



---

# ENCUESTA EUROPEA DE SALUD 2009

# Cuestionario de Hogar

## CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR

ENTREVISTADOR: esta parte se le preguntará a: "la persona de referencia del hogar, a su cónyuge/pareja u otro adulto componente del hogar"

### Introducción

Primeramente, le voy a hacer unas preguntas sobre su hogar.

HH.1 Dígame el nombre y los apellidos de las personas que viven habitualmente en esta vivienda:

HH2- ¿Hay alguna otra persona que no esté actualmente, pero que viva habitualmente en esta vivienda?

HH3- ¿Hay alguna otra persona que no tenga otra residencia habitual y viva actualmente en esta vivienda?

HH4- Por favor, de cada una de las personas que ha mencionado, dígame sexo y fecha de nacimiento

	<u>Sexo</u>	<u>Fecha Nacimiento</u>	<u>Edad</u>
Persona 1	_	_ _   _ _   _ _ _ _ _	_ _ _
Persona 2	_	_ _   _ _   _ _ _ _ _	_ _ _
Persona 3	_	_ _   _ _   _ _ _ _ _	_ _ _
Persona 4	_	_ _   _ _   _ _ _ _ _	_ _ _
Persona 5	_	_ _   _ _   _ _ _ _ _	_ _ _

ENTREVISTADOR: Solo preguntar Sexo en caso de duda. Fecha de Nacimiento: Se considera suficiente obtener mes y año. Solo insistir con el día en el caso de aparecer 15 o 16 años en "EDAD"

**HH5- Por favor, para cada una de estas personas dígame si ha residido los últimos 12 meses la mayor parte del tiempo en esta vivienda**

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No sabe</u>
Persona 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persona 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persona 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persona 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persona 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**HH6- Sabría decirme si alguna de estas personas piensa residir la mayor parte de los próximos 12 meses en otra vivienda.**

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No sabe</u>
Persona 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persona 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persona 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persona 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persona 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Considerando el siguiente criterio obtenemos los miembros del hogar:

Si HH5= Si	y HH6=Sí	NO miembro del hogar
Si HH5= Si ó NO sabe	y HH6=No ó No sabe	→ Miembro del hogar
Si HH5= No	y HH6=Sí	NO miembro del hogar
Si HH5= No	y HH6=No ó No sabe	→ Miembro del hogar
Si HH5= No sabe	y HH6= Sí	NO miembro del hogar

Las siguientes preguntas se refieren únicamente de los miembros del hogar.

**HH7- A continuación, elija una de estas personas como “Persona de referencia” y dígame algunas relaciones de parentesco entre las personas residentes.**

**ENTREVISTADOR:** debe considerarse como persona de referencia a aquella persona sobre la que “pivoten” las relaciones de parentesco en el hogar y en caso de duda, la que más aporte al presupuesto familiar.

	Persona de Referencia		Relación con la Persona de Referencia
	<u>Sí</u>	<u>No</u>	
Persona 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Persona 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Persona 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Persona 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Persona 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Las opciones de relación de parentesco y sus códigos son:

- Persona de referencia (p.r.)  1  
 Cónyuge o pareja de la p.r.  2  
 Hijo/a, hijastro/a (de la p.r. o pareja del mismo)  3  
 Yerno, nuera (o pareja del hijo/a, hijastro/a)  4  
 Nieto/a, nieto/a político/a (o pareja de los mismos)  5  
 Padre, madre, suegro, suegra (o pareja de los mismos)  6  
 Otro pariente de la p.r. (o de la pareja del mismo)  7  
 Persona del servicio doméstico  8  
 Sin parentesco con la p.r.  9

**HH7a- ENTREVISTADOR: Seleccione el informante del cuestionario de hogar de la siguiente tabla. Si el informante no es miembro del hogar, seleccione la opción "otra persona"**

	Informante
Persona 1	<input type="checkbox"/>
Persona 2	<input type="checkbox"/>
Persona 3	<input type="checkbox"/>
Persona 4	<input type="checkbox"/>
Persona 5	<input type="checkbox"/>
Otra persona	<input type="checkbox"/>

**ENTREVISTADOR: Conforme a las respuestas de la tabla anterior, anote la respuesta a HH7b, si no tiene suficiente información, formule la pregunta**

**HH7b ¿Cuál es la composición del hogar que corresponde con el suyo?  
Le leo las opciones:**

- Hogar unipersonal  1
- Pareja sola  2
- Pareja con algún hijo menor de 25 años  3
- Pareja con todos los hijos mayores de 25 años  4
- Padre o madre solo, con algún hijo menor de 25 años  5
- Padre o madre solo, con todos los hijos mayores de 25 años  6
- Pareja o padre o madre solo, con algún hijo menor de 25 años y otras personas viviendo en el hogar  7
- Otro tipo de hogar  8

## Introducción

Ahora le voy a pedir que clasifique a cada uno de los miembros del hogar, por su situación actual en relación con el mercado laboral.

HH. 8 En relación con la actividad económica actual, ¿a qué miembros del hogar clasificaría cómo....

**ENTREVISTADOR: Vaya leyendo cada clasificación y marque los miembros que se clasifican en ella, hasta leer todas**

- Trabajando (incluyendo el trabajo no remunerado en un negocio familiar o empresa, el aprendizaje o práctica profesional remunerada, aunque actualmente no esté trabajando por baja maternal, permiso de paternidad, baja por enfermedad, o vacaciones)  1
- En desempleo  2
- Estudiando o en formación en prácticas no remuneradas  3
- Jubilado (incluido jubilación anticipada) o retirado del negocio  4
- Incapacitado para trabajar (incluye pensión de Invalidez o incapacidad permanente)  5
- Dedicado principalmente a las labores del hogar  6
- Otros. Por favor especifique \_ \_ \_ \_ \_  7
- No contesta  9

**ENTREVISTADOR: Nos referimos a su actividad económica principal.**

	<u>Trabajando</u>	<u>Desempleo</u>	<u>Estudiando</u>	<u>Jubilado</u>	<u>Incapacitado</u>	<u>Labores Hogar</u>	<u>No contesta</u>	<u>Otros</u>
Persona 1	<input type="checkbox"/>							
Persona 2	<input type="checkbox"/>							
Persona 3	<input type="checkbox"/>							
Persona 4	<input type="checkbox"/>							
Persona 5	<input type="checkbox"/>							

Antes de pasar a hacer el cuestionario de salud con la persona seleccionada aleatoriamente por la aplicación, le voy a hacer a Ud. unas últimas preguntas relacionadas con los ingresos del hogar.

**IN.1 A continuación le voy a leer diferentes fuentes de ingresos. Por favor, ¿podría decirme cuáles de ellas reciben usted y los demás miembros de su hogar?**

**Debe considerar las fuentes de cada miembro del hogar y las conjuntas.**

Se admite respuesta múltiple

**ENTREVISTADOR:** Si es necesario añada: **“A esta pregunta puede contestar Ud. mismo o consultar a otro miembro del hogar si piensa que éste lo va a saber contestar mejor.**

- Ingresos del trabajo (por cuenta propia o ajena)  01
- Prestación y subsidios por desempleo  02
- Prestación por jubilación, viudedad, orfandad o a favor de otros familiares  03
- Pensión por invalidez o incapacidad  04
- Prestaciones económicas por hijo a cargo u otras prestaciones económicas como ayudas a la familia...  05
- Prestaciones o subvenciones relacionadas con la vivienda  06
- Prestaciones o subvenciones relacionadas con la educación  07
- Otros ingresos regulares / Otro subsidio o prestación social regular  08
- Ninguna fuente de ingresos  09
- No sabe  98
- No contesta  99

Si la respuesta es “Ninguna fuente de ingresos”(09) o “No contesta”(99) → Fin de cuestionario de hogar

## IN.2

(Si IN.1=98 No sabe)

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.)?

(Si IN.1={01,...,08} )

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.)?

- Cantidad |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| euros) → **Fin Cuestionario Hogar**
- **No quiere contestar**  9999999
- **No sabe**  9999998

**ENTREVISTADOR: sólo si es necesario añade: “con una estimación es suficiente”**  
Para ayudar a responder la siguiente pregunta, le entrego esta tarjeta para que elija la opción que más se ajuste a su respuesta.

**ENTREVISTADOR : Entregue la tarjeta 2 con las opciones de respuesta**

IN.3 Si desconoce el valor exacto de los ingresos del hogar, ¿podría decirme, cuál de los intervalos que aparecen en la tarjeta representa mejor el ingreso mensual neto de todo su hogar, tras las deducciones por los impuestos, Seguridad Social, etc...?

- |                                    |                             |
|------------------------------------|-----------------------------|
| A. Menos de 550 euros              | <input type="checkbox"/> 01 |
| B. De 550 a menos de 850 euros     | <input type="checkbox"/> 02 |
| C. De 850 a menos de 1.150 euros   | <input type="checkbox"/> 03 |
| D. De 1.150 a menos de 1.400 euros | <input type="checkbox"/> 04 |
| E. De 1.400 a menos de 1.700 euros | <input type="checkbox"/> 05 |
| F. De 1.700 a menos de 2.000 euros | <input type="checkbox"/> 06 |
| G. De 2.000 a menos de 2.400 euros | <input type="checkbox"/> 07 |
| H. De 2.400 a menos de 2.900 euros | <input type="checkbox"/> 08 |
| I. De 2.900 a menos de 3.600 euros | <input type="checkbox"/> 09 |
| J. De 3.600 euros en adelante      | <input type="checkbox"/> 10 |
| K. NO sabe/No contesta             | <input type="checkbox"/> 98 |

**FIN del Cuestionario de Hogar.**

## Cuestionario Individual

Las siguientes preguntas conciernen únicamente a la persona seleccionada: es decir a:

PS. Nombre: \_\_\_\_\_

Número de orden: \_\_

Edad: \_\_\_ años

HH.Proxy\_0 ¿ El informante es la persona seleccionada?

