

Cuestionario de Salud

4

1. Datos de identificación de la sección

Provincia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nº de orden de la sección _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Municipio _____		
Distrito/sección _____		
Grupo de semanas _____		

2. Identificación de la vivienda y hogar

Nº de orden de la vivienda _____

Nº de hogar dentro de la vivienda _____

3. Identificación del sujeto de entrevista

Nombre y número de orden del sujeto de entrevista _____

Edad _____

Sexo _____

Ha cumplimentado el cuestionario de Discapacidades (2) o el de Limitaciones (3)
SI 1 NO 6

4. Identificación del informante

Nombre y número de orden del informante _____

Naturaleza, características y finalidad

La Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud es una investigación estadística a nivel estatal, diseñada con la finalidad de obtener datos sobre las características y situación de las personas con discapacidad que residen en hogares privados.

La trascendencia de estos objetivos y la característica de servicio público de este estudio, nos impulsan a solicitar, de forma voluntaria, su importante y valiosa colaboración.

Legislación

Secreto Estadístico. Serán objeto de protección y quedarán amparados por el secreto estadístico los datos personales que obtengan los servicios estadísticos, tanto directamente de los informantes como a través de fuentes administrativas (Art. 13.1 de la Ley de la Función Estadística Pública de 9 de Mayo de 1989. LFEP). Todo el personal tendrá la obligación de preservar el secreto estadístico (Art. 17.1 de la LFEP).

Los servicios estadísticos podrán solicitar datos de todas las personas físicas y jurídicas, nacionales y extranjeras, residentes en España (Art. 10.1 de la LFEP).

Todas las personas físicas y jurídicas que suministren datos, tanto si su colaboración es obligatoria como voluntaria, **deben contestar de forma veraz, exacta, completa y dentro del plazo** a las preguntas ordenadas en la debida forma por parte de los servicios estadísticos. (Art. 10.2 de la LFEP).

5. Condiciones de salud y enfermedades crónicas

Condiciones de salud

5.1. ¿Cuál es a su juicio su estado de salud en general?

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

5.2. ¿Cuál es su peso y estatura sin ropa ni zapatos?. Las personas embarazadas deberán indicar el peso que tenían antes del embarazo. Anote el peso en kgs y la altura en cms.

1. Peso _____
2. Altura _____

5.3. En los últimos 14 días, ¿ha utilizado algún medicamento del tipo pastillas, gotas, inyecciones, etc.?

- SI _____ 1
NO _____ 6 → pasar a 5.5

5.4. Indique si ha pagado o no estos medicamentos de las siguientes formas:

- | | SI | NO |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 1. Con cargo total a la Sanidad Pública _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 2. Con cargo parcial a la Sanidad Pública _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 3. Pago particular (pago por el paciente y seguros privados), con receta _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 4. Pago particular (pago por el paciente y seguros privados), sin receta _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |

5.5. Entrevistador: Consulte los datos de Identificación del sujeto de entrevista, que figuran en la portada de este cuestionario.

Si la persona ha cumplimentado el cuestionario de Discapacidades o de Limitaciones → pasar a 5.11
En caso contrario → pasar a 5.6

5.6. En el último mes, ¿se ha visto limitado en sus actividades cotidianas por motivos de salud?

- SI

1. nº de días laborables _____	<input type="text"/>
2. nº de días festivos _____	<input type="text"/>
- NO _____ 6

5.7. ¿Cuántos hijos tuvo su madre antes de su nacimiento? Contabilice la totalidad de hijos que haya tenido la madre del sujeto antes de su nacimiento, tanto los actualmente vivos como los ya fallecidos.

Nº de hijos _____

5.8. ¿Qué edad tenía su madre cuando nació usted?

