Instituto Canario de Estadística
Gobierno de Canarias

Servicio Canario de la Salud

Documento protegido por: SECRETO estadístico
Ley 1/1991 de Estadística de Canarias

ENCUESTA DE SALUD DE CANARIAS 2009

Cuestionario de adultos (Personas de 16 o más años)

NATURALEZA, CARACTERÍSTICAS Y FINALIDAD

La Encuesta de Salud de Canarias es una fuente de información estadística a nivel de la Comunidad Autónoma de Canarias, diseñada en colaboración entre el Servicio Canario de la Salud y el Instituto Canario de Estadística, órgano central del sistema estadístico de la Comunidad Autónoma de Canarias. Esta encuesta tiene la finalidad de identificar los principales problemas de salud que afectan a los diferentes sectores de la población canaria y conocer la frecuencia y distribución de aquellos hábitos de vida que pudieran actuar como factores de riesgo para el desarrollo de futuros problemas de salud.

DISPOSICIONES LEGALES

Secreto estadístico: Serán objeto de protección y quedarán amparados por el secreto estadístico, la totalidad de los datos individuales suministrados. Todas las personas, organismos e instituciones de cualquier naturaleza que intervengan en el proceso estadístico tienen la obligación de preservar el secreto estadístico. Este deber se mantendrá aun después de que las personas obligadas a su cumplimiento concluyan sus actividades profesionales o su vinculación a los servicios estadísticos (art. 22. de la Ley 1/1991, de 28 de enero, de Estadística de la Comunidad Autónoma de Canarias). Así mismo, no se podrá actuar sobre la base del conocimiento de los datos que se recaban en esta Estadística.

Deber de facilitar los datos: Todas las personas que suministren datos, deberán contestar de forma veraz y dentro del plazo establecido al efecto, constituyendo infracción muy grave, conforme a lo dispuesto en el artículo 45.3.b) de la Ley 1/1991, de 28 de enero, de Estadística de la Comunidad Autónoma de Canarias, no suministrar la información requerida o suministrar datos falsos, cuando pueda ser imputada a malicia o negligencia grave.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ADULTO SELECCIONADO

Provincia		Municipio			Distrito		Sección			Sección repetida	Nº vivienda		Nº selección		Nº hogar	Nº orden

Nombre (SC001A)

Primer apellido

Segundo apellido

Teléfono (HH003A)

Teléfono (HH003B)

CONTACTE CON NOSOTROS

Usted y los miembros de su hogar han sido seleccionados al azar para colaborar en el suministro de la información que se requiere en esta operación estadística. Para cualquier duda, consulta o respuesta a nuestras notificaciones, puede ponerse en contacto con nosotros de cualquiera de las siguientes formas:

Por teléfono: Provincia de Las Palmas 928 290 062 / 928 249 047
Provincia de S/C de Tenerife 922 592 730 / 922 592 731

Por correo electrónico: sociales.istac@gobiernodecanarias.org

A través de nuestra web: http://www.gobiernodecanarias.org/istac/

FICHA DE COMPOSICIÓN DEL HOGAR

		MIEMBRO 1	MIEMBRO 2	MIEMBRO 3	MIEMBRO 4
P1	Nombre				
P2	Nº orden				
P3	Sujeto informante	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No
P4	Sexo	1. Hombre 6. Mujer	1. Hombre 6. Mujer	1. Hombre 6. Mujer	1. Hombre 6. Mujer
P5	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	_ _ / _ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ / _ _ _ _
P6	Estado civil	1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Viudo/a 4. Separado/a 5. Divorciado/a 6. Pareja de hecho	1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Viudo/a 4. Separado/a 5. Divorciado/a 6. Pareja de hecho	1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Viudo/a 4. Separado/a 5. Divorciado/a 6. Pareja de hecho	1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Viudo/a 4. Separado/a 5. Divorciado/a 6. Pareja de hecho
P7	Nacionalidad Continente				
	País				
P8	País de nacimiento Continente				
	País				
P9	Relación con la persona principal	1. Persona principal 2. Cónyuge/pareja 3. Hijo/a 4. Yerno/nuera 5. Padres/suegros 6. Nieto/a 7. Otro pariente 8. No emparentado	1. Persona principal 2. Cónyuge/pareja 3. Hijo/a 4. Yerno/nuera 5. Padres/suegros 6. Nieto/a 7. Otro pariente 8. No emparentado	1. Persona principal 2. Cónyuge/pareja 3. Hijo/a 4. Yerno/nuera 5. Padres/suegros 6. Nieto/a 7. Otro pariente 8. No emparentado	1. Persona principal 2. Cónyuge/pareja 3. Hijo/a 4. Yerno/nuera 5. Padres/suegros 6. Nieto/a 7. Otro pariente 8. No emparentado
P10	¿Quién es su pareja?				
	¿Quién es su padre?				
	¿Quién es su madre?				

INFORMACIÓN PARA LA SELECCIÓN DE INDIVIDUOS (NO PREGUNTAR)

		MIEMBRO 1	MIEMBRO 2	MIEMBRO 3	MIEMBRO 4
P11	Edad				
P12	Nº orden para la selección	1. Adulto ..... 2. Menor	1. Adulto ..... 2. Menor	1. Adulto ..... 2. Menor	1. Adulto ..... 2. Menor .....
P13	Adulto seleccionado	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No
P14	Menor seleccionado	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No
P15	Persona informante del menor	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No

TABLA DE NÚMEROS ALEATORIOS PARA LA SELECCIÓN DEL ADULTO Y DEL MENOR

Número de orden de la vivienda

Número de adultos o menores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2
3	1	2	1	3	3	3	1	2	2	1	1	3	1	1	2	3	2	3	2	2	1	1	3	3	1
4	2	2	3	4	3	4	2	3	1	3	2	3	4	3	3	4	2	4	4	3	3	4	1	3	1
5	5	2	3	1	1	1	5	5	4	1	3	3	3	5	3	3	2	1	1	2	2	4	1	5	4
6	4	6	4	1	2	5	4	1	2	1	2	1	1	3	2	3	4	4	2	4	2	3	5	6	3
7	2	2	2	4	3	1	3	7	2	3	4	5	6	5	1	6	5	1	2	2	5	1	7	5	2
>=8	3	2	8	3	5	7	7	7	8	5	1	6	8	7	2	4	7	3	4	6	7	2	4	6	5

FICHA DE COMPOSICIÓN DEL HOGAR (Continuación)

MIEMBRO 5	MIEMBRO 6	MIEMBRO 7	MIEMBRO 8	MIEMBRO 9	MIEMBRO 10
1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No
1. Hombre 6. Mujer	1. Hombre 6. Mujer	1. Hombre 6. Mujer	1. Hombre 6. Mujer	1. Hombre 6. Mujer	1. Hombre 6. Mujer
__/__/____	__/__/____	__/__/____	__/__/____	__/__/____	__/__/____
1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Viudo/a 4. Separado/a 5. Divorciado/a 6. Pareja de hecho	1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Viudo/a 4. Separado/a 5. Divorciado/a 6. Pareja de hecho	1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Viudo/a 4. Separado/a 5. Divorciado/a 6. Pareja de hecho	1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Viudo/a 4. Separado/a 5. Divorciado/a 6. Pareja de hecho	1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Viudo/a 4. Separado/a 5. Divorciado/a 6. Pareja de hecho	1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Viudo/a 4. Separado/a 5. Divorciado/a 6. Pareja de hecho
1. Persona principal 2. Cónyuge/pareja 3. Hijo/a 4. Yerno/nuera 5. Padres/suegros 6. Nieto/a 7. Otro pariente 8. No emparentado	1. Persona principal 2. Cónyuge/pareja 3. Hijo/a 4. Yerno/nuera 5. Padres/suegros 6. Nieto/a 7. Otro pariente 8. No emparentado	1. Persona principal 2. Cónyuge/pareja 3. Hijo/a 4. Yerno/nuera 5. Padres/suegros 6. Nieto/a 7. Otro pariente 8. No emparentado	1. Persona principal 2. Cónyuge/pareja 3. Hijo/a 4. Yerno/nuera 5. Padres/suegros 6. Nieto/a 7. Otro pariente 8. No emparentado	1. Persona principal 2. Cónyuge/pareja 3. Hijo/a 4. Yerno/nuera 5. Padres/suegros 6. Nieto/a 7. Otro pariente 8. No emparentado	1. Persona principal 2. Cónyuge/pareja 3. Hijo/a 4. Yerno/nuera 5. Padres/suegros 6. Nieto/a 7. Otro pariente 8. No emparentado

INFORMACIÓN PARA LA SELECCIÓN DE INDIVIDUOS (NO PREGUNTAR)

MIEMBRO 5	MIEMBRO 6	MIEMBRO 7	MIEMBRO 8	MIEMBRO 9	MIEMBRO 10
1. Adulto ..... 2. Menor	1. Adulto ..... 2. Menor	1. Adulto ..... 2. Menor	1. Adulto ..... 2. Menor	1. Adulto ..... 2. Menor	1. Adulto ..... 2. Menor .....
1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No
1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No
1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No

INFORMACIÓN PERSONAL

P1. ¿Cuál es el nivel más alto de enseñanza reglada que ha completado?