- Sí 1 → Pasar a HH9
- No 2

HH.Proxy\_1 ¿Cuál es el motivo por el que la persona seleccionada no facilita 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

HH.Proxy\_2 ¿Es miembro del hogar el informante?

- Sí 1 N° de orden \_\_ → Pasar a HH.Proxy\_5
- No 6

HH.Proxy\_3. Nombre del informante: \_\_\_\_\_

HH.Proxy\_4. Edad del informante: \_\_\_

HH.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

### HH.9 ¿Cuál es su país de nacimiento?

- España
- Extranjero
- No sabe
- No contesta

 1 2

Seleccionar País

 8 9

### HH.10 ¿Cuál es su nacionalidad?

Se admite respuesta múltiple

- España
- Extranjero
- No sabe
- No contesta

 1 2

Seleccionar País

 8 9

### HH.11 ¿Cuál es su estado civil legal?

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

### HH.12 ¿Convive actualmente en pareja?

- Sí  1
- No  6 → Pasar a HH13
- No sabe  8 → Pasar a HH13
- No contesta  9 → Pasar a HH13

HH.12b ¿Podría decirme cuál de estas personas es la que se corresponde con su pareja?

	Pareja adulto seleccionado		Número de orden
	Sí	No	
Persona 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Persona 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Persona 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Persona 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Persona 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

HH.13 ¿Cuál es el mayor nivel de estudios que ha obtenido?

- No sabe leer o escribir  01
- Estudios primarios incompletos  02
- Educación primarios o equivalentes  03
- Educación secundaria de primera etapa  04
- Estudios de Bachillerato  05
- Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes  06
- Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes  07
- Estudios universitarios de 1 y 2 ciclo o equivalentes  08
- Doctorado o equivalente  09
- No sabe  98
- No contesta  99

Si HH8 de la persona seleccionada =1, pasar a HH15a

HH.14 ¿Ha trabajado alguna vez como asalariado o por cuenta propia?

- Sí  1 → Ir a HH.15b
- No  6 → Ir a HS.1
- No sabe  8 → Ir a HS.1
- No contesta  9 → Ir a HS.1

**HH.15a ¿Cuál es su situación profesional en su trabajo actual?**

- asalariado (a sueldo, comisión, jornal,...)  1 **ir a HH16a**
- empresario con asalariados  2 → **ir a HH17a**
- empresario sin asalariados  3 → **ir a HH17a**
- miembro de una cooperativa  4 → **ir a HH17a**
- trabajador en el negocio familiar  5 → **ir a HH17a**
- otra situación  6 → **ir a HH17a**
- **No sabe**  8 → **ir a HH17a**
- **No contesta**  9 → **ir a HH17a**

NOTA: En caso de varios trabajos, se debe tener en cuenta solo el que genera más ingresos

**HH.15b ¿Cuál era su situación profesional en su último trabajo?**

- asalariado (a sueldo, comisión, jornal,...)  1 → **ir a HH16b**
- empresario con asalariados  2 → **ir a HH17b**
- empresario sin asalariados  3 → **ir a HH17b**
- miembro de una cooperativa  4 → **ir a HH17b**
- trabajador en el negocio familiar  5 → **ir a HH17b**
- otra situación  6 → **ir a HH17b**
- **No sabe**  8 → **ir a HH17b**
- **No contesta**  9 → **ir a HH17b**

NOTA: En caso de varios trabajos, se debe tener en cuenta solo el que genera más ingresos

**HH.16a ¿Qué tipo de contrato o relación laboral tiene?**

- contrato laboral indefinido (fijo)  1
- contrato laboral de duración limitada (temporal)  2
- **No sabe**  8
- **No contesta**  9

**Pasar a HH17a**

**HH.16b ¿Qué tipo de contrato o relación laboral tenía?**

- contrato laboral indefinido (fijo)  1
- contrato laboral de duración limitada (temporal)  2
- **No sabe**  8

- No contesta  9

Pasar a HH17b

**HH.17a En su ocupación principal, ¿trabaja a tiempo completo o parcial?**

- Tiempo completo  1
- Tiempo parcial  2
- No sabe  8
- No contesta  9

Pasar a HH18a

**HH.17b En su última ocupación principal, ¿trabajaba a tiempo completo o parcial?**

- Tiempo completo  1
- Tiempo parcial  2
- No sabe  8
- No contesta  9

Pasar a HH18b

**HH.18a ¿Cuál es la ocupación, profesión u oficio que desempeña en su empleo principal actual?**

Nombre del puesto \_\_\_\_\_

Descripción de lo que usted hace fundamentalmente en su trabajo:

-----

□□

**(ISCO-88 COM, 2 dígitos)**

Pasar a HH19a

**HH.18b ¿Cuál era la ocupación, profesión u oficio que desempeñó en su último empleo principal?**

Nombre del puesto \_\_\_\_\_

Descripción de lo que usted hacía fundamentalmente en su trabajo:

-----

□□

(ISCO-88 COM, 2 dígitos)

Pasar a HH19b

**HH.19a ¿Cuál es la actividad del establecimiento en el que trabaja (p.ej. química, pesca, hotel/restaurante, salud, trabajo social, etc.)?**

DESCRIBA DETALLADAMENTE- FABRICACIÓN O PROCESAMIENTO O DISTRIBUCIÓN ETC. Y PRINCIPALES PRODUCTOS PRODUCIDOS, MATERIALES UTILIZADOS, AL POR MAYOR O AL DETALLE ETC.

-----

□□

(NACE Rev.2, 2 dígitos)

**Pasar a HS1**

**HH.19b ¿Cuál era la actividad del establecimiento en el que trabajó (p.ej. química, pesca, hotel/restaurante, salud, trabajo social, etc.)?**

DESCRIBA DETALLADAMENTE- FABRICACIÓN O PROCESAMIENTO O DISTRIBUCIÓN ETC. Y PRINCIPALES PRODUCTOS PRODUCIDOS, MATERIALES UTILIZADOS, AL POR MAYOR O AL DETALLE ETC.

-----

□□

(NACE Rev.2, 2 dígitos)

## MÓDULO EUROPEO DE ESTADO DE SALUD

### INTRODUCCIÓN 1

A continuación le voy a preguntar sobre su salud

HS1. ¿Cómo describiría su estado de salud en general ? Es.....

Le leo las opciones

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

HS1b ¿Y como diría que ha sido durante los últimos doce meses?.

Le leo las opciones

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

HS2. ¿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  6
- No sabe  8
- No contesta  9

HS3. Podría decirme, ¿en qué medida se ha visto limitado, durante al menos los 6 últimos meses, debido a un problema de salud para realizar las actividades que las personas hacen habitualmente. Usted diría que ha estado...

NOTA: Se leen las opciones

- Gravemente limitado  1
- Limitado pero no gravemente  2
- Nada limitado  3

## **INTRODUCCIÓN 2**

**A continuación le voy a preguntar por una serie de problemas de salud comunes**

**En el caso de que HS4 =1, deberá preguntarse HS5 y HS6.**

	HS4 ¿alguna vez ha padecido....				HS5 Este problema, ¿fue diagnosticado por un médico?				HS6 ¿lo padeció en los últimos 12 meses?			
Asma	<input type="radio"/>	SI (1)	<input type="radio"/>	NS (8)	<input type="radio"/>	SI (1)	<input type="radio"/>	NS (8)	<input type="radio"/>	SI (1)	<input checked="" type="radio"/>	NS (8)
	<input type="radio"/>	NO (2)	<input type="radio"/>	NC (9)	<input checked="" type="radio"/>	NO (2)	<input type="radio"/>	NC (9)	<input type="radio"/>	NO (2)	<input type="radio"/>	NC (9)
Bronquitis crónica, enfisema	<input type="radio"/>	SI (1)	<input type="radio"/>	NS (8)								
	<input type="radio"/>	NO (2)	<input type="radio"/>	NC (9)								
Infarto cardiaco	<input type="radio"/>	SI (1)	<input type="radio"/>	NS (8)								
	<input type="radio"/>	NO (2)	<input type="radio"/>	NC (9)								

### **Lista de Enfermedades**

<b>Asma (incluida asma alérgica)</b>
<b>Bronquitis crónica, enfisema</b>
<b>Infarto cardiaco</b>
<b>Angina de pecho, enfermedad coronaria</b>
<b>Tensión alta ( Hipertensión)</b>
<b>Infarto cerebral, hemorragia cerebral</b>
<b>Artritis reumatoide</b>
<b>Osteoporosis</b>
<b>Dolor de espalda crónico (cervical)</b>
<b>Dolor de espalda crónico ( lumbar)</b>
<b>Diabetes</b>
<b>Alergia, como rinitis, inflamación de ojos, dermatitis, alergia a los alimentos, etc ( asma alérgica excluida)</b>
<b>Úlcera gástrica o duodenal</b>

Cirrosis, disfunción hepática
Cáncer (tumor maligno incluidas la leucemia y el linfoma)
Migrañas o dolores de cabeza frecuentes
Incontinencia urinaria
Ansiedad crónica
Depresión crónica
Otros problemas mentales
Lesiones o defectos permanentes causados por un accidente

**HS7. Durante los últimos 12 meses ¿ Ha tenido alguno de los siguientes accidentes por el que haya resultado herido ( interna o externamente) incluyendo una intoxicación o quemadura?**

- Si  1
- No  6
- No sabe  8
- No contesta  9

En el caso de que HS7 =1, deberá preguntarse HS8.