Menos de 20 años _____ 1

Entre 20 y 29 años _____ 2

Entre 30 y 34 años _____ 3

Entre 35 y 39 años _____ 4

40 o más años _____ 5

Entrevistador:

Si el sujeto de entrevista es **mujer y mayor de 15 años (16 ó más)**, continúe con las preguntas 5.9 y 5.10

En caso contrario pase a la pregunta 5.11

5.9. ¿Cuántos hijos y embarazos de más de 6 meses ha tenido usted? Contabilice tanto la totalidad de hijos que haya tenido la entrevistada, actualmente vivos o fallecidos, como la totalidad de **embarazos** de más de 6 meses de gestación que no hayan llegado a término.

Nº de hijos y de embarazos de más de 6 meses _____

5.10. Considerando la totalidad de hijos y/o de embarazos de más de 6 meses que haya tenido usted, ¿qué edad tenía cuando nació su primer hijo o finalizó su primer embarazo de más de 6 meses?

Edad _____

Enfermedades crónicas

Entrevistador: Las siguientes preguntas de este apartado se refieren a problemas de salud de larga duración o que pueden repetirse con frecuencia.

5.11. ¿Le ha dicho su médico que padece alguno o algunos problemas o enfermedades crónicas de los que se relacionan a continuación? Al formularle esta pregunta al informante, debe leerle las enfermedades o problemas crónicos que figuran en la pregunta 5.12

SI _____ 1

NO _____ 6 → pasar al apartado 6

5.12. Indique si padece o no los siguientes problemas o enfermedades crónicos, y en caso afirmativo su edad al inicio de los mismos.

Si al inicio del problema el sujeto tenía una edad inferior a 1 año, anote **00**.

Edad

1. Bronquitis crónica, asma o enfisema _____ SI 1 →
NO 6

2. Alergias de cualquier tipo (piel, respiratorias,...) _____ SI 1 →
NO 6

3. Epilepsia _____ SI 1 →
NO 6

4. Diabetes _____ SI 1 →
NO 6

5. Hipertensión arterial _____ SI 1 →
NO 6

6. Enfermedades del corazón _____ SI 1 →
NO 6

7. Colesterol alto _____ SI 1 →
NO 6

8. Cirrosis hepática _____ SI 1 →
NO 6

9. Artrosis y problemas reumáticos (cervicales, espalda, lumbago) _____ SI 1 →
NO 6

5.12. Indique si padece o no los siguientes problemas o enfermedades crónicas, y en caso afirmativo su edad al inicio de los mismos (continuación).

Si al inicio del problema el sujeto tenía una edad inferior a 1 año, anote 00.

Edad

10. Úlcera de estómago o duodeno, gastritis erosiva _____ SI 1 →
NO 6

11. Hernias _____ SI 1 →
NO 6

12. Mala circulación _____ SI 1 →
NO 6

13. Anemias crónicas _____ SI 1 →
NO 6

14. Problemas de nervios, depresiones o dificultades para dormir _____ SI 1 →
NO 6

15. Jaquecas, migrañas, dolores frecuentes de cabeza _____ SI 1 →
NO 6

16. Problemas del período menopáusico _____ SI 1 →
NO 6

17. Sida _____ SI 1 →
NO 6

18. Otros problemas o enfermedades crónicas _____ SI 1 →
NO 6

6. Accidentalidad

Accidentes en general (excepto accidentes de tráfico)

Entrevistador: Las siguientes preguntas se refieren exclusivamente a aquellos **accidentes** (excepto de tráfico) que hayan causado heridas o lesiones suficientes como para obligar al accidentado a limitar alguna/s de sus actividades normales.

6.1. Durante los últimos doce meses, ¿ha sufrido algún accidente que le haya impedido realizar alguna de sus actividades cotidianas?. No incluya los accidentes de tráfico

SI _____ 1

NO _____ 6 → pasar a 6.5

6.2. ¿En qué lugar y qué tipo de accidente o accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses?. Anote en las casillas, el número de accidentes que ha sufrido el sujeto en los últimos doce meses, según el tipo de accidente y el lugar donde lo sufrió. No incluya los accidentes de tráfico.

