

INē

Instituto Nacional de Estadística



**ENCUESTA DE SALUD
DE ESPAÑA
2023**

CUESTIONARIO DE ADULTOS
CAWI/CAPI

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

Nombre apellido1 apellido2 (del adulto seleccionado)

Sexo: _____

Edad: ___ años”

Número de orden: ___

La persona que conteste a este cuestionario debe ser la persona adulta seleccionada salvo en casos excepcionales, como incapacidad para contestar, ingreso hospitalario, ...

Proxy_0. ¿El informante de este cuestionario es la persona seleccionada?

Sí 1 → Ir a Introducción A1

No 2

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

La persona seleccionada está ingresada en un sanatorio, hospital, etc., a causa de una enfermedad _____ 1

La persona seleccionada está incapacitada para contestar por discapacidad, enfermedad grave, etc. _____ 2

La persona seleccionada está incapacitada para contestar por causa del idioma _____ 3

Proxy_2. ¿Es miembro del hogar el informante?

Sí _____ 1 → Listado de miembros del hogar: | _ | (Proxy_2b) → Ir a **Flujo Proxy_6**

No _____ 2

Proxy_3. Nombre del informante: _____

Proxy_4. Sexo del informante: 1 Hombre 2 Mujer

Proxy_5. Edad del informante: _____

Proxy_6. ¿Cuál es la relación del informante con la persona seleccionada?

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| Cónyuge o pareja _____ | <input type="checkbox"/> 1 |
| Hijo/Hija _____ | <input type="checkbox"/> 2 |
| Padre/madre _____ | <input type="checkbox"/> 3 |
| Hermano/hermana _____ | <input type="checkbox"/> 4 |
| Otros familiares _____ | <input type="checkbox"/> 5 |
| Servicios sociales _____ | <input type="checkbox"/> 6 |
| Voluntarios _____ | <input type="checkbox"/> 7 |
| Otra relación _____ | <input type="checkbox"/> 8 |

A.- CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA PERSONA ADULTA SELECCIONADA

Introducción A1: “A continuación vamos a hacerle unas preguntas sobre su nacionalidad y su estado civil “.

A1a. ¿Cuál es su país de nacimiento?

- | | | |
|----------------------------|----------------------------|---|
| España _____ | <input type="checkbox"/> 1 | |
| Extranjero _____ | <input type="checkbox"/> 2 | → A1b <input type="text" value="Seleccionar país"/> |
| No sabe /No contesta _____ | <input type="checkbox"/> 9 | |

A1c. ¿Cuál es su país de nacimiento de su madre?

- | | | |
|----------------------------|----------------------------|---|
| España _____ | <input type="checkbox"/> 1 | |
| Extranjero _____ | <input type="checkbox"/> 2 | → A1d <input type="text" value="Seleccionar país"/> |
| No sabe /No contesta _____ | <input type="checkbox"/> 9 | |

A1e. ¿Cuál es su país de nacimiento de su padre?

- España _____ 1
 Extranjero _____ 2 → A1f-
 No sabe /No contesta _____ 9

A2a. ¿Y cuál es su nacionalidad?

En caso de doble nacionalidad puede señalar, española y extranjera.

- Española _____
 Extranjera _____ → A2b-
 No sabe /No contesta _____

Flujo A3: Si A1a = 1 → Ir a **Flujo A4**

A3. ¿Cuántos años lleva residiendo en España?

Nº de años NS/NC 99

Flujo A4: Si NADULTOS+NMENORES = 1 → Ir a A5 e imputar A4= 3

A4. De las siguientes opciones, ¿cuál describe su situación actual?

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

Si A4= 1 → Ir a A6 e imputar A5= 2

A5. ¿Cuál es su estado civil legal?

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

A6. Por favor, detalle a continuación cuál es el mayor nivel de estudios que ha obtenido: _____

Nota: luego en oficina será el entrevistador el que codifique el nivel de estudios declarado por el adulto electorado en el literal anterior.

Nivel de estudios

_ Nombre1 P.Apellido1 S.Apellido1

Las opciones que aparecen en el desplegable son:

No sabe leer o escribir (analfabetos) _____	01
Estudios primarios incompletos (ha asistido menos de 5 años a la escuela) _____	02
Educación primaria completa _____	10
Primera etapa de educación secundaria sin título de graduado en ESO y equivalentes (EGB, Bachillerato elemental) _____	21
Primera etapa de educación secundaria con título de graduado en ESO y similares (EGB, Bachillerato elemental) _____	22
Certificados de profesionalidad de nivel 1 y similares _____	23
Certificados de profesionalidad de nivel 2 y similares _____	24
Bachillerato y similares (BUP, COU, PREU) _____	32
Enseñanzas de formación profesional de grado medio (incluye artes plásticas, diseño, deportivas y similares) _____	33
Enseñanzas profesionales de música y danza y similares _____	34
Certificado de las escuelas oficiales de idiomas de nivel avanzado y similares _____	35
Formación profesional básica _____	38
Certificados de profesionalidad de nivel 3; programas cortos que requieren segunda etapa de secundaria y similares _____	41
Enseñanzas de formación profesional de grado superior (incluye artes plásticas, diseño, deportivas y equivalentes) _____	51
Títulos propios universitarios que precisan del título de bachiller, de duración igual o superior a 2 años _____	52
Grados universitarios de 240 créditos ECTS (plan Bolonia) y equivalentes _____	61
Diplomados universitarios y equivalentes _____	62

Títulos propios universitarios de experto o especialista de menos de 60 créditos ECTS (plan Bolonia) cuyo acceso requiera ser titulado universitario_	63
Grados universitarios de más de 240 créditos ECTS (plan Bolonia) y equivalentes _____	71
Licenciados universitarios y equivalentes _____	72
Másteres oficiales universitarios y equivalentes _____	73
Especialidades en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia o similares (MIR y equivalentes) _____	74
Títulos propios universitarios de máster (maestrías) de 60 o más créditos ECTS (plan Bolonia) cuyo acceso requiera ser titulado universitario _____	75
Doctorado universitario _____	81
No contesta _____	99

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

Introducción B1: “Ahora vamos a hacerle unas preguntas sobre su relación con la actividad económica”.

Si P.11 (C. Hogar) = 1 (TRABAJANDO) → Ir a B8

Si P.11 (C. Hogar) = 2 (EN DESEMPLEO) → Ir a B6

Si P.11 (C. Hogar) = 4, 6 ó 7 (ESTUDIANDO, LABORES HOGAR, OTROS) → Ir a B7

Si P.11 (C. Hogar) = 3 ó 5 (JUBILADO, INCAPACITADO) → Ir a B1

Si P.11 (C. Hogar) = 9 (NO CONTESTA) → Ir a Módulo C. Estado de salud

B1. ¿Percibe alguna pensión contributiva?

