

# Encuesta de salud de Catalunya

## 1<sup>er</sup> semestre de 2016

Oleada 12

## Cuestionario general

### Población de 15 años y más

14/12/2015

Oleada	12	Semestre 1 - 2016
Número de cuestionario		
Fecha de la entrevista		
Hora de inicio		
Tipo de cuestionario		

### SECRETO ESTADÍSTICO

Las informaciones que le pedimos en este cuestionario son para elaborar una estadística oficial.

La administración y los funcionarios que utilicen esta información están obligados, por ley, al secreto estadístico, es decir, a no divulgarla y a no utilizarla para ninguna otra finalidad que no sea la elaboración de una estadística oficial.

Todos los ciudadanos, entidades e instituciones están obligados por ley a proporcionar la información que se solicita y esta información tiene que ser completa y verídica.

*(Artículos 37, 38 y 39 de la Ley 23/1998 de 30 de diciembre, de estadística de Catalunya)*

## A. Sexo y fecha de nacimiento

*Para todas las personas entrevistadas*

1. Anotar el sexo de la persona entrevistada

- |   |                          |        |
|---|--------------------------|--------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Hombre |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Mujer  |

2. ¿Cuál es su fecha de nacimiento completa, día, mes y año?

Día   Mes   Año

## C. Cobertura sanitaria

*Para todas las personas entrevistadas*

34. ¿Tiene derecho a la asistencia sanitaria mediante alguna de las entidades que le leeré a continuación? *LEER*

*Se excluyen las mutuas obligatorias de accidentes de trabajo, las escolares y las de federaciones deportivas.*

*Las tres primeras categorías son excluyentes.*

	1. Sí	2. No	9. NS/NC
1. Servicio Catalán de la Salud (tiene la Tarjeta Sanitaria Individual o TSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mutua de afiliación obligatoria (MUFACE, ISFAS, MUGEJU, PAMEM o similar) con prestación sanitaria del Servicio Catalán de la Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mutua de afiliación obligatoria con prestación sanitaria de un seguro privado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Seguro sanitario privado, concertado individualmente (SANITAS, ASISA, la Alianza, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Seguro sanitario privado, pagado por su empresa (SANITAS, ASISA, la Alianza, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. No tiene ningún seguro sanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Otra situación. <i>Especificar</i> ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>			

35. Durante los últimos 12 meses, ¿qué modalidad de servicios sanitarios ha utilizado más frecuentemente? *LEER*

*Se incluyen las mutuas obligatorias de accidentes de trabajo, las escolares o las de federaciones deportivas.*

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No ha utilizado ninguno ▶ <i>pasar a la pregunta 37</i>              |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Servicio Catalán de la Salud   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Seguro sanitario privado a cargo de la mutua obligatoria             |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Seguro sanitario privado concertado individualmente o por su empresa |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Médicos particulares   |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Otra posibilidad. <i>Especificar</i> ▼                               |

36. ¿Qué grado de satisfacción tiene con estos servicios sanitarios que ha utilizado más frecuentemente durante los últimos 12 meses?

- |   |                          |                    |
|---|--------------------------|--------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Muy satisfecho/a   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Satisfecho/a       |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Insatisfecho/a     |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Muy insatisfecho/a |

## D. Estado de salud y calidad de vida relacionada con la salud

*Para todas las personas entrevistadas*

A continuación le haremos unas preguntas referidas a su estado de salud

37. ¿Cómo diría usted que es su salud en general? *LEER*

- |   |                          |           |
|---|--------------------------|-----------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Excelente |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Muy buena |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Buena     |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Regular   |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Mala      |

38. Aproximadamente, ¿cuántos kilos pesa sin ropa?

,  kilos

39. Aproximadamente, ¿cuántos centímetros mide sin zapatos?

,  centímetros

108. Durante la semana pasada ¿cuántas horas ha dormido diariamente, como media?

----- horas

40a1. Diga qué afirmaciones describen mejor su estado de salud en el día de hoy. *LEER POR GRUPOS DE RESPUESTAS DE 5 EN 5*

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No tiene problemas para caminar        |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas leves para caminar     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas moderados para caminar |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas graves para caminar    |
| 5 | <input type="checkbox"/> | No puede caminar                       |

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No tiene problemas para lavarse o vestirse        |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas leves para lavarse o vestirse     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas moderados para lavarse o vestirse |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas graves para lavarse o vestirse    |
| 5 | <input type="checkbox"/> | No puede lavarse o vestirse                       |

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No tiene problemas para hacer sus actividades cotidianas (trabajar, estudiar, hacer las tareas del hogar o actividades de ocio) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas leves para hacer sus actividades cotidianas   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas moderados para hacer sus actividades cotidianas   |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas graves para hacer sus actividades cotidianas  |
| 5 | <input type="checkbox"/> | No puede hacer sus actividades cotidianas   |

- |   |                          |                                 |
|---|--------------------------|---------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No tiene dolor ni malestar      |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Tiene dolor o malestar leve     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Tiene dolor o malestar moderado |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Tiene dolor o malestar fuerte   |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Tiene dolor o malestar extremo  |

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No está ansioso/a ni deprimido/a            |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Está levemente ansioso/a o deprimido/a      |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Está moderadamente ansioso/a o deprimido/a  |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Está muy ansioso/a o deprimido/a            |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Está extremadamente ansioso/a o deprimido/a |

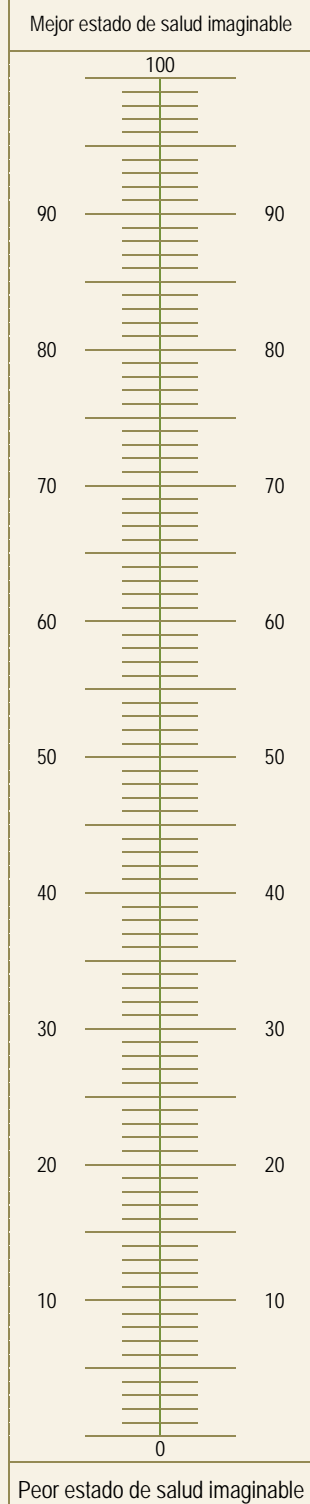
40b. Nos puede indicar, en esta escala que parece un termómetro, su opinión sobre su estado de salud en general en el día de hoy. El 100 representa el mejor estado de salud imaginable y el 0 el peor estado de salud imaginable.

Encuestador/a: mostrar el termómetro y dejar el lápiz para que la persona entrevistada marque la cruz

Su estado de salud  
HOY

Marcar con una cruz en el termómetro su  
estado de salud en el día de hoy

Puntuación



Ahora le haré una pregunta muy parecida a otra anterior...

37b. ¿Cómo diría usted que es su salud en general? LEER

- |   |                          |           |
|---|--------------------------|-----------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Muy buena |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Buena     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Regular   |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Mala      |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Muy mala  |

## E. Morbilidad crónica y accidentes

### Morbilidad crónica

*Para todas las personas entrevistadas*

41. ¿Tiene usted alguna enfermedad o problema de salud crónico o de larga duración ?

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

42. A continuación, ¿nos podría decir si padece o ha padecido alguno de los trastornos crónicos que ahora le leeré?

42a- ¿Alguna vez ha padecido...? Entrevistador/a, lea todas las enfermedades que se relacionan, una a una, y anote la respuesta que proceda.

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

#### Lista de enfermedades:

1. Presión alta
2. Colesterol elevado
3. Diabetes o azúcar en la sangre
4. Anemia
5. Alergias crónicas
6. Asma
7. Bronquitis crónica
30. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y enfisema
8. Varices en las piernas
10. Migraña o dolores de cabeza frecuentes
11. Cataratas
12. Dolor de espalda crónico cervical
13. Dolor de espalda crónico lumbar o dorsal
14. Artrosis, artritis o reumatismo
  - 14.1 Artrosis
  - 14.2 Artritis crónica
  - 14.3 Tendinitis
  - 14.4 Fibromialgia
15. Osteoporosis
16. Problemas de próstata (sólo hombres)
17. Incontinencia urinaria (pérdidas involuntarias de orina)
18. Estreñimiento crónico
19. Almorranas/hemorroides
20. Úlcera de estómago o duodeno
21. Problemas crónicos de piel (*desplegar la opción de psoriasis si se contesta afirmativamente a este ítem*)
 

21.1 Psoriasis
22. Problemas de tiroides
23. Depresión y/o ansiedad
24. Otros trastornos mentales (*desplegar las opciones siguientes si se contesta afirmativamente a este ítem*)
  - 24.1 Anorexia
  - 24.2 Bulimia
  - 24.3 Trastorno bipolar
  - 24.4 Esquizofrenia
  - 24.5 Demencia u otras pérdidas graves de memoria
  - 24.6 Adicciones
  - 24.7 Otro trastorno mental. Especificar: ▼
25. Embolia/apoplejía
26. Infarto de miocardio
27. Otras enfermedades del corazón
28. Tumores malignos
29. Otro trastorno crónico. Especificar: ▼

*Si 42a=1, pasar a las preguntas 42b y 42c, una a continuación de la otra*

42b- ¿La ha padecido en los últimos 12 meses?

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

42c- ¿Le ha dicho un médico que la padece?