Tipos de accidente	HS.7	HS.8
Accidente de tráfico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente en el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente en el colegio o centro de estudios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente en casa o en tiempo de ocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**HS8. ¿ Consultó con algún profesional sanitario o acudió a un servicio de urgencias a consecuencia de ese accidente?**

- Consultó a un médico o enfermera  1
- Acudió a un centro de urgencias  2
- No fue necesario hacer ninguna consulta ni intervención  3
- No sabe  8
- No contesta  9

**FILTRO 3:**

Si HS6=No o HS6=blanco para todas las filas (enfermedades) y HS7=No para los 4 tipos de accidente, se pregunta HS9a, si no pasar a HS9b siempre que HH8 de la pers. Seleccion.=1 (la persona si está trabajando) o HH14=Si (Si trabajó) . En otro caso pasar a Filtro4

**HS9a. En los últimos 12 meses ha tenido algún otro tipo de enfermedad o accidente grave que no le haya mencionado en las anteriores relaciones?**

- Sí  1
- No  6 Ir a FILTRO 4
- No sabe  8 Ir a FILTRO 4
- No contesta  9 Ir a FILTRO 4

Si HH8 de la pers. Seleccion.<>1 (la persona NO está trabajando) y HH14=NO (No trabajó) pasar a FILTRO4

**HS9b. Aunque le pueda parecer reiterativo, ¿alguna de las enfermedades o problemas de salud que usted haya tenido en los últimos 12 meses fue consecuencia o empeoró debido a su actividad laboral?**

- Sí  1
- No  6
- No sabe  8
- No contesta  9

**FILTRO 4.**

La próxima pregunta (HS.10) se preguntará únicamente a las personas que están actualmente trabajando HH.8=1 para la pers.,selecc.

**HS10. 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**

- Si  1
- No  6 Ir a la introducción 3
- No sabe  8 Ir a la introducción 3
- No contesta  9 Ir a la introducción 3

HS11. ¿ Cuántos días en total faltó al trabajo por problemas de salud durante los últimos 12 meses?

**NOTA: Solo si es necesario añade: “Una estimación es suficiente”**

□□□□ días

- No sabe  998
- No contesta  999

### **INTRODUCCIÓN 3**

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.

#### **PL1. ¿ Utiliza gafas o lentillas?**

**Entrevistador: si el informante es ciego, marque la opción “Soy ciego o no puedo ver en absoluto”**

- Sí  1 [Ir a PL2.A](#)
- No, nunca  2 [Ir a PL.2B](#)
- Soy ciego o no puedo ver en absoluto  3 [Ir a PL.4](#)
- No sabe  8 [Ir a PL.2B](#)
- No contesta  9 [Ir a PL.2B](#)

#### **PL2.A ¿ Puede ver la letra de un periódico utilizando sus gafas o lentillas?**

- Sí, sin dificultad  1 [Ir a PL3.A](#)
- Con alguna dificultad  2 [Ir a PL3.A](#)
- Con dificultad severa  3 [Ir a PL3.A](#)
- No puede hacerlo  4 [Ir a PL3.A](#)
- No sabe  8 [Ir a PL3.A](#)
- No contesta  9 [Ir a PL3.A](#)

#### **PL2.B ¿ Puede ver la letra de un periódico?**

- Sí, sin dificultad  1 [Ir a PL3.B](#)
- Con alguna dificultad  2 [Ir a PL3.B](#)
- Con dificultad severa  3 [Ir a PL3.B](#)
- No puede hacerlo  4 [Ir a PL3.B](#)
- No sabe  8 [Ir a PL3.B](#)
- No contesta  9 [Ir a PL3.B](#)

#### **PL3.A ¿ Puede ver la cara de alguien aproximadamente a 4 metros de distancia utilizando sus gafas o lentillas?**

- Sí, sin dificultad  1 [Ir a PL.4](#)
- Con alguna dificultad  2 [Ir a PL.4](#)

- Con dificultad severa  3 [Ir a PL.4](#)
- No puede hacerlo  4 [Ir a PL.4](#)
- No sabe  8 [Ir a PL.4](#)
- No contesta  9 [Ir a PL.4](#)

**PL3.B ¿ Puede ver la cara de alguien aproximadamente a 4 metros de distancia ?**

- Sí, sin dificultad  1
- Con alguna dificultad  2
- Con dificultad severa  3
- No puede hacerlo  4
- No sabe  8
- No contesta  9

**PL4. ¿Utiliza audífono?**

**Entrevistador: si el informante es sordo, marque la opción “Soy sordo profundo”**

- Sí  1 [Ir a PL5.A](#)
- No  2 [Ir a PL5.B](#)
- Soy sordo profundo  3 [Ir a PL.6](#)
- No sabe  8 [Ir a PL5.B](#)
- No contesta  9 [Ir a PL5.B](#)

**PL5.A ¿ Puede oír lo que se dice en una conversación con varias personas utilizando su audífono?**

- Sí, sin dificultad  1 [Ir a PL.6](#)
- Con alguna dificultad  2 [Ir a PL.6](#)
- Con dificultad severa  3 [Ir a PL.6](#)
- No puede hacerlo  4 [Ir a PL.6](#)
- No sabe  8 [Ir a PL.6](#)
- No contesta  9 [Ir a PL.6](#)

**PL5.B ¿ Puede oír lo que se dice en una conversación con varias personas ?**

- Sí, sin dificultad  1
- Con alguna dificultad  2

- Con dificultad severa  3
- No puede hacerlo  4
- No sabe  8
- No contesta  9

**NOTA PARA LAS PREGUNTAS DESDE PL6 A PL11: Si cree que esta pregunta puede ofender al entrevistado dada la situación física evidente que se puede observar (silla de ruedas, amputaciones,...) rellene la opción "No puede hacerlo" sin leer la pregunta al entrevistado.**

**PL.6 ¿ Puede caminar 500 metros sobre un terreno llano sin bastón ni otras ayudas para andar?**

- Sí, sin dificultad  1
- Con alguna dificultad  2
- Con dificultad severa  3
- No puede hacerlo  4
- No sabe  8
- No contesta  9

**PL.7 ¿ Puede subir o bajar un tramo de escaleras sin usar bastón, la barandilla u otro tipo de ayudas?**

- Sí, sin dificultad  1
- Con alguna dificultad  2
- Con dificultad severa  3
- No puede hacerlo  4
- No sabe  8
- No contesta  9

**PL.8 ¿ Puede agacharse y arrodillarse sin ningún tipo de ayuda ?**

- Sí, sin dificultad  1
- Con alguna dificultad  2
- Con dificultad severa  3
- No puede hacerlo  4
- No sabe  8
- No contesta  9

**PL9. Usando sus brazos, ¿ puede levantar y llevar una bolsa de la compra de 5 kilos de peso al menos durante 10 metros sin ningún tipo de ayuda?**

- Sí, sin dificultad  1
- Con alguna dificultad  2
- Con dificultad severa  3
- No puede hacerlo  4
- No sabe  8
- No contesta  9

**PL10. ¿ Puede usar los dedos para agarrar o manejar objetos pequeños como un bolígrafo sin ningún tipo de ayuda?**

- Sí, sin dificultad  1
- Con alguna dificultad  2
- Con dificultad severa  3
- No puede hacerlo  4
- No sabe  8
- No contesta  9

**PL.11 ¿Puede morder y masticar alimentos duros tales como una manzana sin ningún tipo de ayuda ( por ejemplo, dentadura postiza)?**

- Sí, sin dificultad  1
- Con alguna dificultad  2
- Con dificultad severa  3
- No puede hacerlo  4
- No sabe  8
- No contesta  9

## INTRODUCCIÓN 4

Piense ahora en sus actividades básicas diarias. Una vez más, no tenga en cuenta los problemas temporales.

PC.1 De las actividades que le voy a leer, ¿habitualmente tiene dificultad para hacerlas por sí mismo?

	Ninguna dificultad	Alguna dificultad	Dificultad severa	No puedo hacerlo por mí mismo	No sabe	No contesta
Alimentarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentarse, levantarse de una silla o de una cama, acostarse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestirse y desvestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir al servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ducharse o lavarse todo el cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Codificación

- No tengo ninguna dificultad  1
- Sí, alguna dificultad  2
- Sí, dificultad severa  3
- No puedo hacerlo por mí mismo  4
- No sabe  8
- No contesta  9

- Si PC1 = 1,8 ó 9 para todas las actividades entonces ir a la introducción 5
- Si PC1 = 2,3 ó 4 al menos para una actividad se pasa a la siguiente Tabla con las preguntas PC2, PC3 y PC4

**Introducción: “Considerando estas actividades básicas diarias en las que encuentra dificultad al realizarlas.....”**

En la tabla se presentan las opciones de PC2 de los diferentes tipos de ayudas, si PC2=Sí, se mostrar las opciones de respuesta de PC3, en otro caso, se muestran las opciones de respuesta de PC4

	PC2- ¿Dispone habitualmente de este tipo de ayuda?				PC3 ¿Considera que esta ayuda satisface sus necesidades?				PC4- ¿Cree que necesitaría este tipo de ayuda?			
Asistencia personal	SI	NO	NS	<input type="radio"/>	SI	NO	NS	<input type="radio"/>	SI	NO	NS	<input type="radio"/>
	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
			NC	<input type="radio"/>			NC	<input type="radio"/>			NC	<input type="radio"/>
Ayudas técnicas	SI	NO	NS	<input type="radio"/>	SI	NO	NS	<input type="radio"/>	SI	NO	NS	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
			NC	<input type="radio"/>			NC	<input type="radio"/>			NC	<input type="radio"/>
Adaptaciones en el hogar	SI	NO	NS	<input type="radio"/>	SI	NO	NS	<input type="radio"/>	SI	NO	NS	<input checked="" type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>
			NC	<input checked="" type="radio"/>			NC	<input checked="" type="radio"/>			NC	<input type="radio"/>

### PC.2 ¿ Dispone habitualmente de algún tipo de ayuda?

- Sí  1
- No  6
- No sabe  8
- No contesta  9

Si PC2 =1 ir a PC3. Si PC2= 6,8,9 ir a PC4

### PC.3 ¿Considera que estas ayudas satisfacen sus necesidades?

- Sí  1
- No  6
- No sabe  8
- No contesta  9

Ir a PC2 del siguiente tipo de ayuda o a Introducción 5 en el caso de ser la última

### PC.4 ¿ Cree que necesitaría este tipo de ayuda?

- Sí  1
- No  6
- No sabe  8
- No contesta  9

Ir a PC2 del siguiente tipo de ayuda o a Introducción 5 en el caso de ser la última

## INTRODUCCIÓN 5

A continuación, le voy a leer una serie de actividades relacionadas con el hogar. De nuevo, no incluya problemas temporales.

Solo en aquellas actividades en que se contesta HA1=2,3,4,8 según la codificación, se muestra el cuadro de opciones para HA2, después de HA2 se pasa a la siguiente actividad y después de la última actividad a HA3.

**ENTREVISTADOR: En HA2 NO lea las opciones, salvo en el caso de respuesta "No Sabe" a HA1 en que sí se deben leer.**

Si HA1= 1 ó 9 para una actividad, pasar a la siguiente actividad.

	HA1- ¿Habitualmente tiene dificultad para hacer por sí mismo y sin ayudas cada una de estas actividades?						HA2- ¿por qué?		
	Ninguna dificultad	Alguna dificultad	Dificultad severa	No puedo hacerlo por mi mismo			Principalmente, por estado de salud, discapacidad, edad avanzada,...	Por otras razones,(nunca intenté hacerlo,...)	
Preparar su propia comida	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>	NC <input type="checkbox"/>	Principalmente, por estado de salud, discapacidad, edad avanzada,...	NS <input type="checkbox"/>	NC <input type="checkbox"/>
Utilizar el teléfono (buscar el número, marcar,...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>	NC <input type="checkbox"/>			
Realizar compras (comprar comida, ropa,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>	NC <input type="checkbox"/>	Principalmente, por estado de salud, discapacidad, edad avanzada,...	NS <input type="checkbox"/>	NC <input type="checkbox"/>
.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>	NC <input type="checkbox"/>	Por otras razones,(nunca intenté hacerlo,...)	NS <input type="checkbox"/>	NC <input type="checkbox"/>

A efectos de codificación:

**HA.1 ¿ Habitualmente tiene dificultad para hacer por sí mismo y sin ayudas alguna de estas actividades?**

- No tengo ninguna dificultad  1
- Sí, alguna dificultad  2
- Sí, mucha dificultad  3
- No puedo hacerlo por mí mismo  4
- No sabe  8
- No contesta  9

**HA.2 ¿ Por qué?**

- Principalmente, por el estado de salud, discapacidad o edad avanzada  1
- Principalmente, por otras razones ( nunca intenté hacerlo, etc.)  2
- No sabe  8
- No contesta  9

ACTIVIDADES
Preparar su propia comida
Utilizar el teléfono (buscar el número, marcar...)
Realizar compras ( comprar comida, ropa...)
Tomar sus medicamentos, incluyendo acordarse de la cantidad y el momento en que las debe tomar
Realizar tareas domésticas ligeras como hacer la colada, hacer la cama, limpiar la casa...
Realizar ocasionalmente tareas domésticas pesadas como mover muebles, limpiar las ventanas, transportar la compra...
Administrar su propio dinero (pagar recibos, tratar con el banco, firmar cheques...)

Si HA2 =1 al menos para una de las actividades entonces, se activará la tabla con las preguntas HA3, HA4, HA5. En otro caso se pasará a SF.0

**HA3:Considerando estas actividades en las que usted encuentra algún tipo de dificultad al realizarlas...dígame”**

La tabla mostrará las opciones de HA3 de los diferentes tipos de ayudas, si HA3=Sí, se mostrarán las opciones de respuesta de HA4, en otro caso,se mostrarán las opciones de respuesta de HA5

	HA3- ¿Dispone habitualmente de este tipo de ayuda?				HA4- ¿Considera que esta ayuda satisface sus necesidades?				HA5- ¿Cree que necesitaría este tipo de ayuda?			
	SI	NO	NS	NC	SI	NO	NS	NC	SI	NO	NS	NC
Asistencia personal	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayudas técnicas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adaptaciones en el hogar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

A efectos de codificación:

**HA3 ¿ Dispone habitualmente de algún tipo de ayuda?**

- Sí  1
- No  6
- No sabe  8
- No contesta  9

Si HA3= 1 ir a HA4, si HA3= 6,8,9 ir a HA5

#### HA4 ¿Considera que estas ayudas satisfacen sus necesidades?

- Sí  1
- No  6
- No sabe  8
- No contesta  9

Ir a HA3 del siguiente tipo de ayuda o a Introducción 6 en caso de ser la última

#### HA5 ¿ Cree que necesitaría este tipo de ayuda?

- Sí  1
- No  6
- No sabe  8
- No contesta  9

Ir a HA3 del siguiente tipo de ayuda o a Introducción 6

### INTRODUCCIÓN 6

#### SF.0 ¿Durante las 4 últimas semanas ha padecido algún tipo de dolor o molestia física?

- Sí  1
- No  6 Ir a SF.2
- No sabe  8 Ir a SF.2
- No contesta  9 Ir a SF.2

#### SF.1 Durante las 4 últimas semanas, ¿ qué grado de dolor o molestia física ha tenido?.

##### Se leen las opciones

- Leve  1
- Moderada  2
- Severa  3
- Extrema  4
- No sabe  8
- No contesta  9

**INTRODUCCIÓN 7**

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido.

SF.2-10 Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia...

	Siem pre	Casi siem pre	Algun as veces	Sólo alguna vez	Nunc a	No sabe	No contesta
SF.2 se sintió lleno de vitalidad?	<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
SF.3 estuvo especialmente tenso?	<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
SF.4 se sintió tan bajo de moral que nada podía animarlo?	<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
SF.5 se sintió calmado y tranquilo?	<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
SF.6 tuvo mucha energía?	<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
SF.7 se sintió desanimado y deprimido?	<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
SF.8 se sintió agotado?	<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
SF.9 se sintió feliz?	<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
SF.10 se sintió cansado?	<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

## MÓDULO EUROPEO DE ASISTENCIA SANITARIA

### INTRODUCCIÓN 8

El siguiente grupo de preguntas hace referencia al tiempo pasado en un hospital. Se incluyen todos los tipos de hospital. No se deben incluir las visitas a urgencias o a consultas externas/ambulatorias.

**HC.1** Durante los últimos 12 meses, es decir desde (**fecha de hace un año**), ¿ha tenido que ingresar en un hospital como paciente al menos durante una noche?

- Sí  1
- No  6 → Ir a HC.4

**HC.2** ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado desde (**fecha de hace un año**)? Cuente todas las estancias en las que pasó al menos una noche en el hospital y que hayan finalizado en este periodo.

□□ veces

- No sabe  98
- No contesta  99

**HC.3** Pensando en estos ingresos hospitalarios ¿cuántas noches en total pasó usted en el hospital?

□□□ noches

- No sabe  998
- No contesta  999

Si la persona seleccionada es Mujer con Edad < 50 años, preguntar HC1b, en otro caso pasar a HC3C

**HC.1b.-** ¿El motivo de alguno de dichos ingresos fue para dar a luz (incluyendo cesárea)?

- Sí  1
- No  6 Ir a HC.3C
- No sabe  8 Ir a HC.3C
- No contesta  9 Ir a HC.3C

HC.2.b ¿ Cuántas veces ha estado hospitalizada desde el (fecha de hace un año) para dar a luz ( incluyendo cesárea)? Cuente todas las estancias en las que pasó al menos una noche en el \*hospital y que hayan finalizado en este periodo.

□ veces

- No sabe  98
- No contesta  99

HC.3.b Pensando en estos ingresos hospitalarios para dar a luz ¿cuántas noches en total pasó usted en el hospital?

□□ noches

- No sabe  998
- No contesta  999

HC.3.c En relación a su última estancia en el hospital durante estos últimos 12 meses, independientemente del motivo por el cual fue hospitalizado ¿ Cuántas noches estuvo ingresado en total?

□□□ noches

- No sabe  998
- No contesta  999

HC.4 Durante los últimos 12 meses, es decir desde el (fecha de hace un año), ¿ha sido admitido en un hospital de día, es decir ocupando una cama o sillón cama del hospital, para la realización de pruebas diagnósticas o intervenciones que no requerían pasar la noche? \* No incluya estancias en urgencias ni en observación.

- Sí  1
- No  6 → Ir a HC.6
- No sabe  8 → Ir a HC.6
- No contesta  9 → Ir a HC.6

HC.5 ¿Cuántos días ha sido admitido en un hospital de día, sin tener que pasar la noche, desde el (fecha de hace un año)?