- Sí, por cotización propia _____ 1 → Ir a B13b
- Sí, por cotización de otra persona _____ 2 → Ir a B3
(pensiones de viudedad, orfandad, etc.)
- Sí, por ambos tipos de cotización _____ 3 → Ir a B13b
- No _____ 4
- No sabe /No contesta _____ 9

B2. ¿Ha trabajado antes?

- Sí _____ 1
- No _____ 2
- No sabe /No contesta_ 9

Si B2 = 1 y B1= 4 ó 9 → Ir a B13b

Si B2 = 2 ó 9 y B1= 4 ó 9 → Ir a Módulo C

B3. ¿Cuál era la actividad de la empresa u organización en la que trabajó en su último empleo la persona que generó la pensión?

Actividad:

Código de actividad

B4. ¿Cuál era la ocupación, profesión u oficio que desempeñó en su último empleo la persona que generó la pensión?

Profesión:

Código de ocupación

B5. ¿Cuál era la situación profesional, en su último empleo, de la persona que generó la pensión?

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

Ir a Módulo C.Estado de salud

B6. ¿Cuánto tiempo lleva en desempleo?

- No ha trabajado nunca _____ 1 → Ir a Módulo C
 Menos de 6 meses _____ 2 → Ir a B13b
 De 6 meses a menos de 1 año _____ 3 → Ir a B13b

- De 1 año a menos de 2 años _____ 4 → Ir a B13b
 Más de 2 años _____ 5 → Ir a B13b
 No sabe /No contesta _____ 9 → Ir a B13b

B7. Aunque actualmente no esté trabajando, ¿ha trabajado alguna vez anteriormente?

- Sí _____ 1 → Ir a B13b
 No _____ 2 → Ir a Módulo C
 No sabe /No contesta _____ 9 → Ir a Módulo C

B8. ¿Qué tipo de contrato o relación laboral tiene?

- Asalariado/a (a sueldo, comisión, jornal...) _____
- Funcionario/a _____ 01 → Ir a B10
- Señale el tipo de contrato: Duración indefinida _____ 02 → Ir a B10
- Temporal _____ 03 → Ir a B9a
- Verbal o sin contrato _____ 04 → Ir a B9b
- Empresario/a o profesional con asalariados _____ 05 → Ir a B10
- Empresario/a sin asalariados o trabajador/a independiente 06 → Imputar B10=1 e ir a B11
- Ayuda familiar (sin remuneración reglamentada en la empresa o negocio de un familiar) _____ 07 → Ir a B10
- Miembro de una cooperativa _____ 08 → Ir a B10
- Otra situación _____ 09 → Ir a B10
- No sabe /No contesta _____ 99 → Ir a B10

B9a. ¿Cuál es la duración de su contrato?

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

B9b. ¿Cuál es la duración de su relación laboral?

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

B10. ¿Tiene trabajadores a su cargo?

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

B11. Su trabajo principal actual, ¿es a tiempo completo o a tiempo parcial?

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

B12. ¿Qué tipo de jornada tiene habitualmente?

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

B13a. ¿Cuál es la actividad de la empresa u organización en la que trabaja actualmente?

Actividad:

Código de actividad

Ir a B14a

B13b. ¿Cuál era la actividad de la empresa u organización en la que trabajó en su último empleo?

Actividad:

Código de actividad

Ir a B14b

B14a. ¿Cuál es la ocupación, profesión u oficio que desempeña en su empleo?

Profesión:

Código de ocupación → Ir a Módulo C

B14b. ¿Cuál era la ocupación, profesión u oficio que desempeñó en su último empleo?

Profesión:

Código de ocupación

B15. ¿Cuál era la situación profesional en la ocupación que desempeñó en su último empleo?

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

MÓDULO DE ESTADO DE SALUD

C.- ESTADO DE SALUD

Introducción C1: “A continuación le vamos a preguntar sobre su salud”.

C1. En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo?

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

C2. ¿Tiene alguna enfermedad o problema de salud crónicos o de larga duración?

Entendemos por larga duración si el problema de salud o enfermedad ha durado o se espera que dure 6 meses o más.

- Sí 1
 No 2
 No sabe /No contesta 9

C3a. Durante al menos los últimos 6 meses, ¿en qué medida se ha visto limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?

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

Si C3a = 3 ó 9 → Ir a Introducción C4

C3b. ¿Qué tipo de problema es la causa de su dificultad para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?

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

Introducción C4: “A continuación le vamos a preguntar sobre su salud bucodental”.

C4. En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud bucodental ha sido muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo?

- Muy bueno _____ 1
 Bueno _____ 2
 Regular _____ 3
 Malo _____ 4
 Muy malo _____ 5
 No sabe /No contesta _____ 9

C5. A continuación le vamos a mostrar una lista con una serie de enfermedades o problemas de salud. ¿Padece o ha padecido alguna vez alguna de ellas? En caso de haber padecido alguna de ellas se le preguntará si ha sido diagnosticada por un médico.

	C5a. ¿Alguna vez ha padecido...?	C5b. ¿La ha padecido en los últimos 12 meses?	C5c. ¿Le ha dicho un médico que la padece?
1. Tensión alta	SI (1) NO(6) NS/NC(9)	SI (1) NO(6) NS/NC(9)	SI (1) NO(6) NS/NC(9)
2. Infarto de miocardio	SI (1) NO(6) NS/NC(9)	SI (1) NO(6) NS/NC(9)	SI (1) NO(6) NS/NC(9)
3. Angina de pecho, enfermedad coronaria	SI (1) NO(6) NS/NC(9)	SI (1) NO(6) NS/NC(9)	SI (1) NO(6) NS/NC(9)
4. Otras enfermedades de corazón	SI (1) NO(6) NS/NC(9)	SI (1) NO(6) NS/NC(9)	SI (1) NO(6) NS/NC(9)

Lista de Enfermedades que deben aparecer en la pregunta:

1.Tensión alta
2.Infarto de miocardio
3.Angina de pecho, enfermedad coronaria
4.Otras enfermedades del corazón
5.Varices en las piernas
6.Artrosis (excluyendo artritis)
7.Dolor de espalda crónico (cervical)
8.Dolor de espalda crónico (lumbar)
9.Alergia crónica, como rinitis, conjuntivitis o dermatitis alérgica, alergia alimentaria o de otro tipo (asma alérgica excluida)
10.Asma (incluida asma alérgica)
11.Bronquitis crónica, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
12.Diabetes
13.Úlcera de estómago o duodeno
14.Incontinencia urinaria o problemas de control de la orina
15.Colesterol alto
16.Cataratas
17.Problemas crónicos de piel
18.Estreñimiento crónico
19.Cirrosis, disfunción hepática
20.Alzheimer y otras demencias
21.Depresión
22.Ansiedad crónica
23.Otros problemas mentales
24.Ictus (embolia, infarto cerebral, hemorragia cerebral)
25. Migraña o dolor de cabeza frecuente
26. Hemorroides
27. Tumores malignos
28. Osteoporosis
29. Problemas de tiroides
30. Problemas de riñón
31. Problemas de próstata (solo hombres)
32. Problemas del periodo menopáusico

Filtro para 2. Infarto de miocardio.
Si (C5a_2 = 1 y C5b_2 = 2 ó 9) en la enfermedad 2.
Infarto de miocardio, preguntar C5d_2 después de preguntar C5c_2.
En otro caso **no preguntar**

C5d_2 ¿Ha sufrido, en los últimos 12 meses, secuelas del infarto de miocardio que padeció?

Sí 1 No 2 No contesta 9

(solo mujeres)
33. Lesiones o defectos permanentes causados por un accidente
34. ¿Ha padecido alguna otra enfermedad crónica? ↓
34.1.....
34.2.....
34.3.....

D.- ACCIDENTALIDAD

Introducción D1: “A continuación vamos a preguntarle por los posibles accidentes que haya podido sufrir en los últimos 12 meses”

D1. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido alguno de los siguientes tipos de accidente en el que haya resultado herido/a o lesionado/a?

Tenga en cuenta los casos de intoxicación, picaduras de insectos y las heridas provocadas por animales. No incluya los actos intencionados por parte de otra persona.

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

Si D1_1=1 o D1_2=1 o D1_3=1 → Ir a D2
En otro caso ir a **Filtro E1**.

D2. ¿Recibió atención médica como consecuencia de este/os accidente/s?

En caso de que haya tenido más de un accidente, la respuesta debe reflejar la atención médica recibida por el accidente más grave.

- Ingresó en un hospital _____ 1
Acudió a un centro de urgencias _____ 2
Consultó a un médico o enfermera _____ 3

No hizo ninguna consulta ni intervención _____ 4
 No sabe/ No contesta _____ 9

No se admite respuesta múltiple.

Filtro E1.

Si P.11 (Cuestionario de Hogar) = 1 para el adulto seleccionado → Ir a E1

Si P.11 (Cuestionario de Hogar) <>1 para el adulto seleccionado → Ir a Introducción F1.

E.- AUSENCIA DEL TRABAJO POR PROBLEMAS DE SALUD

E1. En los últimos 12 meses, ¿ha faltado al trabajo por problemas de salud? Tenga en cuenta todas las clases de enfermedad, problemas de salud o lesiones que usted padeció y por los que tuvo que faltar a su trabajo.

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

Si E1 <>1 → Ir a Introducción F1

E2. ¿Y cuántos días faltó en total?

|_|_|_| días

No sabe/No contesta _____ 999

F.- LIMITACIONES FÍSICAS Y SENSORIALES

Introducción F1: “A continuación le vamos a preguntar sobre situaciones en las que podría encontrarse en su vida diaria. Por favor, no tenga en cuenta los problemas temporales.”

F1. ¿Utiliza gafas o lentillas?

Sí _____ 1
 No _____ 2

Soy ciego/a o no puedo ver en absoluto _____ 3
 No sabe/ No contesta _____ 9

Si F1=3 → Ir a F3

Si F1=1 mostrar F2a

Si F1=2, 9 mostrar F2b

F2a. ¿Tiene dificultad para ver utilizando sus gafas o lentillas?

F2b. ¿Tiene dificultad para ver?

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

F3. ¿Utiliza audífono?

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

Si F3=3 → Ir a F6

Si F3=1 mostrar F4a

Si F3=2,9 mostrar F4b

F4a. ¿Tiene dificultad para oír lo que se dice en una conversación con otra persona en un sitio tranquilo utilizando su audífono?

F4b. ¿Tiene dificultad para oír lo que se dice en una conversación con otra persona en un sitio tranquilo?

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

Si F4 = 4 ó 9 → Ir a F6.

Si F3=1 mostrar F5a.

Si F3=2 mostrar F5b.

F5a. ¿Tiene dificultad para oír lo que se dice en una conversación con otra persona en un sitio más ruidoso, aunque utilice su audífono?

F5b. ¿Tiene dificultad para oír lo que se dice en una conversación con otra persona en un sitio más ruidoso?

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

F6. ¿Tiene dificultad para caminar 500 metros sobre un terreno llano sin ningún tipo de ayuda para andar?

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

F7. ¿Tiene dificultad para subir o bajar 12 escalones?

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

F8. ¿Tiene dificultad para recordar o para concentrarse?

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

Si la persona seleccionada tiene menos de 55 años → Ir a Introducción G7

F9. ¿Tiene dificultad para morder o masticar alimentos duros?

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

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

Introducción G1: “Piense ahora en sus actividades básicas diarias. No tenga en cuenta los problemas temporales.”

G1. De las actividades que le vamos a mostrar, ¿habitualmente tiene dificultad para hacerlas sin ayuda?

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

Si [G1_1=2,3,4 o G1_2=2,3,4 o G1_3=2,3,4 o G1_4=2,3,4 o G1_5=2,3,4] → Ir a Introducción G2

En otro caso → ir a Introducción G4

Introducción G2: “Considerando esta actividad o actividades en las que usted encuentra dificultades para hacerlas”.

G2. ¿Dispone habitualmente de ayuda para realizarlas?

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

Si G2=9 → Ir a Introducción G4

Si G2=1 mostrar G3a

Si G2=2 mostrar G3b

G3a. ¿Necesitaría más ayuda de la que dispone?**G3b. ¿Considera que necesita ayuda?**

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

Introducción G4: “A continuación, le vamos a señalar una serie de actividades relacionadas con el hogar. De nuevo, no incluya problemas temporales”.

G4. ¿Habitualmente tiene dificultad para hacer por sí mismo/a y sin ayuda alguna de estas actividades?

Actividades	No, ninguna dificultad	Sí, alguna dificultad	Sí, mucha dificultad	No puedo hacerlo en absoluto	No aplicable (nunca lo ha intentado o necesitado hacerlo)	No sabe/ No Contesta
1. Preparar las comidas	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (9)
2. Utilizar el teléfono (buscar el número, marcar...)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (9)
3. Realizar compras (comprar la comida, la ropa...)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (9)
4. Tomar sus medicamentos, incluyendo acordarse de la cantidad y el momento en que los debe tomar	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (9)
5. Realizar tareas domésticas ligeras como hacer la colada, hacer la cama,	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (9)

limpiar la casa...						
6. Realizar ocasionalmente tareas domésticas que requieren un gran esfuerzo como mover muebles, limpiar las ventanas, transportar la compra...	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (9)
7. Administrar su propio dinero (pagar recibos, tratar con el banco, firmar cheques...)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (9)

Si [G4_1=2,3,4 o G4_2=2,3,4 o G4_3=2,3,4 o G4_4=2,3,4 o G4_5=2,3,4 o G4_6=2,3,4 o G4_7=2,3,4] → Ir a Introducción G5

En otro caso → Ir a Introducción G7

Introducción G5: “Considerando esta actividad o actividades en las que usted encuentra dificultades para hacerlas.”