Tipo de accidente	Lugar donde sufrió el accidente						
	Hogar	Centro de trabajo	Centro de enseñanza	Vía pública	Lugares donde se realizan deportes de riesgo	Lugar público	Otros lugares
Envenenamientos accidentales por ingestión de drogas y/o medicamentos _____	____ 1	____ 2	____ 3	____ 4	____ 5	____ 6	____ 7
Envenenamientos accidentales por ingestión de productos alimenticios _____	____ 8	____ 9	____ 10	____ 11	____ 12	____ 13	____ 14
Envenenamientos accidentales por ingestión de productos corrosivos, cáusticos, etc. _____	____ 15	____ 16	____ 17	____ 18	____ 19	____ 20	____ 21
Caídas accidentales _____	____ 22	____ 23	____ 24	____ 25	____ 26	____ 27	____ 28
Atrapamiento y cortes por objetos o instrumentos eléctricos _____	____ 29	____ 30	____ 31	____ 32	____ 33	____ 34	____ 35
Accidentes causados por el fuego _____	____ 36	____ 37	____ 38	____ 39	____ 40	____ 41	____ 42
Accidentes causados por el consumo de alcohol y drogas _____	____ 43	____ 44	____ 45	____ 46	____ 47	____ 48	____ 49
Otros accidentes y envenenamientos (cortaduras, cuerpos extraños, etc). _____	____ 50	____ 51	____ 52	____ 53	____ 54	____ 55	____ 56

6.3. De estos accidentes ¿cuál fue el último que ha sufrido en los últimos 12 meses y cuántos días se ha encontrado limitado en sus actividades cotidianas?. Consulte la pregunta 6.2 y anote el código preimpreso que corresponda al último accidente sufrido.

1. Código del último accidente _____ |__|

2. Número de días _____ |__|

6.4. ¿Cómo le ha influido este último accidente en su vida cotidiana?.

- De forma importante _____ 1
Bastante _____ 2
Levemente _____ 3

Accidentes de tráfico

Entrevistador: Las siguientes preguntas se refieren exclusivamente a aquellos **accidentes de tráfico** que hayan causado heridas o lesiones suficientes como para obligar al accidentado a limitar alguna/s de sus actividades cotidianas.

6.5. Durante los últimos doce meses, ¿ha sufrido algún accidente de tráfico que le haya impedido realizar alguna de sus actividades cotidianas?

- SI _____ 1 → ir a _____
NO _____ 6 → pasar al apartado 7

6.6. En relación al último accidente que ha sufrido en los últimos 12 meses, ¿cuál era su situación y en qué lugar lo sufrió?. Consulte la relación de códigos de **situación** del accidentado y de **lugar** que figuran a continuación, y anote el que proceda en cada casilla.

1. Situación del accidentado _____
2. Lugar a donde se dirigía cuando sufrió el accidente _____

Códigos de situación del accidentado	Códigos de lugar donde se dirigía cuando sufrió el accidente
1. Conductor	1. En el trayecto al trabajo (ida y vuelta)
2. Pasajero	2. En el trayecto al centro de enseñanza (ida y vuelta)
3. Peatón	3. Realizando su trabajo (conductor, repartidor, viajante, etc.)
	4. En viaje de vacaciones, de ocio, etc.
	5. En otra situación

6.7. Debido a este último accidente de tráfico sufrido por usted, ¿cuántos días se ha encontrado limitado en sus actividades cotidianas?.

Número de días _____

6.8. ¿Cuándo ocurrió este último accidente de tráfico?

- En día laborable (desde el lunes hasta el viernes a mediodía) _____ 1
En fin de semana (tarde del viernes, sábado y domingo) _____ 6

6.9. ¿Cómo le ha influido este último accidente de tráfico en su vida cotidiana?