□□□ días

- No sabe  998
- No contesta  999

**HC.6 Durante los últimos 12 meses, ¿hubo alguna vez en la que realmente necesitó ser ingresado en un hospital o ser atendido en un hospital de día, siguiendo la recomendación de un médico, pero no lo fue ?**

- Sí, al menos en una ocasión  1
- No, en ninguna ocasión  6 → Ir a introducción 9
- No sabe  8 → Ir a introducción 9
- No contesta  9 → Ir a introducción 9

**HC.7 ¿Cuál fue la razón principal por la que no llegó a estar hospitalizado?**

**No se leen las opciones**

- No me lo podía permitir ( demasiado caro o no cubierto por el seguro)  1
- Lista de espera, u otras razones debidas al hospital  2
- No disponía de tiempo debido al trabajo, al cuidado de los niños o de otras personas  3
- Demasiado lejos para viajar/ sin medios de transporte  4
- Miedo a la cirugía/tratamiento  5
- Otras razones  6
- No sabe  8
- No contesta  9

## **INTRODUCCIÓN 9**

**El siguiente grupo de preguntas hace referencia a las visitas al dentista, ortodoncista u otro especialista de asistencia dental.**

**HC.8 ¿Cuándo fue la última vez que visitó al dentista, ortodoncista o higienista dental para usted mismo (es decir, no sólo como acompañante de un niño, de su pareja, etc.)?**

**Se leen las opciones hasta que se marque una opción**

- En las últimas 4 semanas  1
- Entre 4 semanas y 12 meses  2 → Ir a introducción 10
- Hace 12 meses o más  3 → Ir a introducción 10
- Nunca  4 → Ir a introducción 10

**HC.9 Durante las últimas 4 semanas contando hacia atrás desde ayer, es decir desde (fecha de ayer- 28 días), ¿cuántas veces ha visitado al dentista, ortodoncista o higienista dental para usted mismo?**

□□ veces

- No sabe  98
- No contesta  99

**INTRODUCCIÓN 10**

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.

**HC.10 ¿Cuándo fue la última vez que consultó al médico general o médico de familia para usted mismo?**

- En las últimas 4 semanas  1
- Entre 4 semanas y 12 meses  2 → Ir a introducción 11
- Hace 12 meses o más  3 → Ir a Introducción 11
- Nunca  4 → Ir a Introducción 11

**HC.11 Durante las últimas 4 semanas contando desde ayer. Es decir, desde el (fecha de ayer-28 días), ¿cuántas veces ha consultado usted con su médico general o médico de familia para usted mismo?**

□□ veces

- No sabe  98
- No contesta  99

**INTRODUCCIÓN 11**

Las siguientes preguntas hacen referencia a consultas a especialistas. Se incluyen sólo las visitas a médicos en consultas externas o de urgencias, 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. También se incluyen las consultas médicas en el lugar de trabajo o centro de estudios.

**HC.12 ¿Cuándo fue la última vez que consultó a un especialista para usted mismo?**

- En las últimas 4 semanas  1
- Entre 4 semanas y 12 meses  2 → Ir a HC14
- Hace 12 meses o más  3 → Ir a HC14
- Nunca  4 → Ir a HC14
- No sabe  8 → Ir a HC14
- No contesta  9 → Ir a HC14

**HC.13 Durante las últimas 4 semanas contando desde ayer. Es decir, desde el (fecha de "Ayer-28 días"), ¿cuántas veces consultó a un especialista para usted mismo?**

NOTA: "Deben ser incluidas las visitas al cirujano maxilofacial y no deben incluirse las visitas al dentista"

veces

- **No sabe**  98
- **No contesta**  99

**HC.13B ¿ Dónde tuvo lugar la última consulta a un especialista realizada durante las últimas 4 semanas?**

- En una Consulta externa de un hospital o ambulatorio  1
- En un Servicio de urgencias de un hospital  2
- En una consulta de médico particular o de una sociedad  3
- En su lugar de trabajo o su centro de estudios  4
- Otro lugar  5
- **No sabe**  8
- **No contesta**  9

**HC.14 Durante los últimos 12 meses, hubo alguna vez en la que considera que necesitó consultar a un especialista pero no lo hizo?**

- Sí, al menos en una ocasión  1
- No, en ninguna ocasión  6 → Ir a HC16
- **No sabe**  8 → Ir a HC16
- **No contesta**  9 → Ir a HC16

**HC.15 ¿Cuál fue la razón principal para no consultar a un especialista?**

**No se leen las opciones**

- No me lo podía permitir ( demasiado caro o no cubierto por el seguro)  01
- Lista de espera, no tenía volante  02
- No disponía de tiempo debido al trabajo, al cuidado de los niños o de otras personas  03
- Demasiado lejos para viajar/ sin medios de transporte  04
- Miedo al médico/hospitales/ exploraciones médicas/tratamiento  05
- Quise esperar y ver si el problema mejoraba por sí solo  06
- No conocía a ningún buen especialista  07
- Otras razones  08
- **No sabe**  98
- **No contesta**  99

**HC.16 Durante los últimos 12 meses, es decir, desde (fecha de hace un año), ¿ha visitado para usted mismo a un.... ?**

	Sí	No	No sabe	No contesta
Laboratorio de análisis, centro de radiología	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Fisioterapeuta / Quinesiterapeuta	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Enfermera, matrona (excluyendo las hospitalizaciones, atención domiciliaria, o en un laboratorio médico o centro de radiología)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Dietista / Nutricionista	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Logopeda	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Quiropráctico, terapeuta manual	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Terapeuta ocupacional /laboral	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Psicólogo o psicoterapeuta	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Otros paramédicos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

**HC.17 Durante los últimos 12 meses, es decir desde (fecha de hace un año), ¿ha visitado para usted mismo a un....?**

	Sí	No	No sabe	No contesta
Homeópata	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Acupuntor	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Herborista / Fitoterapeuta	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Otro profesional de medicina alternativa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

**HC.18 Durante los últimos 12 meses, es decir, desde (fecha de hace un año), ¿ha utilizado personalmente alguno de los siguientes servicios asistenciales?**

	Sí	No	No sabe	No contesta
Atención domiciliaria prestada por un enfermero o matrona	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<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"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Comidas a domicilio para personas mayores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<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"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Otros servicios de asistencia domiciliaria	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

## **INTRODUCCIÓN 12**

**A continuación, le voy a preguntar sobre el consumo de medicamentos o suplementos dietéticos en las últimas 2 semanas.**

**Si Persona Seleccionada es Mujer, se pregunta MD1a, si es Hombre pasar a MD1b**

**MD.1a Durante las últimas dos semanas, ¿ha consumido algún medicamento que le fuera recetado o recomendado por un médico?**

Por favor, tenga en cuenta también suplementos dietéticos, vitaminas, pastillas anticonceptivas y otros medicamentos hormonales

- Sí  1 **Ir a MD2**
- No  6 **→ Ir a MD3**
- No sabe  8 **→ Ir a MD3**
- No contesta  9 **→ Ir a MD3**

**MD.1b Durante las últimas dos semanas, ¿ha consumido algún medicamento que le fuera recetado o recomendado por un médico?**

Por favor, tenga en cuenta también suplementos dietéticos y vitaminas”

- Sí  1
- No  6 **→ Ir a MD3**
- No sabe  8 **→ Ir a MD3**
- No contesta  9 **→ Ir a MD3**

**MD.2 Dígame si estos medicamentos eran para...**

	SI	NO	No Sabe	No contesta
A. Asma				
B. Bronquitis crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema				
C. Hipertensión arterial				
D. Reducir el nivel de colesterol en sangre				
E. Otras enfermedades cardiovasculares, como infarto cerebral o ataque al corazón				
F. Dolor en las articulaciones (artrosis, artritis)				
G. Dolor en el cuello o espalda				
H. Dolor de cabeza o migrañas				
I. Otro dolor				
J. Diabetes				
K. Síntomas alérgicos (eccema, rinitis, fiebre del heno)				
L. Problemas de estómago				
M. Cáncer (quimioterapia)				
N. Depresión				
O. Tensión o ansiedad				

Codificación

- Sí  1
- No  6
- No sabe  8
- No contesta  9

¿Ha consumido otros tipos de medicamentos que se le hayan recetado, como...?

	SI	NO	No Sabe	No contesta
P. Pastillas para dormir				
Q. Antibióticos				

Si la persona seleccionada es mujer con Edad <= 50, preguntar R

	SI	NO	No Sabe	No contesta
R. Pastillas anticonceptivas				

Si la persona seleccionada es mujer con Edad >=45, preguntar S

	SI	NO	No Sabe	No contesta
S. Hormonas para la menopausia				

En todos los casos preguntar T

	SI	NO	No Sabe	No contesta
T. Cualquier otro medicamento recetado por un médico. (Si responde sí): ¿Qué tipo de medicamentos? -----				

**MD.3 Durante las últimas 2 semanas, ¿ha consumido algún medicamento o suplementos dietético o hierbas medicinales o vitaminas que no fueran recetadas o recomendadas por un médico?**

- Sí  1
- No  6 → Ir a Introducción 13
- No sabe  8 → Ir a Introducción 13
- No contesta  9 → Ir a Introducción 13

**MD.4 ¿Eran medicamentos o suplementos para...?**

	SI	NO	No Sabe	No contesta
A. Dolor en las articulaciones (artrosis, artritis)				
B. Dolor de cabeza o migrañas				
C. Otro dolor				
D. Resfriado, gripe o dolor de garganta				
E. Síntomas alérgicos (eccema, rinitis, fiebre del heno)				
F. Problemas de estómago				
G. Eran vitaminas, minerales o tónicos				
H. ¿Era algún otro tipo de medicamento o suplemento? (por favor especifique) _____				

Para codificación

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

### **INTRODUCCIÓN 13**

A continuación, le voy a preguntar sobre la vacunación de la gripe.

**PA.1 ¿Alguna vez ha sido vacunado contra la gripe?**

- Sí  1
- No  6 → Ir a Introducción 14
- No sabe  8 → Ir a Introducción 14
- No contesta  9 → Ir a Introducción 14

**PA.2 ¿Cuándo fue vacunado contra la gripe por última vez?**

- Durante este año  1
- El año pasado  2
- Antes del año pasado  3 → Ir a Introducción 14
- No sabe  8 → Ir a Introducción 14
- No contesta  9 → Ir a Introducción 14

**PA.3 Podría recordar, ¿en qué mes fue?**

□□ Mes

- No sabe  98
- No contesta  99

### **INTRODUCCIÓN 14**

Ahora, le voy a preguntar sobre su tensión arterial.