G5. ¿Dispone habitualmente de ayuda para realizarlas?

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

Si G5=9 → Ir a Introducción G7

Si G5=1 mostrar G6a

Si G5=2 mostrar G6b

G6a. ¿Necesitaría más ayuda de la que dispone?

G6b. ¿Considera que necesita ayuda?

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

Introducción G7: “Las siguientes preguntas se refieren al dolor físico que ha podido tener en las últimas 4 semanas”.

--

G7. Durante las 4 últimas semanas, ¿qué grado de dolor ha padecido?

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

Si G7=1 ó 9 → Ir a Introducción H1

G8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor afectó a sus actividades cotidianas?

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

H.- SALUD MENTAL Y ESTRÉS LABORAL

Introducción H1: “Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las últimas 2 semanas.”

H1. Por favor, indique para cada una de las cinco afirmaciones cuál define mejor como se ha sentido usted durante las últimas dos semanas.

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Menos de la mitad del tiempo	De vez en cuando	Nunca	No sabe/ No contesta
1. Me he sentido alegre y de buen humor	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (9)
2. Me he sentido tranquilo y relajado	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (9)
3. Me he sentido activo y energético	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (9)

4. Me he despertado fresco y descansado	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (9)
5. Mi vida cotidiana ha estado llena de cosas que me interesan	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (9)

H2. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas?

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

de lo habitual.					
-----------------	--	--	--	--	--

Si P.11 (Cuestionario del Hogar) =1 para el adulto seleccionado → Ir a Introducción H3
 Si P.11 (Cuestionario del Hogar) <>1 para el adulto seleccionado → Ir a Introducción I1

Introducción H3: “Las siguientes preguntas van dirigidas a conocer cuáles son las condiciones en que realiza el trabajo”.

H3. Globalmente y teniendo en cuenta las condiciones en que realiza su trabajo, indique cómo considera Ud. el nivel de estrés de su trabajo según una escala de 1 (nada estresante) a 7 (muy estresante):

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

- No sabe/ No contesta _____ 9

H4. Teniendo en cuenta las características de su trabajo, indique en qué medida considera su trabajo satisfactorio según una escala de 1 (nada satisfactorio) a 7 (muy satisfactorio):

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

- No sabe/ No contesta _____ 9

MÓDULO DE ASISTENCIA SANITARIA

I.- CONSULTAS MÉDICAS Y OTROS SERVICIOS AMBULATORIOS

Introducción I1: “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.”

I1. ¿Cuándo fue la última vez que consultó al médico general o médico de familia para usted mismo/a?

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

Si I1= 2 → Imputar I2=0 e ir a Introducción I3

Si I1= 3,4 → Ir a Introducción I3

I2. Durante las últimas 4 semanas contando desde ayer, ¿cuántas veces ha consultado con su médico general o médico de familia para usted mismo/a?

|_|_| N° de veces NS/NC 99

Introducción I3: “Las siguientes preguntas hacen referencia a consultas a especialistas. Se incluyen sólo las visitas a médicos en consultas externas o ambulatorias, pero no las visitas realizadas en el hospital como paciente ingresado o atendido en un hospital de día. No deben incluirse las visitas al dentista, aunque sí al cirujano maxilofacial.”

I3. ¿Cuándo fue la última vez que consultó a un especialista para usted mismo/a?

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

Si I3= 2 → Imputar I4=00 e ir a Filtro I6

Si I3=3, 4, 9 → Ir a Filtro I6

I4. Durante las últimas 4 semanas contando desde ayer, ¿cuántas veces consultó a un especialista para usted mismo/a?

|_|_| N° de veces NS/NC 99

FILTRO I5:

Si I1=1 y I3=1 → Ir a I5

En otro caso → Ir a Filtro I6

I5. El último médico que consultó, ¿era médico de familia/general o era especialista?

Médico de familia o médico general _____ 1

Especialista _____ 2

No sabe/No contesta _____ 9

Filtro I6

Si I1=1 o I3=1 → Ir a I6

En otro caso → Ir a I9

I6. ¿Dónde tuvo lugar la última consulta realizada durante las últimas cuatro semanas?

Centro de Salud/Consultorio _____ 01

Ambulatorio/Centro de especialidades _____ 02

Consulta externa de un hospital _____ 03

Servicio de Urgencias no hospitalario _____ 04

Servicio de Urgencias de un hospital _____ 05

Consulta de médico de una sociedad _____ 06

Consulta de médico particular _____ 07

Empresa o lugar de trabajo _____ 08

Domicilio del entrevistado _____ 09

Consulta telefónica _____ 10

Otro lugar _____ 11

No sabe/No contesta _____ 99

Si I6=04 ó 05 → Ir a I8

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

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

Filtro I8

Si I6 IN (01,02,03,04,05,09,99) → Ir a I8 (Disponibles todas las categorías de respuesta)

Si I6= 06 ó 07 → Ir a I8 (Disponibles o activadas solo respuestas 2, 3 y 9)

Si I6= 08 → Marcar en I8=4 e ir a I9

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

- Sanidad Pública (Seguridad Social) _____ 1
 Sociedad médica _____ 2
 Consulta privada _____ 3
 Otros (médico de empresa, etc.) _____ 4
 No sabe/No contesta _____ 9

19. En los últimos 12 meses, ¿ha visitado para usted mismo/a un...?

	Sí	No	No sabe/No contesta
1.Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
2.Psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
3.Enfermero/a o matrona	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)

**I10. Durante los últimos 12 meses, ¿se ha realizado algún análisis?
Se incluyen análisis de sangre, orina, heces, etc.**

Sí _____ 1
 No _____ 2
 No sabe/No contesta ___ 9

I11. Durante los últimos 12 meses, ¿se ha realizado alguna de las siguientes pruebas?

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

I12. Durante los últimos 12 meses, ¿ha visitado para usted mismo/a a un...?

	Sí	No	No sabe/No contesta
1.Homeópata	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
2.Acupuntor	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
3.Naturista	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
4.Otro profesional de medicina alternativa (osteópata, quiropráctico...)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)

I13. Durante los últimos 12 meses, ¿ha utilizado personalmente alguno de los siguientes servicios asistenciales?

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

La tercera opción: “Comidas a domicilio para personas mayores” solo aparece o estará activada si la persona adulta seleccionada es mayor de 55 años.

Introducción I14: “A continuación vamos a hacerle unas preguntas sobre su salud dental.”

I14. ¿Cuándo fue la última vez que visitó al dentista, estomatólogo o higienista dental para usted mismo/a (es decir, no sólo como acompañante de un niño, de su pareja, etc.)?