- De forma importante _____ 1
Bastante _____ 2
Levemente _____ 3

7. Victimación

Entrevistador: Las siguientes preguntas se refieren a **actos delictivos** ejercidos sobre el sujeto o sobre sus bienes (agresiones físicas, robos, intimidaciones, etc.)

7.1. Durante los últimos 12 meses, ¿ha sido víctima de algún acto de violencia física sobre su persona?

SI 1. n° de actos de violencia física _____

2. n° de actos de violencia física denunciados _____

NO _____ 6 → pasar a 7.3

7.2. Indique las características del último acto de violencia física del que ha sido víctima en los últimos 12 meses.

<p>1. ¿Dónde tuvo lugar el incidente?</p> <p>En su vivienda _____ <input type="checkbox"/> 1</p> <p>En la vivienda de otra persona _____ <input type="checkbox"/> 2</p> <p>En su lugar de trabajo _____ <input type="checkbox"/> 3</p> <p>En un medio de transporte público o en su estación _____ <input type="checkbox"/> 4</p> <p>En un lugar de ocio (restaurantes, discotecas, etc.) _____ <input type="checkbox"/> 5</p> <p>En la vía pública _____ <input type="checkbox"/> 6</p> <p>En otro lugar _____ <input type="checkbox"/> 7</p> <p>2. ¿Denunció este incidente?</p> <p>SI _____ <input type="checkbox"/> 1</p> <p>NO _____ <input type="checkbox"/> 6</p>	<p>3. Como resultado de este incidente, ¿tuvo que acudir a un médico u otro personal sanitario?</p> <p>SI _____ <input type="checkbox"/> 1</p> <p>NO _____ <input type="checkbox"/> 6</p> <p>4. ¿Le causó lesiones que le hayan obligado a limitar sus actividades cotidianas?</p> <p>SI _____ <input type="checkbox"/> 1</p> <p>NO _____ <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 7.3</p> <p>5. ¿Durante cuántos días? _____ N° de días <input type="text"/></p>
--	--

7.3. Durante los últimos 12 meses, ¿ha sido víctima de algún daño material o robo? Deberá responderse afirmativamente tanto si el daño material o robo ha sido con violencia física y ya está incluido en la pregunta anterior, como si no ha sido mencionado anteriormente.

SI 1. n° de daños o robos _____

2. n° de daños o robos denunciados _____

NO _____ 6 → pasar a 7.6

7.4. ¿De qué tipo fue el último daño material o robo del que ha sido víctima en los últimos 12 meses?

- Atraco con objeto contundente, arma de fuego, etc. _____ 1
- Tirón _____ 2
- Robo de bolso o cartera, sin intimidación ni violencia _____ 3
- Robo en vivienda o local de su propiedad _____ 4
- Robo de vehículo _____ 5
- Sustracción de objetos en vehículo _____ 6
- Actos de gamberrismo o vandalismo _____ 7
- Estafas, timos _____ 8
- Otros _____ 9

7.5. ¿Denunció este último daño material o robo?

- SI _____ 1
- NO _____ 6

Entrevistador: Formule la pregunta 7.6 a todos los entrevistados, independientemente de que hayan sido o no víctimas de actos de violencia física, daño material o robo.

7.6. Durante los últimos 12 meses, ¿ha limitado sus salidas de noche por temor a que le asalten, roben o situaciones similares?

- Sí, frecuentemente _____ 1
- Sí, alguna vez _____ 2
- No _____ 3

8. Información relativa a servicios sanitarios y sociales

Entrevistador: En este apartado se incluyen aquellos servicios cuya demanda **NO** se debe al padecimiento de alguna **discapacidad o limitación** por el sujeto de entrevista, ya que éstos se recogen en el Cuestionario de Discapacidades y Deficiencias (2) o en el Cuestionario de Limitaciones y Deficiencias (3).

8.1. ¿Ha necesitado recibir alguno o varios de los siguientes servicios sanitarios y/o sociales en los períodos que se indican?

