



Junta de Comunidades de
Castilla-La Mancha
Consejería de Sanidad



ADULTOS:
CUESTIONARIO Nº:

--	--	--	--

MUNICIPIO:

--	--	--

PROVINCIA:

--

RUTA:

--	--	--

DISTRITO:

--	--

SECCIÓN:

--	--	--

HOGAR DENTRO DE LA SECCIÓN:

--	--

Buenos días/tardes, soy ..., entrevistador/a para la empresa Demométrica. En estos momentos estamos realizando la Encuesta de Salud de la Comunidad de Castilla -La Mancha por encargo de la Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha. La encuesta va dirigida a conocer el estado de salud y hábitos de vida de la población castellano-manchega y su utilización de servicios sanitarios. La *carta de presentación* que le muestro contiene una breve información introductoria de los objetivos de la encuesta, junto a la solicitud de su colaboración en la misma respondiendo a un sencillo cuestionario.

Entregar carta de presentación

La selección de los hogares a los que se solicita la colaboración voluntaria en el estudio es estrictamente aleatoria, por lo que su colaboración resulta especialmente valiosa. Toda la información que Vd. nos facilite está sujeta a las especificaciones de la Ley Orgánica 15/99, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley 10/2001, de 22 de noviembre, de adecuación de Procedimientos Administrativos de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y de cesión de datos personales. Los datos que le solicitamos se tratarán informáticamente para realizar análisis estadísticos de una forma totalmente ANÓNIMA, sin grabar sus datos personales.

GRACIAS ANTICIPADAS POR SU COLABORACIÓN

COMPOSICIÓN DEL HOGAR:

HOGAR: Persona o conjunto de personas que conviven/ocupan en común la vivienda seleccionada, o parte de ella, y consumen y/o comparten alimentos y otros bienes con cargo a un mismo presupuesto.

MIEMBROS DEL HOGAR: Se consideran miembros del hogar todas las personas que, sin ocupar otra vivienda principal, dependen económicamente del hogar seleccionado.

SUSTENTADOR PRINCIPAL: Se considera sustentador principal del hogar, el miembro del hogar que aporta periódicamente un mayor número de ingresos al presupuesto común del hogar.

P.22. ¿En el último año ha sufrido algún tipo de agresión o maltrato?

- Sí 1
- No 2 ⇒ **P.23**
- N/C 9 ⇒ **P.23**

P22a. Y refiriéndose a la agresión o maltrato que haya tenido (si es que ha sufrido varias en los últimos 12 meses refiérase a la última) ¿dónde tuvo lugar?

- En un lugar de ocio 1
- En el trabajo o lugar de estudios 2
- En la calle 3
- En su hogar por parte de su pareja. 4
- En su hogar por otra persona que no es su pareja 5
- En el edificio donde vive 6
- En una zona deportiva 7
- Otros lugares 8
- NC 9

P22b. Si ha sufrido una o más agresiones, la persona que le ha maltratado /agredido en la mayoría de ellas ha sido:

- Un desconocido (hombre) 1
- Una desconocida (mujer) 2
- Su pareja 3
- Una mujer conocida (diferente de su pareja).. 4
- Un hombre conocido (diferente de su pareja). 5
- NC 9

Problemas crónicos

P.23. A continuación voy a leerle una lista con una serie de enfermedades o problemas de salud ¿Padece o ha padecido alguna vez alguna de ellas? [Entrevistador/a: Leer a la persona entrevistada las enfermedades que se relacionan una a una anotando la respuesta que proceda. Si la persona entrevistada es varón, anotar NO en la opción 27 y si es mujer anotar NO en la opción 26 directamente. En caso de respuesta afirmativa a un problema determinado, preguntar por los últimos doce meses, si ha sido diagnosticado por un médico y la toma de medicación (P.23a)]

P.23a. De las enfermedades con respuesta SI en P.23, ¿en relación con esa enfermedad?

	P.23		P.23a					
	¿Ha padecido alguna vez alguna de ellas?		En caso de respuesta afirmativa preguntar y anotar lo que proceda					
			¿La ha padecido en los últimos 12 meses?		¿Le ha dicho un medico que la padece?		¿Esta tomando o ha tomado medicación en los últimos 12 meses por este problema?	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
1. Tensión alta	1	2	1	2	1	2	1	2
2. Infarto de miocardio	1	2	1	2	1	2	1	2
3. Otras enfermedades del corazón	1	2	1	2	1	2	1	2
4. Varices en las piernas	1	2	1	2	1	2	1	2
5. Artrosis, artritis, o reumatismo	1	2	1	2	1	2	1	2
6. Dolor de espalda crónico (cervical)	1	2	1	2	1	2	1	2
7. Dolor de espalda crónico (lumbar)	1	2	1	2	1	2	1	2
8. Alergia crónica	1	2	1	2	1	2	1	2
9. Asma	1	2	1	2	1	2	1	2
10. Bronquitis crónica	1	2	1	2	1	2	1	2
11. Diabetes	1	2	1	2	1	2	1	2
12. Ulcera de estómago o duodeno	1	2	1	2	1	2	1	2
13. Incontinencia urinaria	1	2	1	2	1	2	1	2
14. Colesterol alto	1	2	1	2	1	2	1	2
15. Cataratas	1	2	1	2	1	2	1	2
16. Problemas crónicos de piel	1	2	1	2	1	2	1	2
17. Estreñimiento crónico	1	2	1	2	1	2	1	2
18. Depresión/ansiedad	1	2	1	2	1	2	1	2
19. Otros trastornos mentales	1	2	1	2	1	2	1	2
20. Migraña o dolor de cabeza frecuente	1	2	1	2	1	2	1	2
21. Hemorroides	1	2	1	2	1	2	1	2
22. Tumores malignos	1	2	1	2	1	2	1	2
23. Osteoporosis	1	2	1	2	1	2	1	2
24. Anemia	1	2	1	2	1	2	1	2
25. Problemas de tiroides	1	2	1	2	1	2	1	2
26. Problemas de próstata	1	2	1	2	1	2	1	2
27. Problemas del periodo menopaúsico	1	2	1	2	1	2	1	2

(Si alguna respuesta es SI en P.23 hacer P.24. En caso contrario pasar a P.25)

P.24. Durante los últimos doce meses, ¿esa/s enfermedad/es o problemas de salud, le ha/n limitado de alguna forma sus actividades habituales?

- Sí 1
- No 2

Restricción de la actividad (últimas 2 semanas)

P.25. Durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS, es decir desde el día ... hasta el día de ayer, ¿ha tenido que reducir o limitar las actividades que normalmente realiza por algún dolor o síntoma ocasional?

- Sí 1
- No 2 ⇒ P.28
- N/C 9 ⇒ P.28

P.26. ¿Durante cuánto tiempo se prolongó la reducción de su actividad cotidiana?

--	--	--	--	--

 días

- N/S-N/C 99

P.27. ¿Cuál ha sido ese dolor o síntoma que le ha obligado a reducir sus actividades en las DOS ÚLTIMAS SEMANAS? (Entrevistador/a: Anotar todos los que cite espontáneamente)

- Dolor de huesos, de espalda o articulaciones .. 1
- Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir 2
- Problemas de garganta, tos, catarro o gripe 3
- Dolor de cabeza 4
- Contusión, lesión o heridas 5
- Dolor de oídos, otitis 6
- Diarrea o problemas intestinales 7
- Ronchas, picor o alergias 8
- Molestias de riñón o urinarias 9
- Problemas de estómago, digestivo, hígado o vesícula biliar 10
- Fiebre 11
- Problemas con los dientes o encías 12
- Mareos o vahídos 13
- Dolor en el pecho 14
- Tobillos hinchados 15
- Ahogo, dificultad para respirar 16
- Cansancio sin razón aparente 17
- Dolor menstrual 18
- Otros dolores o síntomas 19
- N/C 99

P.28. Durante las dos últimas semanas ¿se ha visto obligado a quedarse más de la mitad de un día en la cama por motivos de salud? (si ha estado hospitalizado considere también los días pasados en hospital)

- Sí 1 ⇒ P.29
- No 2 ⇒ P.30
- N/C 9 ⇒ P.30

P.29. ¿Cuántos días? (entrevistador/a: si el tiempo que ha tenido que permanecer en la cama ha sido la mitad de un día, anote 01)

--	--	--	--	--

 días

- N/S-N/C 99

VISTA/OIDO (A TODOS/AS)

P.30. ¿Tiene problemas en la vista?

- Sí 1
- No 2
- N/S 8

P.31. ¿Utiliza gafas o lentillas?

- Sí 1
- No 2
- N/C 9

P.32. ¿Cuánto tiempo hace que revisó su visión por última vez?

--	--	--	--	--

 años (anotar 1 para meses)

- Nunca 99 ⇒ Pasar P. 34

P.33. Esta última vez, ¿dónde le revisaron la visión?

- Oftalmólogo (oculista) de la sanidad pública 1
- Oftalmólogo (oculista) privado 2
- Óptico 3
- Otros (especificar)

P.34. ¿Tiene dificultad para oír conversaciones, radio, TV., al volumen normal?

- Sí 1
- No 2
- N/S 8

P.35. ¿Utiliza algún aparato para mejorar la audición?

- Sí 1
- No 2
- N/C 9

P.36. ¿Cuánto tiempo hace que comprobó su audición por última vez?

--	--	--	--	--

 años (anotar 1 para meses)

- Nunca 99 ⇒ Pasar P. 38

P.37. Esta última vez, ¿a qué tipo de consulta acudió?

- Otorrino público 1
- Otorrino privado 2
- Establecimiento especializado 3
- Otros 4

Consumo de medicamentos (últimas 4 semanas)

A TODOS

P.38. En las últimas cuatro semanas, ¿ha utilizado algún tipo de medicamento (gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, etc.)?

P38a (Únicamente si hay consumo en las últimas cuatro semanas) ¿Y en las últimas dos semanas?

- Sí, últimas dos semanas 1 ⇒ **P.39**
- Sí, últimas cuatro semanas . 2 ⇒ **P.39**
- No 3 ⇒ **P.40**
- N/C 9 ⇒ **P.40**

P.39. ¿Dígame cuáles de los que figuran en la tarjeta son los que ha consumido y si le fueron recetados por un médico? (Entrevistador/a: Mostrar TARJETA A y anotar todos los que cite. Para cada medicamento consumido, preguntar quién se los recetó o recomendó. Si la persona entrevistada es varón anotar directamente NO en las opciones 15 y 16)

	Ha consumido		Recetó Médico	Consejo Farmacéutico	Iniciativa propia o consejo de amigos
	Sí	No			
1. Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios.....	1	2	1	2	3
2. Medicinas para el dolor	1	2	1	2	3
3. Medicinas para bajar la fiebre	1	2	1	2	3
4. Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos	1	2	1	2	3
5. Laxantes	1	2	1	2	3
6. Antibióticos	1	2	1	2	3
7. Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	1	2	1	2	3
8. Medicamentos para la alergia	1	2	1	2	3
9. Medicamentos para la diarrea	1	2	1	2	3
10. Medicinas para el reuma	1	2	1	2	3
11. Medicinas para el corazón	1	2	1	2	3
12. Medicinas para la tensión arterial	1	2	1	2	3
13. Medicinas para el estómago y/o alteraciones digestivas ..	1	2	1	2	3
14. Antidepresivos, estimulantes.....	1	2	1	2	3
15. Píldoras para no quedar embarazada	1	2	1	2	3
16. Hormonas para la menopausia	1	2	1	2	3
17. Medicamentos para adelgazar	1	2	1	2	3
18. Medicamentos para bajar el colesterol	1	2	1	2	3
19. Insulina o medicamentos para la diabetes	1	2	1	2	3
20. Otros (especificar)	1	2	1	2	3
.....					
▪ N/C		9			

P40. Ha consumido en las dos últimas dos semanas algún producto homeopático, naturista o de herbolario.

- Sí 1
- No 2
- N/C 9

Apoyo afectivo y personal

P.41. ¿Dispone Ud. a lo largo de la semana de un tiempo personal que puede dedicar a aquello que más le apetece o le interesa (ir al cine, leer, descansar, practicar deportes o realizar sus aficiones favoritas, ...)?

- Sí mucho más del que desearía/necesitaría 1
- Sí, tanto como deseo/necesito 2
- Sí pero menos de lo que desearía/necesitaría 3
- No, no dispongo de tiempo personal 4
- N/C 9

P.42. A continuación le voy a leer una lista de diversas situaciones de apoyo afectivo y personal que suelen producirse en la vida cotidiana para que indique el grado del apoyo que recibe en cada una de ellas (Entrevistador/a: Mostrar TARJETA B).

	Recibe tanta ayuda como desea	Casi como desea recibir	Mi mucho ni poco	Casi no recibe ayuda	No recibe ninguna ayuda
▪ Recibe invitaciones para distraerse y salir con otras personas	1	2	3	4	5
▪ Recibe cariño y afecto	1	2	3	4	5
▪ Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas personales y familiares	1	2	3	4	5
▪ Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas en el trabajo y/o en casa	1	2	3	4	5
▪ Cuenta con personas que se preocupan de lo que le sucede a Ud.	1	2	3	4	5
▪ Recibe consejos útiles cuando le ocurre algún acontecimiento importante en su vida	1	2	3	4	5
▪ Recibe ayuda cuando está enfermo en la cama ..	1	2	3	4	5
▪ Recibo visitas de mis amigos y familiares	1	2	3	4	5
▪ Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	1	2	3	4	5
▪ Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	1	2	3	4	5
▪ Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	1	2	3	4	5

P.43. A continuación, una vez conocido su estado físico quisiéramos saber si durante el ÚLTIMO MES ha presentado alguno de los siguientes problemas emocionales. Por favor, a partir de esta ficha (*Entrevistador: Mostrar Tarjeta C*) indique el código que más se aproxime a su situación siempre en el último mes. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes y no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante que intente contestar **TODAS las respuestas.**

Últimamente, durante los últimos 30 días:	1	2	3	4	9
1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?	Mucho menos que lo habitual <input type="checkbox"/>	Menos que lo habitual <input type="checkbox"/>	Igual que lo habitual <input type="checkbox"/>	Más que lo habitual <input type="checkbox"/>	NC <input type="checkbox"/>
2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?	No, en absoluto <input type="checkbox"/>	No más que lo habitual <input type="checkbox"/>	Algo más que lo habitual <input type="checkbox"/>	Mucho más que lo habitual <input type="checkbox"/>	NC <input type="checkbox"/>
3. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	Mucho menos que lo habitual <input type="checkbox"/>	Menos que lo habitual <input type="checkbox"/>	Igual que lo habitual <input type="checkbox"/>	Más que lo habitual <input type="checkbox"/>	NC <input type="checkbox"/>
4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Mucho menos que lo habitual <input type="checkbox"/>	Menos que lo habitual <input type="checkbox"/>	Igual que lo habitual <input type="checkbox"/>	Más que lo habitual <input type="checkbox"/>	NC <input type="checkbox"/>
5. ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?	No, en absoluto <input type="checkbox"/>	No más que lo habitual <input type="checkbox"/>	Algo más que lo habitual <input type="checkbox"/>	Mucho más que lo habitual <input type="checkbox"/>	NC <input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?	No, en absoluto <input type="checkbox"/>	No más que lo habitual <input type="checkbox"/>	Algo más que lo habitual <input type="checkbox"/>	Mucho más que lo habitual <input type="checkbox"/>	NC <input type="checkbox"/>
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades de cada día?	Mucho menos que lo habitual <input type="checkbox"/>	Menos que lo habitual <input type="checkbox"/>	Igual que lo habitual <input type="checkbox"/>	Más que lo habitual <input type="checkbox"/>	NC <input type="checkbox"/>
8. ¿Ha sido capaz de hacer frente, adecuadamente, a sus problemas?	Mucho menos que lo habitual <input type="checkbox"/>	Menos que lo habitual <input type="checkbox"/>	Igual que lo habitual <input type="checkbox"/>	Más que lo habitual <input type="checkbox"/>	NC <input type="checkbox"/>
9. ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?	No, en absoluto <input type="checkbox"/>	No más que lo habitual <input type="checkbox"/>	Algo más que lo habitual <input type="checkbox"/>	Mucho más que lo habitual <input type="checkbox"/>	NC <input type="checkbox"/>
10. ¿Ha perdido confianza en si mismo?	No, en absoluto <input type="checkbox"/>	No más que lo habitual <input type="checkbox"/>	Algo más que lo habitual <input type="checkbox"/>	Mucho más que lo habitual <input type="checkbox"/>	NC <input type="checkbox"/>
11. ¿Ha pensado que es una persona que no sirve para nada?	No, en absoluto <input type="checkbox"/>	No más que lo habitual <input type="checkbox"/>	Algo más que lo habitual <input type="checkbox"/>	Mucho más que lo habitual <input type="checkbox"/>	NC <input type="checkbox"/>
12. ¿Se siente razonablemente feliz, considerando todas las circunstancias anteriormente mencionadas?	Mucho menos que lo habitual <input type="checkbox"/>	Menos que lo habitual <input type="checkbox"/>	Igual que lo habitual <input type="checkbox"/>	Más que lo habitual <input type="checkbox"/>	NC <input type="checkbox"/>

P.44. Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre actividades físicas que son importantes para la vida cotidiana y que algunas personas tienen dificultades para realizar. Querría saber si Ud. puede realizarlas con o sin ayuda o si no podría realizarlas de ninguna manera

	Puede hacerlo sin ayuda	Puede hacerlo con ayuda	No puede hacerlo de ninguna manera
1. Utilizar el teléfono (buscar número/marcar)	1	2	3
2. Comprar comida o ropa	1	2	3
3. Coger autobús, metro, taxi, etc.	1	2	3
4. Preparar su propio desayuno	1	2	3
5. Preparar su propia comida	1	2	3
6. Tomar sus medicinas (acordarse de cantidad y momento)	1	2	3
7. Administrar su propio dinero (pagar recibos, tratar con banco, firmar cheques).....	1	2	3
8. Cortar una rebanada de pan	1	2	3
9. Comer (cortar la comida e introducirla en la boca)	1	2	3
10. Fregar los platos	1	2	3
11. Hacer la cama	1	2	3
12. Cambiar las sábanas de la cama	1	2	3
13. Lavar ropa ligera a mano	1	2	3
14. Lavar ropa a máquina	1	2	3
15. Limpiar la casa o el piso (fregar el suelo y barrer)	1	2	3
16. Limpiar una mancha del suelo	1	2	3
17. Vestirse y desnudarse y elegir la ropa	1	2	3
18. Peinarse (mujer), afeitarse (hombre)	1	2	3
19. Lavarse la cara y el cuerpo de la cintura para arriba	1	2	3
20. Andar (con o sin bastón)	1	2	3
21. Levantarse de la cama y acostarse	1	2	3
22. Cortarse las uñas de los pies	1	2	3
23. Coser un botón	1	2	3
24. Ducharse o bañarse	1	2	3
25. Subir diez escalones	1	2	3
26. Andar durante una hora seguida	1	2	3
27. Quedarse sólo durante toda la noche	1	2	3

P.45. ¿Recibe Ud. ayuda de alguna persona con una frecuencia de al menos una vez al mes en su vida cotidiana o para alguna de las actividades mencionadas?

- Sí 1
- No 2 \Rightarrow **Pasar P.49**
- N/C 9 \Rightarrow **Pasar P.49**

P.46. ¿Qué vínculo tiene con Ud. la persona o personas de las que recibe ayuda?
 (Entrevistador/a: respuesta múltiple)

- Algún miembro del hogar (mujer) 1
- Algún miembro del hogar (hombre) 2
- Algún familiar que no vive en el hogar (mujer) 3
- Algún familiar que no vive en el hogar (hombre) 4
- Amistades/conocidos/vecinos 5
- Personas contratadas particularmente 6
- Personas de los servicios sociales públicos (IMSERSO, Aytos., Comunidad de Madrid) 7
- Personas voluntarias o miembros de organismos de ayuda (Cáritas, Cruz Roja, ...) 8
- Otros 9

P.47. ¿Con qué frecuencia recibe ayuda de esta/s persona/s?

- A diario 1
- Varias veces/semana 2
- Una vez/semana 3
- Una o varias veces/mes 4

P.48. La ayuda que recibe para el conjunto de actividades, ¿hasta qué punto satisface sus necesidades?

- Completamente 1
- Más o menos lo que necesito 2
- Menos de lo que necesitaría 3
- Mucho menos de lo que necesitaría 4

P.49 Voy a leerle una serie de servicios para personas mayores, ¿podría decirme si ha utilizado alguno de ellos en los últimos tres meses?

- Ayuda domiciliaria 1
- Centros de día para mayores 2
- Residencias de ancianos 3
- Teleasistencia domiciliaria/servicios de telealarma 4

P.50. ¿Qué tipo de ayuda le gustaría recibir? (leer)

- Asistencia domiciliaria para el cuidado personal 1
- Asistencia domiciliaria para las tareas de la casa ... 2
- Compañía para hablar y distraerme 3
- Servicios de Telesistencia domiciliaria / telealarma 4
- Otros (especificar)
-
- Ninguna ayuda, no lo necesita 9

P.51. ¿Se siente Ud. acompañado (por sus familiares, amigos, en general personas de su entorno)?

- Mucho 1
- Bastante 2
- Regular 3
- Poco 4
- Nada 5
- N/C 9

P.52. En su vida cotidiana, ¿encuentra obstáculos o barreras de tipo arquitectónico que le dificulten el movimiento y/o el desplazamiento?

	Siempre	Ocasiones	Nunca	N/C
• Las calles.....	1	2	3	9
• Entorno de su vivienda (portal, escaleras, ...) ...	1	2	3	9
• Interior de la vivienda (puertas, pasillos, baño, cocina, ...)	1	2	3	9
• Lugares públicos de ocio (restaurantes, cines, ...)	1	2	3	9
• Otros (especificar)				

ALIMENTACIÓN Y HÁBITOS DE VIDA. (A TODOS/AS)

Las siguientes preguntas se refieren a hábitos de vida que tienen relación con la salud, como el consumo de alimentos y bebidas, la actividad física,

P.53. Le voy a leer una serie de alimentos para que me diga con qué frecuencia los consume Ud. (MOSTRAR TARJETA D)

	A diario	Tres o más veces a la semana	Una/dos veces a la semana	Menos de 1 vez semana	Nunca o casi nunca	N/C
• Leche y derivados (yogur, postres lácteos, queso, ...)	1	2	3	4	5	9
• Pan, cereales	1	2	3	4	5	9
• Legumbres (lentejas, judías, garbanzos)	1	2	3	4	5	9
• Pasta (fideos, macarrones, espaguetis, ...) arroz, patatas	1	2	3	4	5	9
• Fruta fresca	1	2	3	4	5	9
• Verduras y hortalizas	1	2	3	4	5	9
• Carne	1	2	3	4	5	9
• Embutidos	1	2	3	4	5	9
• Pescado	1	2	3	4	5	9
• Huevos	1	2	3	4	5	9
• Dulces (galletas, mermelada, chocolate)	1	2	3	4	5	9

P.54. En relación a sus hábitos alimentarios ¿qué suele desayunar habitualmente?

- Café, leche, té, chocolate, cacao, yogur, etc..... 1
- Pan, tostadas, galletas, cereales, bollería, etc2
- Fruta y/o zumo 3
- Alimentos como huevos, queso, jamón, etc ... 4
- Otro tipo de alimentos 5
- Nada, no suele desayunar 6
- Ns/Nc 9

P.55. En el momento actual, ¿sigue usted alguna dieta o régimen especial?

- Sí 1
- No 2 \Rightarrow Pasar P. 57
- N/C 9

P.56. ¿Cuál es la razón principal por la que sigue esta dieta o régimen especial?

- Para perder peso 1
- Para mantener su peso actual 2
- Por una enfermedad o problema de salud ... 3
- Por otra razón 4
- Nc 9

P.57. ¿Durante los últimos dos años ha utilizado algún método para adelgazar?

- Sí 1
- No 2 \Rightarrow Pasar P. 60
- N/C 9

P.58. ¿Puede decirnos cuál de los siguientes métodos ha utilizado/utiliza para perder peso?

- Saltarse comidas 1
- Ejercicio físico 2
- Laxantes 3
- Dieta específica 4
- Productos de herbolario 5
- Otros (especificar)

P.59. ¿Esa dieta la siguió con o sin control médico?

- Con control médico 1
- Sin control médico 2
- NC 9

A TODOS/AS

P.60. ¿Qué tipo de ejercicio físico implica su trabajo o actividad habitual? (Entrevistador: leer)

- Sentado la mayor parte de la jornada ... 1
- De pie la mayor parte de la jornada sin grandes desplazamientos 2
- Caminando llevando algún peso, desplazamientos frecuentes 3
- Trabajo pesado, tareas que requieren gran esfuerzo físico 4
- N/C 9

P.61. ¿Qué tipo de ejercicio físico hace en su tiempo libre?. Dígame cuál de estas posibilidades describe mejor la actividad en su tiempo libre.

- No hago ejercicio 1
- Alguna actividad física o deportiva ocasional 2
- Actividad física regular, varias veces al mes 3
- Actividad física regular varias veces a la semana 4
- Actividad física diaria (incluye paseo diario de 30 minutos al menos) 5
- N/C 9

CONSUMO DE TABACO

P.62. ¿Fuma Ud.?

- Sí, fuma diariamente 1
- Sí fuma pero no diariamente 2 ⇨ **P.64**
- No fuma, pero ha fumado 3 ⇨ **P.67**
- No fuma ni ha fumado nunca de manera habitual 4 ⇨ **P.68**
- N/C 9

P.62a. ¿Qué cantidad y qué tipo de tabaco fuma Ud. a diario por término medio?

<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Cigarrillos	Pipas	Puros

P.62b. ¿A qué edad comenzó a fumar de manera habitual?

años

P.63. ¿Diría Ud. que fuma ahora, más, menos o igual que hace dos años?

- Más 1
- Menos 2
- Igual 3
- N/C 9

A QUIENES FUMAN PERO NO DIARIAMENTE

P.64. ¿Con qué frecuencia suele Ud. fumar?

- Tres o cuatro veces por semana 1
- Una o dos veces por semana 2
- Con menos frecuencia 3
- N/C 9

P.64a. Y el día que fuma, ¿qué cantidad y qué tipo de tabaco fuma Ud. por término medio?

<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Cigarrillos	Pipas	Puros

P.64b. ¿A qué edad comenzó Ud. a fumar?

años

- No recuerda98
- No contesta99

P.65. ¿Diría Ud. que fuma ahora, más, menos o igual que hace dos años?

- Más 1
- Menos 2
- Igual 3
- N/C 9

A TODOS/AS QUE FUMAN, SEA A DIARIO O NO

P.66. ¿Ha intentado dejar de fumar en alguna ocasión?

- Sí 1
- No, pero me lo estoy planteando 2
- No, nunca me lo he planteado 3
- N/C 9

SÓLO PARA QUIENES NO FUMAN AHORA PERO FUMARON ANTERIORMENTE

P.67. ¿A qué edad comenzó Ud. a fumar?

años

- No recuerda98
- No contesta99

P.67a. ¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar?

meses años

- N/C 99

P.67b. ¿Cuáles fueron los dos principales motivos que le llevaron a tomar esta decisión?

- Me lo aconsejó el médico 1
- Sentía molestias físicas o que disminuía mi rendimiento psíquico y/o físico a causa del tabaco 2
- Sentía rechazo social, o que molestaba a otras personas 3
- Sentía que fumar repercutía negativamente en mi imagen personal (por trabajo, ...) 4
- Aumentó mi grado de preocupación por los defectos nocivos del tabaco (riesgo para la salud) 5
- Otros motivos (especificar)
.....

P.67c. ¿Qué cantidad de tabaco fumaba por término medio al día?

<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Cigarrillos	Pipas	Puros

P.67d. ¿Cómo dejó de fumar?

- Con ayuda del Centro de Salud 1
- Con ayuda del servicio médico de empresa 2
- Con ayuda de otros profesionales (acupuntores, homeópatas, ...) 3
- Por mi cuenta, sin ninguna ayuda especial 4
- Por mi cuenta, con chicles, con parches de nicotina u otros productos farmacéuticos 5
- De otra manera 6

A QUIENES NO FUMAN EN LA ACTUALIDAD

P.68. ¿Cuánto tiempo, aproximadamente, pasa Ud. a diario en ambientes en los que se fuma?

horas minutos

- NS/NC 99

CONSUMO DE BEBIDAS CON ALCOHOL

P.69. Ahora quisiera hacerle unas preguntas respecto al consumo de bebidas alcohólicas, es decir, cualquier tipo de bebida que contenga alcohol, independientemente de su graduación. ¿Consume ud. algún tipo de bebida alcohólica con una frecuencia de al menos una vez al mes?

- Si 1
- No, menos de una vez al mes 2 ⇒ **P.75**
- No, no consume bebidas alcohólicas... 3 ⇒ **P.75**
- N/C 9 ⇒ **P.75**

P.70. Vamos a hablar ahora de su consumo de bebidas alcohólicas. De las bebidas que le proponemos, indíquenos, por favor, ¿con qué frecuencia las consume Ud.? y ¿qué cantidad de vasos o copas acostumbra Ud. a beber cada vez? (Entrevistador: leer cada tipo de bebidas y mostrar Tarjeta E)

	3-4 veces al día	1-2 veces al día	5-6 veces semana	3-4 veces semana	1-2 veces semana	2-3 veces Mes	1 vez mes	< 1/mes pero al menos 1 vez año	< 1 vez al año	Nunca	N/C	Nº vasos cada vez
• Vino y cava	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	<input type="text"/>
• Cerveza con alcohol	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	<input type="text"/>
• Aperitivos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	<input type="text"/>
• Sidra	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	<input type="text"/>
• Brandy, licores, combinados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	<input type="text"/>
• Whisky	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	<input type="text"/>

P.71. Cada una de las siguientes bebidas, ¿suele consumirlas sólo en días festivos (incluido viernes tarde), sólo en días laborables o en ambos indistintamente?

	Sólo días festivos	Sólo días laborables	Ambos indistintamente	N/C
• Vino y cava	1	2	3	9
• Cerveza con alcohol	1	2	3	9
• Aperitivos	1	2	3	9
• Sidra	1	2	3	9
• Brandy, licores, combinados	1	2	3	9
• Whisky	1	2	3	9

P.72. ¿Cuánto diría que bebe?

- Nada 1
- Poco 2
- Lo normal 3
- Bastante 4
- Mucho 5
- N/C 9

P.73. Sin contar las veces en las que Ud. probó ocasionalmente el alcohol, ¿a qué edad empezó a beber bebidas alcohólicas de forma regular?

años

- No recuerda 98
- No contesta 99

SÓLO A MENORES DE 30 AÑOS

P.74. ¿Con qué frecuencia haces botellón (te reúnes con amigos u otras personas para estar en la calle o parques y consumir bebidas alcohólicas)?

- Nunca 1
- Menos de una vez al mes 2
- Una a tres veces al mes 3
- Una vez a la semana (todas las semanas) 4
- Varias veces a la semana 5
- N/C 9

A TODOS/AS

P.75. En una escala en la que 1 significa que no es un problema en absoluto y 5 que es un problema muy importante, ¿cómo calificaría Ud. el botellón?

No es problema en absoluto Es un problema muy importante

- 1 2 3 4 5
- N/S-N/C 9

P.76. ¿Cuál de las siguientes medidas cree vd. que deberían emprender las autoridades en relación con el botellón?. Elija una única respuesta.

- Controles policiales para reducir los ruidos, la suciedad, etc. 1
- Control de la venta de bebidas alcohólicas .. 2
- Control del consumo de bebidas alcohólicas en lugares públicos 3
- Prevención-educación con los jóvenes 4
- Ninguna de ellas 8
- No sabe-No contesta 9

VISITAS A ESTOMATOLOGÍA, DENTISTA O HIGIENISTA DENTAL

P.77. Vamos a preguntar ahora por el estado de sus dientes

	Sí	No	N/C
1. ¿Tiene caries?	1	2	9
2. ¿Le han extraído dientes/muelas? ...	1	2	9
3. ¿Le han empastado/obturado dientes/muelas?	1	2	9
4. ¿Lleva fundas (coronas), puentes, o dentadura postiza?	1	2	9
5. ¿Lleva implantes?	1	2	9
6. ¿Le faltan dientes/muelas que no han sido sustituidos por prótesis? .	1	2	9
7. ¿Tiene o conserva todos sus dientes/muelas naturales?	1	2	9
8. ¿Se le mueven los dientes/muelas?	1	2	9
9. ¿Le sangran las encías?	1	2	9

P.78. ¿Se lava los dientes todos los días?

- Sí 1 ⇒ ¿Cuántas veces?
- No 2
- N/C 9

P.79. ¿Utiliza habitualmente seda dental?

- Sí 1
- No 2
- N/C 9

P.80. ¿Y enjuagues bucales?

- Sí 1
- No 2
- N/C 9

P.81. Durante los últimos tres meses, ¿ha ido a la consulta de dentista, estomatología o higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?

- Sí 1
- No 2

P.81a Si no ha ido en los últimos tres meses, ¿cuánto tiempo hace que acudió al dentista, estomatólogo/a o higienista dental?

- Menos de 1 año 1 ⇒ meses
- Hace un año o más 2 ⇒ años
- No recuerda 3
- No ha ido nunca 4 ⇒ **P.84**

P.82. La última vez que acudió, ¿qué tipo de asistencia recibió?

- Revisión o chequeo 1
- Limpieza de boca 2
- Empastes (obturaciones)/endodoncias 3
- Extracción de algún diente/muela 4
- Ortodoncias..... 5
- Puentes, fundas u otro tipo de prótesis 6
- Tratamiento enfermedades de las encías.. 7
- Aplicación de flúor..... 8
- Otro tipo de asistencia 9
- N/C 10

P.83. El dentista, estomatólogo/a o higienista dental al que acudió esta última vez, era de

- Seguridad Social (SESCAM, Sanidad pública) .. 1
- Sociedad Médica 2
- Consulta privada 3
- Otros 4
- N/C 9

(NO HAN IDO NUNCA AL DENTISTA. RESTO ⇒ P.85)

P.84. Aunque no haya ido nunca al dentista, ¿necesitaría ir?

- No 1
- Sí 2

¿Por qué no va?

- Me da miedo/me impone 1
- Motivos económicos (es muy caro) 2
- Otros 3

PRACTICAS PREVENTIVAS. A TODOS/AS**P85. Pasando a otro tema, ¿se ha vacunado de la gripe en la última campaña?**

- Sí 1 ⇒ **P.85a**
- No 2 ⇒ **P.86**
- N/C 9 ⇒ **P.86**

P85a. ¿Quién le indicó que se vacunara de la gripe?

- Un profesional sanitario, por su edad..... 1
- Un profesional sanitario, por sus enfermedades ... 2
- Un profesional sanitario, por otras razones 3
- Le ponen la vacuna en la empresa/centro de estudio 4
- Solicitó la vacuna porque prefiere estar vacunado/a 5
- Otros 6
- N/C 9

A TODOS/AS**P86. Ahora me gustaría preguntarle algunas cosas sobre la tensión arterial ¿le ha tomado la tensión alguna vez un profesional sanitario?**

- Sí 1 ⇒ **P.86a**
- No 2 ⇒ **P.87**
- No recuerda 3 ⇒ **P.87**
- N/C 9 ⇒ **P.87**

P86a. La última vez que le tomaron la tensión fue...

- Hace menos de 3 meses 1
- 3 a 5 meses 2
- 6 meses a 1 año 3
- De 1 a 3 años 4
- Más de 3 años 5
- No recuerda 6
- N/C 9

P87. Las siguientes preguntas son sobre colesterol, ¿le han medido alguna vez sus niveles de colesterol?

- Sí 1 ⇒ **P.87a**
- No 2 ⇒ **P.88**
- No recuerda 3 ⇒ **P.88**
- N/C 9 ⇒ **P.88**

P87a. La última vez que se los midieron fue

- Hace menos de 3 meses 1
- 3 a 5 meses 2
- 6 meses a 1 año 3
- De 1 a 3 años 4
- Más de 3 años 5
- No recuerda 6
- N/C 9

PRACTICAS PREVENTIVAS DE LA MUJER. A TODAS LAS MUJERES. HOMBRES PASAR A P.92**P.88. ¿Realiza Ud. revisiones ginecológicas periódicas? (exceptuar embarazo)**

- Sí 1 ⇒ **P.88a**
- No 2 ⇒ **P.89**
- N/C 9 ⇒ **P.89**

P.88a. ¿Cada cuánto tiempo aproximadamente?

- Cada seis meses 1
- Una vez al año 2
- Cada dos años 3
- Más de dos años 4
- N/C 9

P.88b. ¿Cuáles de las siguientes pruebas le hicieron en la última revisión?

	Sí	No	N/C
• Citología	1	2	9
• Exploración mamaria	1	2	9
• Análisis de sangre	1	2	9
• Control anticonceptivo	1	2	9
• Ecografía	1	2	9
• Tacto vaginal	1	2	9
• Otros	1	2	9

P.88c. ¿Dónde le realizaron esa última revisión rutinaria?

- Servicio sanitario público 1
- Servicio privado 2
- N/S-N/C 9

P.89. ¿Se realiza Ud. auto-exploración mamaria sistemáticamente?

- Sí 1
- No 2
- N/C 9

SÓLO A MUJERES CON HIJOS/AS MENORES DE 2 AÑOS**P.90. ¿Dio Ud. el pecho a su hijo/a?**

- Sí 1
- No 2 ⇒ **P.91**
- N/C 9

P.90a. ¿Durante cuánto tiempo?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Meses
MUJERES MAYORES DE 45 AÑOS**P.91. ¿Le han realizado alguna vez una mamografía?**

- Sí 1 ⇒ **P.91a**
- No 2 ⇒ **P.92**
- N/C 9 ⇒ **P.92**

P.91a. ¿Cuánto tiempo hace que se la hicieron?

meses años

- NS-N/C 9

P.91b. ¿Quién le recomendó la realización de esta prueba?

- Lo solicité yo misma 1
- Me citaron desde el Programa de detección precoz de Cáncer de mama de Castilla La Mancha 2
- Me lo sugirió el médico de cabecera..... 3
- Otro médico especialista o servicio del SESCAM..... 4
- Otro médico servicio privado 5
- N/S-N/C 9

A TODOS/AS, HOMBRES Y MUJERES

P.92. ¿Ha habido en su familia antecedentes de cáncer de mama o colon?

- Sí, de mama 1 ⇒ P.92a
- Sí, de colon..... 2 ⇒ P.92a
- Sí, ambos..... 3 ⇒ P.92a
- No 4 ⇒ P.93
- N/C 9 ⇒ P.93

P.92a. ¿Quién? (Entrevistador: preguntar para cáncer de mama y/o colon según P.97)

	Mama	Colon
• Abuela o abuelo	1	1
• Madre o padre	2	2
• Tías o tíos	3	3
• Primas o primos	4	4
• Otros	5	5
• Ns/nc	9	9

HOMBRES Y MUJERES MAYORES DE 50 AÑOS

P.93. ¿Se ha hecho alguna vez una prueba para detectar el cáncer de colon?

- Sí 1 ⇒ P.93a
- No 2 ⇒ P.94
- N/C 9 ⇒ P.94

P.93a. ¿Qué tipo de pruebas le han realizado?

- Análisis de sangre 1
- Sangre oculta en heces 2
- Rectoscopia/colonoscopia..... 3
- Otras 4
- Ns/nc 9

P.93b. ¿Cuánto tiempo hace que le hicieron esta prueba?

meses años

- NS-N/C 99

P.93c. ¿Quién le recomendó la realización de esta prueba?

- Lo solicité yo mismo/a 1
- Me citaron desde el Programa de detección precoz de Castilla La Mancha 2
- Me lo sugirió el médico de cabecera..... 3
- Otro médico especialista o servicio del SESCAM 4
- Otro médico servicio privado 5
- N/S-N/C 9

HOMBRES MAYORES DE 50 AÑOS

P.94. ¿Se ha hecho alguna vez una prueba para detectar el cáncer de próstata?

- Sí 1 ⇒ P.94a
- No 2 ⇒ P.95
- N/C 9 ⇒ P.95

P.94a. ¿Qué tipo de prueba se realizó?

- Analítica de sangre/PSA 1
- Ecografía 2
- Tacto rectal 3
- Otras 4
- Ns/nc 9

P.94b. ¿Cuánto tiempo hace que le hicieron esta prueba?

meses años

- NS-N/C 99

P.94c. ¿Quién le recomendó la realización de esta prueba?

- Lo solicité yo mismo 1
- Me citaron desde el Programa de detección precoz de Castilla La Mancha 2
- Me lo sugirió el médico de cabecera..... 3
- Otro médico especialista o servicio del SESCAM 4
- Otro médico servicio privado 5
- N/S-N/C 9

A TODOS/AS, HOMBRES Y MUJERES

A continuación voy a hacerle una serie de preguntas que tienen que ver con prácticas preventivas de diferentes tipos.

P.95. ¿Mantiene Ud. relaciones sexuales, sean esporádicas o habituales?

- Sí 1
- No 2 ⇒ P.100
- N/C 9 ⇒ P.100

P.95a. En sus relaciones sexuales, ¿utiliza algún método anticonceptivo?

- Siempre 1
- En ocasiones 2
- Nunca 3 ⇒ P.98
- N/S 8
- N/C 9

P.96. De los siguientes métodos, ¿cuáles utiliza en la actualidad? (respuesta múltiple)

- Preservativo 1
- Métodos naturales (ogino u otros) 2
- Píldora anticonceptiva 3
- Coitus interruptus 4
- Diafragma/Anillo 5
- Espermicidas 6
- DIU 7
- Ligadura de trompas 8
- Vasectomía 9
- Píldora masculina 10
- Otros 98

P.97 ¿Quién le recomendó el método anticonceptivo que utiliza más habitualmente?

- Médico general público 1
- Médico general privado 2
- Ginecólogo público 3
- Ginecólogo privado 4
- Matrona/enfermero público 5
- Matrona/enfermero privado 6
- Farmacéutico 7
- Familia 8
- Amigos 9
- Nadie 10
- Otros 11

P.98 En sus relaciones sexuales, ¿utiliza preservativo para evitar enfermedades de transmisión sexual?

- Siempre 1
- En ocasiones 2
- Nunca 3
- N/C 9

P.99 Cuando ha necesitado disponer de preservativos, ¿ha podido conseguirlos? (Leer)

- Sí, con total facilidad 1
- Sí, con dificultades 2
- No, ha sido imposible 3
- N/S-N/C 9

ÁMBITO LABORAL. A TODOS/AS, HOMBRES Y MUJERES DE CUALQUIER EDAD

Las siguientes preguntas se refieren a aspectos laborales y su relación con la salud

P.100. En primer lugar, nos gustaría saber en qué situación se encuentra Ud. en el momento actual, en relación con el empleo

- Trabaja 1
- Trabaja pero está de baja 2
- Paro con subsidio 3 ⇒ P.103
- Paro agotado subsidio 4
- Jubilado o pensionista (anteriormente ha trabajado) 5
- Pensionista (no trabajó antes: labores del hogar, ...) 6 ⇒ P.116
- Búsqueda primer empleo 7 ⇒ P.116
- Labores del hogar 8 ⇒ P.101
- Estudiante 9 ⇒ P.116
- Otra situación, indicar cuál

(REALIZAR P.101, P102 EN CASO DE LABORES DEL HOGAR (CÓD. 8 EN P.100 U OTRA SITUACIÓN EQUIVALENTE)).

P.101. ¿Le gustaría tener un empleo remunerado?

- Sí, en cualquier caso 1
- Sí, pero si pudiera compatibilizarlo con el cuidado de mi casa/familia sin problemas 2
- No, en ningún caso 3
- N/S-N/C 9

P.102. ¿Ha trabajado anteriormente?

- Sí 1
- No 2
- N/C 9

[REALIZAR P.103 Y SIGUIENTES ÚNICAMENTE A PERSONAS QUE TRABAJAN O HAN TRABAJADO (CÓDIGOS 1 a 5 EN P.100 y CÓDIGO 1 EN P.102). RESTO, IR A P.116].

P.103. ¿Podría decirnos cuál es la ocupación que desempeña Ud. en la actualidad o que ha desempeñado en último lugar durante su vida laboral, a cambio de un sueldo? (Entrevistador/a: Definir en qué consiste específicamente su trabajo. Pedir que especifique al máximo tomando como referencia la C.N.O.-94)

-
-

--	--	--	--

P.104. ¿Ud. trabaja/trabajaba como ...?

- Asalariado fijo (a sueldo, comisión, jornal, etc. con carácter fijo) 1
- Asalariado eventual o interino 2
- Empresario o profesional con asalariados 3
- Ayuda familiar (sin remuneración reglamentada en la empresa o negocio familiar) 4
- Miembro de una cooperativa 5
- Sin contrato 6
- Trabajador de ETT 7
- Otra situación, cuál
- N/C 9

P.105. (Sólo a los asalariados fijos o eventuales).
¿Trabaja/trabajaba Ud. en la Administración pública, en una empresa pública, en una empresa privada, ONG, ...?

- Administración pública (Si se trata de un funcionario anotar Grupo y NIVEL) 1
 Grupo: Nivel:
- Empresa pública 2
- Empresa privada 3
- Organización sin ánimo de lucro 4
- Servicio doméstico 5
- Otros (especificar)

- N/C 9

P.106 **¿A qué actividad se dedica la empresa u organización donde Ud. trabaja/ba?**

- N/C 999

--	--	--	--

P.107. **¿Cuántas personas trabajan en la empresa u organización en la que trabaja/ba Ud.?**

- Menos de 5 1
- 5 a 10 2
- 11 a 50 3
- 51 a 100 4
- Más de 100 5
- N/S 8
- N/C 9

(ENTREVISTADOR/A: REALIZAR P.109 a P.115 ÚNICAMENTE A PERSONAS OCUPADAS EN LA ACTUALIDAD, CÓDIGOS 1 Y 2 EN P.100. RESTO DE CASOS, PASAR A P.116)

P.108. Tipo de jornada

- Partida 1
- Continua de mañana 2
- Continua de tarde 3
- Continua de noche 4
- Turnos 5
- Jornada variable, según los días 7
- Otras posibilidades 8

P.109. En total, ¿cuántas horas trabaja Ud. a la semana (a cambio de salario)?

--	--	--

 horas

P.110. ¿Dónde se encuentra su lugar de trabajo?

- En casa 1
- En la misma localidad en que vive 2
- En otro municipio de Castilla-La Mancha 3
- Fuera de Castilla-La Mancha 4
- Itinerante (cambia de lugar) 5
- Es muy variable 6
- Otros 7
- No contesta 9

P.111. ¿Cuánto tiempo tarda en llegar al trabajo aproximadamente?

--	--	--

 minutos

P.112. ¿Cuántos Kms recorre diariamente para ir a trabajar (incluyendo ida y vuelta)?

--	--	--

 Kms.

P.113. ¿Cómo se desplaza habitualmente para ir a trabajar?

- Andando 1
- Transporte público 2
- Transporte empresa 3
- Vehículo particular 4

P.114. ¿En qué medida se siente usted preocupado/a por la posibilidad de perder su empleo?

- Mucho 1
- Bastante 2
- Regular 3
- Poco 4
- Nada 5
- N/S 8
- N/C 9

P.115. En general, ¿hasta qué punto se encuentra satisfecho con su trabajo actual?

- Estoy muy satisfecho 1
- Bastante satisfecho 2
- Satisfecho 3
- Insatisfecho 4
- Bastante insatisfecho 5
- Muy insatisfecho 6
- N/S 8
- N/C 9

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

PARA FINALIZAR CON LA ENCUESTA, VAMOS A HACER UN BALANCE DE LAS CONSULTAS QUE USTED HA TENIDO CON PROFESIONALES MÉDICOS Y DE LA SALUD DURANTE EL ÚLTIMO AÑO

P.116 Durante los ÚLTIMOS DOCE MESES, ¿ha consultado a alguno de los siguientes profesionales debido a su estado de salud?. Por favor, indicar si consultó a médicos públicos o privados y cuántas veces aproximadamente a lo largo de año.

PROFESIONALES	NO	SÍ			N/C
		Médico Público	Médico Privado	Número de veces	
• Médico general	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Enfermería.....	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Alergología	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Aparato digestivo	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Cardiología.....	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Cirugía gen./digestiva	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Cirugía cardiovascular	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Cirugía plástica/reparadora	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Cirugía vascular	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Dermatología.....	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Endocrinología/nutrición	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Geriatria	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Ginecología/Obstetricia	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Internista	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Nefrología	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Neumología	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Neurocirujía	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Neurología	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Oftalmología	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Otorrinolaringología	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Oncología	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Psiquiatra	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Rehabilitación	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Reumatología	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Traumatología	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Urología	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Fisioterapeuta.....	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Psicólogo/a.....	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Trabajador social	1	2	3	<input type="text"/>	9
• Otros (especificar)	1	2	3	<input type="text"/>	
.....					

P.117. ¿Durante los últimos 12 meses ha hecho Ud. alguna consulta por motivos de salud a un?

	SÍ	NO	Número de veces	N/C
• Homeópata	1	2	<input type="text"/>	9
• Osteópata	1	2	<input type="text"/>	9
• Naturista	1	2	<input type="text"/>	9
• Acupuntor	1	2	<input type="text"/>	9
• Curandero	1	2	<input type="text"/>	9
• Herbolario	1	2	<input type="text"/>	9
• Gabinete de estética	1	2	<input type="text"/>	9
• Otros (especificar)	1	-	<input type="text"/>	-
.....				

(ENTREVISTADOR/A:

- ➡ SI EN P.116 NO HAY CONSULTAS A MÉDICO GENERAL, EN LA P.118 MARCAR CÓDIGO 3 Y PASAR A P.122.
- ➡ SI EN P.116 NO HAY CONSULTAS A NINGÚN ESPECIALISTA (ALERGÓLOGÍA HASTA UROLOGÍA), EN LA P.123 MARCAR CÓDIGO 3 Y PASAR A P.130.

ATENCIÓN PRIMARIA

P.118. ¿Cuánto tiempo hace que usted acudió a una consulta de atención primaria (medicina general) o le han atendido en su domicilio por algún problema de salud, molestia o enfermedad suya?. Nos referimos, por supuesto, a una verdadera consulta, y no una petición de hora o cita, ni a la realización de una radiografía o análisis, ni cuando ha ido acompañando a otra persona

- En las últimas 2 semanas 1
- De 2 a 4 semanas 2
- Más de 4 semanas 3 ⇒ **Pasar P. 122**

P.119. ¿Cuántas veces?.

veces

P.120. ¿Dónde tuvo lugar esa última consulta/visita a domicilio de las 4 últimas semanas?

- Centro de Salud/EAP 1
- Servicios de urgencias no hospitalario..... 2
- Servicios de urgencias hospitalaria 3
- Consulta médico particular 4
- Consulta médico de una sociedad 5
- Empresa o lugar de trabajo 6
- Domicilio del entrevistado 7
- Consulta telefónica 8
- Otro lugar 9
- No sabe / no contesta 9

P.121. ¿Cuál fue el motivo principal de esa última visita?

- Por una enfermedad o problema de salud 1
- Por un accidente o agresión 2
- Revisión 3
- Solo dispensación de recetas 4
- Parte de baja, confirmación, o alta 5
- Otros motivos 6
- N/C 9

P122. En las últimas 4 semanas ¿ha consultado con alguno de los siguientes profesionales?

- Enfermería 1
- Fisioterapeuta 2
- Matrona 3
- Ninguno de los anteriores 4

ESPECIALISTAS

Vamos a hablar ahora de las consultas a especialistas, ya sea de las que Ud. realizó en ambulatorios o consultas externas de hospitales públicos o privados. Tenga en cuenta que hablamos de consultas y no de ingresos o urgencias

P.123. ¿Cuánto tiempo hace que usted acudió a una consulta de un médico especialista (sin incluir a dentistas) por algún problema, molestia o enfermedad suya?. (no petición de cita, analítica o prueba o acompañando a otra persona).

- Menos de 4 semanas 1
- De 1 a 3 meses 2 ⇒ **Pasar P. 130**
- Más de 3 meses 3 ⇒ **Pasar P. 130**

P.124. ¿Cuántas veces?

veces

P.125. ¿Dónde tuvo lugar esa última consulta/visita a domicilio de las 4 últimas semanas?

- Centro de Salud/Consultorio 1
- Ambulatorio/Centro de especialidades 2
- Consulta externa de un hospital 3
- Servicios de urgencias no hospitalario 4
- Servicios de urgencias hospitalaria 5
- Consulta médico particular 6
- Consulta médico de una sociedad 7
- Empresa o lugar de trabajo 8
- Domicilio del entrevistado 9
- Consulta telefónica 10
- Otro lugar 11
- No sabe / no contesta 99

P.126. ¿Cuál fue el motivo principal de esa última consulta?

- Por una enfermedad o problema de salud 1
- Por un accidente o agresión 2
- Revisión 3
- Solo dispensación de recetas 4
- Parte de baja, confirmación, o alta 5
- Otros motivos 6
- N/C 9

P.127. ¿Cuál era la especialidad del médico al que consultó?

- Alergología 01
- Aparato digestivo 02
- Cardiología 03
- Cirugía cardiovascular 04
- Cirugía general y digestiva 05
- Cirugía vascular 06
- Dermatología 07
- Endocrinología y nutrición 08
- Geriatria 09
- Ginecología-obstetricia 10
- Internista 11
- Nefrología 12
- Neumología 13
- Neurocirugía 14
- Neurología 15
- Oftalmología 16
- Oncología 17
- Otorrinolaringología 18
- Psiquiatria 19
- Rehabilitación 20
- Reumatología 21
- Traumatología 22
- Urología 23
- Otros 24
- No sabe 88
- No contesta 99

P.128. Y esta última vez, ¿cuánto tiempo pasó desde que empezó a notarse enfermo/a o sintió que tenía algún problema de salud hasta que pidió cita para consulta?

meses días

- No contesta/No recuerda 9999

P.129. Y también esta última vez, ¿cuánto tiempo pasó desde que pidió la cita hasta que le vio el médico/a? (Nos referimos al primer médico/a que le vio por este problema, aunque luego lo derivase a otro)

meses días

- No contesta/No recuerda 9999

PRUEBAS

A TODOS/AS

P.130. En las últimas 4 semanas se ha hecho algún tipo de prueba no urgente, como una radiografía, ecografía, análisis, etc.?

- Sí 1
- No 2 ⇒ P.132
- N/C 9 ⇒ P.132

P.131. ¿Cuál de las siguientes pruebas se ha hecho?

	Sí	No
• Radiografía.....	1	2
• TAC	1	2
• Ecografía.....	1	2
• Resonancia magnética.....	1	2
• Análisis	1	2
• Otra	1	2

CIRUGÍA AMBULATORIA

P.132. Durante los últimos doce meses, ¿ha sido ingresado usted para una intervención, tratamiento o hacerse alguna prueba en un "hospital de día", es decir, permaneciendo en el hospital durante todo o parte del día pero sin tener que pasar allí la noche?

- Sí 1
- No 2 ⇒ Pasar P. 135
- No contesta 9 ⇒ Pasar P. 135

P.133. ¿Cuál fue la razón del último ingreso que haya tenido en el "hospital de día"?

- Una intervención quirúrgica 1
- Un tratamiento 2
- Otros motivos..... 3
- No sabe/ No contesta 9

P.134. ¿Quién asumió los gastos?

- Usted 1
- Seguridad Social 2
- Mutualidades 3
- Sociedad médica privada 4
- Mutuas de accidentes de trabajo 5
- Compañías aseguradoras de accidentes de tráfico 6
- Beneficencia 7
- Otros 8

INGRESOS HOSPITALARIOS

Vamos a hablar ahora de la asistencia que se presta en hospitales, tanto públicos como privados [no urgencias]

P.135. Durante los últimos doce meses, ¿ha estado vd. hospitalizado/a como paciente, al menos por una noche?

- Sí 1
- No 2 ⇒ P.143
- N/C 9 ⇒ P.143

P.136. En total, ¿cuántas veces ha estado hospitalizado/a en estos doce últimos meses?

- veces
- No contesta 99

P.137. Y refiriéndonos tan sólo a ese último ingreso hospitalario ocurrido en los últimos doce meses, ¿puede vd. decirnos, aproximadamente, cuántos días estuvo ingresado en el hospital?

- Días
- No contesta 999

P.138. Siguiendo con este último ingreso hospitalario, ¿cuál fue el motivo de su ingreso en el hospital?

- Intervención quirúrgica 1
- Estudio médico para diagnosticar 2
- Tratamiento sin intervención quirúrgica 3
- Parto (incluye cesárea) 4
- Otros motivos..... 5
- No contesta 9

P.139. ¿Estaba Ud. en lista de espera por ese motivo?

- Sí 1
- No 2
- N/C 9

P.140. ¿Cuánto tiempo en meses estuvo en lista de espera desde que le dijeron que tenía que ingresar? (Entrevistador/a: si el tiempo que estuvo en lista de espera ha sido menos de 1 mes, anote 00)

		meses
--	--	-------

- No contesta/No recuerda 99

P.141. En esta última ocasión, ¿cuál fue la forma de ingreso?

- A través del servicio de urgencias 1
- Ingreso ordinario (no por urgencias) 2
- No contesta 9

P.142. ¿A cargo de quién corrieron los gastos de su hospitalización?

- Sanidad Pública (Seguridad Social) 1
- Mutualidad obligatorias (MUFACE, ISFAS, etc.).. 2
- Sociedad médica privada 3
- A su propio cargo 4
- A cargo de otras personas, organismos o Instituciones 5
- Otros 6
- No sabe 8
- No contesta 9

SERVICIOS DE URGENCIAS

P.143. En los últimos doce meses, ¿ha tenido Ud. que utilizar algún servicio de urgencias de cualquier tipo (hospitalarias o no hospitalarias, urg. a domicilio, ambulancias, UVI móvil, ..) por algún problema o enfermedad?

- Sí 1
- No 2 ⇒ **P.150**
- No contesta 9 ⇒ **P.150**

P.144. En total, ¿cuántas veces ha tenido que utilizar este servicio en estos doce últimos meses?

		veces
--	--	-------

- No contesta 99

P.145 ¿Dónde fue atendido/a?

- En un centro o servicio de urgencias .. 1
- En el lugar donde se encontraba (domicilio, lugar de trabajo, etc.).....2
- En una unidad móvil3
- NC 9

P.146. La última vez que acudió a urgencias ¿cuánto tiempo pasó desde que empezó a notarse enfermo/a o sintió que tenía algún problema de salud hasta que pidió asistencia?

		Horas			Minutos
--	--	-------	--	--	---------

- No recuerda98
- No contesta 99

P.147. Y también esta última vez que acudió a urgencias ¿cuánto tiempo pasó desde que pidió asistencia hasta que fue atendido/a? (entrevistados/a si la asistencia fue inmediata anotar 00 en la opción minutos)

		Horas			Minutos
--	--	-------	--	--	---------

- No recuerda98
- No contesta 99

P.148. Y también esta última vez que acudió a un servicio de urgencias de estos doce últimos meses, ¿qué tipo de servicio utilizó?

- Hospital de la Sanidad Pública 1
- Servicio urgencias no hospitalario de la Sanidad Pública 2
- Centro no hospitalario público (centro de Salud)..... 3
- Servicio privado de urgencias 4
- Sanatorio, hospital o clínica privada 5
- Casa de socorro o servicio de urgencias del Ayuntamiento 6
- Otro tipo de servicio 7
- NC 9

P.149. ¿Por qué fue a un servicio de urgencias?

- Porque el médico/a se lo mandó 1
- Porque usted, sus familiares u otras personas lo consideraron necesario 2
- Me resulta mas comodo ir a urgencia 3
- Para evitar listas de espera 4
- NC 9

DATOS DE CLASIFICACIÓN

Hemos terminado la entrevista. Tengo que pedirle unos datos para poder analizar la encuesta posteriormente. Ya le he comentado que sus respuestas no serán tratadas nunca de forma individual, pero necesitamos conocer ciertas características (estado civil, estudios, ...) a efectos de poder clasificar después a las personas que hemos entrevistado.

P.150. ¿Puede decirnos dónde nació usted?

- Castilla-La Mancha 1 Indicar provincia: _____
- Resto de España 2 Indicar provincia: _____
- Año que llegó a Castilla-La Mancha:
- Extranjero 3 Indicar país: _____
- Año que llegó a España: Año que llegó a Castilla-La Mancha:

P.151. ¿Podría decirnos cuál es su estado civil?

- Casado/a 1
- Soltero/a 2
- Separado/a o divorciado/a 3
- Viudo 4
- N/C 9

P.152. ¿Vive Ud. actualmente en pareja?

- Sí 1
- No 2
- N/C 9

P.153. ¿Podría decirme cuál es el máximo nivel de estudios que ha terminado?

- No sabe leer ni escribir 1
- Primarios incompletos 2
- Primarios completos (EGB, 6º de primaria) 3
- Primera etapa secundaria(ESO, graduado escolar, EGB hasta 8º, Bachiller elemental, FPI 4
- Bachillerato (Bachiller superior, BUP, COU, PREU)..... 5
- Formación profesional grado medio (FPI, ciclos formativos de grado medio, oficialía industrial) 6
- Formación profesional grado superior (FP II, ciclos formativos de grado superior, maestría industrial) 7
- Estudios universitarios de grado medio (Diplomaturas, ingenierías técnicas, escuelas universitarias, magisterio, etc.) 8
- Estudios universitarios de grado superior (licenciaturas, postgrado, doctorado, etc.) 9
- N/C 10

P.154. ¿Podría decirnos qué tipo de cobertura sanitaria tiene Ud.? (múltiple)

- Sanidad Pública (Seguridad Social) 1
- Mutualidades del Estado acogidas a un seguro privado 2
- Mutualidades acogidas a Seguridad Social 3
- Seguro Privado individual 4
- Seguro privado a través de su empresa 5
- No tiene ningún tipo de cobertura médica 6
- Otros (indicar cuál) 9
- 9
- N/C 9

(Las preguntas P.156 Y P.157 siguientes se refieren exclusivamente al **SUSTENTADOR PRINCIPAL DEL HOGAR**)

P.155. ¿Cuál es la ocupación/profesión que desempeña en la actualidad o la última que ha desempeñado en caso de que en la actualidad no trabaje? (Entrevistador/a: pedir que especifique al máximo tomando como referencia la C.N.O.-94)

-
-
-

P.156. ¿Cuál es o era su situación laboral o de empleo en esa ocupación?

- **Trabajadores por cuenta propia:**
 - Sin asalariados 1
 - Con asalariados:
 - Empresas de 10 o más asalariados 2
 - Empresas de menos de 10 asalariados 3
- **Trabajadores por cuenta ajena:**
 - Gerente de empresas con 10 o más asalariados 4
 - Gerente de empresas con menos de 10 asalariados 5
 - Capataz, supervisor o encargado 6
 - Otros 7
- **No contesta** 9

P.157. Los ingresos mensuales de su hogar por todos los conceptos (incluidas todas las aportaciones), ¿en qué tramo de los propuestos se encuadran?

- Menos de 370 € (Menos de 60.000 pts.) 1
- 371 – 670 € (61.000 a 100.000 pts.) 2
- 671 – 970 € (101.000 a 150.000 pts.) 3
- 971 – 1.200 € (151.000 a 200.000 pts.) 4
- 1.201 – 1.800 € (201.000 a 300.000 pts.) 5
- 1.801 – 2.400 € (301.000 a 400.000 pts.) 6
- 2.401 – 3.000 € (401.000 a 500.000 pts.) 7
- Más de 3.000 € (Más de 500.000 pts.) 8
- N/C 9

DATOS DE LA ENTREVISTA

FECHA DE REALIZACIÓN:

DURACIÓN DE LA ENTREVISTA: minutos

Día: Mes: Año:

DÍA DE LA SEMANA:

SINCERIDAD DEL ENTREVISTADO:

Lunes 1 Viernes 5
Martes 2 Sábado 6
Miércoles 3 Domingo 7
Jueves 4

Mucha 1 Poca 3
Bastante 2 Ninguna 4

NOMBRE DEL/LA ENTREVISTADOR/A: CÓDIGO

SUPERVISOR/A:

OBSERVACIONES:

.....

.....

VÁLIDO EXCLUSIVAMENTE A EFECTOS DE VALIDACIÓN, SUPERVISIÓN DE LA ENTREVISTA:

NOMBRE DE LA PERSONA ENTREVISTADA:

DIRECCIÓN:

CÓDIGO POSTAL : LOCALIDAD:

PROVINCIA: TELÉFONO CONTACTO:
