a o profesional con asalariados _____ 2
- Empresario/a sin asalariados o trabajador/a independiente _____ 3
- Ayuda familiar (sin remuneración reglamentada en la empresa o negocio de un familiar) _____ 4
- Miembro de una cooperativa _____ 5
- Otra situación _____ 6
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

MÓDULO DE ESTADO DE SALUD

G.- ESTADO DE SALUD

Introducción P.21: Entrevistador/a, léale al informante: “A continuación le voy a preguntar sobre su salud”.

21. En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo?

Nota P.21: No se leen las opciones.

- Muy bueno _____ 1
 Bueno _____ 2
 Regular _____ 3
 Malo _____ 4
 Muy malo _____ 5

22. ¿Tiene alguna enfermedad o problema de salud crónicos o de larga duración? (Entendemos por larga duración si el problema de salud o enfermedad ha durado o se espera que dure 6 meses o más)

- Sí _____ 1
 No _____ 2
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

23. Durante al menos los últimos 6 meses, ¿en qué medida se ha visto limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?

- Gravemente limitado/a _____ 1
 Limitado/a, pero no gravemente _____ 2
 Nada limitado/a _____ 3
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Si P.23 = 3, 8 ó 9 → Ir a P25

24. ¿Qué tipo de problema es la causa de su dificultad para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?

- Físico _____ 1
 Mental _____ 2
 Ambos _____ 3
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

25. A continuación le voy a leer una lista con una serie de enfermedades o problemas de salud. ¿Padece o ha padecido alguna vez alguna de ellas?

Nota P.25: Entrevistador/a, léale al informante las enfermedades que se relacionan una a una anotando la respuesta que proceda.

	25.a ¿Alguna vez ha padecido ...?	25.b ¿La ha padecido en los últimos 12 meses?	25.c ¿Le ha dicho un médico que la padece?
Tensión alta	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (2) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (2) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (2) <input type="radio"/> NC (9)
Infarto de miocardio	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (2) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (2) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (2) <input type="radio"/> NC (9)
Angina de pecho, enfermedad coronaria	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (2) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (2) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (2) <input type="radio"/> NC (9)
Otras enfermedades del corazón	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (2) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (2) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)

Lista de Enfermedades que deben aparecer en la pregunta:

1. Tensión alta
2. Infarto de miocardio
3. Angina de pecho, enfermedad coronaria
4. Otras enfermedades del corazón
5. Varices en las piernas
6. Artrosis (excluyendo artritis)
7. Dolor de espalda crónico (cervical)
8. Dolor de espalda crónico (lumbar)

9. Alergia crónica, como rinitis, conjuntivitis o dermatitis alérgica, alergia alimentaria o de otro tipo (asma alérgica excluida)
10. Asma (incluida asma alérgica)
11. Bronquitis crónica, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
12. Diabetes
13. Úlcera de estómago o duodeno
14. Incontinencia urinaria o problemas de control de la orina
15. Colesterol alto
16. Cataratas
17. Problemas crónicos de piel
18. Estreñimiento crónico
19. Cirrosis, disfunción hepática
20. Depresión
21. Ansiedad crónica
22. Otros problemas mentales
23. Ictus (embolia, infarto cerebral, hemorragia cerebral)
24. Migraña o dolor de cabeza frecuente
25. Hemorroides
26. Tumores malignos
27. Osteoporosis
28. Problemas de tiroides
29. Problemas de riñón
30. Problemas de próstata (solo hombres)
31. Problemas del periodo menopáusico (solo mujeres)
32. Lesiones o defectos permanentes causados por un accidente
33. ¿Ha padecido alguna otra enfermedad crónica? ↓
33.1.....
33.2.....
33.3.....

H.- ACCIDENTALIDAD

26. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido alguno de los siguientes tipos de accidente en el que haya resultado herido/a o lesionado/a?

Nota P.26: Se incluyen los casos de intoxicación, picaduras de insectos y las heridas provocadas por animales. Se excluyen los actos intencionados por parte de otra persona.

	Sí	No	No sabe	No contesta
A. Accidente de tráfico	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
B. Accidente en casa	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
C. Accidente durante su tiempo libre	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)

Si P26.A=1 o P26.B=1 o P26.C=1 → Ir a P.27

En otro caso, ir a Introducción P.28

27. ¿Recibió atención médica como consecuencia de este/os accidente/s?

Nota P.27: No se admite respuesta múltiple. En caso de que el informante haya tenido más de un accidente, la respuesta debe reflejar la atención médica recibida por el accidente más grave.

- Ingresó en un hospital _____ 1
 Acudió a un centro de urgencias _____ 2
 Consultó a un médico o enfermera _____ 3
 No hizo ninguna consulta ni intervención _____ 4
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

I.- RESTRICCIÓN DE LA ACTIVIDAD (últimas dos semanas)

Introducción P.28: Entrevistador/a, léale al informante: “A continuación le voy a preguntar sobre restricciones en sus actividades habituales en las dos últimas semanas, es decir, desde _____ (día que corresponde con dos semanas menos) hasta ayer.”

28. Durante las últimas dos semanas, ¿ha tenido que reducir o limitar sus actividades habituales al menos la mitad de un día, por alguno o varios dolores o síntomas?

Sí _____ 1 → 28b- ¿Cuántos días? NS 98 NC 99
 No _____ 2

Nota P.28: Entrevistador/a, si el tiempo que ha tenido que reducir o limitar las actividades habituales ha sido la mitad de un día, anote 01.

Si P.28 = 1 se activa P.28b

29. Durante las últimas dos semanas, ¿se ha visto obligado/a a quedarse más de la mitad de un día en cama por motivos de salud? (Si ha estado hospitalizado/a considere también los días pasados en el hospital)

Sí _____ 1 → 29b- ¿Cuántos días? NS 98 NC 99
 No _____ 2
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Nota P.29: Entrevistador/a, si el tiempo que ha tenido que permanecer en cama ha sido la mitad de un día, anote 01.

Si P.29 = 1 se activa P.29b

Si P.11 (Cuestionario de Hogar) = 1 para el adulto seleccionado → Ir a P.30

Si P.11 (Cuestionario de Hogar) <>1 para el adulto seleccionado → Ir a Introducción P.32

J.- AUSENCIA DEL TRABAJO POR PROBLEMAS DE SALUD

30. En los últimos 12 meses, ¿ha faltado al trabajo por problemas de salud? Tenga en cuenta todas las clases de enfermedad, problemas de salud o lesiones que usted padeció y por los que tuvo que faltar a su trabajo.

- Sí _____ 1
 No _____ 2
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Si P.30 <>1 → Ir a Introducción P.32

31. ¿Y cuántos días faltó en total?

|_|_|_| días

- No sabe _____ 998
 No contesta _____ 999

K.- LIMITACIONES FÍSICAS Y SENSORIALES

Introducción P.32: Entrevistador/a, léale al informante: “A continuación le voy a preguntar sobre situaciones en las que podría encontrarse en su vida diaria. Por favor, no tenga en cuenta los problemas temporales.”

32. ¿Utiliza gafas o lentillas?

Nota P.32: Entrevistador/a, si el informante es ciego marque la opción “Soy ciego o no puedo ver en absoluto”.

- Sí _____ 1
 No _____ 2
 Soy ciego/a o no puedo ver en absoluto _____ 3
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Si P.32= 3, 8, 9 → Ir a P.34

Si P.32= 1 mostrar P33.a

Si P.32= 2 mostrar P33.b

33a. ¿Tiene dificultad para ver utilizando sus gafas o lentillas?

33b. ¿Tiene dificultad para ver?

- No, ninguna dificultad _____ 1
 Sí, alguna dificultad _____ 2
 Sí, mucha dificultad _____ 3
 No puedo ver en absoluto _____ 4
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

34. ¿Utiliza audífono?