Entrevistador: Léale al informante los tipos de servicios y períodos de tiempo que se relacionan en la pregunta 8.2. A continuación anote las respuestas, teniendo en cuenta que las dos primeras opciones no son excluyentes.

- Si ha necesitado algún/os servicio/s y sí lo/s ha recibido en el período 1 → pasar a 8.2. 1ª col
- Si ha necesitado algún/os servicio/s y no lo/s ha recibido en el período 1 → pasar a 8.2. 2ª col
- No ha necesitado utilizar servicio alguno dentro del período _____ 6 → pasar al apartado 9

8.2. Datos sobre los servicios sanitarios y sociales que ha recibido y su régimen económico y datos sobre los motivos por los que no ha recibido los servicios sanitarios y sociales que necesita. Para cada servicio que **sí ha recibido** en el período que se indica, anote en las casillas correspondientes el **número de días** que lo ha recibido dentro de cada régimen económico. Para cada servicio que **ha necesitado pero no ha recibido** en el período, anote el código del motivo principal por el que no lo ha recibido, teniendo en cuenta el orden de prioridad de los motivos. A continuación, si ha recibido algún servicio pase a la pregunta 8.3 y si no ha recibido servicio alguno pase al apartado 9.

Régimen económico Tipos de servicios sanitarios y sociales	1 Ha recibido los servicios			2 Motivos por los que no ha recibido los servicios que necesita
	1.Pg	2.Pd	3.Pm	
En los últimos 14 días				
1. Cuidados médicos y/o de enfermería (excepto servicios de podología) _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Pruebas diagnósticas _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Servicios de podología _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Rehabilitación _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Salud mental y asistencia psiquiátrica o psicológica _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Ayuda a domicilio _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Teleasistencia sanitaria y social _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Servicios de respiro: estancias por horas y diurnas _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Actividades culturales, recreativas, y de ocio y tiempo libre _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
En el último año				
10. Servicio de dentista _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Información/Asesoramiento/Valoración _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. Asistencia sanitaria prestada por personal hospitalario _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. Trasplantes/Implantes _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Intervenciones quirúrgicas _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15. Servicios de respiro: estancias temporales _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16. Transporte sanitario y/o adaptado _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Régimen económico

- 1. Pg = De forma gratuita
- 2. Pd = Pago directo (pago por parte del particular y/o seguros privados)
- 3. Pm = Pago mixto (público y privado)

Motivos

- 1. Lista de espera
- 2. No existe en el entorno
- 3. Insuficiencia económica
- 4. Otros motivos

8.3. Indique el tipo de centro/s donde ha recibido los servicios sanitarios y sociales.

	SI	NO
1. Hospitales _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Hospitales de día _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Centros de atención primaria o especializada y despachos médicos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Domicilio del paciente _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Centros residenciales _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. Centros de día _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
7. Centros sociales _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

9. Accesibilidad

9.1. Entrevistador: anote el tipo de edificio en el que está ubicada la vivienda.

Vivienda unifamiliar (independiente, adosada o pareada)- 1

Edificio de pisos con ascensor _____ 2

Edificio de pisos sin ascensor _____ 3

} → nº de la planta en la que está ubicada la vivienda

9.2. Indique si en la actualidad, a causa de algún problema de salud temporal o a causa de alguna deficiencia que padezca, encuentra dificultad para desenvolverse con normalidad en alguno de los siguientes lugares:

	SI	NO
1. En el portal de su casa _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. En el ascensor _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. En las escaleras _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. En el cuarto de baño _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. En otras habitaciones de la vivienda _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. En la terraza o patios _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
7. En otros lugares _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

Entrevistador: Si el sujeto de entrevista tiene 18 o más años, continúe con la pregunta 9.3.

Si el sujeto de entrevista tiene menos de 18 años, pase a la pregunta 9.5.

9.3. ¿Tiene (o tendría) dificultades para conducir su coche, debido a problemas de salud?

SI _____ 1

NO _____ 6 → pasar a 9.5.