Encuestador/a: Sólo se considerarán los estudios terminados.

- ☐ 01 No sabe leer ni escribir
- ☐ 02 Estudios primarios
- ☐ 03 Bachiller Elemental, EGB o ESO completa (Graduado Escolar)
- ☐ 04 Bachiller Superior, BUP, Bachiller LOGSE, COU, PREU
- ☐ 05 FP I, Ciclo formativo de grado medio, Oficialía Industrial o equivalente
- ☐ 06 FP II, Ciclo formativo de grado superior, Maestría Industrial o equivalente
- ☐ 07 Estudios universitarios de 1º y 2º ciclo o equivalentes
- ☐ 08 Doctorado
- ☐ -09 NS/NC

P2. En relación a su actividad económica principal, ¿en qué situación estaba la semana pasada?

Encuestador/a: Lea todas las categorías y anote como máximo 3 respuestas, aquellas que la persona entrevistada considere más importantes. A continuación siga el flujo del código de la opción de respuesta marcada más pequeña. Ejemplo: si marca las opciones 1-5-7 siga el flujo de la opción 1

- ☐ 01 Trabajando (al menos 1 hora en la semana pasada)
- ☐ 02 Trabajando con baja de tres meses o superior
- ☐ 03 Desempleado/a ..... Ir a P7
- ☐ 04 Cobrando una pensión (incapacidad permanente o invalidez, etc.) ..... Ir a P7
- ☐ 05 Cobrando la jubilación o prejubilación ..... Ir a P7
- ☐ 06 Recibiendo algún tipo de enseñanza o formación práctica no remunerada ..... Ir a P9
- ☐ 07 Dedicado/a principalmente a tareas del hogar ..... Ir a P9
- ☐ 08 Realizando sin remuneración trabajos sociales o actividades benéficas ..... Ir a P9
- ☐ 09 Otra situación (rentistas, etc.) ..... Ir a P9
- ☐ -09 NS/NC ..... Ir a P11

PARA PERSONAS OCUPADAS (P2 = 1, 2)

P3. ¿Cuál es su situación profesional en el trabajo principal actual?

- ☐ 01 Asalariado del sector público
- ☐ 02 Asalariado del sector privado
- ☐ 03 Empresario con empleados (no miembro de cooperativa) ..... Ir a P5
- ☐ 04 Empresario sin empleados o trabajador como profesional independiente o como autónomo ..... Ir a P5
- ☐ 05 Miembro de cooperativa ..... Ir a P5
- ☐ 06 Otra situación ..... Ir a P5
- ☐ -09 NS/NC ..... Ir a P5

P4. ¿Qué tipo de contrato o relación laboral tiene en su trabajo principal?

- ☐ 01 Contrato de duración indefinida (permanente, fijo discontinuo o funcionario)
- ☐ 02 Contrato eventual / temporal
- ☐ 03 Sin contrato
- ☐ 04 Algún otro acuerdo laboral
- ☐ -09 NS/NC

P5. ¿Qué tipo de jornada tiene en su trabajo principal?

- ☐ 01 Completa
- ☐ 02 Parcial
- ☐ -09 NS/NC

P6. ¿Número de horas que trabaja a la semana?

Encuestador/a: Cuente las horas dedicadas en su trabajo principal y en trabajo secundario si lo tuviera. Incluya las horas que trabaja realmente en jornada normal, y las extraordinarias que realice habitualmente. Si no sabe o no contesta anotar -9.

Nº horas: ☐ ☐ ☐ ☐ -09 NS/NC

PARA PERSONAS DESEMPLEADAS, PENSIONISTAS Y JUBILADAS (P2 = 3, 4, 5)

P7. ¿Cuánto tiempo lleva siendo desempleado/a, pensionista, jubilado/a o prejubilado/a?

- ☐ 01 Menos de 6 meses
- ☐ 02 De 6 meses a menos de 1 año
- ☐ 03 De 1 año a menos de 2 años
- ☐ 04 De 2 años a menos de 5 años
- ☐ 05 5 o más años
- ☐ -09 NS/NC

P8. ¿Cuál era la situación profesional en la ocupación que desempeñó en su último empleo?

- ☐ 01 No ha trabajado nunca
- ☐ 02 Empleador/a (empresario/a o profesional con asalariados/as)
- ☐ 03 Empresario/a sin asalariados/as o trabajador/a independiente
- ☐ 04 Ayuda familiar (sin remuneración reglamentada en la empresa o negocio de un familiar)
- ☐ 05 Asalariado/a fijo/a (a sueldo, comisión, jornal, … con carácter fijo)
- ☐ 06 Asalariado/a eventual o interino/a (a sueldo, comisión, jornal, .. con carácter temporal o interino)
- ☐ 07 Miembro de una cooperativa
- ☐ 08 Otra situación
- ☐ -09 NS/NC

PARA PERSONAS EN OTRA SITUACIÓN (P2 = 6, 7, 8, 9)

P9. Aunque no estuviera trabajando la semana pasada, ¿ha trabajado alguna vez anteriormente?

- ☐ 01 Sí
- ☐ 06 No ..... Ir a P11
- ☐ -09 NS/NC ..... Ir a P11

P10. ¿Cuál era la situación profesional en la ocupación que desempeñó en su último empleo?

- ☐ 01 No ha trabajado nunca
- ☐ 02 Empleador/a (empresario/a o profesional con asalariados/as)
- ☐ 03 Empresario/a sin asalariados/as o trabajador/a independiente
- ☐ 04 Ayuda familiar (sin remuneración reglamentada en la empresa o negocio de un familiar)
- ☐ 05 Asalariado/a fijo/a (a sueldo, comisión, jornal, … con carácter fijo)
- ☐ 06 Asalariado/a eventual o interino/a (a sueldo, comisión, jornal, .. con carácter temporal o interino)
- ☐ 07 Miembro de una cooperativa
- ☐ 08 Otra situación
- ☐ -09 NS/NC

PARA TODOS LOS ENCUESTADOS/AS

P11. Pensando en las fuentes de ingreso suyas y de los otros miembros de su hogar, podría decirme qué intervalo representa mejor el ingreso mensual neto de todo su hogar, tras las deducciones de impuestos, Seguridad Social, …

- ☐ 01 Menos de 500 €
- ☐ 02 De 500 a menos de 1.000€
- ☐ 03 De 1.000 a menos de 1.500€
- ☐ 04 De 1.500 a menos de 2.000€
- ☐ 05 De 2.000 a menos de 2.500€
- ☐ 06 De 2.500 a menos de 3.000€
- ☐ 07 De 3.000 a menos de 4.000€
- ☐ 08 De 4.000 a menos de 5.000€
- ☐ 09 De 5.000 a menos de 6.000€
- ☐ 10 De 6.000 a menos de 7.000€
- ☐ 11 De 7.000 a menos de 9.000€
- ☐ 12 De 9.000 a más euros
- ☐ -09 NS/NC

TRABAJO REPRODUCTIVO

P12. ¿Conviven en su hogar personas que no sean capaces de cuidarse por sí mismas, como menores de 15 años, personas mayores de 74 años o bien personas con alguna discapacidad o limitación?

- ☐ 01 Sí
- ☐ 06 No ..... Ir a P19
- ☐ -09 NS/NC ..... Ir a P19

P13A. ¿Vive en su hogar algún menor de 15 años que requiera cuidados?

- ☐ 01 Sí
- ☐ 06 No ..... Ir a P15A
- ☐ -09 NS/NC ..... Ir a P15A

P13B. ¿Quién se ocupa del cuidado del/de los menor/es de 15 años, principalmente?

Encuestador/a: Una sola opción de respuesta. En caso de que marque la opción 5, anote el número de orden del cuidador establecido en la composición del hogar

- ☐ 01 Usted solo/a
- ☐ 02 Usted compartiéndolo con su pareja
- ☐ 03 Usted compartiéndolo con otra persona que no es su pareja
- ☐ 04 Su pareja sola
- ☐ 05 Otra persona de la casa que no es su pareja — Nº orden ☐
- ☐ 06 Una persona remunerada para ello
- ☐ 07 Otra persona que NO reside en el hogar → Ir a P15A
- ☐ 08 Los servicios sociales
- ☐ 09 Ninguna persona
- ☐ 10 Otra situación
- ☐ -09 NS/NC

P14. ¿Cuántas horas dedica a su cuidado? Encuestador/a: Si no sabe o no contesta anotar -9

De lunes a viernes (promedio diario) Nº horas: ☐ ☐ -09 NS/NC

Sábado más domingo Nº horas: ☐ ☐ -09 NS/NC

P15A. ¿Vive en su hogar algún mayor de 74 años que requiera cuidados?