Nota P.34: Entrevistador/a, si el informante es sordo marque la opción "Soy sordo profundo".

- Sí _____ 1
 No _____ 2
 Soy sordo/a profundo/a _____ 3
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Si P.34 = 3, 8, 9 → Ir a P.37

Si P.34 = 1 mostrar P35.a

Si P.34 = 2 mostrar P35.b

35a. ¿Tiene dificultad para oír lo que se dice en una conversación con otra persona en un sitio tranquilo utilizando su audífono?

35b. ¿Tiene dificultad para oír lo que se dice en una conversación con otra persona en un sitio tranquilo?

- No, ninguna dificultad _____ 1
 Sí, alguna dificultad _____ 2
 Sí, mucha dificultad _____ 3
 No puedo hacerlo en absoluto _____ 4
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Si P.35 = 4, 8, 9 → Ir a P.37

Si P.35=1 mostrar P36.a

Si P.35=2 mostrar P36.b

36a. ¿Tiene dificultad para oír lo que se dice en una conversación con otra persona en un sitio más ruidoso aunque utilice su audífono?

36b. ¿Tiene dificultad para oír lo que se dice en una conversación con otra persona en un sitio más ruidoso?

- No, ninguna dificultad _____ 1
 Sí, alguna dificultad _____ 2
 Sí, mucha dificultad _____ 3
 No puedo hacerlo en absoluto _____ 4
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

37. ¿Tiene dificultad para caminar 500 metros sobre un terreno llano sin ningún tipo de ayuda para andar?

Nota P.37: Entrevistador/a, si cree que la pregunta puede ofender al entrevistado dada la situación física evidente (silla de ruedas, amputaciones, etc.) marque la opción "No puedo hacerlo en absoluto".

- No, ninguna dificultad _____ 1
 Sí, alguna dificultad _____ 2
 Sí, mucha dificultad _____ 3
 No puedo hacerlo en absoluto _____ 4
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

38. ¿Tiene dificultad para subir o bajar 12 escalones?

Nota P.38: Entrevistador/a, si cree que la pregunta puede ofender al entrevistado dada la situación física evidente (silla de ruedas, amputaciones, etc.) marque la opción "No puedo hacerlo en absoluto".

- No, ninguna dificultad _____ 1
 Sí, alguna dificultad _____ 2
 Sí, mucha dificultad _____ 3
 No puedo hacerlo en absoluto _____ 4
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Si la persona seleccionada tiene menos de 65 años → Ir a Introducción P.45

L.- LIMITACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA

Introducción P.39: Entrevistador/a, léale al informante: “Piense ahora en sus actividades básicas diarias. No tenga en cuenta los problemas temporales.”

39. De las actividades que le voy a leer, ¿habitualmente tiene dificultad para hacerlas sin ayuda?

Actividades	No, ninguna dificultad	Sí, alguna dificultad	Sí, mucha dificultad	No puedo hacerlo por mí mismo/a	No sabe	No contesta
A. Alimentarse	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
B. Sentarse, levantarse de una silla o de una cama, acostarse	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
C Vestirse y desvestirse	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
D. Ir al servicio	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
E. Ducharse o bañarse	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)

Si P39.A = 2,3,4 o P39.B = 2,3,4 o P39.C = 2,3,4 o P39.D = 2,3,4 o P39.E = 2,3,4 →

Ir a Introducción P.40

En otro caso → ir a Introducción P.42

Introducción P.40: Entrevistador/a, léale al informante: “Considerando esta actividad o actividades en las que usted encuentra dificultades para hacerlas”.

40. ¿Dispone habitualmente de ayuda para realizarlas?

- Sí, al menos para una actividad _____ 1
 No _____ 2
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Si P.40 = 8,9 → Ir a Introducción P.42

Si P.40 = 1 mostrar P41.a

Si P.40 = 2 mostrar P41.b

P41a. ¿Necesitaría más ayuda de la que dispone?

P41b. ¿Considera que necesita ayuda?

Sí, al menos para una actividad _____ 1

No _____ 2

No sabe _____ 8

No contesta _____ 9

Introducción P.42: Entrevistador/a, léale al informante: “A continuación, le voy a leer una serie de actividades relacionadas con el hogar. De nuevo, no incluya problemas temporales”.

P42. ¿Habitualmente tiene dificultad para hacer por sí mismo/a y sin ayuda alguna de estas actividades?

Actividades	No, ninguna dificultad	Sí, alguna dificultad	Sí, mucha dificultad	No puedo hacerlo en absoluto	No aplicable (nunca lo ha intentado o necesitado hacerlo)	No Sabe	No Contesta
A. Preparar las comidas	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
B. Utilizar el teléfono (buscar el número, marcar...)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
C. Realizar compras (comprar la comida, la ropa...)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
D. Tomar sus medicamentos, incluyendo acordarse de la cantidad y el momento en que los debe tomar	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
E. Realizar tareas domésticas ligeras como hacer la colada, hacer la cama, limpiar la casa...	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
F. Realizar ocasionalmente tareas domésticas que requieren un gran esfuerzo como mover muebles, limpiar las ventanas, transportar la compra...	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
G. Administrar su propio dinero (pagar recibos, tratar con el banco, firmar cheques...)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)

Si P42.A = 2,3,4 o P42.B = 2,3,4 o P42.C = 2,3,4 o P42.D = 2,3,4 o P42.E = 2,3,4 o P42.F = 2,3,4 o P42.G = 2,3,4 → Ir a Introducción P.43

En otro caso → Ir a Introducción P.45

Introducción P.43: Entrevistador/a, léale al informante: “Considerando esta actividad o actividades en las que usted encuentra dificultades para hacerlas.”

43. ¿Dispone habitualmente de ayuda para realizarlas?

- Sí, al menos para una actividad _____ 1
 No _____ 2
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Si P.43 = 8,9 → Ir a Introducción P.45

Si P.43 = 1 → mostrar P44.a

Si P.43 = 2 → mostrar P44.b

P44a. ¿Necesitaría más ayuda de la que dispone?

P44b. ¿Considera que necesita ayuda?

- Sí, al menos para una actividad _____ 1
 No _____ 2
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Introducción P.45: Entrevistador/a, léale al informante: “Las siguientes preguntas se refieren al dolor físico que ha podido tener en las últimas 4 semanas”.

P45. Durante las 4 últimas semanas, ¿qué grado de dolor ha padecido?

- Ninguno _____ 1
- Muy leve _____ 2
- Leve _____ 3
- Moderado _____ 4
- Severo _____ 5
- Extremo _____ 6
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

P46. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor afectó a sus actividades cotidianas?

- Nada _____ 1
- Un poco _____ 2
- Moderadamente _____ 3
- Bastante _____ 4
- Mucho _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

M.- SALUD MENTAL

Introducción P.47: Entrevistador/a, léale al informante: “La siguiente pregunta se refiere a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las últimas 2 semanas.”

Entrevistador: Entregue la tarjeta Ad-1.

47. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas?

A continuación vaya leyendo: “Para el problema A, dígame, por favor, el número de respuesta,...Para el problema B,...etc”.

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días	No sabe	No contesta
A. Poco interés o alegría por hacer cosas	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
B. Sensación de estar decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
C. Problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo o dormir demasiado	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
D. Sensación de cansancio o de tener poca energía	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
E. Poco apetito o comer demasiado	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
F. Sentirse mal consigo mismo/a, sentirse que es un fracasado/a o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo/a	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
G. Problemas para concentrarse en algo, como leer el periódico o ver la televisión	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
H. Moverse o hablar tan despacio que los demás pueden haberlo notado. O lo contrario: estar tan inquieto/a o agitado/a que se ha estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)

MÓDULO DE ASISTENCIA SANITARIA

N.- CONSULTAS MÉDICAS Y OTROS SERVICIOS AMBULATORIOS

Introducción P.48: Entrevistador/a, léale al informante: “El siguiente grupo de preguntas hace referencia a las consultas con su médico general o médico de familia. Por favor, incluya tanto las visitas a la consulta de su médico, como las visitas domiciliarias y las consultas telefónicas.”