9.4. Indique si tiene (o tendría) los siguientes problemas para conducir su coche.

- | | SI | NO |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 1. Para llegar al coche _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 2. Para acceder al asiento _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 3. Para cambiar, girar el volante, etc. _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 4. Otros problemas _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |

9.5. ¿Tiene (o tendría) dificultades para utilizar el transporte público, debido a problemas de salud?

- SI _____ 1
- NO _____ 6 → pasar a 9.7.

9.6. Indique si tiene (o tendría) los siguientes problemas para utilizar el transporte público.

- | | SI | NO |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 1. Para llegar al vehículo _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 2. Para subir o bajar _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 3. Para acceder al asiento _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 4. Para pagar el importe _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 5. Para subir o bajar las escaleras del metro _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 6. Para acceder al andén del tren _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 7. Otros problemas _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |

9.7. ¿Tiene que utilizar alguna vez el transporte accesible, debido a problemas de salud?

- SI _____ 1
- NO _____ 6 → pasar a 9.9

9.8. Indique si utiliza cada uno de los siguientes tipos de transporte accesible.

- | | SI | NO |
|------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Coche particular adaptado _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 2. Taxi accesible (eurotaxi) _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 3. Autobús de piso bajo _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 4. Otro transporte accesible _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |

9.9. ¿Tiene (o tendría) alguna dificultad cuando se desplaza andando por la calle, debido a problemas de salud?

- SI _____ 1
- NO _____ 6 → pasar al apartado 10

9.10. Indique si tiene (o tendría) cada uno de los siguientes problemas para desplazarse por la calle.

- | | SI | NO |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 1. Para subir bordillos _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 2. Para cruzar la calle con el semáforo verde _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 3. Para superar los obstáculos de las aceras _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 4. Para cruzar, por el poco espacio que dejan los coches mal aparcados por las aceras _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 5. Para desplazarse por problemas en el pavimento (suelo resbaladizo, socavones, etc.) _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 6. Otros problemas _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |

10. Hábitos alimenticios

10.1. Considerando que las personas pueden tener distintos hábitos alimenticios, indique cuál de las siguientes opciones es la que más se aproxima a sus hábitos alimenticios durante los últimos 6 meses

- | | |
|--|----------------------------|
| Desayuno, comida y cena _____ | <input type="checkbox"/> 1 |
| Desayuno, comida, merienda y cena _____ | <input type="checkbox"/> 2 |
| Sólo una comida fuerte al día _____ | <input type="checkbox"/> 3 |
| Come muchas veces a lo largo del día pequeñas cantidades de comida _____ | <input type="checkbox"/> 4 |
| Se salta alguna comida principal _____ | <input type="checkbox"/> 5 |
| Otros hábitos alimenticios _____ | <input type="checkbox"/> 6 |

10.2. De acuerdo con sus hábitos alimenticios ¿dónde suele realizar habitualmente las comidas fundamentales?. La pregunta se refiere a situaciones habituales, no excepcionales (vacaciones, celebraciones, etc.). Consulte la relación de códigos de lugar donde realiza las comidas y anote el que proceda en cada casilla.

Desayuno	Comida	Cena
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Códigos de lugar donde realiza las comidas:

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. Habitualmente en el hogar | 3. Unas veces en el hogar y otras fuera del hogar |
| 2. Habitualmente fuera del hogar | 4. No realiza habitualmente esa comida |

10.3. En su hogar ¿qué tipo de comidas consume?

- | | |
|--|----------------------------|
| Principalmente platos cocinados en el hogar _____ | <input type="checkbox"/> 1 |
| Principalmente platos precocinados y/o enlatados _____ | <input type="checkbox"/> 2 |
| Ambos tipos por igual _____ | <input type="checkbox"/> 3 |

10.4. Fuera de su hogar ¿qué tipo de comidas consume?

- Principalmente platos preparados en restaurantes,
autoservicios, etc. _____ 1
- Principalmente consume bocadillos _____ 2
- Ambos tipos por igual _____ 3

Entrevistador: Si el sujeto de entrevista tiene 16 o más años, continúe con el apartado 11.