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

	42a ¿Alguna vez ha padecido...?	42b ¿La ha padecido en los últimos 12 meses?	42c ¿Le ha dicho un médico que la padece?
1. Presión alta	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
2. Colesterol elevado	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
3. Diabetes o azúcar en la sangre	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
4. Anemia	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
5. Alergias crónicas	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
6. Asma	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
7. Bronquitis crónica	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)

etc.

*Para las personas diagnosticadas de psoriasis por un médico (42c.21.1=1)*

PSOR1. Desde el momento que fue diagnosticado/a, ¿ha recibido alguna vez un tratamiento sistémico (pastillas, tratamiento con luz o inyecciones)?

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

## Accidentes

*Para todas las personas entrevistadas*

Las preguntas que haremos seguidamente tratan sobre accidentes que hayan provocado alguna **RESTRICCIÓN** en sus actividades habituales y/o que hayan requerido **ASISTENCIA SANITARIA**.

43. ¿Durante los últimos 12 meses ha tenido algún accidente como.....? *LEER*

	1. Sí	2. No
1. Caídas de un nivel más alto que otro (caídas de una escalera, de una silla, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Caídas en un mismo nivel (caídas a ras de suelo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quemaduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Golpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Intoxicaciones (excluye intoxicación alimenticia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Accidentes de tráfico como conductor/a o pasajero/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Accidentes de tráfico como peatón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mordeduras o agresiones de origen animal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cortes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Otro. <i>Especificar</i> ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Si no ha tenido ningún accidente*

► *pasar a la pregunta 46a*

45. ¿Dónde tuvo lugar el accidente? *Si ha tenido más de uno, referirse al último*

1	<input type="checkbox"/>	Dentro de casa
2	<input type="checkbox"/>	En la empresa o puesto de trabajo
3	<input type="checkbox"/>	En un desplazamiento durante la jornada laboral
4	<input type="checkbox"/>	En la escuela o centro de formación
5	<input type="checkbox"/>	En la vía pública yendo o volviendo del trabajo o del centro de formación
6	<input type="checkbox"/>	En la vía pública (fuera del horario laboral o escolar)
7	<input type="checkbox"/>	En un centro deportivo
8	<input type="checkbox"/>	En otro sitio de esparcimiento
9	<input type="checkbox"/>	En otro sitio. <i>Especificar</i> ▼

## F. Consumo de medicamentos

*Para todas las personas entrevistadas*

46a. De la siguiente lista, ¿qué medicamentos ha tomado durante los últimos DOS días (ayer y/o antes de ayer)? *LEER. En caso afirmativo, ¿le ha sido recetado por el médico/a para este caso concreto, se lo ha aconsejado el farmacéutico o lo ha tomado por iniciativa propia?*

	1. No	2. Sí Recetado por el médico/a para este caso concreto	3. Sí Aconsejado por el farmacéutico	4. Sí Por iniciativa propia
1. Medicamentos como la aspirina o similares para aliviar el dolor y/o antiinflamatorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vitaminas o minerales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tranquilizantes, sedantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Medicamentos para la alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Medicamentos para la tos o el resfriado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Antibióticos (penicilina u otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Medicamentos para el asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medicamentos antidepresivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Medicamentos para la tensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Medicamentos para el colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Medicamentos para el corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Insulina o medicamentos para la diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Medicamentos para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Medicamentos para problemas de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Medicamentos para el estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Laxantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Medicamentos para la osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Anticonceptivos ( <i>sólo mujeres</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Medicamentos para problemas de los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Medicamentos para problemas de oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Medicamentos para adelgazar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Medicamentos homeopáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Plantas medicinales compradas en farmacias o herboristerías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Otro medicamento. <i>Especificar</i> ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## G. Salud mental

*Para todas las personas entrevistadas*

47. Las preguntas siguientes se refieren a problemas que ha podido tener durante los últimos 30 días. Por favor, escoja la respuesta que más se acerque a lo que siente o ha sentido recientemente

1. ¿Se ha podido concentrar bien en lo que hacía?	1 <input type="checkbox"/>	Sí		mejor que habitualmente
	2 <input type="checkbox"/>	Sí	No	igual que habitualmente
	3 <input type="checkbox"/>		No	menos que habitualmente
	4 <input type="checkbox"/>		No	mucho menos que habitualmente
2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?	1 <input type="checkbox"/>	No		en absoluto
	2 <input type="checkbox"/>	No	Sí	no más que habitualmente
	3 <input type="checkbox"/>		Sí	un poco más que habitualmente
	4 <input type="checkbox"/>		Sí	mucho más que habitualmente
3. ¿Ha sentido que juega un papel útil en la vida?	1 <input type="checkbox"/>	Sí		más útil que habitualmente
	2 <input type="checkbox"/>	Sí	No	igual que habitualmente
	3 <input type="checkbox"/>		No	menos útil que habitualmente
	4 <input type="checkbox"/>		No	mucho menos útil que habitualmente
4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	1 <input type="checkbox"/>	Sí		más que habitualmente
	2 <input type="checkbox"/>	Sí	No	igual que habitualmente
	3 <input type="checkbox"/>		No	menos que habitualmente
	4 <input type="checkbox"/>		No	mucho menos que habitualmente
5. ¿Se ha notado constantemente cargado/a y en tensión?	1 <input type="checkbox"/>	No		en absoluto
	2 <input type="checkbox"/>	No	Sí	no más que habitualmente
	3 <input type="checkbox"/>		Sí	un poco más que habitualmente
	4 <input type="checkbox"/>		Sí	mucho más que habitualmente
6. ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?	1 <input type="checkbox"/>	No		en absoluto
	2 <input type="checkbox"/>	No	Sí	no más que habitualmente
	3 <input type="checkbox"/>		Sí	un poco más que habitualmente
	4 <input type="checkbox"/>		Sí	mucho más que habitualmente
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades de cada día?	1 <input type="checkbox"/>	Sí		más que habitualmente
	2 <input type="checkbox"/>	Sí	No	igual que habitualmente
	3 <input type="checkbox"/>		No	menos que habitualmente
	4 <input type="checkbox"/>		No	mucho menos que habitualmente
8. ¿Ha sido capaz de hacer frente, adecuadamente, a sus problemas?	1 <input type="checkbox"/>	Sí		más capaz que habitualmente
	2 <input type="checkbox"/>	Sí	No	igual que habitualmente
	3 <input type="checkbox"/>		No	menos capaz que habitualmente
	4 <input type="checkbox"/>		No	mucho menos capaz
9. ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido/a?	1 <input type="checkbox"/>	No		en absoluto
	2 <input type="checkbox"/>	No	Sí	no más que habitualmente
	3 <input type="checkbox"/>		Sí	un poco más que habitualmente
	4 <input type="checkbox"/>		Sí	mucho más que habitualmente
10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo/a?	1 <input type="checkbox"/>	No		en absoluto
	2 <input type="checkbox"/>	No	Sí	no más que habitualmente
	3 <input type="checkbox"/>		Sí	un poco más que habitualmente
	4 <input type="checkbox"/>		Sí	mucho más que habitualmente
11. ¿Ha pensado que es una persona que no sirve para nada?	1 <input type="checkbox"/>	No		en absoluto
	2 <input type="checkbox"/>	No	Sí	no más que habitualmente
	3 <input type="checkbox"/>		Sí	un poco más que habitualmente
	4 <input type="checkbox"/>		Sí	mucho más que habitualmente
12. ¿Se siente razonablemente feliz, considerando todas las circunstancias?	1 <input type="checkbox"/>	Sí		más que habitualmente
	2 <input type="checkbox"/>	Sí	No	aproximadamente lo mismo que habitualmente
	3 <input type="checkbox"/>		No	menos que habitualmente
	4 <input type="checkbox"/>		No	mucho menos que habitualmente

## H. Limitaciones, discapacidades y autonomía personal

### Limitaciones

*Para todas las personas entrevistadas*

48. 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 hace habitualmente?

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Si, gravemente limitado/a              |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Si, limitado/a pero no gravemente      |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No limitado/a ► pasar a la pregunta 50 |

49. ¿Cuánto tiempo hace que tiene esta limitación?

- |   |                          |                                |
|---|--------------------------|--------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Menos de 6 meses               |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Entre 6 meses y menos de 1 año |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Entre 1 y menos de 5 años      |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Entre 5 y menos de 10 años     |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Hace 10 años o más             |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Siempre                        |

### Discapacidades

50. Las preguntas siguientes tienen por objeto concretar si tiene alguna limitación grave o discapacidad que le afecte de manera permanente para realizar sus actividades cotidianas

	1. Sí	2. No
1. ¿Tiene alguna limitación grave en la vista, que le imposibilite ver la televisión a dos metros, incluso con gafas o lentes de contacto, o ceguera de un ojo o ceguera total?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene alguna limitación grave del oído, de manera que no puede seguir una conversación de tono normal entre varias personas, incluso con aparato, o sordera de un oído o sordera total?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tiene alguna limitación grave para hablar, por ejemplo como consecuencia de una operación de laringe, que hace que los demás tengan dificultades para entender lo que usted dice?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene alguna limitación grave de comunicación para escribir o leer –exceptuando las personas analfabetas o con problemas de visión– o para utilizar y entender signos gráficos como señales de tráfico o las horas del reloj?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Por problemas físicos de movilidad, tiene una limitación grave para salir de casa si no va acompañado/a de otra persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene problemas para caminar, de manera que necesita un bastón u otro instrumento, o necesita la ayuda de otras personas o una silla de ruedas para desplazarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene otras limitaciones importantes de movimiento, como mucha dificultad para correr una distancia de 50 metros o para subir escaleras -10 escalones- sin ayuda de barandilla o de otro instrumento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene dificultades graves para hacer actividades cotidianas como abrir o cerrar puertas, grifos, pestillos, y/o estirarse o agacharse para coger objetos sin ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tiene alguna dependencia grave de un aparato o instrumento (marcapasos, etc.) o de un tratamiento (oxígeno, diálisis, dieta estricta, etc.) que le impiden hacer vida normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Tiene dificultades graves para hacer las actividades básicas de cuidado personal como comer, ir al lavabo, lavarse o vestirse sin ayuda de otra persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Tiene dificultades graves para hacer las actividades del cuidado del hogar y otras actividades cotidianas como comprar, cocinar, hacer el trabajo doméstico, administrar dinero o telefonar sin ayuda de otra persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Autonomía personal

53. ¿A causa de un problema de salud, necesita la ayuda o la compañía de otras personas para realizar las actividades habituales de la vida cotidiana?