**PA.4 ¿Le ha tomado la tensión arterial alguna vez un profesional sanitario?**

- Sí  1
- No  6 → Ir a Introducción 15
- No sabe  8 → Ir a Introducción 15
- No contesta  9 → Ir a Introducción 15

**PA.5 ¿Cuándo fue la última vez que un profesional sanitario le tomó la tensión arterial?**

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

**INTRODUCCIÓN 15**

A continuación, le voy a preguntar sobre su nivel de colesterol en sangre.

**PA.6 ¿Le han medido alguna vez su nivel de colesterol en sangre?**

- Sí  1
- No  6 → Ir a [Introducción 16](#)
- No sabe  8 → Ir a [Introducción 16](#)
- No contesta  9 → Ir a [Introducción 16](#)

**PA.7 ¿Cuándo fue la última vez que le midieron su nivel de colesterol en sangre?**

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

**INTRODUCCIÓN 16**

Las siguientes preguntas hacen referencia al nivel de azúcar en sangre (glucemia).

**PA.8 ¿Le han medido alguna vez su nivel de azúcar en sangre?**

- Sí  1
- No  6 → Ir a [Filtro 5](#)
- No sabe  8 → Ir a [Filtro 5](#)
- No contesta  9 → Ir a [Filtro 5](#)

**PA.9 ¿Cuándo fue la última vez que le midieron su nivel de azúcar en sangre?**

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

**FILTRO 5**

Si Persona Seleccionada es Mujer ir a Introducción 17, si es hombre ir a Introducción 19

**INTRODUCCIÓN 17**

Las siguientes preguntas se refieren a “mamografías”.

**PA.10 ¿Alguna vez le han hecho una mamografía, es decir, una radiografía de uno de sus pechos o de ambos?**

- Sí  1
- No  6 → Ir a Introducción 18
- No sabe  8 → Ir a Introducción 18
- No contesta  9 → Ir a Introducción 18

**PA.11 ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una mamografía (radiografía de mama)?**

- Hace tres años o menos de tres años  1
- Hace más de 3 años  2 Ir a PA.12
- No sabe  8 Ir a PA.12
- No contesta  9 Ir a PA.12

**PA.11B ¿En que fecha le hicieron la última mamografía ( radiografía de mama)?**

- MES**           **AÑO**
- No sabe  98      9998
  - No contesta  99      9999

**PA.12 ¿ Cuáles de las siguientes fueron las principales razones por las que se hizo esta última mamografía?**

Se admite respuesta múltiple

- Porque usted misma notó que tenía algún problema en el pecho  01
- Porque su médico de familia notó que tenía algún problema en el pecho durante un examen  02
- Porque su ginecólogo notó que tenía algún problema en el pecho durante un examen  03
- Porque su médico de familia se lo aconsejó sin que tuviese usted ningún problema  04
- Porque se lo aconsejó su ginecólogo sin que tuviese usted ningún problema  05
- Porque otras mujeres de su familia han tenido o tienen cáncer de mama  06
- Porque le citaron desde su comunidad autónoma o ayuntamiento para un programa de detección precoz de cáncer de mama  07
- Por otra razón  08
- No sabe  98
- No contesta  99

**INTRODUCCIÓN 18**

Ahora, unas preguntas sobre la prueba de citología vaginal.

**PA.13 ¿Alguna vez le han hecho una citología vaginal?**

- Sí  1
- No  6 → Ir a Introducción 19
- No sabe  8 → Ir a Introducción 19
- No contesta  9 → Ir a Introducción 19

**PA.14 ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una citología vaginal?**

- Hace tres años o menos de tres años  1
- Hace más de tres años, pero no más de cinco años  2 Ir a PA.15
- Hace más de cinco años  3 Ir a PA.15

- No sabe  8 Ir a PA.15
- No contesta  9 Ir a PA.15

**PA.14B ¿ Recuerda en qué fecha se la hicieron?**

- MES**             **AÑO**
- No sabe  98  9998
  - No contesta  99  9999

**PA15. ¿Cuál fue la razón por la que se hizo esta última citología vaginal?**

**No se leen las opciones**

- Porque tenía molestias  1
- Porque se lo recomendaron en la consulta de medicina de familia  2
- Porque fue a la consulta de ginecología  3
- Porque le citaron desde su comunidad autónoma o ayuntamiento para un programa de detección precoz de cáncer  4
- Por otra razón de tipo médico  5
- Por otro tipo de razones no médicas  6
- No sabe  8
- No contesta  9

**INTRODUCCIÓN 19**

Las siguientes preguntas hacen referencia a la prueba de sangre oculta en heces.

**PA.16 ¿Alguna vez le han hecho una prueba de sangre oculta en heces?**

- Sí  1
- No  6 → Ir a Introducción 20
- No sabe  8 → Ir a Introducción 20
- No contesta  9 → Ir a Introducción 20

**PA.17 ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una prueba de sangre oculta en heces?**

- En los últimos 12 meses  1
- Hace más de 1 año, pero no más de 2 años  2
- Hace más de 2 años, pero no más de 3 años  3
- Hace más de 3 años  4

- No sabe  8
- No contesta  9

## **INTRODUCCIÓN 20**

A continuación, le voy a hacer unas preguntas sobre su satisfacción con el sistema sanitario.

**SA.1 En general, respecto a los servicios prestados por los siguientes centros y profesionales sanitarios, usted diría que está....**

	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Bastante insatisfecho	Muy insatisfecho	No sabe	No contesta
Hospitales (incluyendo el servicio de urgencias)	<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
Dentistas, ortodoncistas y otros especialistas de asistencia dental	<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
Especialistas (médicos o quirúrgicos)	<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
Médicos de familia / generales	<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
Servicios de atención sanitaria domiciliaria	<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

## MÓDULO EUROPEO DE DETERMINANTES DE LA SALUD

### INTRODUCCIÓN 21

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre su estatura y su peso.

#### BMI.1 ¿Cuánto mide sin zapatos?

□□□□ cm

- No sabe/ No recuerda  998
- No contesta  999

#### BMI.2 ¿Cuánto pesa sin ropa ni zapatos?

□□□□ kg

- No sabe/ No recuerda  998
- No contesta  999

### INTRODUCCIÓN 22

Ahora voy a preguntarle acerca del tiempo que usted dedicó a estar físicamente activo en los últimos 7 días. Por favor, responda a cada pregunta aunque no se considere una persona activa. Nos referimos a las actividades que realiza en el trabajo, así como a las tareas que lleva a cabo en su hogar o jardín, a los desplazamientos para ir de un lugar a otro y a las actividades durante su tiempo libre, ya sea por recreo, ejercicio o deporte.

Primeramente, piense en todas las actividades que Ud. realizó en los últimos 7 días y que requirieron un esfuerzo físico intenso. Las actividades intensas le hacen respirar mucho más fuerte de lo normal y pueden incluir levantar pesos pesados, cavar, hacer aeróbic o ir rápido en bicicleta.

Piense sólo en aquellas actividades físicas que realizó durante al menos 10 minutos seguidos.

#### PE.1. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos realizó actividades físicas intensas?

□ días a la semana

- No sabe  8 → pasar a PE.3
- No contesta  9 → pasar a PE.3

Si PE.1=0 pasar a PE.3

**PE.2. Durante los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo dedicó a realizar actividades físicas intensas?**

**Nota: señale sólo si es necesario “con una estimación es suficiente”.**

    ┌┐┌ horas      ┌┐┌ minutos

- No sabe  98
- No contesta  99

Ahora piense en las actividades que usted realizó en los últimos 7 días y que implicaron un esfuerzo físico moderado. Las actividades físicas moderadas le hacen respirar algo más fuerte de lo normal y pueden incluir cargar con pesos ligeros, ir en bicicleta a velocidad normal, fregar la casa o arreglar el jardín. No incluya caminar. De nuevo, piense sólo en aquellas actividades físicas que realizó durante al menos 10 minutos seguidos.

**PE.3. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos realizó actividades físicas moderadas?**

    ┌┐ días a la semana

- No sabe  8 → pasar a PE.5
- No contesta  9 → pasar a PE.5

Si PE.3=0 pasar a PE.5

**PE.4. Durante los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo dedicó a realizar actividades físicas moderadas?**

**Nota: señale sólo si es necesario “con una estimación es suficiente”.**

    ┌┐┌ horas      ┌┐┌ minutos

- No sabe  98
- No contesta  99

Ahora piense en el tiempo que Vd. dedicó a caminar en los últimos 7 días. Ya sean desplazamientos para ir de un lugar a otro o recorridos que realice en el trabajo o en la casa y cualquier otra caminata que usted pudiera realizar por deporte, ejercicio u ocio.

**PE.5. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos caminó durante al menos 10 minutos seguidos?**

    ┌┐ días a la semana

- No sabe  8 → ir a Introducción 23
- No contesta  9 → ir a Introducción 23

Si PE.5=0 pasar a Introducción 23

**PE.6. Durante los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo dedicó a caminar?**

**Nota: señale sólo si es necesario “con una estimación es suficiente”.**

    |\_|\_| horas      |\_|\_| minutos

- No sabe  98
- No contesta  99

### **INTRODUCCIÓN 23**

Las siguientes preguntas hacen referencia al consumo de frutas y verduras.