- ☐ 01 Sí
- ☐ 06 No ..... Ir a P17A
- ☐ -09 NS/NC ..... Ir a P17A

P15B. ¿Quién se ocupa del cuidado de la/las persona/s mayor/es de 74 años, principalmente?

Encuestador/a: Una sola opción de respuesta. En caso de que marque la opción 5, anote el número de orden del cuidador establecido en la composición del hogar

- ☐ 01 Usted solo/a
- ☐ 02 Usted compartiéndolo con su pareja
- ☐ 03 Usted compartiéndolo con otra persona que no es su pareja
- ☐ 04 Su pareja sola
- ☐ 05 Otra persona de la casa que no es su pareja — Nº orden ☐
- ☐ 06 Una persona remunerada para ello
- ☐ 07 Otra persona que NO reside en el hogar → Ir a P17A
- ☐ 08 Los servicios sociales
- ☐ 09 Ninguna persona
- ☐ 10 Otra situación
- ☐ -09 NS/NC

P16. ¿Cuántas horas dedica a su cuidado? Encuestador/a: Si no sabe o no contesta anotar -9

De lunes a viernes (promedio diario) Nº horas: ☐ ☐ -09 NS/NC

Sábado más domingo Nº horas: ☐ ☐ -09 NS/NC

P17A. ¿Vive en su hogar alguna persona con discapacidad o limitación que requiera cuidados?

- ☐ 01 Sí
- ☐ 06 No ..... Ir a P19
- ☐ -09 NS/NC ..... Ir a P19

P17B. ¿Quién se ocupa del cuidado de la/las persona/s con discapacidad o limitación, principalmente?

Encuestador/a: Una sola opción de respuesta. En caso de que marque la opción 5, anote el número de orden del cuidador establecido en la composición del hogar

- ☐ 01 Usted solo/a
- ☐ 02 Usted compartiéndolo con su pareja
- ☐ 03 Usted compartiéndolo con otra persona que no es su pareja
- ☐ 04 Su pareja sola
- ☐ 05 Otra persona de la casa que no es su pareja — Nº orden ☐
- ☐ 06 Una persona remunerada para ello
- ☐ 07 Otra persona que NO reside en el hogar → Ir a P19
- ☐ 08 Los servicios sociales
- ☐ 09 Ninguna persona
- ☐ 10 Otra situación
- ☐ -09 NS/NC

P18. ¿Cuántas horas dedica a su cuidado? Encuestador/a: Si no sabe o no contesta anotar -9

De lunes a viernes (promedio diario) Nº horas: ☐ ☐ -09 NS/NC

Sábado más domingo Nº horas: ☐ ☐ -09 NS/NC

P19. En su casa, ¿quién se ocupa principalmente de las tareas del hogar, como fregar, cocinar, planchar,…?

Encuestador/a: Una sola opción de respuesta. En caso de que marque la opción 5, anote el número de orden del cuidador establecido en la composición del hogar

- ☐ 01 Usted solo/a
- ☐ 02 Usted compartiéndolo con su pareja
- ☐ 03 Usted compartiéndolo con otra persona que no es su pareja
- ☐ 04 Su pareja sola
- ☐ 05 Otra persona de la casa que no es su pareja — Nº orden ☐
- ☐ 06 Una persona remunerada para ello
- ☐ 07 Otra persona que NO reside en el hogar → Ir a P21
- ☐ 08 Los servicios sociales
- ☐ 09 Ninguna persona
- ☐ 10 Otra situación
- ☐ -09 NS/NC

P20. ¿Cuántas horas dedica usted a las tareas del hogar? Encuestador/a: Si no sabe o no contesta anotar -9

De lunes a viernes (promedio diario) Nº horas: ☐ ☐ -09 NS/NC

Sábado más domingo Nº horas: ☐ ☐ -09 NS/NC

PRÁCTICAS PREVENTIVAS

P21. ¿Cada cuánto tiempo le toma la tensión arterial un/a profesional sanitario?

- ☐ 01 Nunca me la han tomado
- ☐ 02 Cada tres meses o menos
- ☐ 03 Cada seis meses
- ☐ 04 Cada año
- ☐ 05 Cada dos años
- ☐ 06 Ocasionalmente, sin frecuencia fija
- ☐ -09 NS/NC

P22. ¿Cada cuánto tiempo le revisan el nivel de colesterol en sangre?

- ☐ 01 Nunca me lo han revisado
- ☐ 02 Cada seis meses o menos
- ☐ 03 Cada año
- ☐ 04 Entre uno y dos años
- ☐ 05 Frecuencia superior a dos años
- ☐ 06 Ocasionalmente, sin frecuencia fija
- ☐ -09 NS/NC

P23. ¿Cada cuánto tiempo se revisa el nivel de azúcar en sangre?

- ☐ 01 Nunca me lo han revisado
- ☐ 02 Diariamente
- ☐ 03 Semanalmente
- ☐ 04 Cada mes
- ☐ 05 Cada tres meses
- ☐ 06 Cada seis meses
- ☐ 07 Una vez al año
- ☐ 08 Frecuencia superior a un año
- ☐ 09 Ocasionalmente, sin frecuencia fija
- ☐ -09 NS/NC

P24. ¿Se vacuna habitualmente contra la gripe?

- ☐ 01 Sí
- ☐ 06 No
- ☐ -09 NS/NC

Si la persona entrevistada es hombre ir a P27

P25. ¿Cada cuánto tiempo se hace normalmente una mamografía?

- ☐ 01 No me la he hecho nunca
- ☐ 02 Una vez al año
- ☐ 03 Entre 1 y 2 años
- ☐ 04 Entre 2 y 3 años
- ☐ 05 Más de 3 años
- ☐ 06 Ocasionalmente, sin frecuencia fija
- ☐ 07 Sólo se la ha realizado una vez
- ☐ -09 NS/NC

P26. ¿Cada cuánto tiempo se hace normalmente una citología vaginal?

☐ 01 No me la he hecho nunca
☐ 02 Una vez al año
☐ 03 Entre 1 y 2 años
☐ 04 Entre 2 y 3 años
☐ 05 Más de 3 años
☐ 06 Ocasionalmente, sin frecuencia fija
☐ 07 Sólo se la ha realizado una vez
☐ -09 NS/NC

CARACTERÍSTICAS PERSONALES DEL ENTREVISTADO

P27. ¿Podría decirme cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?

Encuestador/a: Debe intentar obtener una respuesta de la persona entrevistada, aunque sea un valor aproximado. Si el sujeto que entrevista es una mujer embarazada, debe indicar cuánto pesaba antes del inicio del embarazo. Si no sabe o no contesta anotar -9.

Kilos: ☐ ☐ ☐ -09 NS/NC

P28. ¿Y cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?

Encuestador/a: Debe intentar obtener una respuesta de la persona entrevistada, aunque sea un valor aproximado. Si no sabe o no contesta anotar -9.

Centímetros: ☐ ☐ ☐ -09 NS/NC

AUTOVALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD (AUTOCUMPLIMENTADO)

A cumplimentar por el encuestador:

¿El módulo ha sido cumplimentado por la persona encuestada? ☐ 01 Sí ☐ 06 No



INFORMACIÓN IMPORTANTE

Estas preguntas se deben responder personalmente. 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.

P29. De las siguientes situaciones, describa la que mejor se corresponde con su estado de salud a día de hoy:

A) En relación con su movilidad:
☐ 01 No tiene problemas para caminar
☐ 02 Tiene algunos problemas para caminar
☐ 03 Tiene que estar en la cama

B) En relación con su cuidado personal:
☐ 01 No tiene problemas con el cuidado personal.
☐ 02 Tiene algunos problemas para lavarse o vestirse
☐ 03 Es incapaz de lavarse o vestirse

C) En relación con las actividades cotidianas (por ejemplo: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre):
☐ 01 No tiene problemas para realizar sus actividades cotidianas
☐ 02 Tiene algunos problemas para realizar sus actividades cotidianas
☐ 03 Es incapaz de realizar sus actividades cotidianas

D) En relación con situaciones de dolor o malestar:
☐ 01 No tiene dolor ni malestar
☐ 02 Tiene moderado dolor o malestar
☐ 03 Tiene mucho dolor o malestar