- Hace 3 meses o menos _____ 1 I14.b ¿Cuántas veces en los últimos 3 meses? 1 2 3 4 5 NC 99
- Hace más de 3 meses y menos de 6 _____ 2
- Hace 6 meses o más pero menos de 12 _____ 3
- Hace 12 meses o más _____ 4
- Nunca _____ 5

Si I14= 5 → Ir a I17

I15. La última vez que acudió, ¿cuál o cuáles de los siguientes tipos de asistencia recibió?

	Sí	No	No sabe/No contesta
1. Revisión o chequeo	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
2. Limpieza de boca	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
3. Empastes (obturaciones), endodancias	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)

4.Extracción de algún diente/muela	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
5.Fundas, puentes u otro tipo de prótesis	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
6.Tratamiento de las enfermedades de las encías	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
7.Ortodoncia	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
8.Aplicación de flúor	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
9.Implantes	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
10.Otro tipo de asistencia	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)

I16. El dentista, estomatólogo o higienista dental al que consultó esta última vez era de:

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

I17. ¿Cuál es el estado de sus dientes y muelas?

	Sí	No	No contesta
1.Tiene caries	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
2.Le han extraído dientes/muelas	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
3.Tiene dientes/muelas empastadas (obturados)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
4.Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
5.Se le mueven los dientes/muelas	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
6.Lleva fundas (coronas), puentes, otro tipo de prótesis o dentadura postiza	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)

7. Le faltan dientes/muelas que no han sido sustituidos por prótesis	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
8. Tiene o conserva todos sus dientes/muelas naturales	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)

J.- HOSPITALIZACIONES, URGENCIAS Y SEGURO SANITARIO

Introducción J1: “El siguiente grupo de preguntas hace referencia al tiempo pasado en un hospital. Se incluyen todos los tipos de hospital”.

Si la persona seleccionada es: (hombre) o (mujer de 52 años o más), mostrar J1a
Si la persona seleccionada es mujer menor de 52 años, mostrar J1b

J1a. Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido que ingresar como paciente al menos durante una noche?

J1b. Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido que ingresar como paciente al menos durante una noche excluyendo partos o cesáreas?

No deben incluirse las visitas a urgencias ni a hospitales de día. Para mujeres menores de 52 años sí se consideran los ingresos por complicaciones anteriores y posteriores al parto.

Sí _____ 1
No _____ 2

Si J1= 1 → Ir a Filtro J2

Si J1= 2 y es una mujer menor de 52 años → Ir a J4

Resto de los casos → Ir a J7

Filtro J2:

Si la persona seleccionada es: (hombre) o (mujer de **52** años o más), mostrar J2a

Si la persona seleccionada es mujer menor de **52** años, mostrar J2b

J2a. ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado/a en estos últimos doce meses?

J2b. ¿Cuántas veces ha estado hospitalizada en estos últimos doce meses?

Nuevamente, no considere los partos o cesáreas.

Anote cero si el adulto seleccionado está actualmente hospitalizado en el momento de la entrevista y ésta es la única vez que ha estado hospitalizado en los últimos 12 meses.

Nº de veces NS/NC 99

J3. Considerando estos ingresos, ¿cuántas noches en total ha pasado ingresado/a en un hospital en estos últimos 12 meses?

Anote cero si el adulto seleccionado está actualmente hospitalizado en el momento de la entrevista y ésta es la única vez que ha estado hospitalizado en los últimos 12 meses.

Noches NS/NC 999

Si la persona seleccionada es (mujer menor de 52 años) ---> Ir a J4

Si la persona seleccionada es (hombre o mujer mayor o igual de 52 años) ---> Ir a J5

J4. Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido que ingresar en un hospital por parto o cesárea?

No deben incluirse las visitas a urgencias ni a hospitales de día.

Sí _____ 1

No _____ 2

No sabe/No contesta ___ 9

J5. En relación con el último ingreso hospitalario, ¿cuál fue el motivo de su ingreso en el hospital?

Intervención quirúrgica _____ 1

Estudio médico para diagnóstico _____ 2

Tratamiento médico sin intervención quirúrgica _____ 3

Parto (incluye cesárea) _____ 4

Otros motivos _____ 5

No sabe/No contesta _____ 9

Si la persona seleccionada es varón, NO aparecerá la opción 4. Parto o estará deshabilitada.

J6. ¿A cargo de quién corrieron los gastos de su hospitalización?

Sanidad Pública (Seguridad Social) _____ 1

Mutualidad obligatoria (MUFACE, ISFAS, etc.) _____ 2

- Sociedad médica privada _____ 3
 A su propio cargo o de su hogar _____ 4
 A cargo de otras personas, organismos o instituciones _____ 5
 No sabe/No contesta _____ 9

Hospital de día

J7. Durante los últimos doce meses, ¿ha sido usted atendido/a en un Hospital de día para una intervención, tratamiento o hacerse alguna prueba, es decir, permaneciendo durante todo o parte del día, pero sin tener que pasar allí la noche?

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

- Sí _____ 1
 No _____ 2
 No sabe/No contesta ___ 9

Si J7 <>1 → Ir a J9

J8. ¿Cuántos días ha tenido que acudir a un hospital de día, sin tener que pasar la noche?

□□□□ Días NS/NC 999

Servicios de urgencia

Introducción J9: “Para terminar este apartado, vamos a preguntarle ahora por su posible utilización de los servicios de urgencias”.

J9. En estos últimos doce meses, ¿ha tenido que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad?

- Sí _____ 1
 No _____ 2

Si J9= 2 → Ir a J15

J10. Y en total, ¿cuántas veces tuvo que utilizar un servicio de urgencias en estos doce meses?

Nº de veces □□□ NS/NC 999

J11. ¿Dónde fue atendido la última vez?

Puede señalar varias opciones si fuera necesario.

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

J12. La última vez que utilizó un servicio de urgencias, ¿cuánto tiempo pasó desde que empezó a notarse enfermo/a o sintió que tenía algún problema de salud hasta que pidió asistencia?

Puede rellenar las tres casillas (Días, Horas y Minutos) o cualquiera de las tres casillas por separado.

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

J13. Y también esta última vez que utilizó un servicio de urgencias, ¿cuánto tiempo pasó desde que pidió asistencia hasta que fue @atendido/a?

Puede rellenar las dos casillas (Minutos y Horas) o cualquiera de las dos casillas por separado.

Si la asistencia fue inmediata anote 00 en horas y en minutos.

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

J14. Y también esta última vez que utilizó un servicio de urgencias en estos doce últimos meses, ¿qué tipo de servicio utilizó?

- Hospital de la Sanidad Pública (Seguridad Social) _____ 1
- Centro o servicio de urgencias no hospitalario de la Sanidad Pública (Seguridad Social). Por ejemplo, centro de salud, ambulatorio etc. _____ 2
- Sanatorio, hospital o clínica privada _____ 3

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| Servicio privado de urgencias _____ | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Casa de socorro o servicio de urgencias del ayuntamiento _____ | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Otro tipo de servicio _____ | <input type="checkbox"/> | 6 |
| No sabe/No contesta _____ | <input type="checkbox"/> | 9 |

J15. ¿Podría decirme ahora, de cuál o cuáles de las siguientes modalidades de Seguro Sanitario (público y/o privado) es usted titular o beneficiario/a? Señale como máximo dos opciones de respuesta.

- | | |
|--|--------------------------|
| Sanidad pública (Seguridad Social) _____ | <input type="checkbox"/> |
| Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) acogidas a la Seguridad Social _____ | <input type="checkbox"/> |
| Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) acogidas a un seguro privado _____ | <input type="checkbox"/> |
| Seguro médico privado, concertado individualmente (sociedades médicas, Colegios Profesionales, etc.) _____ | <input type="checkbox"/> |
| Seguro médico concertado por la empresa _____ | <input type="checkbox"/> |
| No tengo seguro médico _____ | <input type="checkbox"/> |
| Otras situaciones _____ | <input type="checkbox"/> |
| No sabe/No contesta _____ | <input type="checkbox"/> |

K.- CONSUMO DE MEDICAMENTOS

Introducción K1: “A continuación, le vamos a preguntar sobre el consumo de medicamentos en las últimas 2 semanas.”

K1. Durante las dos últimas semanas, ¿ha consumido algún medicamento que le fuera recetado por un médico?

- | | | |
|----------|--------------------------|---|
| Sí _____ | <input type="checkbox"/> | 1 |
| No _____ | <input type="checkbox"/> | 2 |

K2. Durante las últimas dos semanas, ¿ha consumido algún medicamento, incluyendo medicamentos a base de plantas o vitaminas que no le fueran recetados por un médico?

- Sí _____ 1
 No _____ 2
 No sabe/No contesta ___ 9

Si K1=1 o K2=1 → Ir a K3

En otro caso → Ir a L1

K3. A continuación vamos a mostrar una lista de tipos de medicamentos, por favor díganos ¿cuál o cuáles de ellos ha consumido en las últimas dos semanas y cuáles le fueron recetados por el médico?

CAWI: Señale, por favor *para cada uno de ellos, si los ha consumido o no en las últimas dos semanas y, en caso afirmativo, si le fueron o no recetados por algún médico. Para cada medicamento que haya consumido debe cumplimentar la columna ‘recetado’.*

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

	Consumido		
	Sí	No	NS/NC
1. Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
2. Medicinas para el dolor	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
3. Medicinas para bajar la fiebre	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
4. Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
5. Laxantes	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
6. Antibióticos	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
7. Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
8. Medicamentos para la alergia	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
9. Medicamentos para la diarrea	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
10. Medicinas para el reuma	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
11. Medicinas para el corazón	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
12. Medicinas para la tensión arterial	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
13. Medicinas para el estómago y/o las alteraciones digestivas	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
14. Antidepresivos, estimulantes	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
15. Píldoras para no quedar embarazada (solo para mujeres)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
16. Hormonas para la menopausia (solo	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)

Recetado			
Sí	No		NS/NC
<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)		<input type="checkbox"/> (9)
<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)		<input type="checkbox"/> (9)
<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)		<input type="checkbox"/> (9)
<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)		<input type="checkbox"/> (9)
<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)		<input type="checkbox"/> (9)
<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)		<input type="checkbox"/> (9)
<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)		<input type="checkbox"/> (9)
<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)		<input type="checkbox"/> (9)
<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)		<input type="checkbox"/> (9)
<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)		<input type="checkbox"/> (9)
<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)		<input type="checkbox"/> (9)
<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)		<input type="checkbox"/> (9)
<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)		<input type="checkbox"/> (9)
<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)		<input type="checkbox"/> (9)
<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)		<input type="checkbox"/> (9)

para mujeres)			
17. Medicamentos para adelgazar	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
18. Medicamentos para bajar el colesterol	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
19. Medicamentos para la diabetes	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
20. Medicamentos para el tiroides	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
21. Productos homeopáticos	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
22. Productos naturistas	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
23. Otros medicamentos	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)

<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)

L.- PRÁCTICAS PREVENTIVAS

Introducción L1: “A continuación, le vamos a preguntar sobre la vacunación de la gripe.”

L1. ¿Se ha vacunado de la gripe en la última campaña?

Sí _____ 1

No _____ 2

Si L1= 2 → Ir a L3

L2. ¿Cuándo se vacunó?

Año _____

Mes _____

Ir a Introducción L4

L3. ¿Cuándo fue la última vez que se vacunó?

Año 2023 _____ 1 → L3_1: Mes

Año 2022 _____ 2 → L3_2: Mes

Antes del año 2022 _____ 3

No me he vacunado nunca _____ 4

No sabe/No contesta _____ 9

Introducción L4: “Ahora le vamos a preguntar sobre su tensión arterial, su nivel de colesterol y su nivel de azúcar”.

L4. ¿Le ha tomado la tensión alguna vez un profesional sanitario?

Se incluye la toma de tensión en farmacias.

Sí _____ 1
 No _____ 2
 No sabe/No contesta_ 9

Si L4= 2, 9 → Ir a L6

L5. La última vez que le tomaron la tensión fue:

Se incluye la toma de tensión en farmacias.

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

L6. ¿Le han medido alguna vez su nivel de colesterol en sangre?

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

Si L6 = 2,9 → Ir a L8

L7. ¿Cuándo fue la última vez que le midieron su nivel de colesterol en sangre?

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

L8. ¿Le ha medido alguna vez su nivel de azúcar en sangre un profesional sanitario?

Sí _____ 1
 No _____ 2

No sabe/No contesta 9

Si L8 = 2, 9 → Ir a Introducción L10

L9 ¿Cuándo fue la última vez que un profesional sanitario le midió su nivel de azúcar en sangre?

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

Introducción L10: “Las siguientes preguntas hacen referencia a la prueba de sangre oculta en heces y a la colonoscopia.”

L10. ¿Alguna vez le han hecho una prueba de sangre oculta en heces?

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

Si L10 = 2, 9 → Ir a L12

L11. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una prueba de sangre oculta en heces?

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

L12. ¿Le han realizado alguna vez una colonoscopia?

Se trata de una exploración del interior del colón a través de un aparato óptico.

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

Si L12 = 2, 9 y el adulto seleccionado es mujer → Ir a Introducción L14

Si L12= 2, 9 y el adulto seleccionado es hombre → Ir a Introducción M1

L13. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una colonoscopia?

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

Filtro L14

Si el adulto seleccionado es mujer → Ir a Introducción L14

Si el adulto seleccionado es hombre → Ir a Introducción M1

Introducción L14: “Las siguientes preguntas hacen referencia a las pruebas de mamografía y de citología vaginal”.

L14. ¿Le han hecho alguna vez una mamografía?

Una mamografía es una radiografía de mama.

- Sí _____ 1
 No _____ 2
 No sabe/No contesta ____ 9

Si L14 = 2,9 → Ir a L16

L15. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una mamografía?

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

L16. ¿Le han hecho alguna vez una citología vaginal?

La citología vaginal es una muestra de células.

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

Si L16 = 2,9 → Ir a Filtro L18

L17. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una citología vaginal?

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

Filtro L18

Si el adulto seleccionado es mujer entre 25 y 65 años → Ir a L18

En otro caso → Ir a Introducción M1

L18. ¿Le han hecho alguna vez la prueba de detección del virus del papiloma humano?

La prueba del virus del papiloma humano es una muestra de células igual que la citología vaginal, donde se busca material genético del virus del papiloma humano.

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

Si L18 = 2, 9 → Ir a Introducción M1

L19. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron la prueba de detección del virus del papiloma humano?

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

M.- NECESIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA NO CUBIERTAS

Introducción M1: “Por diferentes motivos puede tener que esperar para recibir atención médica e incluso puede no llegar a recibirla.”

M1. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez ha tardado en recibir o ha carecido de asistencia médica cuando lo necesitaba por una lista de espera demasiado larga?

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

M2. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez ha tardado en recibir o ha carecido de asistencia médica cuando lo necesitaba por dificultades relacionadas con el transporte o la distancia?

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

M3. En los últimos 12 meses, ¿ha necesitado alguno de los siguientes tipos de atención sanitaria y no se lo pudo permitir por motivos económicos?

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

MÓDULO DE DETERMINANTES DE LA SALUD

N.- CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

Introducción N1: “Ahora le vamos a hacer unas preguntas sobre su talla y su peso.”

N1. ¿Podría decirnos cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?

cm NS/NC 999

N2. ¿Y cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?

kg NS/NC 999

O.- ACTIVIDAD FÍSICA

Introducción O1: “Ahora vamos a hacerle unas preguntas sobre la actividad física que realiza.”

O1. ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor su actividad principal en el centro de trabajo, centro de enseñanza, hogar (labores domésticas) ...?

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

O2. ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que realiza alguna actividad física en su tiempo libre?

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

Introducción O3: “Ahora nos gustaría preguntarle por la forma de ir a los sitios a los que se desplaza habitualmente, por ejemplo, para ir a trabajar, a clase, para hacer la compra, etc.”

O3. En una semana de actividad normal, ¿cuántos días camina al menos 10 minutos seguidos para desplazarse?

Número de días:

NS/NC 9

Si O3 = 0, 9 → Ir a O5

O4. Habitualmente, en uno de esos días, ¿cuánto tiempo camina para desplazarse?

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

O5. En una semana de actividad normal, ¿cuántos días utiliza la bicicleta al menos durante 10 minutos para desplazarse?

Número de días:

NS/NC 9

Si O5 = 0, 9 → Ir a Introducción O7

O6. En uno de esos días, ¿cuánto tiempo utiliza habitualmente la bicicleta para desplazarse?

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

Introducción O7: “Las siguientes preguntas se refieren al ejercicio físico que realiza en su tiempo de ocio. No incluya el ejercicio declarado en las preguntas anteriores.”

O7. En una semana de actividad normal, ¿cuántos días practica deporte, gimnasia, ciclismo, camina deprisa, etc., al menos 10 minutos seguidos?

Número de días: NS/NC 9

Si O7= 0, 9 → Ir a O9

O8. Y en total, ¿cuánto tiempo dedica a estas actividades en una semana normal?

 : horas y minutos por semanaNS/NC 99

**O9. En una semana de actividad normal, ¿cuántos días realiza actividades específicamente destinadas a fortalecer sus músculos?
 Considere todas las actividades de este tipo, aunque ya las haya tenido en cuenta en la pregunta anterior.**

Número de días:

NS/NC 9

O10. La última pregunta se refiere al tiempo que permanece sentado/a en un día normal. Incluya el tiempo sentado/a en el trabajo, la casa, en clase, estudiando, leyendo y en el transporte, tiempo libre o viendo la televisión.

- Horas por día _____ | _ _ |
- Minutos por día _____ | _ _ |
- No sabe /No contesta _____ 99

P.- ALIMENTACIÓN

Introducción P1: “Le vamos a hacer unas preguntas sobre alimentación.”

P1. ¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos?

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

Al marcar “Una o más veces al día” en la Opción 1 (Fruta fresca excluyendo zumos) debe aparecer la pregunta **P1_1a ‘¿Cuántas piezas de fruta consume a diario?’** con un desplegable para seleccionar valores desde 1 hasta 10, NS/NC.

Al marcar “Una o más veces al día” en la Opción 7 (Verduras, ensaladas y hortalizas) debe aparecer la pregunta **P1_7a ‘¿Cuántas veces al día?’** con un desplegable para seleccionar valores desde 1 hasta 10, NS/NC.

Al marcar “Una o más veces al día” en la Opción 15 (Zumo natural de frutas o verduras) debe aparecer la pregunta **P1_15a ‘¿Cuántas veces al día?’** con un desplegable para seleccionar valores desde 1 hasta 10, NS/NC.

*Solo si (P1_1 (Fruta fresca) =2 y P1_15 (Zumo natural)=2 → se pasa a la pregunta P2

*En otro caso → Ir a Introducción Q1

P2. Considerando ahora de manera conjunta su consumo de fruta fresca y zumos naturales a la semana, ¿toma a diario al menos uno de ellos?

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

Si P2 = 2, 9 → Ir a Introducción Q1

P3. ¿Cuántas piezas de fruta o vasos de zumo natural consume a diario?



NS/NC 99

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

Introducción Q1: “Las siguientes preguntas se refieren al consumo de tabaco y a la exposición al humo de tabaco.”

Q1. ¿Podría decirnos si fuma? *No tenga en cuenta los cigarrillos electrónicos u otros dispositivos electrónicos similares.*

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

Si Q1= 2,3,9 → Ir a Q4

Si Q1=4 → Ir a Q4 e imputar Q4=2

Q2. Por término medio, ¿cuántos cigarrillos fuma usted al día?

Número de cigarrillos: NS/NC 99

Q3. ¿A qué edad empezó a fumar?

Edad en años: NS/NC 99

Si Q1= 1 → Ir a Filtro Q5

Q4. Aunque ahora no fume a diario, ¿alguna vez ha fumado a diario durante al menos un año?

Sí 1
 No 2
 No sabe/No contesta 9

Si Q4= 2,9 → Ir a Q6

Filtro Q5

Si el adulto seleccionado ha contestado Q1= 1, presentar enunciado Q5a

Si el adulto seleccionado ha contestado Q4=1, presentar enunciado Q5b

Q5a. ¿Cuántos años lleva fumando a diario?

Q5b. ¿Durante cuántos años fumó a diario?

Años: NS/NC 99

Q6. ¿Con qué frecuencia está expuesto/a al humo del tabaco en lugares cerrados (casa, trabajo, lugares públicos, restaurantes,...)?

Considere solo aquellas situaciones en las que son otras personas las que están fumando.

Todos los días 1 →Desplegar Q6a

- Q6a: Menos de una hora al día _____ 1
 Entre 1 y 5 horas al día _____ 2
 Más de 5 horas al día _____ 3
 No sabe/No contesta _____ 9

- Al menos una vez a la semana
 (pero no todos los días) _____ 2
 Menos de una vez por semana _____ 3
 Nunca o casi nunca _____ 4
 No sabe/No contesta _____ 9

Q7. ¿Emplea cigarrillos electrónicos o aparatos electrónicos similares (por ejemplo, shisha electrónica, pipa electrónica...)?

- Sí _____ 1
 No actualmente, pero sí lo he hecho con anterioridad 2
 No, nunca _____ 3
 No sabe/No contesta _____ 9

Si Q7= 2,3,9 → Ir a Introducción R1

Q8. ¿Con qué frecuencia emplea cigarrillos electrónicos o aparatos electrónicos similares (por ejemplo, shisha electrónica, pipa electrónica...)?

- Diariamente 1
 Ocasionalmente 2
 No sabe/No contesta 9

R.- CONSUMO DE ALCOHOL

Introducción R1: “Las siguientes preguntas se refieren al consumo de bebidas alcohólicas durante los últimos 12 meses.”

R1. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado bebidas alcohólicas de cualquier tipo (es decir, cerveza, vino, licores, bebidas destiladas y combinados u otras bebidas alcohólicas)?

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

Si R1= 05, 06, 07 → Ir a Introducción R3

Si R1 = 08, 09, 99 → Ir a Introducción S1

R2. Durante los últimos 12 meses, en una semana en que desarrolló usted su actividad habitual, ¿cuántas bebidas que contengan alcohol consumió a lo largo de la semana?

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

Introducción R3: “En esta tarjeta puede observar la equivalencia de las bebidas alcohólicas más comunes con la llamada bebida estándar. De acuerdo con estas equivalencias, podría contestarme...”

Filtro R3

Si el adulto seleccionado es hombre, presentar enunciado R3a

Si el adulto seleccionado es mujer, presentar enunciado R3b

R3a. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado 6 o más

bebidas estándar en una misma ocasión?

Por “ocasión” entendemos tomar las bebidas en un intervalo aproximado de cuatro a seis horas.

R3b. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado 5 o más bebidas estándar en una misma ocasión?

Por “ocasión” entendemos tomar las bebidas en un intervalo aproximado de cuatro a seis horas.

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

Si R3a o R3b =08, 09, 99→ Ir a Introducción S1

Filtro R4

Si el adulto seleccionado es hombre, presentar enunciado R4a

Si el adulto seleccionado es mujer, presentar enunciado R4b

R4a. La última vez que consumió 6 o más bebidas estándar en una misma ocasión ¿Cuántas bebidas consumió? (Por “ocasión” entendemos tomar las bebidas en un intervalo aproximado de cuatro a seis horas)

R4b. La última vez que consumió 5 o más bebidas estándar en una misma ocasión ¿Cuántas bebidas consumió? (Por “ocasión” entendemos tomar las bebidas en un intervalo aproximado de cuatro a seis horas)

Número de bebidas: NS/NC 99

S.- APOYO SOCIAL

Introducción S1: “Las siguientes preguntas hacen referencia a sus relaciones sociales.”

S1. En caso de tener un problema personal grave de cualquier tipo, ¿con cuántas personas cercanas a usted podría contar?

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

S2. ¿En qué medida se interesan otras personas por lo que a usted le pasa? Nos referimos tanto a familiares como a personas que no sean miembros de su familia.

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

S3. ¿En qué medida le resultaría fácil obtener ayuda de los vecinos en caso de necesidad?

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

T.- CUIDADO A OTRAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD

Introducción T1: “Las siguientes preguntas tratan de conocer si usted dedica tiempo al cuidado de alguna persona con problemas de salud.”

T1. ¿Cuida, al menos una vez a la semana, de alguna persona mayor o de alguien que tenga una dolencia crónica? No lo considere si forma parte de su trabajo.

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

Si T1<> 1 → Ir a FILTRO INGRESOS

T2. La persona o personas a las que cuida son:

En caso de que las dos respuestas sean posibles, debe contestar pensando en la persona a la que más tiempo dedica.

Familiares _____ 1
 Otras personas _____ 2
 No sabe/No contesta _____ 9

T3. En total, ¿cuántas horas a la semana dedica al cuidado de esta/s persona/s?

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

U.- INGRESOS

Introducción U1: “Para poder hacer comparaciones entre los distintos tipos de problemas de salud de las familias, es necesario conocer unos datos muy básicos sobre el nivel de ingresos de la familia.

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

U1. De los siguientes tipos de ingresos, ¿podría decirme cuáles de ellos reciben usted y los demás miembros de su hogar?

Debe considerar las fuentes de cada miembro del hogar y las conjuntas, por lo que puede marcar varias opciones.

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

Si entre las respuestas 1 y 8 hay una única respuesta marcada → Ir a **U3**

Si entre las respuestas 1 y 8 hay más de una respuesta marcada → Ir a **U2**

Si U1= 98 (“No sabe”) → Ir a **U3**

Si U1= 09, 99 (“Ninguna fuente de ingresos” o “No contesta”) → Ir a **Filtro DNI**

U2. De estas fuentes de ingresos monetarios del hogar citadas, ¿cuál diría que es la principal?

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

Ir a **U3**

U3. ¿Podría decir cuál es el importe mensual aproximado de los ingresos del hogar, (es decir, sumando todas las fuentes y descontando las retenciones por impuestos, Seguridad Social, etc.)?

Cantidad |__|__|__|__|__|__| euros → Ir a **Observaciones**

No sabe _____ 999998

No contesta _____ 999999 → Ir a **Observaciones**

U4. Si desconoce el valor exacto de los ingresos del hogar, ¿podría señalarnos cuál de los intervalos siguientes representa mejor el ingreso mensual neto de todo su hogar, tras las deducciones por los impuestos, Seguridad Social, etc.?

- Menos de 600 euros _____ 01
 De 600 a menos de 830 euros _____ 02
 De 830 a menos de 1100 euros _____ 03
 De 1100 a menos de 1.360 euros _____ 04
 De 1.360 a menos de 1.650 euros _____ 05
 De 1.650 a menos de 1.950 euros _____ 06
 De 1.950 a menos de 2.300 euros _____ 07
 De 2.300 a menos de 2.900 euros _____ 08
 De 2.900 a menos de 3.800 euros _____ 09
 De 3.800 a menos de 4.700 euros _____ 10
 De 4.700 a menos de 6.300 euros _____ 11
 De 6.300 euros en adelante _____ 12
 No sabe/No contesta _____ 99

V. Observaciones

Anote las observaciones que considere oportunas al final de este cuestionario.

Observaciones

.....

.....

.....

.....