- |   |                          |                   |   |
|---|--------------------------|-------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Si, regularmente  | ► pasar a la pregunta 60 (si tiene 60 años o más) o a la pregunta 61 (si tiene 59 años o menos) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Si, a veces       | ► pasar a la pregunta 60 (si tiene 60 años o más) o a la pregunta 61 (si tiene 59 años o menos) |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No necesita ayuda | ► pasar a la pregunta 60 (si tiene 60 años o más) o a la pregunta 61 (si tiene 59 años o menos) |

## I. Prácticas preventivas

*Sólo para personas de 60 años y más*

60. ¿Se pone la vacuna de la gripe (es una inyección) de forma regular cuando empieza el otoño?

1	<input type="checkbox"/>	Si
2	<input type="checkbox"/>	No

*Para todas las personas entrevistadas*

61. ¿Se toma la tensión (presión arterial) periódicamente?

1	<input type="checkbox"/>	Si
2	<input type="checkbox"/>	No

62. ¿Se revisa el nivel de colesterol en la sangre periódicamente?

1	<input type="checkbox"/>	Si
2	<input type="checkbox"/>	No

*Sólo para personas de 40 años y más*

Las preguntas siguientes hacen referencia a pruebas para la detección precoz de algunos cánceres.

CC1. La prueba de sangre oculta en heces es un análisis de una muestra de heces (caca), similar a un análisis de orina, para detectar cáncer o pólipos del intestino. ¿Alguna vez le han realizado una prueba de sangre oculta en heces?

1	<input type="checkbox"/>	Si
2	<input type="checkbox"/>	No
9	<input type="checkbox"/>	NS/NC

► Pasar a la pregunta CC4

► Pasar a la pregunta CC4

CC2. ¿Cuándo se hizo la última prueba de sangre oculta en heces?

1	<input type="checkbox"/>	Hace menos de un año
2	<input type="checkbox"/>	Hace entre 1 año y (menos de) 2
3	<input type="checkbox"/>	Hace entre 2 años y (menos de) 3
4	<input type="checkbox"/>	Hace 3 años o más
9	<input type="checkbox"/>	NS/NC

CC3. ¿Por qué motivo se hizo la última prueba de sangre oculta en heces? *Leer las respuestas*

1	<input type="checkbox"/>	Por algún problema, síntoma o enfermedad
2	<input type="checkbox"/>	Por consejo de su médico/a de atención primaria o especialista, a pesar de no tener ningún problema, síntoma o enfermedad
3	<input type="checkbox"/>	Porqué recibió una carta del Programa de detección precoz del cáncer de colon
4	<input type="checkbox"/>	Por otro motivo. <i>Especificarlo</i> ▼
9	<input type="checkbox"/>	NS/NC

CC4. La colonoscopia consiste en introducir un tubo flexible por el recto para detectar posibles problemas en el interior del intestino. ¿Alguna vez le han realizado una colonoscopia?

1	<input type="checkbox"/>	Si
2	<input type="checkbox"/>	No
9	<input type="checkbox"/>	NS/NC

► Si es hombre, pasar a la pregunta VAB1. Si es mujer, pasar a la pregunta 63

► Si es hombre, pasar a la pregunta VAB1. Si es mujer, pasar a la pregunta 63

## I. Prácticas preventivas

CC5. ¿Cuándo se hizo la última colonoscopia?

- |   |                          |                                   |
|---|--------------------------|-----------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Hace menos de un año              |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Hace entre 1 año y (menos de) 3   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Hace entre 3 años y (menos de) 5  |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Hace entre 5 años y (menos de) 10 |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Hace 10 años o más                |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC                             |

CC6. ¿Por qué motivo se hizo la última colonoscopia? *Leer las respuestas*

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Por algún problema, síntoma o enfermedad  |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Por historia familiar de cáncer de colon o pólipos  |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Por seguimiento de una colonoscopia anterior con resultado anormal (adenomas, pólipos, etc.)  |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Por consejo de su médico de atención primaria o especialista, a pesar de no tener ningún problema, síntoma o enfermedad, ni historia familiar         |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Por recomendación del Programa de detección precoz del cáncer de colon y recto, después de una prueba de detección de sangre oculta en heces positiva |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Por otro motivo. <i>Especificarlo</i> ▼   |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC   |

**Sólo para MUJERES**

63. ¿Se hace una mamografía (radiografía de la mama) periódicamente?

- |   |                          |                                    |
|---|--------------------------|------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Si                                 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No ► <i>pasar a la pregunta 66</i> |

64. ¿Cuándo se hizo la última mamografía?

- |   |                          |                                  |
|---|--------------------------|----------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Hace menos de un año             |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Hace entre 1 años y (menos de) 2 |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Hace entre 2 años y (menos de) 3 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Hace 3 años o más                |
| 5 | <input type="checkbox"/> | No lo recuerda                   |

65. ¿La última mamografía se la hizo a través .....?

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Del Programa de detección precoz del cáncer de mama (Recibió una carta) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Del ginecólogo/a del Servicio Catalán de la Salud                       |
| 3 | <input type="checkbox"/> | De un seguro privado a cargo de la mutua obligatoria                    |
| 4 | <input type="checkbox"/> | De un seguro privado concertado individualmente o por su empresa        |
| 5 | <input type="checkbox"/> | De un médico/a privado  |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Otra situación. <i>Especificar</i> ▼                                    |

66. ¿Se hace una citología vaginal (Papanicolau) periódicamente?

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Si   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No ► <i>pasar a la pregunta VAB1</i>   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No se ha hecho nunca una citología vaginal ► <i>pasar a la pregunta VAB1</i> |

109. ¿Cuándo se hizo la última citología vaginal?

- |   |                          |                                  |
|---|--------------------------|----------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Hace menos de un año             |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Hace entre 1 año y (menos de) 2  |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Hace entre 2 años y (menos de) 3 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Hace 3 años o más                |
| 5 | <input type="checkbox"/> | No lo recuerda                   |

## Visión

*Para todas las personas entrevistadas*

A continuación le haremos una serie de preguntas sobre la visión.

**VAB 1. ¿Utiliza gafas o lentes de contacto?**

- |   |                          |                                |
|---|--------------------------|--------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí                             |
| 4 | <input type="checkbox"/> | No                             |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Es ciego/a o no puede ver nada |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC                          |

► Pasar a la pregunta D16

**VAB 2. ¿Ha sido operado/a de cataratas?**

- |   |                          |       |
|---|--------------------------|-------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí    |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No    |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

**VAB3. ¿Tiene alguna dificultad para ver la letra de un periódico, incluso si utiliza sus gafas o lentes de contacto?**

- |   |                          |                             |
|---|--------------------------|-----------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No tiene ninguna dificultad |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Tiene alguna dificultad     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Tiene mucha dificultad      |
| 4 | <input type="checkbox"/> | No puede hacerlo            |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC                       |

**VAB4. ¿Tiene alguna dificultad para ver la cara de una persona aproximadamente a 4 metros de distancia, incluso si utiliza sus gafas o lentes de contacto?**

- |   |                          |                             |
|---|--------------------------|-----------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No tiene ninguna dificultad |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Tiene alguna dificultad     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Tiene mucha dificultad      |
| 4 | <input type="checkbox"/> | No puede hacerlo            |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC                       |

## Q. Apoyo social

*Para todas las personas entrevistadas*

A continuación le leeré unas frases relacionadas con su vida social y el apoyo afectivo que recibe de otras personas.

D16. . Valore de 1 a 5 si tiene tanto como desearía (5) o menos de lo que desearía (1). *MOSTRAR TARJETA*

	Mucho menos de lo que desea			Tanto como desea	
	1	2	3	4	5
1. Recibe visitas de sus amigos y familiares					
2. Recibe ayuda en temas relacionados con su casa					
3. Recibe elogios y reconocimientos cuando hace bien su trabajo					
4. Tiene personas que se preocupan de lo que le pasa					
5. Recibe amor y afecto					
6. Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas en el trabajo y/o en casa					
7. Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas personales y familiares					
8. Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas económicos					
9. Tiene invitaciones para distraerse y salir con otras personas					
10. Recibe consejos útiles cuando le pasa algo importante en la vida					
11. Recibe ayuda cuando está enfermo/a en la cama					

## Bienestar mental

*Para todas las personas entrevistadas*

BP1. A continuación le leeré algunas afirmaciones sobre sentimientos y pensamientos. Para cada afirmación díganos la respuesta que mejor describe cómo se ha sentido durante las últimas dos semanas. *MOSTRAR TARJETA CON CATEGORÍAS DE RESPUESTA*

	1. Nunca	2. Muy pocas veces	3. Algunas veces	4. A menudo	5. Siempre
1. Se ha sentido optimista respecto al futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Se ha sentido útil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se ha sentido relajado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ha sentido interés por los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ha tenido energía de sobra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ha afrontado bien los problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ha podido pensar con claridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Se ha sentido bien consigo mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se ha sentido cercano/a a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Se ha sentido seguro/a (con confianza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ha sido capaz de tomar sus propias decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Se ha sentido querido/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Se ha interesado por cosas nuevas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Se ha sentido alegre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## J. Estilos de vida: alimentación, actividad física y movilidad

### Alimentación

*Para todas las personas entrevistadas*

Las preguntas siguientes hacen referencia a su alimentación habitual. Esperar la respuesta espontánea y, a partir de aquí, si es necesario, hacer los recordatorios que se facilitan en el Manual de instrucciones.

PREDI\_1. Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?