Si el sujeto de entrevista es menor de 16 años → FIN

11. Hábitos de vida

Entrevistador: Cumplimente este apartado **solamente** si el sujeto de entrevista tiene 16 o más años

A. Consumo de tabaco

11.1. Indique cuál es su situación actual en relación al consumo de tabaco (cigarrillos, puros y/o pipas)

- Fuma diariamente 1 → pasar a 11.2
- Fuma de vez en cuando 2 → pasar a 11.7
- No fuma, pero ha fumado antes..... 3 → pasar a 11.12
- No fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual 4 → pasar al epígrafe B. Consumo de bebidas con alcohol
-

A. Consumo de tabaco (continuación)

Sólo para las personas que fuman a diario

11.2. ¿Qué cantidad de tabaco fuma por término medio al día?

1. Nº de cigarrillos

2. Nº de puros

3. Nº de pipas

11.3. ¿A qué edad comenzó a fumar?

Edad en años

11.4. ¿Diría que fuma ahora más, menos o igual que hace 2 años?

Más 1
Igual 2
Menos 3

→ pasar a 11.6

11.5. ¿Qué tipo de tabaco fumaba hace 2 años?

Cigarrillos 1

Puros 2

Pipas 3

No fumaba 4

11.6. ¿Ha intentado alguna vez dejar de fumar?

SI 1
NO 6

→ pasar a epígrafe B. Consumo de bebidas con alcohol

Sólo para las personas que fuman de vez en cuando

11.7. ¿Con qué frecuencia suele fumar?

Tres o cuatro veces por semana 1

Una o dos veces por semana 2

Con menos frecuencia 3

11.8. El día que fuma, ¿qué cantidad de tabaco fuma por término medio?

1. Nº de cigarrillos

2. Nº de puros

3. Nº de pipas

11.9. ¿A qué edad comenzó a fumar?

Edad en años

11.10. ¿Diría que fuma ahora más, menos o igual que hace 2 años?

Más 1
Igual 2
Menos 3

→ pasar a epígrafe B. Consumo de bebidas con alcohol

11.11. ¿Qué tipo de tabaco fumaba hace 2 años?

Cigarrillos 1
Puros 2
Pipas 3
No fumaba 4

→ pasar a epígrafe B. Consumo de bebidas con alcohol

A. Consumo de tabaco (continuación)

Sólo para las personas que no fuman, pero han fumado anteriormente

11.12. ¿A qué edad empezó a fumar?

Edad en años —

11.13. ¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar?

1. Años —

2. Meses —

11.14. Cuando fumaba ¿qué cantidad de tabaco fumaba al día por término medio?

1. N.º de cigarrillos —

2. N.º de puros —

3. N.º de pipas —

11.15. ¿Cuáles fueron los motivos que le decidieron a dejar de fumar?

	SI	NO
Se lo aconsejó el médico —————	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
Sentía molestias por causa del tabaco —	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
Aumentó su grado de preocupación por los efectos nocivos del tabaco para la salud —	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
Sintió que disminuía su rendimiento, psíquico y/o físico, en general —————	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
Lo decidió sólo por propia voluntad —	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
Otros motivos —————	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

B Consumo de bebidas con alcohol

11.16. Algunas personas tienen costumbre de tomar vino, cerveza, o alguna copa, bien sea en la comida, en el aperitivo, en celebraciones o en otras circunstancias. En relación al consumo de bebidas que contengan alcohol (vino, cerveza, whisky, etc.) ¿cuál es su situación actual?

Consumo diariamente 1

Consumo de 4 a 6 veces por semana 2

Consumo de 2 a 3 veces por semana 3

Consumo una vez por semana 4

Consumo menos de 1 vez por semana 5

No consume pero ha consumido antes 6

No consume ni ha consumido alcohol 7

Entrevistador: Consulte la respuesta dada en 11.16

Si se ha respondido a alguna de las opciones 1, 2, 3, 4 ó 5, pase a 11.17

Si se ha respondido a la opción 6, pase a 11.21

Si se ha respondido a la opción 7, pase al epígrafe C Actividad física

B Consumo de bebidas con alcohol (continuación)

Sólo para personas que consumen bebidas con contenido alcohólico

11.17. ¿A qué edad empezó a consumir estas bebidas con la frecuencia que ha indicado?

Edad en años _____

11.18. Durante el último día laborable anterior a esta entrevista (desde el lunes hasta el viernes a mediodía) ¿cuántos vasos o copas consumió de cada una de las siguientes bebidas?

Obsérvese que los datos se refieren a un sólo día

1. Copas de vino _____

2. Cañas de cerveza o sidra _____

3. Copas de licor (anís, coñac, ron, whisky, ginebra, pacharán, etc) _____

4. Copas de jerez, vermouth _____

5. Copas de champán o cava _____

6. Combinados (cuba libre, gin tonic, etc.) _____

11.19. Durante el último fin de semana (tarde del viernes, sábado y domingo). ¿cuántos vasos o copas consumió de las siguientes bebidas?

Obsérvese que los datos se refieren a la suma del consumo de bebidas durante los tres días

1. Copas de vino _____

2. Cañas de cerveza o sidra _____

3. Copas de licor (anís, coñac, ron, whisky, ginebra, pacharán, etc) _____

4. Copas de jerez, vermouth _____

5. Copas de champán o cava _____

6. Combinados (cuba libre, gin tonic, etc.) _____

11.20. Indique si durante los últimos 12 meses han cambiado o no sus hábitos de consumo

Bebe más que antes _____

Bebe menos que antes _____

Su consumo no ha cambiado _____

1
 2
 3

→ pasar al epígrafe C.
Actividad física

B Consumo de bebidas con alcohol (continuación)

Sólo para personas que no consumen bebidas con contenido alcohólico actualmente, pero han consumido antes

11.21. ¿A qué edad empezó a consumir bebidas con contenido alcohólico?

Edad en años _____

11.22. Cuando consumía bebidas con alcohol ¿con qué frecuencia lo hacía?

Diariamente _____ 1

Varias veces por semana _____ 2

Menos de una vez por semana _____ 3

11.23. ¿A qué edad dejó de consumir bebidas con contenido alcohólico?

Edad en años _____

C Actividad física

11.24. ¿Cuántas horas duerme habitualmente al día?. La pregunta se refiere a situaciones habituales, no excepcionales

Número de horas diarias _____

11.25. Indique de qué forma realiza o qué tipo de ejercicio físico implica su trabajo o actividad principal, es decir, cuál describe mejor su actividad principal en el trabajo, centro de enseñanza, labores domésticas, etc.

Sentado la mayor parte de la jornada _____ 1

De pie la mayor parte de la jornada, sin grandes desplazamientos o esfuerzos _____ 2

Caminando, llevando algún peso, desplazándose frecuentemente _____ 3

Realizando trabajos pesados, tareas que requieren gran esfuerzo físico _____ 4

11.26. Indique qué tipo de ejercicio físico realiza habitualmente en su tiempo libre, es decir, cuál de estas posibilidades describe mejor la mayor parte de su actividad en su tiempo libre.

No hace ejercicio, ocupando el tiempo libre de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, etc) _____ 1

Practica alguna actividad física o deportiva ocasionalmente (caminar o pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas de ligero esfuerzo, etc.) _____ 2

Practica alguna actividad física o deportiva, varias veces al mes (tenis, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipos, etc.) _____ 3

Practica alguna actividad física o deportiva varias veces a la semana _____ 4

Observaciones

Entrevistador: Anote cuantas observaciones estime oportunas sobre este cuestionario.