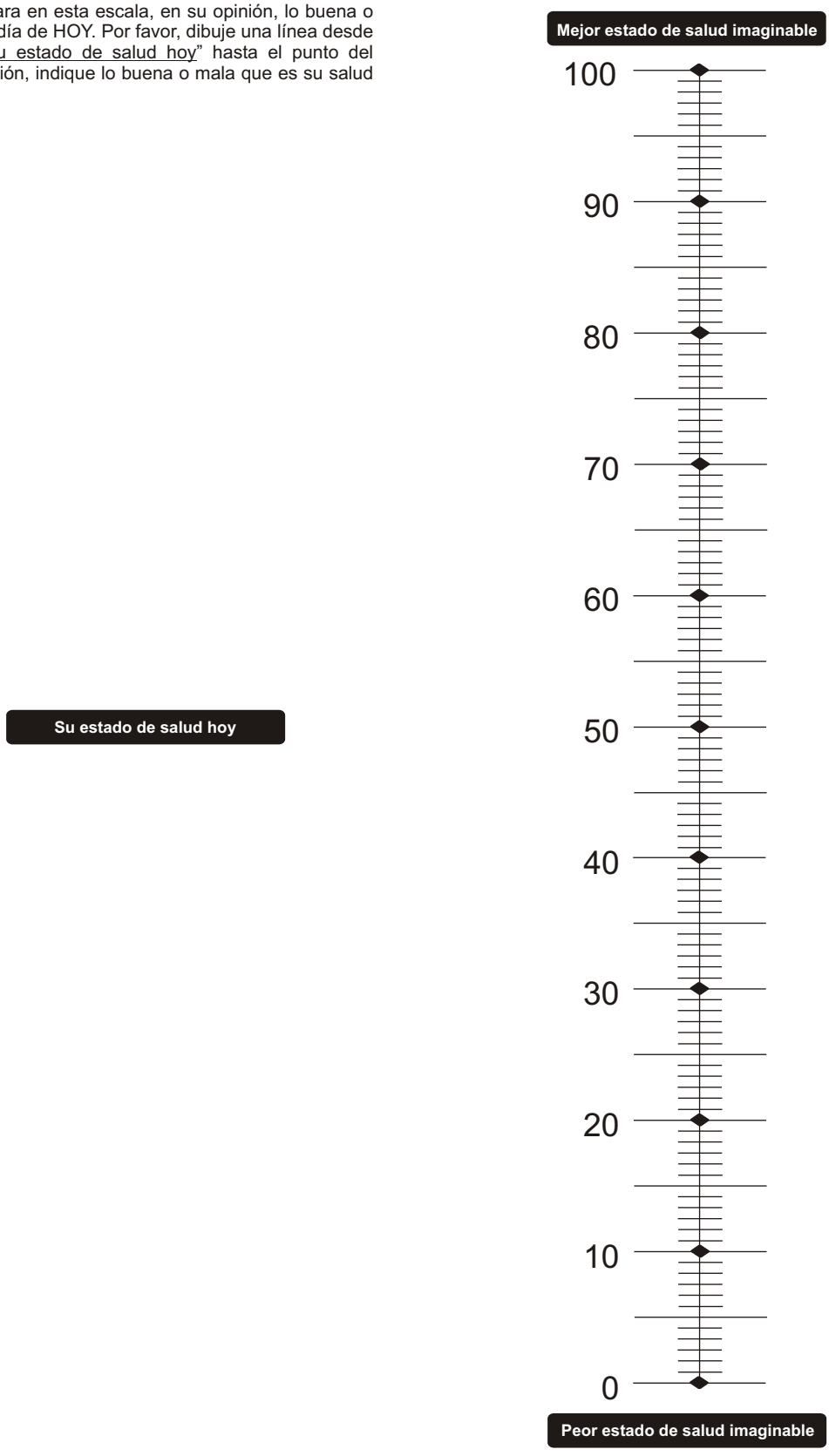
E) En relación con situaciones de ansiedad o depresión:
☐ 01 No está ansioso ni deprimido
☐ 02 Está moderadamente ansioso o deprimido
☐ 03 Está muy ansioso o deprimido

P30. Termómetro

Encuestador/a: Mostrar la 'Tarjeta 1' a la persona entrevistada.

Para ayudar a la gente a describir lo buena o mala que es su salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 la mejor salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo buena o mala que es su salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice "Su estado de salud hoy" hasta el punto del termómetro que, en su opinión, indique lo buena o mala que es su salud en el día de HOY.



P31. En los últimos 12 meses, su salud ha sido:

- ☐ 01 Muy buena
- ☐ 02 Buena
- ☐ 03 Regular
- ☐ 04 Mala
- ☐ 05 Muy mala
- ☐ -09 NS/NC

SALUD MENTAL (AUTOCUMPLIMENTADO)

A cumplimentar por el encuestador:

¿El módulo ha sido cumplimentado por la persona encuestada? ☐ 01 Sí ☐ 06 No

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Estas preguntas se deben responder personalmente. 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.

P32. Durante los últimos 30 días, ¿ha podido concentrarse bien en lo que hacía?

- ☐ 01 Mejor que lo habitual
- ☐ 02 Igual que lo habitual
- ☐ 03 Menos que lo habitual
- ☐ 04 Mucho menos que lo habitual
- ☐ -09 NS/NC

P33. Durante los últimos 30 días, ¿sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?

- ☐ 01 No, en absoluto
- ☐ 02 No más que lo habitual
- ☐ 03 Algo más que lo habitual
- ☐ 04 Mucho más de lo habitual
- ☐ -09 NS/NC

P34. Durante los últimos 30 días, ¿ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?

- ☐ 01 Más útil que lo habitual
- ☐ 02 Igual que lo habitual
- ☐ 03 Menos útil que lo habitual
- ☐ 04 Mucho menos útil que lo habitual
- ☐ -09 NS/NC

P35. Durante los últimos 30 días, ¿se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- ☐ 01 Más que lo habitual
- ☐ 02 Igual que lo habitual
- ☐ 03 Menos que lo habitual
- ☐ 04 Mucho menos que lo habitual
- ☐ -09 NS/NC

P36. Durante los últimos 30 días, ¿se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?

- ☐ 01 No, en absoluto
- ☐ 02 No más que lo habitual
- ☐ 03 Algo más que lo habitual
- ☐ 04 Mucho más de lo habitual
- ☐ -09 NS/NC

P37. Durante los últimos 30 días, ¿ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?

☐ 01 No, en absoluto
☐ 02 No más que lo habitual
☐ 03 Algo más que lo habitual
☐ 04 Mucho más de lo habitual
☐ -09 NS/NC

P38. Durante los últimos 30 días, ¿ha sido capaz de disfrutar de sus actividades de cada día?

☐ 01 Más que lo habitual
☐ 02 Igual que lo habitual
☐ 03 Menos que lo habitual
☐ 04 Mucho menos que lo habitual
☐ -09 NS/NC

P39. Durante los últimos 30 días, ¿ha sido capaz de hacer frente, adecuadamente, a sus problemas?

☐ 01 Más que lo habitual
☐ 02 Igual que lo habitual
☐ 03 Menos que lo habitual
☐ 04 Mucho menos que lo habitual
☐ -09 NS/NC

P40. Durante los últimos 30 días, ¿se ha sentido poco feliz y deprimido?

☐ 01 No, en absoluto
☐ 02 No más que lo habitual
☐ 03 Algo más que lo habitual
☐ 04 Mucho más de lo habitual
☐ -09 NS/NC

P41. Durante los últimos 30 días, ¿ha perdido la confianza en sí mismo?

☐ 01 No, en absoluto
☐ 02 No más que lo habitual
☐ 03 Algo más que lo habitual
☐ 04 Mucho más de lo habitual
☐ -09 NS/NC

P42. Durante los últimos 30 días, ¿ha pensado que es una persona que no sirve para nada?

☐ 01 No, en absoluto
☐ 02 No más que lo habitual
☐ 03 Algo más que lo habitual
☐ 04 Mucho más de lo habitual
☐ -09 NS/NC

P43. Durante los últimos 30 días, ¿se ha sentido razonablemente feliz, considerando todas las circunstancias?

☐ 01 Más que lo habitual
☐ 02 Igual que lo habitual
☐ 03 Menos que lo habitual
☐ 04 Mucho menos que lo habitual
☐ -09 NS/NC

RESTRICCIÓN EN LA ACTIVIDAD DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS

P44. Durante las últimas 2 semanas, ¿ha tenido que reducir o limitar sus actividades habituales al menos la mitad de un día, por padecer algún dolor u otro síntoma?

Encuestador/a: si el tiempo que ha tenido que reducir o limitar sus actividades habituales ha sido la mitad de un día, anote en días 1. Si no sabe o no contesta anotar -9.

☐ 01 Sí ⟶ Nº días: ☐☐
☐ 06 No ..... Ir a P46
☐ -09 NS/NC ..... Ir a P46

P45. ¿Cuáles fueron las causas de esos dolores o síntomas, que le han obligado a limitar o reducir sus actividades habituales, al menos la mitad de un día, en las últimas 2 semanas?

Encuestador/a: Mostrar la 'Tarjeta 2' a la persona entrevistada.