48. ¿Cuándo fue la última vez que consultó al médico general o médico de familia para usted mismo/a?

- En las últimas 4 semanas _____ 1
 Entre 4 semanas y 12 meses _____ 2
 Hace 12 meses o más _____ 3
 Nunca _____ 4

Si P.48= 2 → Imputar P.49=0 e ir a Introducción P.50

Si P.48= 3,4 → Ir a Introducción P.50

49. Durante las últimas 4 semanas contando desde ayer, es decir, desde el _____ (fecha del día anterior a la entrevista menos 28 días), ¿cuántas veces ha consultado con su médico general o médico de familia para usted @mismo/a?

|_|_| N° de veces NS 98 NC 99

Introducción P.50: Entrevistador/a, léale al informante: “Las siguientes preguntas hacen referencia a consultas a especialistas. Se incluyen sólo las visitas a médicos en consultas externas o ambulatorias, pero no las visitas realizadas en el hospital como paciente ingresado o atendido en un hospital de día. No deben incluirse las visitas al dentista, aunque sí al cirujano maxilofacial.”

50. ¿Cuándo fue la última vez que consultó a un especialista para usted mismo/a?

- En las últimas 4 semanas _____ 1
 Entre 4 semanas y 12 meses _____ 2
 Hace 12 meses o más _____ 3
 Nunca _____ 4
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Si P.50= 2 → Imputar P.51=0 e ir a Filtro P.53

Si P.50= 3, 4, 8, 9 → Ir a Filtro P.53

51. Durante las últimas 4 semanas contando desde ayer, es decir, desde el _____ (fecha del día anterior a la entrevista menos 28 días), ¿cuántas veces consultó a un especialista para usted mismo/a?

|_|_| N° de veces NS 98 NC 99

Flujo P.52: Si P.48=1 y P.50=1 → Ir a P.52

En otro caso → Ir a Filtro P.53

52. El último médico que consultó, ¿era médico de familia/general o era especialista?

- Médico de familia o médico general _____ 1
 Especialista _____ 2
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Flujo P.53: Si P.48=1 o P.50=1 → Ir a P.53

En otro caso → Ir a P.58

53. ¿Dónde tuvo lugar la última consulta realizada durante las últimas cuatro semanas?

- Centro de Salud/Consultorio _____ 01
 Ambulatorio/Centro de especialidades _____ 02
 Consulta externa de un hospital _____ 03
 Servicio de Urgencias no hospitalario _____ 04
 Servicio de Urgencias de un hospital _____ 05
 Consulta de médico de una sociedad _____ 06
 Consulta de médico particular _____ 07
 Empresa o lugar de trabajo _____ 08
 Domicilio del entrevistado _____ 09
 Consulta telefónica _____ 10
 Otro lugar _____ 11
 No sabe _____ 98
 No contesta _____ 99

Si P.53 = 04 ó 05 → Ir a P.57

54. ¿Cuál fue el motivo principal de esta última consulta?

- Diagnóstico de una enfermedad o problema de salud _____ 1
 Un accidente o agresión _____ 2
 Revisión _____ 3
 Sólo dispensación de recetas _____ 4
 Parte de baja, confirmación o alta _____ 5
 Otros motivos _____ 6
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Si P.54 <> 1 → Ir a P.56

55. Y esta última vez, ¿cuánto tiempo pasó desde que empezó a notarse enfermo/a o sintió que tenía algún problema de salud hasta que pidió cita para consulta?

Meses _____

Días _____

Horas _____

No sabe _____ 98

No contesta _____ 99

Nota P.55: Entrevistador/a, puede rellenar las tres casillas (Meses, Días y Horas) o cualquiera de las tres casillas por separado. Se admite respuesta múltiple.

56. Y también esta última vez, ¿cuánto tiempo pasó desde que pidió la cita hasta que le vio el médico?

Meses _____

Días _____

Horas _____

No sabe _____ 98

No contesta _____ 99

Nota P.56: Entrevistador/a, puede rellenar las tres casillas (Meses, Días y Horas) o cualquiera de las tres casillas por separado. Se admite respuesta múltiple.

57. El médico al que acudió en esta última consulta realizada era de:

Sanidad Pública (Seguridad Social) _____ 1

Sociedad médica _____ 2

Consulta privada _____ 3

Otros (médico de empresa, etc.) _____ 4

No sabe _____ 8

No contesta _____ 9

58. En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ (fecha de entrevista menos un año), ¿ha visitado para usted mismo/a un...?

	Sí	No	No sabe	No contesta
Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Enfermero/a o matrona	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Centro o servicio de Radiología	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)

59. Durante los últimos 12 meses, es decir, desde _____ (fecha de entrevista menos un año), ¿se ha realizado algún análisis?

- Sí _____ 1
 No _____ 2
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Nota P.59: Entrevistador/a, se incluye análisis de sangre, orina, heces, etc.

60. Durante los últimos 12 meses, es decir, desde _____ (fecha de entrevista menos un año), ¿se ha realizado alguna de las siguientes pruebas?

	Sí	No	No sabe	No contesta
Radiografía	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
TAC o escáner	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Ecografía	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Resonancia magnética	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)

61. Durante los últimos 12 meses, es decir, desde _____ (fecha de entrevista menos un año), ¿ha utilizado personalmente alguno de los siguientes servicios asistenciales?

	Sí	No	No sabe	No contesta
Atención domiciliaria por una enfermera o matrona	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Ayuda domiciliaria para las tareas domésticas o para las personas mayores	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Comidas a domicilio para personas mayores	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Servicios especiales de transporte a domicilio para acudir a un servicio médico, a un hospital de día, actividades recreativas...	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Otros servicios de asistencia domiciliaria	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)

Nota P.61: Entrevistador/a, la tercera opción: “Comidas a domicilio para personas mayores” solo aparece si la persona adulta seleccionada es mayor de 65 años.

Introducción P.62: Entrevistador/a, léale al informante: “A continuación voy a hacerle unas preguntas sobre su salud dental.”

62. ¿Cuándo fue la última vez que visitó al dentista, estomatólogo o higienista dental para usted mismo/a (es decir, no sólo como acompañante de un niño, de su pareja, etc.)?

- Hace 3 meses o menos _____ 1
 Hace más de 3 meses y menos de 6 _____ 2
 Hace 6 meses o más pero menos de 12 _____ 3
 Hace 12 meses o más _____ 4
 Nunca _____ 5

Si P.62= 5 → Ir a P.65

63. La última vez que acudió, ¿cuál o cuáles de los siguientes tipos de asistencia recibió?

	Sí	No	No sabe	No contesta
Revisión o chequeo	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Limpieza de boca	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Empastes (obturaciones), endodoncias	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Extracción de algún diente/muela	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Fundas, puentes u otro tipo de prótesis	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Tratamiento de las enfermedades de las encías	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Ortodoncia	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Aplicación de flúor	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Implantes	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Otro tipo de asistencia	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)

64. El dentista, estomatólogo o higienista dental al que consultó esta última vez era de:

- Sanidad Pública (Seguridad Social, ayuntamiento, consulta Privada financiada por el gobierno autónomo) _____ 1
- Sociedad médica _____ 2
- Consulta privada _____ 3
- Otros _____ 4
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

65. ¿Cuál es el estado de sus dientes y muelas?