1	<input type="checkbox"/>	Si
2	<input type="checkbox"/>	No

PREDI\_2. ¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc.)? (cucharadas soperas de aceite)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	cucharadas de aceite diarias
----------------------	----------------------	------------------------------

PREDI\_3. ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día? (una ración=200 gramos, las guarniciones y acompañamientos=1/2 ración)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	raciones diarias
----------------------	----------------------	------------------

PREDI\_4. ¿Cuántas raciones de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día? (una ración=una pieza estándar, es decir, una manzana, una pera, un par de mandarinas, un plátano, un par de tajadas de melón, un bol de fresas, etc.)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	raciones diarias
----------------------	----------------------	------------------

PREDI\_5. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día? (una ración=100-150 gramos)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	raciones diarias
----------------------	----------------------	------------------

PREDI\_6. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día? (una ración=12 gramos)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	raciones diarias
----------------------	----------------------	------------------

PREDI\_7. ¿Cuántas bebidas azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bíter) consume al día? (una bebida=200 ml)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	bebidas diarias
----------------------	----------------------	-----------------

PREDI\_8. Si bebe vino (o bebidas fermentadas de la uva como el cava, lambrusco, etc.), cuánto consume a la semana? (un vaso=100-150 ml)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	vasos a la semana
----------------------	----------------------	-------------------

PREDI\_9. ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana? (una ración=150 gramos)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	raciones a la semana
----------------------	----------------------	----------------------

PREDI\_10. ¿Cuántas raciones de pescado y/o mariscos consume a la semana? (una ración de pescado=100-150 gramo, y una ración de marisco=4-5 piezas o 200 gramos)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	raciones a la semana
----------------------	----------------------	----------------------

PREDI\_11. ¿Cuántas veces a la semana consume repostería no hecha en casa como galletas, flanes, dulces o pasteles? (veces, sin tener en cuenta la cantidad)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	veces a la semana
----------------------	----------------------	-------------------

PREDI\_12. ¿Cuántas veces a la semana consume frutos secos? (veces, pero teniendo en cuenta que una ración=30 gramos)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	veces a la semana
----------------------	----------------------	-------------------

PREDI\_13. ¿Consume usted preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas?

1	<input type="checkbox"/>	Si
2	<input type="checkbox"/>	No
3	<input type="checkbox"/>	No consume carne

PREDI\_14. ¿Cuántas veces a la semana consume sofrito hecho en casa con vegetales cocinados (tomate, ajo, cebolla, puerro, etc. elaborados a fuego lento con aceite de oliva) para acompañar platos de pasta, arroz u otros? (veces, sin tener en cuenta la cantidad)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	veces a la semana
----------------------	----------------------	-------------------

## Actividad física (I)

*Para todas las personas entrevistadas*

69. De las posibilidades que ahora le leeré, indique cuál describe mejor la actividad física que desarrolla habitualmente. *LEER*

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Está sentado/a durante la mayor parte de la jornada   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Está de pie la mayor parte de la jornada, sin desplazarse                                     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Su actividad no requiere un esfuerzo físico importante, pero se desplaza a pie frecuentemente |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Hace una actividad que requiere un esfuerzo físico importante                                 |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Otra posibilidad. <i>Especificar</i> ▼  |

70. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días ha caminado al menos 10 minutos seguidos?

días durante los últimos 7 días

*Si no ha caminado ningún día*

► pasar a la pregunta 72

71. ¿Cuántos minutos aproximadamente, o como promedio, ha caminado cada día que lo ha hecho?

minutos / día

72. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días ha realizado alguna actividad física o deportiva VIGOROSA en el TIEMPO DE OCIO durante al menos 10 minutos seguidos? *Ejemplos: fútbol, básquet, hockey, squash, artes marciales, montañismo, atletismo, ciclismo de competición, natación de competición o similares*

días durante los últimos 7 días

*Si no ha hecho ninguna actividad vigorosa*

► pasar a la pregunta 74

73. ¿Cuántos minutos aproximadamente, o como promedio, ha realizado una actividad vigorosa cada día que lo ha hecho?

minutos / día

74. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días ha realizado alguna actividad física o deportiva MODERADA en el TIEMPO DE OCIO, al menos 10 minutos seguidos? *Ejemplos: ir en bicicleta, gimnasia, aeróbic, correr, tenis, natación, patinaje, golf, baile, yoga o similares*

días durante los últimos 7 días

*Si no ha hecho ninguna actividad moderada* ► pasar a la pregunta MOB1

75. ¿Cuántos minutos aproximadamente, o como promedio, ha realizado una actividad moderada cada día que lo ha hecho?

minutos / día



## Movilidad

Las tres preguntas siguientes hacen referencia **SÓLO** a los desplazamientos para ir de un lado a otro, por ejemplo, para hacer un encargo, para comprar, para ir al trabajo, al cine, al centro cívico, al polideportivo, etc.

**MOB1.** ¿Qué medio de transporte utiliza habitualmente en sus desplazamientos? Leer y anotar sólo una opción, aquella en que se invierte más tiempo

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | El coche o moto   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | El transporte público (bus, metro, tren, taxi, etc.)  |
| 3 | <input type="checkbox"/> | A pie   |
| 4 | <input type="checkbox"/> | La bicicleta  |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Otra posibilidad / otro medio de transporte   |
| 6 | <input type="checkbox"/> | No me desplazo ► Pasar a la pregunta IPAQ1 o a la pregunta 120 si tiene entre 15 y 17 años. |

**MOB2\_a.** ¿En una semana cualquiera, cuántos días camina al menos durante 10 minutos seguidos para desplazarse de un lado a otro?

días / semana ► Si no lo hace ningún día (respuesta=0) Pasar a la pregunta pregunta MOB2\_b.

**MOB3\_a.** ¿En un día cualquiera, cuánto tiempo camina para desplazarse de un lado a otro?

minutos / día

**MOB2\_b.** ¿En una semana cualquiera, cuántos días va en bicicleta al menos durante 10 minutos seguidos para desplazarse de un lado a otro?

días / semana ► Si no lo hace ningún día (respuesta=0) Pasar a la pregunta IPAQ1 o a la pregunta 120 si tiene entre 15 y 17 años.

**MOB3\_b.** ¿En un día cualquiera, cuánto tiempo va en bicicleta para desplazarse de un lado a otro?

minutos / día

### Sólo para personas de 15 a 17 años

**120.** ¿Con qué frecuencia realiza alguna actividad física que hace que llegue a sudar o que le falte el aliento?

- |   |                          |                              |
|---|--------------------------|------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Cada día                     |
| 2 | <input type="checkbox"/> | De 4 a 6 veces por semana    |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 2 o 3 veces por semana       |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Una vez por semana           |
| 5 | <input type="checkbox"/> | 2 veces al mes               |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Una vez al mes               |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Menos de una vez al mes      |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Nunca ► Pasar a pregunta 122 |

**121.** ¿Cuántas horas a la semana realiza alguna actividad física que hace que llegue a sudar o que le falte el aliento?

- |   |                          |                   |
|---|--------------------------|-------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Ninguna           |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Menos de una hora |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Una hora          |
| 4 | <input type="checkbox"/> | De 2 a 3 horas    |
| 5 | <input type="checkbox"/> | De 4 a 6 horas    |
| 6 | <input type="checkbox"/> | 7 horas o más     |

**122.** ¿Cómo acostumbra a ir a la escuela / el instituto? Leer y seleccionar sólo una de las opciones

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | En coche o moto                          |
| 2 | <input type="checkbox"/> | En transporte público (bus, metro, etc.) |
| 3 | <input type="checkbox"/> | A pie                                    |
| 4 | <input type="checkbox"/> | En bicicleta                             |
| 5 | <input type="checkbox"/> | No va a la escuela / el instituto        |

## Actividad física (II)

*Para todas las personas entrevistadas*

Ahora le haré unas preguntas muy similares a las anteriores sobre actividad física en los últimos 7 días, pero en este caso no nos referiremos sólo al tiempo de ocio sino que tiene que pensar en todas las actividades que hace como parte del trabajo, en casa, para desplazarse de un lugar a otro, las que hace también en el tiempo de ocio, etc.

En primer lugar, piense en las actividades intensas que Usted ha realizado en los últimos 7 días. Actividades intensas son las que requieren de un gran esfuerzo físico y le hacen respirar mucho más fuerte de lo normal, como levantar objetos pesados, cavar, ejercicios aeróbicos o pedalear a velocidad rápida en bicicleta. Piense sólo en aquellas actividades físicas intensas que ha hecho al menos 10 minutos seguidos.

IPAQ1. ¿Durante los últimos 7 días, cuántos días ha realizado alguna actividad física intensa?

días durante los últimos 7 días ► Si no ha hecho ninguna actividad intensa, pasar a la pregunta IPAQ3.

IPAQ2. ¿Cuántos minutos aproximadamente, o como media, ha realizado una actividad intensa cada día que lo ha hecho?

minutos / día

Ahora piense en todas las actividades moderadas que Usted ha realizado en los últimos 7 días. Actividades moderadas son las que requieren de un esfuerzo físico moderado que le hace respirar un poco más fuerte de lo normal, como llevar pesos ligeros, pedalear a velocidad regular en bicicleta, o jugar dobles de tenis. Piense sólo en aquellas actividades físicas moderadas que ha hecho al menos 10 minutos seguidos. No incluye el caminar.

IPAQ3. Durante los últimos 7 días, cuántos días ha realizado alguna actividad física moderada? No se incluye el caminar.

días durante los últimos 7 días ► Si no ha hecho ninguna actividad moderada, pasar a la pregunta IPAQ5.

IPAQ4. ¿Cuántos minutos aproximadamente, o como media, ha realizado una actividad moderada cada día que lo ha hecho?

minutos/día

Ahora piense en el tiempo que dedicó a caminar en los últimos 7 días. Eso incluye caminar en el trabajo, en casa, para desplazarse de un sitio a otro, por placer, etc. Piense sólo en aquellas ocasiones que ha caminado al menos 10 minutos seguidos.

IPAQ5. ¿Durante los últimos 7 días, cuántos días dedicó a caminar al menos 10 minutos seguidos?

días durante los últimos 7 días ► Si no ha caminado ningún día, pasar a la pregunta IPAQ7.