	01 Sí	06 No
01. Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones	☐	☐
02. Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir	☐	☐
03. Problemas de garganta, tos, catarro o gripe	☐	☐
04. Dolor de cabeza	☐	☐
05. Contusión, lesión o heridas	☐	☐
06. Dolor de oídos, otitis	☐	☐
07. Diarrea o problemas intestinales	☐	☐
08. Ronchas, picor, alergias	☐	☐
09. Molestias de riñón o urinarias	☐	☐
10. Problemas de estómago, digestivo, hígado o vesícula biliar	☐	☐
11. Fiebre	☐	☐
12. Problemas con los dientes o encías	☐	☐
13. Mareos o fatigas	☐	☐
14. Dolor en el pecho	☐	☐
15. Tobillos hinchados	☐	☐
16. Ahogo, dificultad para respirar	☐	☐
17. Cansancio sin razón aparente	☐	☐
18. (Para mujeres) Dolor menstrual	☐	☐
19. Otros dolores o síntomas	☐	☐

ACCIDENTES

P46. A) En los últimos 12 meses, ¿Ha sufrido alguno de los siguientes accidentes por el que haya resultado herido/a (interna o externamente) incluyendo una intoxicación o quemadura?

☐ 01 Sí
☐ 06 No
☐ -01 No procede
☐ -09 NS/NC

B) ¿Consultó con algún/a profesional sanitario/a o acudió a un servicio de urgencias a consecuencia de ese accidente?

☐ 01 Consultó a un/a médico/a o enfermera/o
☐ 02 Acudió a un centro de urgencias
☐ 03 No fue necesario hacer ninguna consulta ni intervención
☐ -09 NS/NC

Encuestador/a: Si la persona encuestada no trabaja o no estudia anotar -1 en la casilla correspondiente de la columna A). En caso de respuesta afirmativa en casillas de la columna A) cumplimentar la casilla correspondiente en la columna B).

	A)	B)
Accidente de tráfico		
Accidente de trabajo		
Accidente en centro de estudios		
Accidente en casa o en tiempo de ocio		

MORBILIDAD

P47. Ahora le voy a enumerar una lista de enfermedades crónicas o de larga evolución, para que usted señale, en cada una de ellas si la padece o ha padecido alguna vez.

Encuestador/a: Mostrar la 'Tarjeta 3' al entrevistado/a. En el caso de que conteste Sí a alguna de las opciones de P47.A formule las corresponidentes P47.B y P47.C. Si el encuestado es hombre anote directamente NO en la opción 20 de P47.A y si es mujer anote directamente NO en la opción 19 de P47.A

En caso de responder SÍ en P47.A preguntar P47.B y P47.C

	P47.A ¿Ha padecido alguna vez alguna de ellas?		P47.B ¿La ha padecido en los últimos 12 meses?		P47.C ¿Le ha dicho algún médico que la padece?	
	01 Sí	06 No	01 Sí	06 No	01 Sí	06 No
01. Dolores reumáticos, dolores en las articulaciones por artritis o artrosis						
02. Dolor de espalda por lumbago, ciática o hernia discal						
03. Dolor de espalda cervical						
04. Osteoporosis						
05. Problemas de nervios (depresión, ansiedad)						
06. Demencia						
07. Problema mental crónico						
08. Problemas del corazón (angina de pecho, infarto, insuficiencia cardiaca)						
09. Tensión alta						
10. Diabetes o azúcar en sangre						
11. Tumores malignos, cáncer, leucemias						
12. Bronquitis crónica, asma, enfisema						
13. Embolia cerebral/ accidente cerebrovascular						
14. Dolor de cabeza, jaquecas, migrañas						
15. Acidez, dolor de estómago por gastritis, úlceras de estómago o duodeno						
16. Colesterol alto						
17. Alergias						
18. Problemas crónicos de piel						
19. **(Para hombres)** Alteraciones de la próstata						
20. **(Para mujeres)** Alteraciones en el periodo o menstruación						
21. Mala circulación, varices en las piernas						
22. Incontinencia urinaria						
23. Estreñimiento crónico						
24. Hemorroides						
25. Anemia						
26. Problemas de tiroides						
27. Déficit o retraso mental						
28. Cataratas						
29. Otros problemas o enfermedades crónicas						

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

A continuación voy a hacerle preguntas sobre la utilización de los diversos servicios sanitarios

P48. ¿Cuándo fue la última vez que realizó una consulta de medicina general en un centro de salud del Servicio Canario de la Salud (incluyendo Mutualidad obligatoria de funcionarios: MUFACE, MUGEJU, ISFAS)? (Incluir también las consultas a enfermería, matrona, …)

- ☐ 01 En las últimas 4 semanas
- ☐ 02 Hace más de 1 mes pero menos de un año ..... Ir a P50
- ☐ 03 Hace 1 año o más ..... Ir a P51
- ☐ 04 Nunca ..... Ir a P51
- ☐ -09 NS/NC ..... Ir a P51

P49. En las últimas 4 semanas, ¿cuántas consultas de medicina general, en total, ha realizado en un centro de salud del Servicio Canario de la Salud (incluyendo Mutualidad obligatoria de funcionarios: MUFACE, MUGEJU, ISFAS)?

Encuestador/a: Si no sabe o no contesta anotar -9

	Nº visitas	
Médico/a de familia o médico/a de cabecera		☐ -09 NS/NC
Enfermero/a		☐ -09 NS/NC

P50. ¿Cómo considera, en general, la calidad de la atención recibida en el centro de salud al que usted acude?

- ☐ 01 Muy buena
- ☐ 02 Buena
- ☐ 03 Regular
- ☐ 04 Mala
- ☐ 05 Muy mala
- ☐ -09 NS/NC

P51. ¿Cuándo fue la última vez que realizó una consulta de medicina general en una consulta privada o particular? (Incluir también las consultas a enfermería, matrona, …)

☐ 01 En las últimas 4 semanas
☐ 02 Hace más de 1 mes pero menos de un año ..... Ir a P53
☐ 03 Hace 1 año o más ..... Ir a P53
☐ 04 Nunca ..... Ir a P53
☐ -09 NS/NC ..... Ir a P53

P52. En las últimas 4 semanas, ¿cuántas consultas de medicina general, en total, ha realizado en una consulta particular o privada?

Encuestador/a: Si no sabe o no contesta anotar -9

	Nº visitas	
Médico/a de familia o médico/a de cabecera		☐ -09 NS/NC
Enfermero/a		☐ -09 NS/NC

P53. ¿Cuándo fue la última vez que recibió una visita a domicilio para una consulta médica? (Incluir también las consultas a enfermería, matrona, …)

☐ 01 En las últimas 4 semanas
☐ 02 Hace más de 1 mes pero menos de un año ..... Ir a P55
☐ 03 Hace 1 año o más ..... Ir a P55
☐ 04 Nunca ..... Ir a P55
☐ -09 NS/NC ..... Ir a P55

P54. En las últimas 4 semanas, ¿cuántas consultas médicas, en total, ha recibido en visitas a domicilio?

Encuestador/a: Si no sabe o no contesta anotar -9

	Nº visitas	
Médico/a de familia o médico/a de cabecera		☐ -09 NS/NC
Enfermero/a		☐ -09 NS/NC

P55. ¿Cuándo fue la última vez que realizó una consulta médica a especialistas en ambulatorios, clínicas u hospitales públicos o concertados (incluyendo Mutualidad obligatoria de funcionarios: MUFACE, MUGEJU, ISFAS)? (Incluir también las consultas a enfermería, matrona, …)

Encuestador/a: Se entiende por concertado si la consulta ha sido financiada o subvencionada por el Servicio Canario de la Salud

☐ 01 En las últimas 4 semanas
☐ 02 Hace más de 1 mes pero menos de un año ..... Ir a P57
☐ 03 Hace 1 año o más ..... Ir a P58
☐ 04 Nunca ..... Ir a P58
☐ -09 NS/NC ..... Ir a P58

P56. En las últimas 4 semanas, ¿cuántas consultas médicas a especialistas, en total, ha realizado en ambulatorios, clínicas u hospitales públicos o concertados (incluyendo Mutualidad obligatoria de funcionarios: MUFACE, MUGEJU, ISFAS)

Encuestador/a: Se entiende por concertado si la consulta ha sido financiada o subvencionada por el Servicio Canario de la Salud. Si no sabe o no contesta anotar -9

Nº de visitas: ☐ -09 NS/NC

P57. ¿Cómo considera, en general, la asistencia especializada ofrecida en los ambulatorios o centros de especialidades públicos a los que usted ha acudido?

☐ 01 Muy buena
☐ 02 Buena
☐ 03 Regular
☐ 04 Mala
☐ 05 Muy mala
☐ -09 NS/NC

P58. ¿Cuándo fue la última vez que realizó una consulta médica a un especialista en clínicas u hospitales privados NO concertados, o consultas particulares? (Incluir también las consultas a enfermería, matrona, …)

Encuestador/a: Se entiende por concertado si la consulta ha sido financiada o subvencionada por el Servicio Canario de la Salud

☐ 01 En las últimas 4 semanas
☐ 02 Hace más de 1 mes pero menos de un año ..... Ir a P60
☐ 03 Hace 1 año o más ..... Ir a P60
☐ 04 Nunca ..... Ir a P60
☐ -09 NS/NC ..... Ir a P60

P59. En las últimas 4 semanas, ¿cuántas consultas médicas a especialistas, en total, ha realizado en clínicas u hospitales privados NO concertados, o consultas particulares?