	Sí	No	No sabe	No contesta
Tiene caries	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Le han extraído dientes/muelas	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Tiene dientes/muelas empastados (obturados)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Se le mueven los dientes/muelas	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Lleva fundas (coronas), puentes, otro tipo de prótesis o dentadura postiza	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Le faltan dientes/muelas que no han sido sustituidos por prótesis	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
Tiene o conserva todos sus dientes/muelas naturales	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)

O.- HOSPITALIZACIONES, URGENCIAS Y SEGURO SANITARIO

Introducción P.66: Entrevistador/a, léale al informante: “El siguiente grupo de preguntas hace referencia al tiempo pasado en un hospital. Se incluyen todos los tipos de hospital”.

Si la persona seleccionada es: (hombre) o (mujer de 50 años o más), mostrar P66.a
Si la persona seleccionada es mujer menor de 50 años, mostrar P66.b

66a. Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido que ingresar como paciente al menos durante una noche?

66b. Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido que ingresar como paciente al menos durante una noche excluyendo partos o cesáreas?

Sí _____ 1

No _____ 2

Nota P.66: Entrevistador/a, no deben incluirse las visitas a urgencias ni a hospitales de día. Para mujeres menores de 50 años sí se consideran los ingresos por complicaciones anteriores y posteriores al parto.

Si P.66 = 1 → Ir a P.67

Si P.66 = 2 y es una mujer menor de 50 años → Ir a P.69

Resto de los casos → Ir a P.75

Si la persona seleccionada es: (hombre) o (mujer de 50 años o más), mostrar P67.a

Si la persona seleccionada es mujer menor de 50 años, mostrar P67.b

67a. ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado/a en estos últimos doce meses?

**67b. ¿Cuántas veces ha estado hospitalizada en estos últimos doce meses?
Nuevamente, no considere los partos o cesáreas.**

Nº de veces NS 98 NC 99

Nota P.67: Entrevistador/a: Anote cero si el adulto seleccionado está hospitalizado en el momento de la entrevista (responde un proxy) y ésta es la única vez que ha estado hospitalizado en los últimos 12 meses.

68. Considerando estos ingresos, ¿cuántas noches en total ha pasado ingresado/a en un hospital en estos últimos 12 meses?

Noches NS 998 NC 999

Nota P.68: Entrevistador/a: Anote cero si el adulto seleccionado está hospitalizado en el momento de la entrevista (responde un proxy) y ésta es la única vez que ha estado hospitalizado en los últimos 12 meses.

Si la persona seleccionada es mujer menor de 50 años → Ir a P.69

Si la persona seleccionada es (hombre) o (mujer de 50 años o más) → Ir a Flujo P.70

69. Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido que ingresar en un hospital por parto o cesárea?

- Sí _____ 1
 No _____ 2
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Nota P.69: No deben incluirse las visitas a urgencias ni a hospitales de día.

Flujo P.70:

Si P.69 = 2, 8, 9 y P.66 = 2 → Ir a P.75

Si P.69 = blanco, 2, 8, 9 y P.67 = 1 → Marcar en P.70 el mismo número de noches de P.68 e Ir a P.71

70. En relación al último ingreso hospitalario que haya tenido por cualquier motivo, ¿cuántos días estuvo @ingresado/a en el hospital?

Nº de días |_|_|_| NS 998 NC 999

Nota P.70: Entrevistador/a: Anote cero si el adulto seleccionado está hospitalizado en el momento de la entrevista (responde un proxy) y ésta es la única vez que ha estado hospitalizado en los últimos 12 meses.

71. En relación también a este último ingreso hospitalario, ¿cuál fue el motivo de su ingreso en el hospital?

- Intervención quirúrgica _____ 1
 Estudio médico para diagnóstico _____ 2
 Tratamiento médico sin intervención quirúrgica _____ 3
 Parto (incluye cesárea) _____ 4
 Otros motivos _____ 5
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Si P.71 = 4 → Ir a P.74

72. ¿Estuvo en lista de espera por este motivo?

- Sí _____ 1
 No _____ 2
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Si P.72 = 2, 8 ó 9 → Ir a P.74

73. ¿Cuánto tiempo en meses estuvo en lista de espera desde que le dijeron que tenía que ingresar?

Nº de meses NS 98 NC 99

Nota P.73: Entrevistador/a, si el tiempo que estuvo en lista de espera fue menos de un mes anote 00.

74. ¿A cargo de quién corrieron los gastos de su hospitalización?

- Sanidad Pública (Seguridad Social) _____ 1
 Mutualidad obligatoria (MUFACE, ISFAS, etc.) _____ 2
 Sociedad médica privada _____ 3
 A su propio cargo o de su hogar _____ 4
 A cargo de otras personas, organismos o instituciones _____ 5
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Hospital de día

75. Durante los últimos doce meses, desde el _____ (fecha de entrevista menos un año), ¿ha sido usted atendido/a en un Hospital de día para una intervención, tratamiento o hacerse alguna prueba, es decir, permaneciendo durante todo o parte del día pero sin tener que pasar allí la noche?

(Incluya ingresos en cama o sillón cama, no incluya estancias en urgencias ni en observación)

- Sí _____ 1
 No _____ 2
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Si P.75 <> 1 → Ir a P.78

76. ¿Cuántos días ha tenido que acudir a un hospital de día, sin tener que pasar la noche?

□□□□ Días NS 998 NC 999

Nota P.76: Mínimo un día.

Obligatorio: P.76 ≥ 1

77. ¿Cual fue la razón del último ingreso que haya tenido en el Hospital de día?

- Un tratamiento _____ 1
 Una intervención quirúrgica _____ 2
 Otros motivos _____ 3
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Servicios de urgencia

Introducción P.78: Entrevistador/a, léale al informante: “Para terminar este apartado, voy a preguntarle ahora por su posible utilización de los servicios de urgencias”.

78. En estos últimos doce meses, ¿ha tenido que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad?

- Sí _____ 1
 No _____ 2

Si P.78= 2 → Ir a P.84

79. Y en total, ¿cuántas veces tuvo que utilizar un servicio de urgencias en estos doce meses?

Nº de veces □□□□ NS 998 NC 999

80. ¿Dónde fue atendido la última vez?

- En el lugar donde se encontraba (domicilio, lugar de trabajo, etc.)
- En una unidad móvil
- En un centro o servicio de urgencias
- No sabe
- No contesta

Nota P.80: Se admite respuesta múltiple.

81. La última vez que utilizó un servicio de urgencias, ¿cuánto tiempo pasó desde que empezó a notarse enfermo/a o sintió que tenía algún problema de salud hasta que pidió asistencia?

- Días _____
- Horas _____
- Minutos _____
- No sabe _____ 98
- No contesta _____ 99

Nota P.81: Entrevistador/a, puede rellenar las tres casillas (Días, Horas y Minutos) o cualquiera de las tres casillas por separado. Se admite respuesta múltiple.

82. Y también esta última vez que utilizó un servicio de urgencias, ¿cuánto tiempo pasó desde que pidió asistencia hasta que fue atendido?

- Horas _____
- Minutos _____
- No sabe _____ 98
- No contesta _____ 99

Nota P.82: Entrevistador/a, puede rellenar las dos casillas (Minutos y Horas) o cualquiera de las dos casillas por separado. Si la asistencia fue inmediata anote 00 en horas y en minutos. Se admite respuesta múltiple.

83. Y también esta última vez que utilizó un servicio de urgencias en estos doce últimos meses, ¿qué tipo de servicio utilizó?

- Hospital de la Sanidad Pública (Seguridad Social) _____ 1
 Centro o servicio de urgencias no hospitalario de la Sanidad Pública (Seguridad Social). Por ejemplo centro de salud, ambulatorio, etc _____ 2
 Sanatorio, hospital o clínica privada _____ 3
 Servicio privado de urgencias _____ 4
 Casa de socorro o servicio de urgencias del ayuntamiento _____ 5
 Otro tipo de servicio _____ 6
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

84. ¿Podría decirme ahora, de cuál o cuáles de las siguientes modalidades de Seguro Sanitario (público y/o privado) es usted titular o beneficiario/a?

- Sanidad pública (Seguridad Social) _____
 Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) acogidas a la Seguridad Social _____
 Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) acogidas a un seguro privado _____
 Seguro médico privado, concertado individualmente (sociedades médicas, Colegios Profesionales, etc) _____
 Seguro médico concertado por la empresa _____
 No tengo seguro médico _____
 Otras situaciones _____
 No sabe _____
 No contesta _____

Nota P.84: Entrevistador/a, anote como máximo dos respuestas, las que el informante considere prioritarias.

P.- CONSUMO DE MEDICAMENTOS

Introducción P.85: Entrevistador/a, léale al informante: “A continuación, le voy a preguntar sobre el consumo de medicamentos en las últimas 2 semanas.”

85. Durante las dos últimas semanas, ¿ha consumido algún medicamento que le fuera recetado por un médico?

Sí _____ 1
No _____ 2

86. Durante las últimas dos semanas, ¿ha consumido algún medicamento, incluyendo medicamentos a base de plantas o vitaminas que no le fueran recetados por un médico?

Sí _____ 1
No _____ 2
No sabe _____ 8
No contesta _____ 9

Si P.85 = 1 o P.86 = 1 → Ir a P.87
En otro caso → Ir a P.88

87. A continuación voy a leerle una lista de tipos de medicamentos, por favor dígame ¿cuál o cuáles de ellos ha consumido en las últimas dos semanas y cuáles le fueron recetados por el médico?

Nota P.87: Entrevistador/a, léale al informante la lista de medicamentos y pregúntele, para cada uno de ellos, si los ha consumido o no en las últimas dos semanas y, en caso afirmativo, si le fueron o no recetados por algún médico. Para cada medicamento que haya consumido debe cumplimentar la columna **Recetado**.

	Consumido				Recetado			
	Sí	No	NS	NC	Sí	No	NS	NC
1. Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
2. Medicinas para el dolor	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
3. Medicinas para bajar la fiebre	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
4. Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
5. Laxantes	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
6. Antibióticos	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
7. Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
8. Medicamentos para la alergia	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)

9. Medicamentos para la diarrea	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
10. Medicinas para el reuma	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
11. Medicinas para el corazón	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
12. Medicinas para la tensión arterial	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
13. Medicinas para el estómago y/o las alteraciones digestivas	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
14. Antidepresivos, estimulantes	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
15. Píldoras para no quedar embarazada (solo para mujeres)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
16. Hormonas para la menopausia (solo para mujeres)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
17. Medicamentos para adelgazar	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
18. Medicamentos para bajar el colesterol	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
19. Medicamentos para la diabetes	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
20. Medicamentos para el tiroides	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
21. Productos homeopáticos	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
22. Productos naturistas	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
23. Otros medicamentos	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)

Sólo se activará la correspondiente P.87_Recetado para las opciones en las que P.87_Consumido = 1

Si el adulto seleccionado es varón, NO aparecerán las opciones 15 y 16.

Si el adulto seleccionado es mujer de 65 años o más, NO aparecerá la opción 15.

Q.- PRÁCTICAS PREVENTIVAS

Introducción P.88: Entrevistador/a, léale al informante: “A continuación, le voy a preguntar sobre la vacunación de la gripe.”

88. ¿Se ha vacunado de la gripe en la última campaña?

Sí _____ 1

No _____ 2

Si P.88 = 2 → Ir a P.88c

88b. ¿Cuándo se vacunó?

Año _____

Mes _____

Ir a Introducción P.89

88c. ¿Cuándo fue la última vez que se vacunó?

- Año 2013 _____ 1 → **88c2:** Mes
- Año 2012 _____ 2
- Año 2011 _____ 3
- Año 2010 _____ 4
- Antes del año 2010 _____ 5
- No me he vacunado nunca _____ 6
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

Introducción P.89: Entrevistador/a, léale al informante: “Ahora le voy a preguntar sobre su tensión arterial, su nivel de colesterol y su nivel de azúcar”.

89. ¿Le ha tomado la tensión alguna vez un profesional sanitario?

- Sí _____ 1
- No _____ 2
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

Nota P.89: Entrevistador/a, se incluye la toma de tensión en farmacias.

Si P.89= 2, 8, 9 → Ir a P.91

90. La última vez que le tomaron la tensión fue:

- En los últimos 12 meses _____ 1
- Hace 1 año o más pero menos de 2 años _____ 2
- Hace 2 años o más pero menos de 3 años _____ 3
- Hace 3 años o más pero menos de 5 años _____ 4
- Hace 5 años o más _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

Nota P.90: Entrevistador/a, se incluye la toma de tensión en farmacias.

91. ¿Le han medido alguna vez su nivel de colesterol en sangre?

Sí _____ 1

No _____ 2

No sabe _____ 8

No contesta _____ 9

Si P.91 = 2, 8, 9 → Ir a P.93

92. ¿Cuándo fue la última vez que le midieron su nivel de colesterol en sangre?

En los últimos 12 meses _____ 1

Hace 1 año o más pero menos de 3 años _____ 2

Hace 3 años o más pero menos de 5 años _____ 3

Hace 5 años o más _____ 4

No sabe _____ 8

No contesta _____ 9

93. ¿Le ha medido alguna vez su nivel de azúcar en sangre un profesional sanitario?

Sí _____ 1

No _____ 2

No sabe _____ 8

No contesta _____ 9

Si P.93 = 2, 8, 9 → Ir a Introducción P.95

94. ¿Cuándo fue la última vez que un profesional sanitario le midió su nivel de azúcar en sangre?

En los últimos 12 meses _____ 1

Hace 1 año o más pero menos de 3 años _____ 2

Hace 3 años o más pero menos de 5 años _____ 3

Hace 5 años o más _____ 4

No sabe _____ 8

No contesta _____ 9

Introducción P.95: Entrevistador/a, léale al informante: “Las siguientes preguntas hacen referencia a la prueba de sangre oculta en heces y a la colonoscopia.”

95. ¿Alguna vez le han hecho una prueba de sangre oculta en heces?

- Sí _____ 1
 No _____ 2
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Si P.95 = 2, 8, 9 → Ir a P.98

96. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una prueba de sangre oculta en heces?

- En los últimos 12 meses _____ 1
 Hace 1 año o más pero menos de 2 años _____ 2
 Hace 2 años o más pero menos de 3 años _____ 3
 Hace 3 años o más pero menos de 5 años _____ 4
 Hace 5 años o más _____ 5
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

97. ¿Cuál de las siguientes fue la principal razón por la que se hizo esta última prueba de sangre oculta en heces?

- Por algún problema, síntoma o enfermedad _____ 1
 Por consejo de su médico de atención primaria o especialista, aunque no tenía ningún problema _____ 2
 Porque recibió una carta, le llamaron por teléfono o le dijeron en su centro de salud que si se quería hacer esta prueba _____ 3
 Otras razones _____ 4
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

98. ¿Le han realizado alguna vez una colonoscopia?

- Sí _____ 1
 No _____ 2
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Nota P.98: Entrevistador/a, si el informante tiene dudas sobre qué es una colonoscopia, puede comentarle que se trata de una: “Exploración del interior del colón a través de un aparato óptico”.

Si P.98 = 2, 8, 9 y el adulto seleccionado es mujer → Ir a Introducción P.100

Si P.98 = 2, 8, 9 y el adulto seleccionado es hombre → Ir a Introducción P.106

99. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una colonoscopia?

- En los últimos 12 meses _____ 1
 Hace 1 año o más pero menos de 5 años _____ 2
 Hace 5 años o más pero menos de 10 años _____ 3
 Hace 10 años o más _____ 4
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Nota P.99: Entrevistador/a, si el informante tiene dudas sobre qué es una colonoscopia, puede comentarle que se trata de una: “Exploración del interior del colón a través de un aparato óptico”.

Si el adulto seleccionado es mujer → Ir a Introducción P.100

Si el adulto seleccionado es hombre → Ir a Introducción P.106

Introducción P.100: Entrevistador/a, léale al informante: “Las siguientes preguntas hacen referencia a las pruebas de mamografía y de citología vaginal”.

100. ¿Le han hecho alguna vez una mamografía?

- Sí _____ 1
 No _____ 2
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Nota P.100: Entrevistador/a, si la informante tiene dudas sobre la mamografía puede comentarle que se trata de una radiografía de mama.

Si P.100 = 2, 8, 9 → Ir a P.103

101. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una mamografía?

- En los últimos 12 meses _____ 1
 Hace 1 año o más pero menos de 2 años _____ 2
 Hace 2 años o más pero menos de 3 años _____ 3
 Hace 3 años o más _____ 4
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Nota P.101: **Entrevistador/a**, si la informante tiene dudas sobre la mamografía puede comentarle que se trata de una radiografía de mama.

102. ¿Cuál de las siguientes fue la principal razón por la que se hizo esta última mamografía?

- Por algún problema, síntoma o enfermedad _____ 1
 Por consejo de su médico de atención primaria o especialista, aunque no tenía ningún problema _____ 2
 Porque recibió una carta, le llamaron por teléfono o le dijeron en su centro de salud que si se quería hacer esta prueba _____ 3
 Otras razones _____ 4
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

103. ¿Le han hecho alguna vez una citología vaginal?

- Sí _____ 1
 No _____ 2
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Nota P.103: **Entrevistador/a**, si la informante tiene dudas sobre la citología vaginal, puede comentarle que se trata de una muestra de células.

Si P.103 = 2, 8, 9 → Ir a Introducción P.106

104. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una citología vaginal?

- En los últimos 12 meses _____ 1
 Hace 1 año o más pero menos de 2 años _____ 2
 Hace 2 años o más pero menos de 3 años _____ 3
 Hace 3 años o más pero menos de 5 años _____ 4
 Hace 5 años o más _____ 5
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Nota P.104: **Entrevistador/a**, si la informante tiene dudas sobre la citología vaginal, puede comentarle que se trata de una muestra de células.

105. ¿Cuál de las siguientes fue la principal razón por la que se hizo esta última citología?

- Por algún problema, síntoma o enfermedad _____ 1
 Por consejo de su médico de atención primaria o especialista,
 aunque no tenía ningún problema _____ 2
 Porque recibió una carta, le llamaron por teléfono o le dijeron
 en su centro de salud que si se quería hacer esta prueba _____ 3
 Otras razones _____ 4
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

R.- NECESIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA NO CUBIERTAS

Introducción P.106: Entrevistador/a, leále al informante: “Por diferentes motivos puede tener que esperar para recibir atención médica e incluso puede no llegar a recibirla.”

106. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez ha tardado en recibir o ha carecido de asistencia médica cuando lo necesitaba por una lista de espera demasiado larga?

- Sí _____ 1
 No _____ 2
 No he necesitado asistencia médica _____ 3
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Nota P.106: Entrevistador/a, si la respuesta es NO, se debe indagar si se refiere a la categoría 2 (Necesité atención médica pero no tardé en recibirla por ese motivo) o a la categoría 3 (No necesité atención médica).

107. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez ha tardado en recibir o ha carecido de asistencia médica cuando lo necesitaba por dificultades relacionadas con el transporte o la distancia?

- Sí _____ 1
 No _____ 2
 No he necesitado asistencia médica _____ 3
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Nota P.107: Entrevistador/a, si la respuesta es NO, se debe indagar si se refiere a la categoría 2 (Necesité atención médica pero no tardé en recibirla por ese motivo) o a la categoría 3 (No necesité atención médica).

108. En los últimos 12 meses, ¿ha necesitado alguno de los siguientes tipos de atención sanitaria y no se lo pudo permitir por motivos económicos?

	Sí	No	No lo he necesitado	No sabe	No contesta
A. Atención médica	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
B. Atención dental	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
C. Algún medicamento que le habían recetado	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)
D. Atención de salud mental (Consulta al psicólogo o psiquiatra, por ejemplo)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)

Nota P.108: Entrevistador/a, Si la respuesta es NO, se debe indagar si se refiere a la categoría 2 (Necesité atención sanitaria pero no pude permitírmela por motivos distintos a los económicos o necesité atención sanitaria y la he recibido) o a la categoría 3 (No necesité atención sanitaria).

MÓDULO DE DETERMINANTES DE LA SALUD

S.- CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

Introducción P.109: Entrevistador/a, léale al informante: “Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre su talla y su peso.”

109. ¿Podría decirme cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?

|_|_|_| cm NS 998 NC 999

110. ¿Y cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?

|_|_|_| kg NS 998 NC 999

T.- ACTIVIDAD FÍSICA

Introducción P.111: Entrevistador/a, léale al informante: “Ahora voy a hacerle unas preguntas sobre la actividad física que realiza.”

111. ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor su actividad principal en el centro de trabajo, centro de enseñanza, hogar (labores domésticas)...?

- Sentado/a la mayor parte de la jornada _____ 1
 De pie la mayor parte de la jornada sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos _____ 2
 Caminando, llevando algún peso, efectuando desplazamientos frecuentes _____ 3
 Realizando tareas que requieren gran esfuerzo físico _____ 4
 No aplicable _____ 5
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

112. ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que realiza alguna actividad física en su tiempo libre?

- No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.) _____ 1
- Hago alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas que requieren un ligero esfuerzo, etc.) _____ 2
- Hago actividad física varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.) _____ 3
- Hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana _____ 4
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

Introducción P.113: Entrevistador/a, léale al informante: “Ahora me gustaría preguntarle por la forma de ir a los sitios a los que se desplaza habitualmente, por ejemplo, para ir a trabajar, a clase, para hacer la compra, etc.”

113. En una semana de actividad normal, ¿cuántos días camina al menos 10 minutos seguidos para desplazarse?

Número de días:

NS 8 NC 9

Si P.113 = 0, 8, 9 → Ir a P.115

114. Habitualmente, en uno de esos días, ¿cuánto tiempo camina para desplazarse?

Nota P.114: Entrevistador/a, no se leen las opciones. Marque la que más se ajuste a la respuesta del entrevistado.

- De 10 a 29 minutos _____ 1
- De 30 a 59 minutos _____ 2
- Una hora o más, pero menos de 2 horas _____ 3
- Dos horas o más, pero menos de 3 horas _____ 4
- Tres horas o más _____ 5
- No sabe _____ 8
- No contesta _____ 9

115. En una semana de actividad normal, ¿cuántos días utiliza la bicicleta al menos durante 10 minutos para desplazarse?

Número de días:

NS 8 NC 9

Si P.115 = 0, 8, 9 → Ir a P.117

116. En uno de esos días, ¿cuánto tiempo utiliza habitualmente la bicicleta para desplazarse?

Nota P.116: Entrevistador/a, no se leen las opciones. Marque la que más se ajuste a la respuesta del entrevistado.

- De 10 a 29 minutos 1
 De 30 a 59 minutos 2
 Una hora o más, pero menos de 2 horas 3
 Dos horas o más, pero menos de 3 horas 4
 Tres horas o más 5
 No sabe 8
 No contesta 9

Introducción P.117: Entrevistador/a, léale al informante: “Las siguientes preguntas se refieren al ejercicio físico que realiza en su tiempo de ocio. No incluya el ejercicio declarado en las preguntas anteriores.”

117. En una semana de actividad normal, ¿cuántos días practica deporte, gimnasia, ciclismo, camina deprisa, etc., al menos 10 minutos seguidos?

Número de días:

NS 8 NC 9

Si P.117 = 0, 8, 9 → Ir a P.119

118. Y en total, ¿cuánto tiempo dedica a estas actividades en una semana normal?

: horas y minutos por semana

NS 98 NC 99

119. En una semana de actividad normal, ¿cuántos días realiza actividades específicamente destinadas a fortalecer sus músculos? Considere todas las actividades de este tipo aunque ya las haya tenido en cuenta en la pregunta anterior.

Número de días:

NS 8 NC 9

Nota P.119: Entrevistador/a, solo en caso de duda muestre al informante la pantalla del tablet con las imágenes de actividades destinadas a fortalecer los músculos.

U.- ALIMENTACIÓN

Introducción P.120: Entrevistador/a, léale al informante: “Le voy a hacer unas preguntas sobre alimentación.”

120. ¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos?

Alimentos	Frecuencias de consumo							No sabe	No contesta
	Una o más veces al día	De 4 a 6 veces a la semana	Tres veces a la semana	Una o dos veces a la semana	Menos de 1 vez a la semana	Nunca			
Fruta fresca (excluyendo zumos)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> N°	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	
Carne (pollo, ternera, cerdo, cordero...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	
Huevos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	
Pescado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	
Pasta, arroz, patatas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	
Pan, cereales	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	
Verduras, ensaladas y hortalizas	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> N°	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	
Legumbres	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	
Embutidos y fiambres	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	
Productos lácteos (leche, queso, yogur)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	
Dulces (galletas, bollería, mermeladas, cereales con azúcar, caramelos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	
Refrescos con azúcar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	
Comida rápida (pollo frito, bocadillos, pizzas, hamburguesas)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	
Aperitivos o comidas saladas de picar (patatas fritas, ganchitos, galletitas saladas)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	
Zumo natural de frutas o verduras	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> N°	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	

Al marcar “Una o más veces al día” en la Opción 1 (Fruta fresca excluyendo zumos) debe aparecer la pregunta emergente **120.A ‘¿Cuántas piezas de fruta consume a diario?’** con un desplegable para seleccionar valores desde 1 hasta 10, NS y NC.

Al marcar “Una o más veces al día” en la Opción 7 (Verduras, ensaladas y hortalizas) debe aparecer la pregunta emergente **120.B ‘¿Cuántas veces al día?’** con un desplegable para seleccionar valores desde 1 hasta 10, NS y NC.

Al marcar “Una o más veces al día” en la Opción 15 (Zumo natural de frutas o verduras) debe aparecer la pregunta emergente **120.C ‘¿Cuántas veces al día?’** con un desplegable para seleccionar valores desde 1 hasta 10, NS y NC.

Solo si P120.1 (Fruta fresca) = 2 y P120.15 (Zumo natural) = 2 → se pasa a la pregunta 120.D

En otro caso → Ir a Introducción P.121

120.D Considerando ahora de manera conjunta su consumo de fruta fresca y zumos naturales a la semana, ¿toma a diario al menos uno de ellos?

- Sí _____ 1
 No _____ 2
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Si P120.D = 2, 8, 9 → Ir a Introducción P.121

120.E ¿Cuántas piezas de fruta o vasos de zumo natural consume a diario?

NS 98 NC 99

V.- CONSUMO DE TABACO Y EXPOSICIÓN AL HUMO DE TABACO

Introducción P.121: Entrevistador/a, léale al informante: “Las siguientes preguntas se refieren al consumo de tabaco y a la exposición al humo de tabaco.”

121. ¿Podría decirme si fuma?

- Sí, fumo a diario 1
 Sí fumo, pero no a diario 2
 No fumo actualmente pero he fumado antes 3
 No fumo ni he fumado nunca de manera habitual 4
 No sabe 8
 No contesta 9

Si P.121 = 3, 4, 8, 9 → Ir a P.126

W.- CONSUMO DE ALCOHOL

Introducción P.127: Entrevistador/a, léale al informante: “Las siguientes preguntas se refieren al consumo de bebidas alcohólicas durante los últimos 12 meses.”

127. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado bebidas alcohólicas de cualquier tipo (es decir, cerveza, vino, licores, bebidas destiladas y combinados u otras bebidas alcohólicas)?

- A diario o casi a diario _____ 01
- 5-6 días por semana _____ 02
- 3-4 días por semana _____ 03
- 1-2 días por semana _____ 04
- 2-3 días en un mes _____ 05
- Una vez al mes _____ 06
- Menos de una vez al mes _____ 07
- No en los últimos 12 meses, he dejado de tomar alcohol _____ 08
- Nunca o solamente unos sorbos para probarlo a lo largo de toda la vida _____ 09
- No sabe _____ 98
- No contesta _____ 99

Si P.127 = 05, 06, 07 → Ir a Introducción P.129

Si P.127 = 08, 09, 98, 99 → Ir a Introducción P.130

128. Durante los últimos 12 meses, en una semana en que desarrolló usted su actividad habitual, ¿cuántas bebidas que contengan alcohol consumió a lo largo de la semana?

	Cervezas con alcohol	Vinos, Cava	Vermuts, fino, jerez	Licores, anís, pacharán	Whisky, coñac, combinados ...	Bebidas 'locales' sidra, carajillo
	Sí <input checked="" type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>	Sí <input checked="" type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NC <input checked="" type="checkbox"/>
Lunes	0 Cervezas	Vasos, copas	Copas	0 Copas	Copas	Vasos, copas
Martes	0 Cervezas	Vasos, copas	Copas	0 Copas	Copas	Vasos, copas
Miércoles	0 Cervezas	Vasos, copas	Copas	0 Copas	Copas	Vasos, copas
Jueves	0 Cervezas	Vasos, copas	Copas	0 Copas	Copas	Vasos, copas
Viernes	0 Cervezas	Vasos, copas	Copas	0 Copas	Copas	Vasos, copas
Sábado	0 Cervezas	Vasos, copas	Copas	0 Copas	Copas	Vasos, copas
Domingo	0 Cervezas	Vasos, copas	Copas	0 Copas	Copas	Vasos, copas

Introducción P.129: Entrevistador/a, entregue al informante la tarjeta Ad-2 y léale: “En esta tarjeta puede observar la equivalencia de las bebidas alcohólicas más comunes con la llamada bebida estándar. De acuerdo a estas equivalencias, podría contestarme...”

Si el adulto seleccionado es hombre, presentar enunciado P129.A

Si el adulto seleccionado es mujer, presentar enunciado P129.B

129.a Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado 6 o más bebidas estándar en una misma ocasión? (Por “ocasión” entendemos tomar las bebidas en un intervalo aproximado de cuatro a seis horas)

129.b Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado 5 o más bebidas estándar en una misma ocasión? (Por “ocasión” entendemos tomar las bebidas en un intervalo aproximado de cuatro a seis horas)

- A diario o casi a diario..... 01
- De 5 a 6 días por semana..... 02
- De 3 a 4 días por semana..... 03
- De 1 a 2 días por semana..... 04
- De 2 a 3 días en un mes..... 05
- Una vez al mes..... 06
- Menos de una vez al mes..... 07
- No en los últimos 12 meses..... 08
- Nunca en toda mi vida..... 09
- No sabe..... 98
- No contesta..... 99

X.- APOYO SOCIAL

Introducción P.130: Entrevistador/a, léale al informante: “Las siguientes preguntas hacen referencia a sus relaciones sociales.”

130. En caso de tener un problema personal grave de cualquier tipo, ¿con cuántas personas cercanas a usted podría contar?

- Ninguna _____ 1
 1 o 2 personas _____ 2
 De 3 a 5 personas _____ 3
 Más de 5 personas _____ 4
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

131. ¿En qué medida se interesan otras personas por lo que a usted le pasa?

- Mucho _____ 1
 Algo _____ 2
 Ni mucho ni poco _____ 3
 Poco _____ 4
 Nada _____ 5
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Nota P.131: Entrevistador/a, el concepto “otras personas” se refiere tanto a familiares como a personas que no sean miembros de su familia.

132. ¿En qué medida le resultaría fácil obtener ayuda de los vecinos en caso de necesidad?

- Muy fácil _____ 1
 Fácil _____ 2
 Es posible _____ 3
 Difícil _____ 4
 Muy difícil _____ 5
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Y.- CUIDADO A OTRAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD

Introducción P.133: Entrevistador/a, léale al informante: “Las siguientes preguntas tratan de conocer si usted dedica tiempo al cuidado de alguna persona con problemas de salud.”

133. ¿Cuida, al menos una vez a la semana, de alguna persona mayor o de alguien que tenga una dolencia crónica? No lo considere si forma parte de su trabajo.

- Sí _____ 1
 No _____ 2
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Si P.133 <> 1 → Ir a [FILTRO INGRESOS](#)

134. La persona o personas a las que cuida son:

- Familiares _____ 1
 Otras personas _____ 2
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Nota P.134: Entrevistador/a, en caso de que las dos respuestas sean posibles, el informante debe contestar pensando en la persona a la que más tiempo dedica.

135. En total, ¿cuántas horas a la semana dedica al cuidado de esta/s persona/s?

- Menos de 10 horas a la semana _____ 1
 10 horas o más a la semana pero menos de 20 _____ 2
 20 horas a la semana o más _____ 3
 No sabe _____ 8
 No contesta _____ 9

Z.- INGRESOS

Si la información sobre ingresos ya fue proporcionada por el informante del Cuestionario de Hogar → P.140

Si la información sobre ingresos fue proporcionada parcialmente por el informante del Cuestionario de Hogar → Ir a las preguntas que el anterior informante contestó “No sabe”

Si la información sobre ingresos no fue preguntada en el Cuestionario de Hogar → Ir a P.136

Entrevistador/a, si el informante es el mismo que respondió a las preguntas de ingresos en el cuestionario de hogar, responda “No contesta” y vaya a la siguiente pregunta.

Introducción P.136: Entrevistador/a, léale al informante: “Para poder hacer comparaciones entre los distintos tipos de problemas de salud de las familias, es necesario conocer unos datos muy básicos sobre el nivel de ingresos de la familia.

“A continuación le voy a preguntar por los ingresos regulares del hogar. No incluya los ingresos de las personas residentes empleadas en el hogar ni de los huéspedes hijos.”

136. De los siguientes tipos de ingresos que le voy a leer, ¿podría decirme cuáles de ellos reciben usted y los demás miembros de su hogar? Debe considerar las fuentes de cada miembro del hogar y las conjuntas.

Nota P.136: Se admite respuesta múltiple.

- Ingresos del trabajo (por cuenta propia o ajena) _____
- Prestación y subsidios por desempleo _____
- Pensión por jubilación o viudedad _____
- Pensión por invalidez o incapacidad _____
- Prestaciones económicas por hijo a cargo u otras prestaciones económicas como ayudas a la familia... _____
- Prestaciones o subvenciones relacionadas con la vivienda _____
- Prestaciones o subvenciones relacionadas con la educación _____
- Otros ingresos regulares / Otro subsidio o prestación social regular _____
- Ninguna fuente de ingresos _____
- No sabe _____
- No contesta _____

Si entre las respuestas 1 y 8 hay una única respuesta marcada → Ir a **P.138B**

Si entre las respuestas 1 y 8 hay más de una respuesta marcada → Ir a **P.137**

Si P.136 = 98 (“No sabe”) → Ir a **P138.A**

Si P.136 = 09, 99 (“Ninguna fuente de ingresos” o “No contesta”) → Ir a **P.140**

137. De estas fuentes de ingresos monetarios del hogar citadas, ¿cuál diría que es la principal?

Nota P.136: Se muestran las opciones marcadas en la pregunta anterior con un cuadro de selección para marcar solo una.

[Ir a P.138C](#)

138A. Aunque no pueda en este momento especificar las fuentes de ingresos, ¿podría decir cuál es aproximadamente el ingreso mensual neto de todo el hogar (es decir, sumando todas las fuentes y descontando las retenciones por impuestos, Seguridad Social, etc.)?

138B. Pensando en la fuente de ingresos que ha mencionado, ¿podría decir cuál es aproximadamente el ingreso mensual neto de todo el hogar (es decir, sumando todas las fuentes y descontando las retenciones por impuestos, Seguridad Social, etc.)?

138C. Pensando en las fuentes de ingresos que ha mencionado, ¿podría decir cuál es aproximadamente el ingreso mensual neto de todo el hogar (es decir, sumando todas las fuentes y descontando las retenciones por impuestos, Seguridad Social, etc.)?

138D. ¿Podría decir cuál es el importe mensual aproximado de los ingresos del hogar, (es decir, sumando todas las fuentes y descontando las retenciones por impuestos, Seguridad Social, etc.)?

Cantidad |__|__|__|__|__|__| euros → [Ir a P.140](#)

No sabe _____ 999998

No contesta _____ 999999 → [Ir a P.140](#)

INFORMACIÓN SOBRE LA ENTREVISTA

141. Idioma

Entrevistador/a, anote el idioma empleado principalmente por el informante para responder al Cuestionario de Adulto:

- | | | |
|------------------|--------------------------|---|
| Castellano _____ | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Catalán _____ | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Valenciano _____ | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Euskera _____ | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Gallego _____ | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Inglés _____ | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Otro _____ | <input type="checkbox"/> | 7 |

142. Nota final

Entrevistador/a: Anote las observaciones que considere oportunas al final de este cuestionario.

Observaciones

.....
.....
.....
.....

FIN DEL CUESTIONARIO DE ADULTOS PASAR AL PARTE DE TRABAJO

Tarjeta Ad-1.

(Para cada uno de los problemas, elija el número de la opción que más se ajuste a su respuesta)

47- La siguiente pregunta se refiere a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las últimas 2 semanas.

En cada fila hay un conjunto de respuestas. Por favor, lea cada problema y dígame uno por uno el número de la respuesta que mejor refleje la frecuencia con que ha tenido cada uno.

A. Poco interés o alegría por hacer cosas	1. Nunca	2. Varios días	3. Más de la mitad de los días	4. Casi todos los días
B. Sensación de estar decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a	1. Nunca	2. Varios días	3. Más de la mitad de los días	4. Casi todos los días
C. Problemas para quedarse dormido/a para seguir durmiendo o dormir demasiado	1. Nunca	2. Varios días	3. Más de la mitad de los días	4. Casi todos los días
D. Sensación de cansancio o de tener poca energía	1. Nunca	2. Varios días	3. Más de la mitad de los días	4. Casi todos los días
E. Poco apetito o comer demasiado	1. Nunca	2. Varios días	3. Más de la mitad de los días	4. Casi todos los días
F. Sentirse mal consigo mismo/a, sentirse que es un/a fracasado/a o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo/a	1. Nunca	2. Varios días	3. Más de la mitad de los días	4. Casi todos los días
G. Problemas para concentrarse en algo, como leer el periódico o ver la televisión	1. Nunca	2. Varios días	3. Más de la mitad de los días	4. Casi todos los días
H. Moverse o hablar tan despacio que los demás pueden haberlo notado. O lo contrario: estar tan inquieto/a o agitado/a que se ha estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual	1. Nunca	2. Varios días	3. Más de la mitad de los días	4. Casi todos los días

Tarjeta Ad-2. 129- EQUIVALENCIA DE LAS BEBIDAS ALCOHOLICAS

Las siguientes bebidas contienen 1 unidad de bebida estándar (UBE) de alcohol:

1 Unidad



Copa de vino



Caña de cerveza



Chupito

Las siguientes bebidas contienen 2 unidades de bebida estándar (UBE) de alcohol:

2 Unidades



Whisky



Coñac



Combinado