**FV.1 ¿Con qué frecuencia come frutas (excluyendo zumos)?**

Nota: NO se leen las opciones

- Dos o más veces al día  1
- Una vez al día  2
- Menos de una vez al día, pero al menos 4 veces a la semana  3
- Menos de 4 veces, pero al menos 1 vez a la semana  4
- Menos de 1 vez a la semana  5
- Nunca  6
- No sabe  8
- No contesta  9

**FV.2 ¿Con qué frecuencia come verduras o ensalada (excluyendo zumos y patatas)?**

Nota: NO se leen las opciones

- Dos o más veces al día  1
- Una vez al día  2
- Menos de una vez al día, pero al menos 4 veces a la semana  3
- Menos de 4 veces, pero al menos 1 vez a la semana  4
- Menos de 1 vez a la semana  5
- Nunca  6

- No sabe  8
- No contesta  9

### FV.3 ¿Con qué frecuencia bebe zumo natural de frutas o de verduras?

**NOTA: NO se leen las opciones**

- Dos o más veces al día  1
- Una vez al día  2
- Menos de una vez al día, pero al menos 4 veces a la semana  3
- Menos de 4 veces, pero al menos 1 vez a la semana  4
- Menos de 1 vez a la semana  5
- Nunca  6
- No sabe  8
- No contesta  9

## INTRODUCCIÓN 24

Las preguntas siguientes hacen referencia al entorno en el que vive y trabaja y al apoyo social.

**EN.1 Pensando en los últimos 12 meses, mientras estaba en su casa ¿en qué medida estuvo expuesto a alguna de las siguientes condiciones?**

	Muy expuesto	Algo expuesto	No expuesto	No sabe	No contesta
Ruido (como tráfico de coches, de trenes o el tráfico aéreo, fábricas, vecindario, animales, restaurantes/bares/discotecas)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Contaminación del aire (polvo fino, suciedad, polvo, humo, ozono)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Malos olores (de la industria, de la agricultura, alcantarillado, desechos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

**Entrevistador si la Persona Seleccionada se encuentra sola o está respondiendo otra persona, pase directamente a formular la pregunta. Si se encuentra acompañada entréguele la tarjeta 1 de respuestas y lea la NOTA.**

**NOTA: “Para las siguientes preguntas, le entrego esta tarjeta para que me responda el número de la opción que más se ajusta a su respuesta”**

**EN.2 Pensando en los últimos 12 meses, ¿en qué medida estuvo expuesto a delincuencia, violencia o vandalismo en su casa o en la zona donde reside?**

	Muy expuesto	Algo expuesto	No expuesto	No sabe	No contesta
Delincuencia, violencia o vandalismo en su casa o en la zona	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

Si HH8<>1 para la persona seleccionada entonces pasar a EN4, si HH8=1 (está trabajando) preguntar EN.3

### EN.3 En su lugar de trabajo, ¿en qué medida está usted expuesto a...?

	Muy expuesto	Algo expuesto	No expuesto	No sabe	No Contesta
A. Acoso o intimidación	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
B. Discriminación	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
C. Violencia o trato violento	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
D. Presión o sobrecarga de trabajo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
E. Productos químicos, polvo, humos o gases	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
F. Ruidos o vibraciones	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
G. Posturas forzadas, movimientos o manejo de cargas pesadas en el trabajo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
H. Riesgo de accidente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

### EN.4 En caso de tener un problema personal grave de cualquier tipo ¿con cuántas personas cercanas a usted podría contar?

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

Si el cuestionario está siendo contestado por la persona seleccionada, pasar a pantalla Introducción auto-administrado antes de FILTRO 6.

Si el cuestionario está siendo contestado por otra persona (HH.PROXY<>1) pasar a FILTRO 7.

## Introducción auto-administrado

“La parte final del cuestionario, por el tipo de preguntas que incluye, debe de ser cumplimentado por Ud. Mismo, por lo que le cedo el ordenador para continuar la entrevista.

Le quiero recordar que sus respuestas siguen siendo confidenciales, por lo que le pido que sea sincero. Una vez que finalice el cuestionario, estos datos no podrán ser consultados por ninguna persona, ni siquiera por mí mismo.

Lea atentamente las instrucciones que se van indicando en el cuestionario y pulse Continuar después de responder cada pregunta. Si tiene cualquier duda, pregúnteme lo que desee.”

### FILTRO 6

Si (HC.8<>1 y HC.10<>1 y HC.12<>1 y MD.1(a ó b)<>1) entonces, pasar a Introducción 25.

En otro caso, continuar

#### FORMULARIO AUTOADMINISTRADO DE “GASTOS DE SU PROPIO BOLSILLO”

Durante la entrevista usted indicó que en periodos recientes ha utilizado servicios de asistencia sanitaria para usted mismo (es decir, no sólo como acompañante de un niño, de su pareja, etc.). Por favor, indique cuánto tuvo que pagar finalmente de su propio bolsillo por estos servicios de asistencia sanitaria que utilizó recientemente. Por favor, lea detenidamente las preguntas y utilice cualquier elemento (como facturas, etc.) que pueda ayudarle a dar la cantidad.

Por *gastos de su propio bolsillo* queremos decir el coste de cualquier asistencia sanitaria que usted haya recibido (médica, dental o farmacéutica) no gratuita y no reembolsado por el Estado, compañía de seguros o empresa privada. Sólo se consideran *gastos de su propio bolsillo* los costes que haya tenido que pagar directamente o que otro miembro del hogar lo haya hecho en su lugar. Si después de realizar el pago, le han reembolsado total o parcialmente los gastos (ya sea una mutualidad del Estado –MUFACE, ISFAS o MUGEJU–, una compañía de seguros privada o como ayudas sociales de su empresa), se debe considerar únicamente la parte no reembolsada. En el caso de que todavía no haya recibido el reembolso, los *gastos de su propio bolsillo* se estimarán restando la cantidad que espera que le sea reembolsada de la cantidad total pagada por dicha asistencia sanitaria. No se considera como *gastos de su propio bolsillo* los pagos realizados a las compañías en concepto de primas de seguros.

Si no ha abonado nada pero ha utilizado el servicio, por favor, escriba 0 en el espacio destinado a responder.

\*

Si HC8<>1 ir a OP.2

**OP.1 Durante las últimas cuatro semanas, es decir desde el (fecha de hoy-28 días) ¿aproximadamente cuánto pagó de su bolsillo por su propia atención dental?**

- Cantidad |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| euros
- No sabe  99998

Si (HC10<>1 y HC12<>1) ir a OP.3

**OP.2** Durante las últimas cuatro semanas, es decir, desde el (fecha de hoy-28 días), ¿aproximadamente cuánto pagó de su bolsillo por visitas para usted mismo al médico de familia, general, o a especialistas?

• Cantidad |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| euros

\*

• No sabe  99998

Si MD.1(a ó b)<>1 pasar a Introducción 25

**OP.3** De los medicamentos recetados por un médico y que usted ha consumido durante las últimas dos semanas, ¿aproximadamente cuánto pagó de su propio bolsillo?

• Cantidad |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| euros

\*

• No sabe  99998

**INTRODUCCIÓN 25****FORMULARIO AUTO-ADMINISTRADO**

Antes de dar una respuesta, lea detenidamente las preguntas y sus categorías de respuesta. Marque la casilla que mejor describa su respuesta a cada pregunta o escriba un número en el caso de casillas abiertas  
 □□

Marque una única casilla por pregunta.

**Preguntas sobre consumo de tabaco****SK.1 ¿Fuma usted actualmente?**

- Sí, fumo diariamente  1
- Sí, fumo, pero no diariamente  2 **Ir a SK.4**
- No fumo actualmente, pero he fumado antes  3 **Ir a SK.4**
- No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual  4 **Ir a SK.6**

**SK.2 ¿Qué tipo de tabaco fuma a diario?**

- |                                    | SI                    | NO                    |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| • Cigarrillos (manufacturados)     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • (Cigarrillos con) tabaco de liar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Puros                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Tabaco de pipa                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Otros                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**SK.3 Por término medio ¿cuántas unidades fuma usted al día?**

En esta pregunta sólo aparecen como opciones de respuesta aquellas opciones marcadas en SK.2

- |                                |    |                    |
|--------------------------------|----|--------------------|
| Cigarrillos                    | □□ | <b>→ Ir a SK.5</b> |
| Cigarrillos con tabaco de liar | □□ |                    |
| Puros                          | □□ |                    |
| Pipas                          | □□ |                    |
| Otros                          | □□ |                    |

**SK.4 ¿ Ha fumado alguna vez (cigarrillos, puros o pipa) a diario o casi a diario al menos durante un año?**

- Sí  1
- No  6 → Ir a SK.6

**SK.5 ¿Durante cuántos años ha fumado a diario?**

Cuenta todos los periodos en los que ha fumado a diario. Si no recuerda el número exacto de años, por favor haga una estimación.

□□ años

**SK.6 ¿Con qué frecuencia está expuesto al humo del tabaco dentro de su casa? Considere solo aquellas situaciones en las que son otras personas las que están fumando**

- Nunca o casi nunca  1
- Menos de una hora al día  2
- Entre 1 y 5 horas al día  3
- Más de 5 horas al día  4

**SK.7 ¿ Con qué frecuencia está expuesto al humo del tabaco en medios de transporte y lugares públicos cerrados (bares, restaurantes, centros comerciales, estadios, salas de bingo, boleras, trenes, metro, autobús)?**

- Nunca o casi nunca  1
- Menos de una hora al día  2
- Entre 1 y 5 horas al día  3
- Más de 5 horas al día  4

Si HH8<>1 para la persona seleccionada (NO esta trabajando), entonces pasar a la Introducción antes de AL.1

**SK.8 ¿Con qué frecuencia está expuesto al humo de tabaco en las áreas cerradas de su lugar de trabajo?**

- Nunca o casi nunca  1
- Menos de una hora al día  2
- Entre 1 y 5 horas al día  3
- Más de 5 horas al día  4
- No es aplicable (no trabajo en un lugar cerrado)  5

## Preguntas sobre consumo de alcohol

### INTRODUCCIÓN

Como Ud. Sabe, algunas personas tienen costumbre de tomar vino, cerveza, o alguna copa, bien sea en la comida, aperitivo, al salir con amigos o en otras circunstancias.