Encuestador/a: Se entiende por concertado si la consulta ha sido financiada o subvencionada por el Servicio Canario de la Salud. Si no sabe o no contesta anotar -9

Nº de visitas: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ -09 NS/NC

HOSPITALIZACIONES

P60. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido que ingresar en un hospital como paciente al menos durante una noche?

☐ 01 Sí
☐ 06 No ..... Ir a P67
☐ -09 NS/NC ..... Ir a P67

P61. ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado en los últimos 12 meses en clínicas u hospitales públicos o concertados (incluyendo Mutualidad obligatoria de funcionarios: MUFACE, MUGEJU, ISFAS)?

Encuestador/a: Se entiende por concertado si la consulta ha sido financiada o subvencionada por el Servicio Canario de la Salud. En el caso de que la persona entrevistada no haya estado ingresado en hospitales públicos o concertados anotar 0. Si no sabe o no contesta anotar -9

Nº de veces: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ -09 NS/NC

Si no ha estado ingresado en hospitales públicos ir a P64

P62. Considerando todas las veces que ha estado hospitalizado en los últimos 12 meses en clínicas u hospitales públicos o concertados (incluyendo Mutualidad obligatoria de funcionarios: MUFACE, MUGEJU, ISFAS), ¿cuántos días estuvo hospitalizado en total?

Encuestador/a: Se entiende por concertado si la consulta ha sido financiada o subvencionada por el Servicio Canario de la Salud. Si no sabe o no contesta anotar -9

Nº de días: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ -09 NS/NC

P63. ¿Cómo considera, en general, la calidad de la atención recibida en los hospitales públicos, a los que usted ha acudido?

☐ 01 Muy buena
☐ 02 Buena
☐ 03 Regular
☐ 04 Mala
☐ 05 Muy mala
☐ -09 NS/NC

P64. ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado en los últimos 12 meses en clínicas u hospitales privados NO concertados?

Encuestador/a: Se entiende por concertado si la consulta ha sido financiada o subvencionada por el Servicio Canario de la Salud. En el caso de que la persona entrevistada no haya estado ingresado en hospitales privados NO concertados anotar 0. Si no sabe o no contesta anotar -9

Nº de veces: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ -09 NS/NC

Si no ha estado ingresado en hospitales privados no concertados ir a P66

P65. Considerando todas las veces que ha estado hospitalizado en los últimos 12 meses en clínicas u hospitales privados NO concertados, ¿cuántos días estuvo hospitalizado, en total?

Encuestador/a: Se entiende por concertado si la consulta ha sido financiada o subvencionada por el Servicio Canario de la Salud. Si no sabe o no contesta anotar -9

Nº de días: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ -09 NS/NC

P66. En relación a su último ingreso hospitalario, ¿cuál fue el motivo de su ingreso?

☐ 01 Intervención quirúrgica
☐ 02 Estudio médico diagnóstico
☐ 03 Tratamiento médico sin intervención quirúrgica
☐ 04 Parto (incluye cesáreas)
☐ 05 Otros motivos
☐ -09 NS/NC

URGENCIAS

P67. En los últimos doce meses, ¿cuántas veces ha acudido a los servicios de urgencias por un problema de salud suyo?

Encuestador/a: Anote la cantidad de visitas indicada por el entrevistado según el centro donde haya realizado la visita. En caso de que no haya visitado los servicios de urgencia en los últimos doce meses, anotar 0 en todas las casillas.

		Número de visitas a servicios de urgencias	
A)	Centros de salud	..... veces	☐ -09 NS/NC
B)	Ambulatorios, clínicas u hospitales públicos o concertados (incluyendo Mutualidad obligatoria de funcionarios: MUFACE, MUGEJU, ISFAS)	..... veces	☐ -09 NS/NC
C)	Clínicas u hospitales privados no concertados	..... veces	☐ -09 NS/NC

Si P67A = 0 y P67B = 0, entoces ir a P69

P68. ¿Cómo considera, en general, la atención que ha recibido en las unidades de urgencias de la sanidad pública?

☐ 01 Muy buena
☐ 02 Buena
☐ 03 Regular
☐ 04 Mala
☐ 05 Muy mala
☐ -09 NS/NC

MEDICINA ALTERNATIVA

P69. ¿Ha realizado en los últimos 12 meses alguna consulta a los siguientes profesionales por motivos de salud?

	01 Sí	06 No	-09 NS/NC
Homeópata, osteópata o naturista			
Acupuntor			
Curandero			
Otros profesionales de medicina alternativa			

NECESIDAD DE ASISTENCIA MÉDICA NO SATISFECHA

P70. En los últimos 12 meses, ¿hubo alguna vez en la que necesitó consultar a un médico/a por un problema de salud suyo, pero no lo hizo o no pudo hacerlo?

☐ 01 Sí
☐ 06 No ..... Ir a P72
☐ -09 NS/NC ..... Ir a P72

P71. ¿Cuál fue la causa principal por la que no consultó a un médico/a?

Encuestador/a: No debe leer a la persona entrevistada las alternativas de respuesta, sino señalar aquélla que él le facilite espontáneamente, siempre que coincida con alguna de las incluidas en las opciones 1 a 9. Si la respuesta no coincide con ninguna de estas opciones, señale la opción '10. Otra causa'

☐ 01 No pudo conseguir cita
☐ 02 No pudo dejar el trabajo
☐ 03 Era demasiado caro/ no tenía dinero
☐ 04 No tenía medio de transporte
☐ 05 Estaba demasiado nervioso y asustado
☐ 06 El seguro no lo cubría
☐ 07 No tenía seguro
☐ 08 Había que esperar demasiado
☐ 09 No pudo por sus obligaciones familiares
☐ 10 Otra causa
☐ -09 NS/NC

CONSUMO DE MEDICAMENTOS

P72. Durante las últimas 2 semanas, ¿ha consumido alguno de los siguientes medicamentos?; ¿le fueron recetados por el médico, independientemente de que no hayan sido consumidos?

Encuestador/a: Mostrar la 'Tarjeta 4' al entrevistado/a. Léale a la persona entrevistada cada tipo de medicamento, y anote si lo ha consumido o no en las últimas 2 semanas, y anote si le fue o no recetado por algún médico (independientemente de que haya tomado o no las medicinas). Si la persona entrevistada es hombre, marque directamente en la opción 14 NO en consumido y en recetado.

	Consumido		Recetado	
	01 Sí	06 No	01 Sí	06 No
01. Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios (excepto antibióticos)				
02. Medicinas para el dolor y/o para bajar la fiebre				
03. Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos				
04. Laxantes				
05. Antibióticos				
06. Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir				
07. Medicamentos para la alergia				
08. Medicamentos para la diarrea				
09. Medicinas para el reuma				
10. Medicinas para el corazón				
11. Medicinas para la tensión arterial				
12. Medicinas para el estómago				
13. Antidepresivos, estimulantes				
14. **(Para mujeres)** Píldoras anticonceptivas				
15. Medicamentos hormonales sustitutivos				
16. Medicamentos para adelgazar				
17. Medicamentos para bajar el colesterol				
18. Medicamentos para la diabetes				
19. Productos de medicina alternativa (homeopática, naturista, etc)				
20. Otros				

HÁBITOS HIGIÉNICOS, VISITAS A LA CONSULTA DENTAL

P73. ¿Con qué frecuencia se lava los dientes?

- ☐ 01 Después de cada comida
- ☐ 02 Más de una vez al día, pero no después de cada comida
- ☐ 03 Una vez al día
- ☐ 04 Varias veces a la semana, pero no todos los días
- ☐ 05 Ocasionalmente
- ☐ 06 Nunca
- ☐ -09 NS/NC

P74. ¿Ha acudido alguna vez a una consulta dental?

- ☐ 01 Sí
- ☐ 06 No ..... Ir a P77
- ☐ -09 NS/NC ..... Ir a P77

P75. ¿Cuánto tiempo hace que acudió a la consulta dental, por última vez?

- ☐ 01 Menos de 1 año
- ☐ 02 Entre 1 y menos de 2 años
- ☐ 03 Entre 2 y menos de 5 años
- ☐ 04 5 y más años
- ☐ -09 NS/NC

P76. ¿Cuál fue el motivo de la última visita a la consulta dental?

Encuestador/a: Respuesta de opción múltiple. Señalar un máximo de 4 motivos

- ☐ 01 Revisión o chequeo
- ☐ 02 Limpieza de dientes
- ☐ 03 Empastes, endodoncias
- ☐ 04 Extracción de dientes o muelas
- ☐ 05 Colocación de fundas, puentes, prótesis
- ☐ 06 Tratamiento de las encías
- ☐ 07 Ortodoncia
- ☐ 08 Aplicación de flúor
- ☐ 09 Colocación de implantes para sustituir uno o varios dientes
- ☐ 10 Otros
- ☐ -09 NS/NC

HÁBITOS DE VIDA: CONSUMO DE TABACO

P77. ¿Podría decirme si actualmente fuma?