IPAQ6. ¿Cuántos minutos aproximadamente, o como media, ha caminado cada día que lo ha hecho?

minutos/día

La última pregunta se refiere al tiempo que ha permanecido sentado/a en los últimos 7 días. Incluye el tiempo sentado/a en el trabajo, en casa, en clase, estudiando, leyendo, yendo en transporte, en el tiempo de ocio, mirando la televisión, etc.

IPAQ7. ¿Durante los últimos 7 días, cuántos minutos aproximadamente, o como media, ha permanecido sentado/a cada día que lo ha hecho?

minutos/día

## K. Estilos de vida: tabaco y alcohol

### Tabaco

*Para todas las personas entrevistadas*

**81. De las siguientes situaciones, ¿Cuál describe mejor su comportamiento respecto al tabaco? (incluye cigarrillos, puros y pipas)** *LEER*

- |   |                          |  |                           |
|---|--------------------------|--|---------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | 1. Actualmente no fuma nada                                  |                           |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 2. Actualmente fuma ocasionalmente (menos de una vez al día) | ► pasar a la pregunta Tb2 |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 3. Actualmente fuma cada día                                 | ► pasar a la pregunta Tb2 |

**82. Antes, ¿fumaba usted?** *LEER*

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No ha fumado nunca  |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Había fumado menos de una vez al día durante 6 meses o más    |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Había fumado menos de una vez al día durante menos de 6 meses |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Había fumado diariamente durante 6 meses o más                |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Había fumado diariamente durante menos de 6 meses             |

*Sólo para PERSONAS FUMADORAS actuales diarias y ocasionales (P81 respuestas 2 y 3)*

**Tb2. ¿Cuánto fuma cada día?** *LEER. Anotar el consumo medio de los días que fuman.*

	Cantidad (Número total diario de ...)
1. Cigarrillos con filtro	
2. Cigarrillos liados a mano	
3. Puros / puritos	
4. Pipas	
5. Otro tipo <sup>1</sup> : Especificar ▼	

<sup>1</sup>Tabaco de mascar, rapé, pipas de agua (narguile o shisha), etc.

**Tb4. ¿Ha pensado seriamente en dejar de fumar?** *LEER.*

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, piensa dejarlo antes de 30 días  |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, piensa dejarlo en los próximos 6 meses (incluye 6 meses)                                       |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Sí, piensa dejarlo en el próximo año (de más de 6 a 12 meses)                                      |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Sí, piensa dejarlo en los próximos 5 años (de más de 1 a 5 años)                                   |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Sí, piensa dejarlo dentro de unos 5 años   |
| 6 | <input type="checkbox"/> | No piensa dejarlo, pero sí reducirá el consumo (número de cigarrillos, puros, pipas, etc. por día) |
| 7 | <input type="checkbox"/> | No piensa dejarlo ni reducirá el consumo (número de cigarrillos, puros, pipas, etc. por día)       |

**Tb5. ¿Cuántas veces ha intentado usted dejar de fumar?**

Número de intentos

**Tb6. Su médico/a o enfermero/a...?** *LEER.*

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Nunca le ha hablado del hábito del tabaquismo y de sus efectos  |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Le ha recomendado alguna vez que deje o reduzca el consumo de tabaco  |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Le recomienda regularmente que deje o reduzca su consumo de tabaco  |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Le recomienda regularmente que deje o reduzca su consumo de tabaco y además le ofrece algún método, material o ayuda para conseguirlo |

## Tabaco

*Sólo para PERSONAS EXFUMADORAS (P82 respuestas 2, 3, 4 y 5)*

Tb9. ¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar?

años

meses

días

Tb10. ¿Cuántas veces había intentado dejar el tabaco? (incluido el último intento)

intentos

*Para todas las personas entrevistadas*

Tb11. ¿Utiliza o ha utilizado en alguna ocasión el cigarrillo electrónico? *LEER*

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, actualmente  |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, pero en el pasado                                  |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Sólo lo ha probado                                     |
| 4 | <input type="checkbox"/> | No lo ha probado nunca ▶ <i>Pasar a la pregunta 83</i> |

Tb12. ¿Lo utiliza o lo ha utilizado con nicotina?

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

*Sólo para personas exfumadoras, fumadoras ocasionales y no fumadoras QUE TRABAJAN*

83. ¿Tiene usted algún compañero/a u otras personas que fumen cerca de usted en su puesto de trabajo, de manera que le llega el humo del tabaco?

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | 1. Sí                                       |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 2. No                                       |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 3. No procede (no trabaja o trabaja solo/a) |

*Para todas las personas exfumadoras, fumadoras ocasionales y no fumadoras*

84. ¿Cuántas personas fuman habitualmente dentro de su casa? (sin contar la persona entrevistada si es fumadora ocasional)

personas

85. Fuera de casa o del puesto de trabajo, ¿cuánto tiempo al día, de promedio, pasa en ambientes cargados de humo de tabaco durante los días laborables?

86. ¿Y durante los fines de semana?

	1. Ninguno	2. Menos de 1 hora	3. De 1 a 4 horas	4. Más de 4 horas
1. Días laborables, de lunes a jueves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fin de semana, viernes + sábado + domingo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Alcohol

*Para todas las personas entrevistadas*

Ahora le haré unas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante los últimos 12 meses

76. Durante el último año, y pensando sólo en los días laborables (de lunes a jueves), ¿con qué frecuencia ha consumido.....? *LEER*

77. [En caso afirmativo] En un día laborable en que ha bebido....., ¿cuántas consumiciones ha tomado habitualmente?

	76. Frecuencia consumo días laborables							77 Número habitual de consumiciones (total diario)
	1 Ningún día laborable	2 Menos de un día laborable al mes	3 De uno a 3 días laborables al mes	4 Un día laborable a la semana	5 2 días laborables a la semana	6 3 días laborables a la semana	7 Todos los días laborables	
1. Cerveza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
2. Vino, cava o similares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
3. Carajillos, vermut, chupitos y licores afrutados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
4. Whisky, coñac, ginebra, vodka, ron, aguardientes, combinados y similares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

78. Durante el último año, y pensando sólo en los fines de semana (viernes, sábado y domingo), ¿con qué frecuencia ha consumido.....? *LEER*

79. [En caso afirmativo] En un fin de semana en que ha bebido....., y contando el consumo TOTAL de viernes, sábado y domingo, ¿cuántas consumiciones ha tomado habitualmente?

	78. Frecuencia consumo fines de semana						79 Número habitual de consumiciones (total fin de semana)
	1 Nunca	2 Menos de un fin de semana al mes	3 Un fin de semana al mes	4 2 fines de semana al mes	5 3 fines de semana al mes	6 Todos los fines de semana	
1. Cerveza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
2. Vino, cava o similares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
3. Carajillos, vermut, chupitos y licores afrutados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
4. Whisky, coñac, ginebra, vodka, ron, aguardientes, combinados y similares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

80. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado 5 o más consumiciones de bebidas alcohólicas en una única ocasión de consumo?

1	<input type="checkbox"/>	Diariamente
2	<input type="checkbox"/>	Tres o 4 veces a la semana
3	<input type="checkbox"/>	Una o 2 veces a la semana
4	<input type="checkbox"/>	De una a 3 veces al mes
5	<input type="checkbox"/>	Menos de una vez al mes
6	<input type="checkbox"/>	Nunca

## L. Visitas médicas durante los últimos 12 meses y 15 días

*Para todas las personas entrevistadas*

Las preguntas siguientes tratan de los contactos con los servicios sanitarios, como las visitas a médicos/as u otros profesionales sanitarios o sociosanitarios, o las estancias en un hospital.

87. En los últimos 12 meses, ¿le ha visitado alguno de los siguientes profesionales sanitarios o sociosanitarios a causa de su salud?

LEER

	1. Sí	2. No
1. Médico/a de medicina general o de cabecera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pediatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Optometrista (óptico/a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ginecólogo/a (Sólo mujeres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Psiquiatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Médico/a de otra especialidad (alergología, aparato digestivo, dermatología, cirugía, reumatología, traumatología, endocrinología, otorrinolaringología, nefrología, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Concretamente, ha sido visitado por un Oftalmólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Reumatólogo/a y/o traumatólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Neumólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Neurólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Oncólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Cardiólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Enfermero/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Comadrón/ona (Sólo mujeres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Trabajador/a social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Psicólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Osteópata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Farmacéutico/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Profesionales de las medicinas complementarias (homeópata, naturista, acupuntor/a...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Otro profesional. Especificar ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

88. Durante los últimos 15 DÍAS, ¿le ha visitado un profesional sanitario o sociosanitario a causa de su salud?

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

89. Durante los últimos 15 DÍAS, ¿ha hecho alguna consulta a un profesional farmacéutico a causa de su salud?

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

NC1. Durante los últimos 15 días ¿ha tenido algún problema de salud que cree que requería atención médica, pero no la pidió?

1	<input type="checkbox"/>	Sí
2	<input type="checkbox"/>	No -----► Pasar a la pregunta 118

NC2. ¿Por qué motivo no solicitó atención sanitaria?

1	<input type="checkbox"/>	Pérdida de horas de trabajo
2	<input type="checkbox"/>	Miedo a perder el trabajo
3	<input type="checkbox"/>	Incapacidad física para desplazarse
4	<input type="checkbox"/>	Problemas de transporte
5	<input type="checkbox"/>	No resuelven su problema de salud
6	<input type="checkbox"/>	Tener que cuidar un hijo o un enfermo en casa
7	<input type="checkbox"/>	Le han dado hora de visita para más adelante
8	<input type="checkbox"/>	No era suficientemente grave
9	<input type="checkbox"/>	Lo resolvió en la farmacia
10	<input type="checkbox"/>	Tiene otros remedios curativos
11	<input type="checkbox"/>	Problemas económicos
12	<input type="checkbox"/>	Otro motivo. Especificar ▼

## N. Atención especializada (interconsulta con AP)

*Para todas las personas entrevistadas que han visitado un médico/a de cabecera en el último año*

118. ¿En alguna de las visitas que ha hecho en los últimos 12 meses, este médico/a de cabecera ha consultado otro médico/a especialista?

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí  |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No-----► <i>Pasar a la pregunta 104</i>         |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No lo sé. -----► <i>Pasar a la pregunta 104</i> |

119. ¿Cuál ha sido el resultado de esta consulta entre el médico/a de cabecera y el médico/a especialista? (en caso que haya habido más de una, se refiere a la última)

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Su médico/a de cabecera le ha atendido con el consejo del otro médico/a especialista.  |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Su médico/a de cabecera le ha hecho hacer exploraciones complementarias y después lo ha derivado a otro médico/a especialista. |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Su médico/a de cabecera lo ha derivado a otro médico/a especialista.   |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Otros <sup>1</sup> . Especificar ▼   |

<sup>1</sup> No lo sabe, todavía no se ha resuelto, etc.

## O. Atención de urgencias y hospitalizaciones

*Para todas las personas entrevistadas*

104. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha sido visitado/da o ha consultado un servicio de urgencias?

veces

► Si la respuesta es 0 pasar a la pregunta 106

**La pregunta siguiente se refiere a la última visita a urgencias de los últimos 12 meses**

105. ¿Dónde le visitaron o hizo la consulta?

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | En un hospital público  |
| 2 | <input type="checkbox"/> | En un hospital privado  |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Llamó a un servicio de emergencias médicas (061, 112, etc.)                     |
| 4 | <input type="checkbox"/> | En un Centro de atención primaria o Centro de atención continuada (ambulatorio) |
| 5 | <input type="checkbox"/> | En la consulta de un médico/a o centro privado                                  |
| 6 | <input type="checkbox"/> | En otro sitio. Especificar ▼  |

106. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha sido ingresado/a en un hospital como mínimo una noche? Se incluye si ha permanecido más de 24 horas en urgencias.

veces

## B. Contexto familiar y datos sociodemográficos

*Para todas las personas entrevistadas*

3. ¿Cuántas personas viven en esta casa de manera habitual? *Incluyendo a la persona entrevistada*

personas

*Si la persona vive sola ► pasar a la pregunta 7*

*Las preguntas siguientes se han de formular a cada uno de los miembros del hogar. ANOTAR las respuestas en la tabla adjunta*

4. ¿Cuál es el parentesco de cada una de estas personas con la persona de referencia del hogar?

- |                                    |              |                         |
|------------------------------------|--------------|-------------------------|
| 1. Persona de referencia del hogar | 5. Abuelo/a  | 9. Suegro/a             |
| 2. Hijo o hija                     | 6. Nieto/a   | 10. Yerno o nuera       |
| 3. Esposo/a o pareja               | 7. Hermano/a | 11. Otros familiares    |
| 4. Padre o madre                   | 8. Cuñado/a  | 12. Otros no familiares |

5. Cada una de estas personas, ¿es hombre o mujer?

1. Hombre
2. Mujer

6. ¿Qué edad tiene cada una de estas personas?

Miembros del hogar	Persona entrevistada	4. Parentesco	5. Sexo	6. Edad	7. Discapacitado/a	8. Cuidador/a principal en el hogar
Miembro 1	<input type="checkbox"/>	1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 2	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 3	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 4	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 5	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 6	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 7	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 8	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 9	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 10	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. ¿Alguna de estas personas requiere algún tipo de dedicación especial por el hecho de sufrir alguna limitación, discapacidad o dependencia para hacer las actividades habituales de la vida cotidiana?

1. Sí
2. No

*Sólo para las personas que viven con personas discapacitadas, menores de 18 años y/o personas de 75 años y más.  
Anotar la respuesta en la tabla adjunta*

8. ¿Quién se ocupa principalmente de las personas discapacitadas o con limitaciones que viven en el hogar? *LEER*  
*Marcar la respuesta en la tabla que hay a continuación y en la tabla familiar cuando halla convivencia en el mismo hogar.*

9. ¿Quién se ocupa principalmente de las personas menores de 18 años (no discapacitadas)? *LEER*

10. ¿Quién se ocupa principalmente de las personas de 75 años y más (no discapacitadas)? *LEER*

	8. Personas del hogar discapacitadas	Personas del hogar no discapacitadas	
		9. Menores de 18 años	10. Personas de 75 años y más
1. Usted solo/a ( <i>la persona entrevistada</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Su pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Usted, compartiendo con su pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Usted, compartiendo con otra persona que no es su pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Usted, compartiendo con una persona contratada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Otra persona del hogar que no es su pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Una persona contratada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ellas mismas (no requieren atención especial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Los servicios sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Otra situación. . <i>Especificar</i> ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



*Para todas las personas entrevistadas*

11. En su hogar, ¿quién se ocupa principalmente de las tareas de casa como limpiar, planchar, cocinar, etc.?

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Usted solo/a (la persona entrevistada)                   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Su pareja  |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Usted, compartiendo con su pareja                        |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Usted, compartiendo con otra persona que no es su pareja |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Usted, compartiendo con una persona contratada           |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Otra persona del hogar que no es su pareja               |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Una persona contratada                                   |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Los servicios sociales                                   |
| 9 | <input type="checkbox"/> | Otra situación. Especificar ▼                            |

12. ¿Habitualmente, ¿cuántas horas diarias dedica usted a las tareas de casa como limpiar, planchar, cocinar, etc., durante un día laborable?



horas / un día laborable

13. ¿Y durante el fin de semana?



horas / un fin de semana completo (sábado y domingo)

15. ¿Cuál es su nacionalidad?

- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Española                   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Española y otra extranjera |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Extranjera                 |

Especificar país nacionalidad extranjera

16. ¿Dónde nació usted?

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | En el mismo municipio de residencia            |
| 2 | <input type="checkbox"/> | En otro municipio de Cataluña                  |
| 3 | <input type="checkbox"/> | En otro municipio de España, fuera de Cataluña |
| 4 | <input type="checkbox"/> | En el extranjero                               |

▶ pasar a la pregunta 18

▶ pasar a la pregunta 18

▶ pasar a la pregunta 18

Especificar el municipio ▼

Especificar la provincia ▼

Especificar el país ▼

*Sólo para personas que han nacido fuera de España*

17. ¿En qué año llegó a España?

Año de llegada




*Para todas las personas entrevistadas*

18. ¿Cuál es su nivel máximo de estudios finalizados?

- |    |                          |   |
|----|--------------------------|---|
| 1  | <input type="checkbox"/> | No sabe leer ni escribir  |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Primarios incompletos: sabe leer y escribir sin haber acabado la educación primaria   |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Primarios completos: primaria LOGSE completa o cinco cursos aprobados de EGB o programas de garantía social o PCPI (programa de cualificación profesional inicial) o ESO incompleta                   |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Primera etapa de educación secundaria: graduado escolar, bachillerato elemental, EGB o ESO completa, haber aprobado las pruebas de acceso a ciclos formativos de grado medio                          |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Estudios de bachillerato: bachillerato superior, BUP, bachillerato LOGSE o LOE, PREU o COU, o prueba de acceso a la Universidad para mayores de 25 años   |
| 6  | <input type="checkbox"/> | FP de grado medio: oficialía industrial, FPI, ciclos formativos de grado medio  |
| 7  | <input type="checkbox"/> | FP de grado superior: maestría industrial, FPII, ciclos formativos de grado superior, estudios de artes aplicadas y oficios   |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios de primer ciclo: diplomatura universitaria, arquitectura e ingeniería técnica, enseñanzas universitarias de ciclo corto, enseñanzas universitarias de primer ciclo (3 cursos) |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios de segundo ciclo: licenciatura, arquitectura e ingeniería o grados  |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios de doctorado, postgrado, máster, MIR o equivalente  |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Otra posibilidad. Especificar ▼   |

19. ¿Cuál es su situación laboral principal actual? *LEER*

- |    |                          |  |                           |
|----|--------------------------|--|---------------------------|
| 1  | <input type="checkbox"/> | Trabaja  |                           |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Trabaja, pero tiene una baja laboral de más de 3 meses |                           |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Parado/a con subsidio/prestación                       | ► pasar a la pregunta 21  |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Parado/a sin subsidio/prestación                       | ► pasar a la pregunta 21  |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Tareas del hogar (ama de casa)                         | ► pasar a la pregunta 22  |
| 6  | <input type="checkbox"/> | Estudiante   | ► pasar a la pregunta 22  |
| 7  | <input type="checkbox"/> | Incapacitado/a o con invalidez permanente              | ► pasar a la pregunta 22  |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Jubilado/a por edad                                    | ► pasar a la pregunta 111 |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Jubilado/a de forma anticipada                         | ► pasar a la pregunta 111 |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Otra situación. <i>Especificar</i> ▼                   | ► pasar a la pregunta 22  |

*Sólo para personas que trabajan actualmente (pregunta 19, respuestas 1 y 2)*

20. ¿Qué probabilidad tiene usted de perder su trabajo en los próximos 6 meses? *LEER*

- |   |                          |                |
|---|--------------------------|----------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Muy probable   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Probable       |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Improbable     |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Muy improbable |

*Sólo para personas que están en situación de paro (pregunta 19, respuestas 3 y 4)*

## 21. ¿Cuánto tiempo lleva parado ininterrumpidamente?

Meses ► Si la persona en paro tiene prestación económica (pregunta 19, respuesta 3), pasar a la pregunta 110.

*Sólo para personas que están en paro sin prestación, realizan tareas del hogar, estudiantes o con incapacidad o invalidez permanente (pregunta 19 respuestas 4,5,6,7 y 10)*

## 22. Aunque en la actualidad no trabaja remuneradamente, ¿había trabajado antes de forma remunerada?

- |   |                          |    |  |
|---|--------------------------|----|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |  |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No | ► pasar a la pregunta 27 (si NO es persona de referencia) o 116 (si SÍ es persona de referencia) |

*Sólo para personas que están en paro, realizan tareas del hogar, estudiantes o con incapacidad o invalidez permanente (pregunta 19, respuestas 3, 4, 5, 6, 7 y 10)*

## 110. ¿Por qué motivo dejó o perdió su trabajo?

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Por motivos de salud                                 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Por motivos familiares                               |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Por finalización del contrato                        |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Por cambios organizativos o económicos en la empresa |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Por despido  |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Por otro motivo. <i>Especificar</i> ▼                |

*Sólo para personas que están jubiladas (pregunta 19, respuestas 8 y 9)*

## 111. ¿A qué edad se jubiló?

*Sólo para las personas entrevistadas que trabajan o han trabajado con anterioridad*

## 23. ¿Cuál es la actividad principal de la empresa donde trabaja (o trabajaba)?

## 24. ¿Qué trabajo concreto hace (o hacía) en esta empresa?

25. ¿En qué situación se encuentra usted en su trabajo (o se encontraba en su último trabajo)? *LEER*

- |    |                          |  |
|----|--------------------------|--|
| 1  | <input type="checkbox"/> | Funcionario/a  |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Asalariado/a con contrato indefinido                                       |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de menos de 6 meses                                      |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de 6 meses a menos de 1 año                              |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de 1 año a menos de 2 años                               |
| 6  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de 2 años y más  |
| 7  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de duración no especificada (obra o servicio, o similar) |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Trabajador/a de empresa de trabajo temporal (ETT)                          |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Trabaja sin contrato   |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Autónomo o profesional sin asalariados/as                                  |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Empresario/a con menos de 10 trabajadores/as                               |
| 12 | <input type="checkbox"/> | Empresario/a con 10 o más trabajadores/as                                  |
| 13 | <input type="checkbox"/> | Otra relación contractual. <i>Especificar</i> ▼                            |

26. ¿Tiene (o tenía en el último trabajo) trabajadores/as a su cargo? *En caso afirmativo, ¿cuántos?*

- |   |                          |                         |
|---|--------------------------|-------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No                      |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, de 1 a 4 personas   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Sí, de 5 a 10 personas  |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Sí, de 11 a 20 personas |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Sí, más de 20 personas  |

*Sólo para las personas que trabajan actualmente (pregunta 19, respuestas 1 o 2)*

112. ¿Qué tipo de jornada tiene en su trabajo?

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Jornada partida   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Jornada continua, por la mañana (por ejemplo de 8 a 15 horas) |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Jornada continua, por la tarde (por ejemplo de 13 a 21 horas) |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Jornada continua, por la noche                                |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Turnos  |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Jornada irregular o variable según los días                   |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Otra posibilidad. <i>Especificarla</i> ▼                      |

113. Dentro de la jornada habitual normal, ¿tiene flexibilidad horaria?

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

114. ¿Cuántas horas ha trabajado durante la última semana?

  , 

horas trabajadas en total durante la última semana

115. En general, ¿se siente satisfecho/a con sus condiciones de trabajo? *Leer.*

- |   |                          |                         |
|---|--------------------------|-------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Está muy satisfecho/a   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Está satisfecho/a       |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Está insatisfecho/a     |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Está muy insatisfecho/a |

*Si la persona entrevistada es la persona de referencia del hogar ► pasar a la pregunta 116*

**PERSONA DE REFERENCIA DEL HOGAR**

Ahora le haré unas preguntas referidas a la persona de referencia del hogar

27. ¿Cuál es el nivel máximo de estudios finalizados de la persona de referencia del hogar?

- |    |                          |   |
|----|--------------------------|---|
| 1  | <input type="checkbox"/> | No sabe leer ni escribir  |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Primarios incompletos: sabe leer y escribir sin haber acabado la educación primaria   |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Primarios completos: primaria LOGSE completa o cinco cursos aprobados de EGB o programas de garantía social o PCPI (programa de cualificación profesional inicial) o ESO incompleta                   |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Primera etapa de educación secundaria: graduado escolar, bachillerato elemental, EGB o ESO completa, haber aprobado las pruebas de acceso a ciclos formativos de grado medio                          |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Estudios de bachillerato: bachillerato superior, BUP, bachillerato LOGSE o LOE, PREU o COU, o prueba de acceso a la Universidad para mayores de 25 años   |
| 6  | <input type="checkbox"/> | FP de grado medio: oficialía industrial, FPI, ciclos formativos de grado medio  |
| 7  | <input type="checkbox"/> | FP de grado superior: maestría industrial, FPPI, ciclos formativos de grado superior, estudios de artes aplicadas y oficios   |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios de primer ciclo: diplomatura universitaria, arquitectura e ingeniería técnica, enseñanzas universitarias de ciclo corto, enseñanzas universitarias de primer ciclo (3 cursos) |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios de segundo ciclo: licenciatura, arquitectura e ingeniería, o grados   |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios de doctorado, postgrado, máster, MIR o equivalente  |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Otra posibilidad. <i>Especificar</i> ▼  |

28. ¿Cuál es su situación laboral principal actual? [*de la persona de referencia del hogar*]

- |    |                          |  |                                 |
|----|--------------------------|--|---------------------------------|
| 1  | <input type="checkbox"/> | Trabaja  | ► <i>pasar a la pregunta 30</i> |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Trabaja, pero tiene una baja laboral de más de 3 meses | ► <i>pasar a la pregunta 30</i> |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Parado/a con subsidio/prestación                       | ► <i>pasar a la pregunta 30</i> |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Parado/a sin subsidio/prestación                       |                                 |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Tareas del hogar (ama de casa)                         |                                 |
| 6  | <input type="checkbox"/> | Estudiante   |                                 |
| 7  | <input type="checkbox"/> | Incapacitado/a o con invalidez permanente              |                                 |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Jubilado/a por edad                                    | ► <i>pasar a la pregunta 30</i> |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Jubilado/a de forma anticipada                         | ► <i>pasar a la pregunta 30</i> |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Otra situación. <i>Especificar</i> ▼                   |                                 |

**Sólo para las personas de referencia que están en paro sin prestación, realizan tareas del hogar, estudiantes o con incapacidad o invalidez permanente (pregunta 28, respuestas 4,5,6,7 y 10)**

29. Aunque esta persona [*la persona de referencia del hogar*] no trabaja remuneradamente en la actualidad, ¿había trabajado antes?

- |   |                          |                                     |
|---|--------------------------|-------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí                                  |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No ► <i>pasar a la pregunta 116</i> |

**Sólo para las personas de referencia que trabajan o han trabajado con anterioridad**

30. ¿Cuál es la actividad principal de la empresa donde trabaja (o trabajaba) [*la persona de referencia del hogar*]?

31. ¿Qué trabajo concreto hace (o hacía) [*la persona de referencia del hogar*] en esta empresa?

31\_BIS. ¿En qué situación se encuentra esta persona [la persona de referencia del hogar] en su trabajo (o se encontraba en su último trabajo)? *LEER*

- |    |                          |  |
|----|--------------------------|--|
| 1  | <input type="checkbox"/> | Funcionario/a  |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Asalariado/a con contrato indefinido                                       |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de menos de 6 meses                                      |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de 6 meses a menos de 1 año                              |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de 1 año a menos de 2 años                               |
| 6  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de 2 años y más  |
| 7  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de duración no especificada (obra o servicio, o similar) |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Trabajador/a de empresa de trabajo temporal (ETT)                          |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Trabaja sin contrato   |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Autónomo o profesional sin asalariados/as                                  |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Empresario/a con menos de 10 trabajadores/as                               |
| 12 | <input type="checkbox"/> | Empresario/a con 10 o más trabajadores/as                                  |
| 13 | <input type="checkbox"/> | Otra relación contractual. <i>Especificar</i> ▼                            |

32. [La persona de referencia del hogar] ¿Tiene (o tenía en el último trabajo) trabajadores/as a su cargo? *En caso afirmativo, ¿cuántos?*

- |   |                          |                         |
|---|--------------------------|-------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No                      |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, de 1 a 4 personas   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Sí, de 5 a 10 personas  |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Sí, de 11 a 20 personas |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Sí, más de 20 personas  |

*Para todas las personas entrevistadas*

116. En relación al total de ingresos netos mensuales de esta familia, ¿cómo acostumbra a llegar a final de mes? *Mostrar la tarjeta*

- |   |                          |                       |
|---|--------------------------|-----------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Con mucha dificultad  |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Con dificultad        |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Con cierta dificultad |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Con cierta facilidad  |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Con facilidad         |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Con mucha facilidad   |

## Privación material

*Para todas las personas entrevistadas*

**PM1 i PM2.** En su hogar, ¿tienen (o pueden permitirse tener) los equipamientos siguientes?

*(distinguir las personas que no tienen porque no quieren o consideran que no lo necesitan de las que no tienen porque no pueden)*

	PM1. ¿Tienen?	PM2. ¿Se lo pueden permitir?
1. Lavadora	1. <input type="checkbox"/> Sí ► <i>Pasar al siguiente ítem</i>	
	2. <input type="checkbox"/> No	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No
2. Televisor en color	1. <input type="checkbox"/> Sí ► <i>Pasar al siguiente ítem</i>	
	2. <input type="checkbox"/> No	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No
3. Teléfono (fijo o móvil)	1. <input type="checkbox"/> Sí ► <i>Pasar al siguiente ítem</i>	
	2. <input type="checkbox"/> No	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No
4. Automóvil (se incluye el coche de empresa disponible para uso privado)	1. <input type="checkbox"/> Sí ► <i>Pasar a la pregunta PM3</i>	
	2. <input type="checkbox"/> No	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No

**PM3.** ¿Su vivienda tiene una temperatura suficientemente cálida durante los meses fríos?

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

**PM4.** Si su hogar se puede permitir:

1. ¿Ir de vacaciones fuera de casa, al menos una semana al año?	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No
2. ¿Una comida de carne, pollo o pescado (o equivalente para vegetarianos) al menos cada dos días?	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No
3. ¿Hacer frente a un gasto imprevisto de 750€ con sus propios recursos?	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No

**PM5.** En los últimos 12 meses, ¿su hogar se ha atrasado en el pago de algún recibo o cuota de los gastos siguientes, debido a dificultades económicas?

	1. No ha de realizar este tipo de pago	2. Sí, sólo una vez	3. Sí, dos veces o más	4. No	9.NS/NC
1. Préstamos hipotecarios solicitados para la compra de la vivienda principal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Compras aplazadas u otros préstamos <i>(puede considerar los préstamos hipotecarios para segundas residencias, pero no considere el préstamo hipotecario solicitado para la compra de la vivienda principal)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Recibo del alquiler de la vivienda principal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Facturas o recibos de servicios (luz, agua, gas, calefacción, comunidad, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Donación de órganos y/o tejidos

*Para todas las personas de 18 años y más*

Las preguntas que le haremos a continuación tratan sobre la donación de órganos y/o tejidos de PERSONAS DIFUNTAS.

DOT1. ¿Independientemente de su opinión sobre la donación de órganos y/o tejidos, sabe qué se tiene que hacer para ser donante de órganos y/o tejidos?

- |   |                          |             |
|---|--------------------------|-------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí          |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No          |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No contesta |

DOT2. ¿Cuál es su situación en relación con la donación de órganos y/o tejidos de personas difuntas? Leer y anotar sólo una respuesta.

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Estoy a favor y soy donante de órganos y/o tejidos ( <i>pasar a DOT3</i> )                            |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Estoy a favor, no soy donante de órganos y/o tejidos pero querría serlo ( <i>pasar a DOT3</i> )       |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Estoy a favor, no soy donante de órganos y/o tejidos y no querría serlo ( <i>pasar a DOT4</i> )       |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Estoy a favor, no soy donante de órganos y/o tejidos y no sé si querría serlo ( <i>pasar a DOT4</i> ) |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Estoy en contra, soy donante de órganos y/o tejidos y no quiero serlo ( <i>pasar a DOT4</i> )         |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Otra opción. Especificar ▼  |
| 7 | <input type="checkbox"/> | No lo sé/No contesta  |

*Para las personas que son donantes de órganos i/o tejidos o quieren serlo (respuestas 1 y 2 de la pregunta DOT2)*

DOT3. Cuáles son sus principales motivos para ser o querer ser donante de órganos y/o tejidos? LEER.

	1. Si	2. No
1. Por obligación moral (mi conciencia me lo dicta así)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Por solidaridad o altruismo (porque beneficia a otras personas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Para querer sobrevivir a la propia muerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Por motivos culturales o religiosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Por otro motivo. Especificar ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. No quiero expresar mis motivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. No lo sé/No contesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Para las personas que no son donantes de órganos i/o tejidos o no quieren serlo (respuestas 3, 4 y 5 de la pregunta DOT2)*

DOT4. ¿Cuáles son sus principales motivos para no ser o no querer ser donante de órganos y/o tejidos? LEER.

	1. Si	2. No
1. Por miedo que me extraigan los órganos y/o tejidos antes de estar realmente muerto / que la muerte esté confirmada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Porque no quiero que me mutilen el cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Por motivos culturales o religiosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Para considerar que mis órganos y/o tejidos ya no son válidos		
4.1. Porque soy demasiado mayor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2. Porque estoy enfermo / por motivos de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Por otro motivo. Especificar ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. No quiero expresar mis motivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. No lo sé/No contesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Para todas las personas de 18 años y más**

DOT5. ¿Ha manifestado cuál es su posición en relación con la donación de órganos y/o tejidos? Leer.

	1. Sí	2. No
1. Sí, mi familia o personas próximas conocen cuál es mi opinión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sí, tengo el carné de donante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sí, he marcado la casilla correspondiente a "LA MEVA SALUT"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sí, se lo he dicho a mi médico de cabecera y consta en la Historia Clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sí, lo he reflejado en mi Documento de Voluntades Anticipadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Otra opción. <i>Especificar</i> ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. No lo sé/No contesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOT6. ¿Si le pidieran el consentimiento para la donación de los órganos y/o tejidos de un familiar difunto y no conociera su opinión al respecto, haría efectiva la donación?

1	<input type="checkbox"/>	Sí
2	<input type="checkbox"/>	No
3	<input type="checkbox"/>	Otra opción. <i>Especificar</i> ▼
4	<input type="checkbox"/>	No lo sé
5	<input type="checkbox"/>	No contesta

DOT7. ¿Y si conociera la opinión del difunto, la respetaría?

1	<input type="checkbox"/>	Sí, siempre
2	<input type="checkbox"/>	Sí, si coincide con mi opinión
3	<input type="checkbox"/>	No
4	<input type="checkbox"/>	Otra opción. <i>Especificar</i> ▼
5	<input type="checkbox"/>	No lo sé
6	<input type="checkbox"/>	No contesta

Las preguntas del cuestionario de la Encuesta de salud de Cataluña ya se han acabado.

**Muchas gracias por su colaboración**



## P. FICHA DE OBSERVACIÓN (a rellenar por el encuestador/a)

200. Hora de finalización de la entrevista

		,		
--	--	---	--	--

201. Duración total de la entrevista en minutos

--	--

 minutos

202. Titular o sustituto/a

1	<input type="checkbox"/>	Titular
2	<input type="checkbox"/>	Sustituto núm. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>

203. Motivo por el que se ha utilizado el cuestionario indirecto

0	<input type="checkbox"/>	No se ha utilizado cuestionario indirecto	▶ pasar a la pregunta 205
1	<input type="checkbox"/>	Incapacidad permanente de la unidad muestral	
2	<input type="checkbox"/>	Incapacidad temporal de la unidad muestral	
3	<input type="checkbox"/>	Persona mayor con dificultades	
4	<input type="checkbox"/>	Problemas de idioma	
5	<input type="checkbox"/>	Menores de 15 años	
6	<input type="checkbox"/>	Otro motivo. <i>Especificar</i> ▼	

204. La persona seleccionada, ¿estaba presente durante la entrevista?

1	<input type="checkbox"/>	Se encontraba presente durante la entrevista
2	<input type="checkbox"/>	Se encontraba en el domicilio, pero en otra habitación
3	<input type="checkbox"/>	No estaba en el domicilio

205. ¿En qué lengua se ha desarrollado la entrevista?

1	<input type="checkbox"/>	Catalán
2	<input type="checkbox"/>	Castellano
3	<input type="checkbox"/>	Catalán y castellano combinados
4	<input type="checkbox"/>	Otra posibilidad. <i>Especificar</i> ▼

206. La persona entrevistada, ¿ha tenido algún problema de comprensión o de expresión en la lengua en que se ha realizado la entrevista?

	1. Ninguna dificultad	2. Alguna dificultad	3. Mucha dificultad
Catalán	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Castellano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

207. Presencia de terceras personas durante la entrevista

<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Sin observadores</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Pareja</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Padre/madre</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Hijos pequeños (hasta 15 años aproximadamente)</td> </tr> </table>	1	<input type="checkbox"/>	Sin observadores	2	<input type="checkbox"/>	Pareja	3	<input type="checkbox"/>	Padre/madre	4	<input type="checkbox"/>	Hijos pequeños (hasta 15 años aproximadamente)	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Hijos mayores (de más de 15 años aproximadamente)</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">6</td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Otros familiares</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">7</td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Amigos o vecinos</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">8</td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Otras personas (relación desconocida)</td> </tr> </table>	5	<input type="checkbox"/>	Hijos mayores (de más de 15 años aproximadamente)	6	<input type="checkbox"/>	Otros familiares	7	<input type="checkbox"/>	Amigos o vecinos	8	<input type="checkbox"/>	Otras personas (relación desconocida)
1	<input type="checkbox"/>	Sin observadores																							
2	<input type="checkbox"/>	Pareja																							
3	<input type="checkbox"/>	Padre/madre																							
4	<input type="checkbox"/>	Hijos pequeños (hasta 15 años aproximadamente)																							
5	<input type="checkbox"/>	Hijos mayores (de más de 15 años aproximadamente)																							
6	<input type="checkbox"/>	Otros familiares																							
7	<input type="checkbox"/>	Amigos o vecinos																							
8	<input type="checkbox"/>	Otras personas (relación desconocida)																							

208. Valora del 0 (muy poco) al 10 (mucho) la actitud de la persona entrevistada respecto...

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Al interés en responder la encuesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

209. ¿Hay alguna pregunta cuya respuesta puede ser poco fiable? En caso afirmativo, ¿cuál o cuáles?

Pregunta / apartado    Pregunta / apartado    Pregunta / apartado    Pregunta / apartado    Pregunta / apartado

--	--	--	--	--

210. Lugar de realización de la entrevista

- |   |                          |                                |   |
|---|--------------------------|--------------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Domicilio (puerta)             |   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Domicilio (interior)           |   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Puesto de trabajo              | <i>Si no se ha observado el domicilio de la persona entrevistada ACABAR</i> |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Bar o similar                  | <i>Si no se ha observado el domicilio de la persona entrevistada ACABAR</i> |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Calle o exterior del domicilio | <i>Si no se ha observado el domicilio de la persona entrevistada ACABAR</i> |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Otro sitio. Especificar ▼      | <i>Si no se ha observado el domicilio de la persona entrevistada ACABAR</i> |

--

211. Tipo de vivienda donde vive la persona entrevistada

- |   |                          |                                   |
|---|--------------------------|-----------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Edificio de pisos con ascensor    |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Edificio de pisos sin ascensor    |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Casa unifamiliar adosada          |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Casa unifamiliar entre medianeras |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Casa unifamiliar aislada          |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Otro tipo. Especificar ▼          |

212. ¿En qué planta vive?

--	--

► Pasar a la pregunta 213

► Pasar a la pregunta 213

► Pasar a la pregunta 213

--

213. ¿Existe algún tramo de escaleras para acceder a la puerta del edificio, sin rampa ni barandilla adaptada ni otro sistema de ascenso/descenso automático?

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

214. ¿Existe algún tramo de escaleras dentro del portal antes del ascensor o desde el ascensor hasta la puerta de la vivienda sin rampa ni barandilla adaptada ni otro sistema de ascenso/descenso automático?

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

215. ¿Cómo definiría, a primera vista, el nivel de habitabilidad y salubridad de la vivienda donde vive la persona entrevistada?

- |   |                          |                |
|---|--------------------------|----------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Correcto       |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Deficiente     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Muy deficiente |

216. Observaciones

--

217. Encuestador/a

--