Las preguntas siguientes se refieren al consumo de bebidas alcohólicas. Se consideran bebidas alcohólicas la cerveza, vino, licores (vermut, pacharán,...) o las mezclas de las bebidas citadas entre sí o con refrescos

**AL.1 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)?**

- Nunca  1 → Ir a Introducción antes de CN.1
- Una vez al mes o menos  2 → Ir a Introducción antes de CN.1
- De 2 a 4 veces al mes  3
- De 2 a 3 veces a la semana  4
- De 4 a 6 veces a la semana  5
- Todos los días  6

**AL.2a En un fin de semana normal en cuanto al consumo de alcohol, ¿cuántas bebidas que contengan alcohol consume?**

Por favor, considere el fin de semana de viernes a domingo y responda al cuadro distinguiendo el consumo de cada tipo de bebida que realiza cada uno de los días.

	Cervezas	Vinos	Licores	Otras	Bebidas "Locales"
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Viernes</b>	<input type="text"/> Cañas, botellines,...	<input type="text"/> Vasos, copas	<input type="text"/> Copas de Anís, vermut, ... <input type="text"/> Licores afrutados, pacharán, (chupitos)	<input type="text"/> Combinados ("cubatas"), copa de cognac, ron, orujo, ... vaso de whisky, ...	<input type="text"/> "carajillos", ...Vasos sidra u otras bebidas locales, ...
<b>Sábado</b>	<input type="text"/> Cañas, botellines,...	<input type="text"/> Vasos, copas	<input type="text"/> Copas de Anís, vermut, ... <input type="text"/> Licores afrutados, pacharán, (chupitos)	<input type="text"/> Combinados ("cubatas"), copa de cognac, ron, orujo, ... vaso de whisky, ...	<input type="text"/> "carajillos", ...Vasos sidra u otras bebidas locales, ...
<b>Domingo</b>	<input type="text"/> Cañas, botellines,...	<input type="text"/> Vasos, copas	<input type="text"/> Copas de Anís, vermut, ... <input type="text"/> Licores afrutados, pacharán, (chupitos)	<input type="text"/> Combinados ("cubatas"), copa de cognac, ron, orujo, ... vaso de whisky, ...	<input type="text"/> "carajillos", ...Vasos sidra u otras bebidas locales, ...

**AL.2b Y en el resto de una semana normal en cuanto al consumo de alcohol, ¿cuántas bebidas que contengan alcohol consume?**

**Por favor, responda al cuadro distinguiendo el consumo de cada tipo de bebida que realiza cada día de Lunes a Jueves**

	Cervezas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Vinos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Licores	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Otras	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Bebidas "Locales"	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>Lunes</b>	<input type="text"/>	Cañas, botellines,...	<input type="text"/>	Vasos, copas	<input type="text"/>	Copas de Anís, vermouths,...	<input type="text"/>	Licores afrutados, pacharán, (chupitos)	<input type="text"/>	Combinados ("cubatas"), copa de cognac, ron, orujo, vaso de whisky,...	<input type="text"/>	"carajillos",... Vasos sidra u otras bebidas locales,...			
<b>Martes</b>	<input type="text"/>	Cañas, botellines,...	<input type="text"/>	Vasos, copas	<input type="text"/>	Copas de Anís, vermouths,...	<input type="text"/>	Licores afrutados, pacharán, (chupitos)	<input type="text"/>	Combinados ("cubatas"), copa de cognac, ron, orujo, vaso de whisky,...	<input type="text"/>	"carajillos",... Vasos sidra u otras bebidas locales,...			
<b>Miércoles</b>	<input type="text"/>	Cañas, botellines,...	<input type="text"/>	Vasos, copas	<input type="text"/>	Copas de Anís, vermouths,...	<input type="text"/>	Licores afrutados, pacharán, (chupitos)	<input type="text"/>	Combinados ("cubatas"), copa de cognac, ron, orujo, vaso de whisky,...	<input type="text"/>	"carajillos",... Vasos sidra u otras bebidas locales,...			
<b>Jueves</b>	<input type="text"/>	Cañas, botellines,...	<input type="text"/>	Vasos, copas	<input type="text"/>	Copas de Anís, vermouths,...	<input type="text"/>	Licores afrutados, pacharán, (chupitos)	<input type="text"/>	Combinados ("cubatas"), copa de cognac, ron, orujo, vaso de whisky,...	<input type="text"/>	"carajillos",... Vasos sidra u otras bebidas locales,...			

**AL.3 Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado 6 o más bebidas alcohólicas en la misma ocasión?**

- Nunca  1
- Menos de una vez al mes  2
- Mensualmente  3
- Semanalmente  4
- A diario o casi a diario  5

## **Preguntas sobre consumo de drogas**

### **INTRODUCCIÓN**

Las siguientes preguntas hacen referencia al consumo de drogas, tales como hachís / marihuana (también conocido como cannabis), cocaína, etc.

**CN.1 ¿Conoce personalmente a alguien que consuma cannabis (hachís, marihuana, maría, costo, porros, etc...)?**

- Sí  1
- No  6

**CN.2 Durante los últimos 12 meses, ¿ha consumido usted algún tipo de cannabis?**

- Sí  1
- No  6

**CN.3 ¿Conoce personalmente a alguien que consuma otras drogas, como cocaína, anfetaminas, éxtasis u otras sustancias similares?**

- Sí  1
- No  6

**CN.4 Durante los últimos 12 meses, ¿ha consumido usted alguna otra droga, como cocaína, anfetaminas, éxtasis, u otras sustancias similares?**

- Sí  1
- No  6

**“Fin de la parte Auto-administrada, muchas gracias por su colaboración.”**  
**“Devuelva el Ordenador portátil al Entrevistador para cerrar la encuesta.”**

**FILTRO 7**

- 1- Si Informante CH = P. Seleccionada en CI (NORINF=NORDEN p. selecc) entonces → FIN del cuestionario.
- 2- Si la persona informante del C.Hogar = Proxy del C. Adultos (si NORINF = HH.Proxy\_2b) → Fin del Cuestionario
- 3- Si Informante es "Otra persona" (HH7a="00") y HH.Proxy\_2=NO, entonces debe aparecer la NOTA:

**Nota: "Entrevistador, si el entrevistado es el mismo que respondió el cuestionario de hogar, responda "No contesta" y acabe la entrevista."**

- 4- Si IN.1<>"98" ("No sabe") y (IN.2 <> 9999998 ("No sabe") ó bien IN.3 tiene un valor <> "00" ("No sabe") ) entonces → FIN del Cuestionario
- 5- Si IN.1={01,...,08} e In.3="98" ("No sabe") → Ir a IN.2b
- 6- Si IN.1 = "98" ("No sabe") entonces

**Para terminar, le voy a formular unas preguntas relacionadas con los ingresos del hogar.**

**IN.1b A continuación le voy a leer diferentes fuentes de ingresos. Por favor, ¿podría decirme cuáles de ellas reciben usted y los demás miembros de su hogar?**

**Nota: debe considerar las fuentes de cada miembro del hogar y las conjuntas. es posible más de una respuesta**

- Ingresos del trabajo (por cuenta propia o ajena)  01
- Prestación y subsidios por desempleo  02
- Prestación por jubilación, viudedad, orfandad o a favor de otros familiares  03
- Pensión por invalidez o incapacidad  04
- Prestaciones económicas por hijo a cargo u otras prestaciones económicas como ayudas a la familia...  05
- Prestaciones o subvenciones relacionadas con la vivienda  06
- Prestaciones o subvenciones relacionadas con la educación  07
- Otros ingresos regulares / Otro subsidio o prestación social regular  08
- Ninguna fuente de ingresos  09
- No sabe  98
- No contesta  99

Si la respuesta es “Ninguna fuente de ingresos”(09) o “No contesta”(99) → Fin de cuestionario

Si IN.2 tiene como respuesta una cantidad (IN.2 <> (9999999, 9999998)) → Fin de cuestionario

Si IN.3 tiene como respuesta una cantidad (IN.3 = (“01”, “02”, ..., “10”)) → Fin de cuestionario

## IN.2b

(Si IN.1b=98 (No sabe)

**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.)?**

(Si IN.1b={01, ..., 08}

**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.)?**

Si IN.1={01, ..., 08} e IN.3=98 (“No sabe”)

**¿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.)?**

- Cantidad |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| euros) → **Fin Cuestionario**
- **No quiere contestar**  9999999
- **No sabe**  9999998

Entrevistador sólo si es necesario añade: “con una estimación es suficiente”

**Para ayudar a responder la siguiente pregunta, le entrego esta tarjeta para que elija la opción que más se ajuste a su respuesta.**

**Entrevistador: Entregue la tarjeta 2 con las opciones de respuesta**

**IN.3b Si desconoce el valor exacto de los ingresos del hogar, ¿podría decirme, cuál de los intervalos que aparecen en la tarjeta representa mejor el ingreso mensual neto de todo su hogar, tras las deducciones por los impuestos, Seguridad Social, etc...?**

- 
- L.** Menos de 550 euros  01
- M.** De 550 a menos de 850 euros  02
- N.** De 850 a menos de 1.150 euros  03
- O.** De 1.150 a menos de 1.400 euros  04
- P.** De 1.400 a menos de 1.700 euros  05
- Q.** De 1.700 a menos de 2.000 euros  06
- R.** De 2.000 a menos de 2.400 euros  07
- S.** De 2.400 a menos de 2.900 euros  08
- T.** De 2.900 a menos de 3.600 euros  09
- U.** De 3.600 euros en adelante  10
- V.** No sabe/ No contesta  98

**FIN del Cuestionario Individual.**