- ☐ 01 Sí, fuma diariamente
- ☐ 02 Sí fuma, pero no diariamente
- ☐ 03 No fuma actualmente, pero ha fumado antes
- ☐ 04 No fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual ..... Ir a P86
- ☐ -09 NS/NC ..... Ir a P86

P78. ¿A qué edad comenzó a fumar de manera habitual?

Encuestador/a: Si no sabe o no contesta anotar -9

Edad en años: ☐ ☐ ☐ ☐ -09 NS/NC

Para fumadores (P77 = 1, 2)

P79. Con respecto a su consumo actual, ¿diría que fuma más, menos o igual que hace 2 años?

- ☐ 01 Más
- ☐ 02 Igual
- ☐ 03 Menos
- ☐ -09 NS/NC

P80. ¿Ha intentado dejar de fumar en alguna ocasión?

- ☐ 01 No, nunca lo ha intentado
- ☐ 02 Sí, en menos de 3 ocasiones
- ☐ 03 Sí, en 3 o más ocasiones
- ☐ -09 NS/NC

P81. ¿Se ha planteado actualmente dejar de fumar?

- ☐ 01 Sí, en los próximos seis meses
- ☐ 02 Sí, en el próximo mes
- ☐ 03 Sí, pero no tengo fecha prevista
- ☐ 04 No me lo he planteado
- ☐ 05 Otros
- ☐ -09 NS/NC

Para personas que fuman a diario (P77 = 1)

P82. ¿Qué tipo de tabaco fuma y en qué cantidad diaria?

Encuestador/a: Anotar el número de veces que fuma diariamente cada uno de los siguientes tipos de tabaco. Anotar 0 en caso de que no fume ese tipo de tabaco. Si no sabe o no contesta anotar -9.

- ☐ 01 Cigarros (negro o rubio) ..... ☐ ☐ al día
- ☐ 02 Puros ..... ☐ ☐ al día
- ☐ 03 Puritos ..... ☐ ☐ al día
- ☐ 04 Pipa ..... ☐ ☐ al día
- ☐ 05 Otros ..... ☐ ☐ al día

Para fumadores no diarios (P77 = 2)

P83. ¿Con qué frecuencia suele consumir tabaco?

- ☐ 01 Al menos tres o cuatro veces por semana
- ☐ 02 Una o dos veces por semana
- ☐ 03 Menos de una vez a la semana
- ☐ -09 NS/NC

Para exfumadores (P77 = 3)

P84. ¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar?

Encuestador/a: Anote la cantidad de años y meses. En caso de que hayan pasado menos de 12 meses, registre 0 en 'años'. Si hace menos de un mes que dejó de fumar, anotar 1 en 'meses'. Si no sabe o no contesta anotar -9.

Años: ☐ ☐ Meses: ☐ ☐ ☐ -09 NS/NC

P85. ¿Cuáles fueron los dos principales motivos que le llevaron a tomar esa decisión?

Encuestador/a: Pregunta de respuesta múltiple. Puede señalar 2 opciones como máximo.

- ☐ 01 Por consejo de un profesional sanitario
- ☐ 02 Aumentó su grado de preocupación por los efectos nocivos del tabaco (riesgo para la salud)
- ☐ 03 Embarazo
- ☐ 04 Sintió que disminuía su rendimiento psíquico y/o físico en general
- ☐ 05 Por la normativa vigente sobre consumo y venta de tabaco en España
- ☐ 06 Otros motivos
- ☐ -09 NS/NC

Para no fumadores (P77 = 3, 4 y -9)

P86. Considere aquellas situaciones en las que son otras personas las que están fumando, ¿con qué frecuencia está expuesto al humo del tabaco en áreas cerradas fuera de su casa y de su trabajo?

- ☐ 01 Nunca o casi nunca
- ☐ 02 Menos de una hora al día
- ☐ 03 Entre 1 y 5 horas al día
- ☐ 04 Más de 5 horas al día
- ☐ -09 NS/NC

P87. Considere aquellas situaciones en las que son otras personas las que están fumando, ¿con qué frecuencia está expuesto al humo del tabaco dentro de su casa?

- ☐ 01 Nunca o casi nunca
- ☐ 02 Menos de una hora al día
- ☐ 03 Entre 1 y 5 horas al día
- ☐ 04 Más de 5 horas al día
- ☐ -09 NS/NC

HÁBITOS DE VIDA: CONSUMO DE ALCOHOL

P88. Generalmente, ¿con qué frecuencia consume usted bebidas alcohólicas?

- ☐ 01 Diariamente
- ☐ 02 Entre 4 y 6 veces a la semana
- ☐ 03 Entre 2 y 3 veces a la semana
- ☐ 04 Una vez a la semana
- ☐ 05 Entre una y tres veces al mes ..... Ir a P91
- ☐ 06 Menos de una vez al mes ..... Ir a P91
- ☐ 07 Nunca ..... Ir a P91
- ☐ -09 NS/NC ..... Ir a P91

P89. Durante una semana normal, ¿cuántos vasos o copas ha tomado usted en cada uno de los días?

Encuestador/a: Consideramos una semana normal, aquella en la que se realizan las actividades habituales, sin estar condicionada por vacaciones, festividades o otras situaciones extraordinarias. Anote la cantidad en cada uno de los días en todos los tipos de bebida mencionados por el encuestado. Anotar 0 en el caso de que no consuma estas bebidas en el día indicado.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Cerveza							
Vino, cava, licores afrutados (chupito), carajillo							
Anís, coñac, whisky, ginebra, ron, combinados							

P90. ¿A qué edad empezó a consumir bebidas con alcohol de forma habitual?

Encuestador/a: Si no sabe o no contesta anotar -9

Edad en años: ☐ ☐ ☐ ☐ -09 NS/NC

HÁBITOS DE VIDA: ACTIVIDAD FÍSICA

P91. ¿Qué tipo de actividad física realiza, habitualmente, en su trabajo, estudio o labores de casa?

- ☐ 01 Está básicamente sentado y anda poco (administrativo/a, taxista, …)
- ☐ 02 Anda bastante pero no realiza ningún esfuerzo vigoroso (vendedor/a, industrial, …)
- ☐ 03 Anda y hace esfuerzos vigorosos frecuentemente (cartero/a, transportista, agricultor/a, …)
- ☐ 04 Básicamente hace esfuerzos vigorosos y de mucha actividad (construcción, cargadores, trabajo industrial vigoroso, …)
- ☐ -09 NS/NC

P92. Habitualmente, ¿realiza en su tiempo libre alguna actividad física como caminar, hacer algún deporte, gimnasia, etc.?

☐ 01 Sí
☐ 06 No ..... Ir a P94
☐ -09 NS/NC ..... Ir a P94

P93. Durante las últimas 2 semanas, ¿podría decirme cuántas veces ha practicado durante más de 10 minutos seguidos las siguientes actividades?

Encuestador/a: Si no realiza alguna de las actividades anotar 0. Si no sabe o no contesta anotar -9

	nº de veces en las 2 últimas semanas
Una actividad física ligera como caminar, jardinería, gimnasia suave, juegos que requieren poco esfuerzo o similares	
Una actividad física moderada como montar en bicicleta, gimnasia, aeróbic, correr, natación	
Una actividad física intensa como fútbol, baloncesto, ciclismo o natación de competición, judo, kárate o similares	

P94. ¿Cómo considera su forma física?

☐ 01 Muy buena
☐ 02 Buena
☐ 03 Normal
☐ 04 Mala
☐ 05 Muy mala
☐ -09 NS/NC

P95. ¿Cuántas horas duerme usted habitualmente? Incluir las horas de siesta

Encuestador/a: Si no sabe o no contesta anotar -9

Nº de horas: [ ] ☐ -09 NS/NC

HÁBITOS DE VIDA: ALIMENTACIÓN

P96. En relación con sus hábitos alimentarios, ¿qué suele desayunar habitualmente?

Encuestador/a: Respuesta de opción múltiple. Señalar un máximo de 5 opciones.

☐ 01 Agua
☐ 02 Leche y derivados (yogur, queso blanco, etc.)
☐ 03 Pan, cereales
☐ 04 Fruta, zumo, etc
☐ 05 Café, te, otras infusiones
☐ 06 Bollos, galletas
☐ 07 Embutidos
☐ 08 Otro tipo de alimentos
☐ 09 Nada, no suele desayunar
☐ -09 NS/NC

P97. ¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos?

Encuestador/a: Muestre a la persona entrevistada la 'Tarjeta 5' y anote las frecuencias de consumo de alimentos que se relacionan.

	01	02	03	04	05	-09
	A diario	Tres o más veces por semana	Una o dos veces por semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca	NS/NC
Verduras y otras hortalizas						
Fruta fresca (entera o en zumos)						
Productos lácteos (leche, yogur, queso,…)						
Pan, cereales, gofio						
Pasta, arroz, papas						
Legumbres (lentejas, judías,…)						
Pescado incluyendo cefalópodos (pulpo, calamares,…) y mariscos						
Carne (pollo, ternera, cerdo, cordero, etc.)						
Huevos						
Dulces (galletas, mermeladas, etc.)						
Refrescos con azúcar o con gas						
Embutidos, fiambres, mantequilla, beicon,...						

LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD

P98. ¿Tiene alguna dificultad o problema de salud que le impida o dificulte realizar actividades de la vida diaria? (comunicarse, moverse, asearse, realizar las tareas del hogar, relacionarse con otras personas)

Estos problemas debe padecerlos y/o espera padecerlos por más de 6 meses.

☐ 01 Sí
☐ 06 No ..... Ir a P105
☐ -09 NS/NC ..... Ir a P105

P99. A continuación voy a nombrarle una serie de actividades de la vida diaria cuya realización puede verse limitada por problemas de salud y discapacidades. Dígame, por favor, si tiene problemas para realizar estas actividades en la actualidad, siempre que estos problemas los lleve padeciendo y/o espere padecerlos por más de 6 meses

	01 Sí	06 No
1. Experiencias sensoriales		
1.1. Mirar (percibir imágenes y objetos, ver un acontecimiento deportivo..)		
1.2. Escuchar (escuchar la radio, música, conversaciones)		
2. Comunicarse		
2.1. Comunicarse a través del habla (comprender y producir palabras, frases, historias)		
2.2. Comunicarse a través de lenguajes alternativos (comprender y usar gestos, lenguaje de sordos, símbolos o dibujos)		
2.3. Comunicarse a través de la lectura-escritura (leer libros, periódicos, escribir cartas)		
3. Aprender y desarrollar tareas		
3.1. Reconocer personas, objetos y orientarse en el espacio y el tiempo		
3.2. Recordar informaciones y episodios recientes y/o pasados		
3.3. Llevar a cabo tareas (iniciar, organizar y terminar una o varias tareas)		
4. Utilizar brazos y manos		
4.1. Levantar y llevar objetos		
4.2. Uso de la mano y el brazo (utilizar utensilios y herramientas)		
4.3. Uso fino de la mano (manipular objetos pequeños con manos y dedos)		
5. Movilidad		
5.1. Cambiar y mantener distintas posiciones del cuerpo (mantenerse acostado, sentado)		
5.2. Andar (avanzar a pie, paso a paso)		
5.3. Desplazarse por distintos lugares (andar y moverse por la casa o por la calle)		
5.4. Utilizar medios de transporte como pasajero		
5.5. Conducir vehículo propio		
6. Autocuidado		
6.1. Lavarse y cuidar su cuerpo		
6.2. Controlar las necesidades y utilizar sólo el servicio		
6.3. Vestirse		
6.4. Comer y beber		
7. Realizar tareas del hogar		
7.1. Encargarse de las compras de bienes y servicios para la casa		
7.2. Preparar comidas		
7.3. Encargarse de la limpieza y cuidado de la casa		
7.4. Ayudar a los demás en las tareas del hogar		
8. Relaciones sociales		
8.1. Relacionarse con extraños (preguntar una dirección, comprar, etc.)		
8.2. Relacionarse con amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc.		
8.3. Relacionarse con familiares		
8.4. Crear y mantener relaciones íntimas (relaciones sentimentales, conyugales y sexuales)		

P100. ¿Cuál es o será la duración de su problema?

Encuestador/a: Se refiere a la suma del tiempo que lleva padeciéndolo más el que espera que le dure el problema. Si la limitación es permanente marcar la celda correspondiente. Si la duración de la limitación es inferior a un año, anote 0 en años y la cantidad en meses en la casilla correspondiente. Si no sabe o no contesta anotar -9.

☐ Limitación permanente

Años: ☐☐ Meses: ☐☐

☐ -09 NS/NC

P101. Debido a esta dificultad, ¿necesita algún tipo de ayuda o cuidado de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria?

☐ 01 Sí
☐ 06 No ..... Ir a P104
☐ -09 NS/NC ..... Ir a P104

P102. ¿Recibe la ayuda que necesita de otras personas?

☐ 01 Sí
☐ 06 No ..... Ir a P104
☐ -09 NS/NC ..... Ir a P104

P103. ¿Qué persona se ocupa principalmente de su cuidado?

☐ 01 Familiar
☐ 02 Servicio doméstico
☐ 03 Servicios Sociales
☐ 04 Otro tipo de cuidador
☐ -09 NS/NC

P104. ¿Qué ha originado su problema?

☐ 01 Congénito y/o problema en el parto
☐ 02 Enfermedad
☐ 03 Accidente
☐ 04 Senilidad (edad avanzada)
☐ 05 Otras causas
☐ -09 NS/NC

RIESGOS (AUTOCUMPLIMENTADO)

Sólo para trabajadores y personas cuya actividad principal sean las tareas domésticas (P2 = 1, 2 ó 7)

A cumplimentar por el encuestador:

¿El módulo ha sido cumplimentado por la persona encuestada? ☐ 01 Sí ☐ 06 No

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Estas preguntas se deben responder personalmente. 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.

P105. En su lugar de trabajo, ¿en qué medida está usted expuesto/a a…?

	01 Muy expuesto/a	02 Algo expuesto/a	03 No expuesto/a	-09 NS/NC
01. Acoso o intimidación				
02. Discriminación				
03. Violencia o trato violento				
04. Presión o sobrecarga de trabajo				
05. Productos químicos, polvo, humos o gases				
06. Ruidos o vibraciones				
07. Posturas forzadas, movimientos o manejo de cargas pesadas en el trabajo				
08. Riesgo de accidente				

USO DE ANTICONCEPTIVOS / CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO (AUTOCUMPLIMENTADO)

A cumplimentar por el encuestador:

¿El módulo ha sido cumplimentado por la persona encuestada? ☐ 01 Sí ☐ 06 No

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Estas preguntas se deben responder personalmente. 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.

Si entre dos preguntas existe un recuadro con instrucciones, debe ir a la pregunta que se adapte a sus circunstancias.

P106. ¿Tiene usted pareja estable?

☐ 01 Sí
☐ 06 No
☐ -09 NS/NC

P107. ¿Ha mantenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses?

☐ 01 Sí ..... Continuar
☐ 06 No
☐ -09 NS/NC → **FIN DEL CUESTIONARIO**

Si es usted mujer mayor de 50 años ir a la pregunta P111.
En otro caso ir a la pregunta P108.

P108. Suponga que usted y la persona con la que ha tenido relaciones en los últimos 3 meses no hubiesen utilizado ningún tipo de método anticonceptivo, ¿usted/esa persona se podría haber quedado embarazada?

☐ 01 Sí
☐ 06 No ..... Ir a P111
☐ -09 NS/NC → **FIN DEL CUESTIONARIO**

P109. ¿Qué métodos anticonceptivos han utilizado usted y la/s persona/s con la que ha tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses?

Encuestador/a: Si la persona encuestada no autocumplimenta este bloque mostrarle la 'Tarjeta 6'. Marcar la casilla correspondiente, dependiendo de que el/la encuestado/a reconozca haber usado alguno de los siguientes métodos anticonceptivos en los últimos 3 meses. Para los casos de 'ligadura de trompas' o 'vasectomía', se considerará si la persona entrevistada o su pareja se han realizado alguna de estas intervenciones, independientemente del momento en el que se haya realizado.

	01 Sí	06 No	-09 NS/NC
01. Preservativo masculino o femenino			
02. Píldora			
03. Ligadura de trompas/vasectomía			
04. Dispositivo intrauterino			
05. Cremas anticonceptivas			
06. Píldora del día después			
07. Coito interrumpido			
08. Método de Ogino-knauss o del ritmo			
09. Método de la temperatura basal			
10. Otro			
11. Ninguno			

Si ha contestado que SÍ en alguna opción de la 5 a la 11 de la pregunta P109 ir a la pregunta P110.
En caso contrario, FIN DEL CUESTIONARIO

P110. ¿Por qué motivos en alguna o en todas sus relaciones no han utilizado un método anticonceptivo más fiable, en los 3 últimos meses?

Encuestador/a: Respuesta de opción múltiple. Señalar un máximo de 3 opciones.

☐ 01 Porque no tenía información sobre los métodos anticonceptivos
☐ 02 Porque le resulta difícil obtenerlos
☐ 03 Porque le resultan caros
☐ 04 Porque usted/ o su pareja desea quedar embarazada
☐ 05 Por motivos de conciencia o creencias religiosas
☐ 06 Por vergüenza
☐ 07 Porque en ese momento no tenía ninguno disponible
☐ 08 Otros motivos
☐ -09 NS/NC

FIN DEL CUESTIONARIO

P111. ¿Usted o la/s persona/s con la que ha tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses han utilizado en todas sus relaciones el preservativo?

☐ 01 Sí
☐ 06 No
☐ -09 NS/NC

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN