

CUESTIONARIO DE LA ENCUESTA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MADRID 2017 (ESCM'17)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA: sexo, edad y distrito de residencia

Buenos días/tardes, le llamo desde Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid. En estos momentos estamos llevando a cabo una encuesta de salud para saber las medidas que se pueden tomar para mejorar la salud de las y los madrileños. Los datos que usted nos facilite están protegidos por la Ley de Secreto Estadístico. La selección de las personas a las 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 sus modificaciones posteriores.

A. DATOS CLASIFICACIÓN (CUOTAS)

A.1. Sexo: 1 ☐ Hombre 2 ☐ Mujer

A.2. Edad: _____

Grupo de edad: 1 ☐ 15-29 2 ☐ 30-44 3 ☐ 45-64 4 ☐ 65+

A.3 DOMICILIO (BARRIO/DISTRITO):

Para comenzar vamos a preguntarle por cómo percibe su salud y la calidad de vida que tiene.

B. SALUD PERCIBIDA

B.1. En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo?

(No se leen las opciones)

Muy bueno1
Bueno2
Regular3
Malo4
Muy Malo5
No sabe.....8
No contesta.....9

C. MORBILIDAD Y LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD

Vamos a hablar ahora sobre sus enfermedades.

C.1. ¿Tiene alguna enfermedad o problema de salud crónicos o de larga duración? (Entendemos por larga duración si el problema de salud o enfermedad ha durado o se espera que dure 6 meses o más)

Sí1
No2
No sabe.....8
No contesta.....9

C.2. A continuación le voy a leer una lista de enfermedades o problemas de salud. Para cada una de ellas, dígame si su médico le ha dicho que la padece o no.

(Léale a la persona entrevistada las enfermedades que se relacionan una a una, anotando la respuesta que proceda)

	Sí	No	NS/NC
1. Tensión alta	1	2	9
2. Infarto de miocardio, angina de pecho o enfermedad coronaria	1	2	9
3. Artrosis (excluyendo artritis).....	1	2	9
4. Dolor de espalda crónico (cervical).....	1	2	9
5. Dolor de espalda crónico (lumbar)	1	2	9
6. Alergia crónica, como rinitis, conjuntivitis o dermatitis alérgica, alergia alimentaria o de otro tipo (asma alérgica excluida)	1	2	9
7. Asma (incluida asma alérgica)	1	2	9
8. Bronquitis crónica, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).....	1	2	9
9. Diabetes.....	1	2	9
10. Úlcera de estómago o duodeno	1	2	9
11. Colesterol alto	1	2	9
12. Depresión.....	1	2	9
13. Ansiedad crónica	1	2	9
14. Migraña o dolor de cabeza frecuente.....	1	2	9
15. Problemas de tiroides	1	2	9
16. ¿Ha padecido alguna otra enfermedad crónica?	1	2	9
Especificar			

C.3. Durante al menos los últimos 6 meses, ¿en qué medida se ha visto limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?

Gravemente limitado/a	1
Limitado/a, pero no gravemente	2
Nada limitado/a	3
No sabe	8
No contesta	9

C.4. En las últimas DOS SEMANAS, ¿ha utilizado algún tipo de medicamento (gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, pomadas, etc.)?

Sí	1
No	2
NS/NC.....	9

C.5. A continuación voy a leerle una lista de tipos de medicamentos, por favor dígame si los ha consumido en el último año, en las últimas 2 semanas y si le fueron recetados por su médico

(Léale a la persona entrevistada la lista de medicamentos y pregúntele, para cada uno de ellos, si los ha consumido o no en las últimas dos semanas o el último año. En caso afirmativo, si le fueron o no recetados por algún médico. Para cada medicamento consumido debe cumplimentar la columna Recetado)

	C.5.a Lo ha tomado	C.5.b Recetado
Tipo de medicamentos	1. En las últimas 2 semanas 2. En el último año 3. No ha tomado	1. Siempre recetado por su médico 2. A veces sin prescripción
Tranquilizantes o medicación para dormir (<i>lexatín, orfidal, etc.</i>)		

Antidepresivos (<i>fluoxetina, paroxetina, escitalopram, esertia, etc.</i>)		
Medicamentos fuertes para el dolor (<i>tramadol, adolonta, dolantina, pazital, codeína, "parches" de morfina, etc.</i>)		
Medicamentos para el asma (<i>ventolín, salbutamol, budesonida, simbicort, seretide, etc.</i>)		
Medicamentos para la alergia (<i>aerius, ebastel, loratadina, etc.</i>)		

C.6. Durante los últimos 12 meses ¿ha tenido necesidad de alguno de los siguientes tipos de atención sanitaria pero no la pudo recibir? Respuesta múltiple

- Atención dental 1
- Atención de salud mental (consulta de psicología o psiquiatría) ... 2
- Atención médica 3
- Algún medicamento que le habían recetado y no pudo comprar por ser demasiado caro 4
- No le ha ocurrido o no tuvo necesidad de utilizarlos 9

D. CALIDAD DE VIDA

Todas las preguntas que siguen se refieren a su calidad de vida en las DOS ÚLTIMAS SEMANAS.

D.2.1 (Forma Física): Durante las dos últimas semanas, ¿cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante al menos dos minutos?

- Muy intensa (p. ej., correr deprisa)1
- Intensa (p. ej., correr con suavidad).....2
- Moderada (p. ej., caminar a paso rápido)3
- Ligera (p. ej., caminar despacio).....4
- Muy ligera (p. ej., caminar lentamente o no poder caminar)5

D.2.2 (Sentimientos): Durante las dos últimas semanas, ¿en qué medida le han molestado los problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?

- Nada en absoluto1
- Un poco.....2
- Moderadamente3
- Bastante4
- Intensamente5

D.2.3 (Actividades cotidianas): Durante las dos últimas semanas, ¿cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?

- Nada en absoluto1
- Un poco de dificultad2
- Dificultad moderada3
- Mucha dificultad4
- Todo, no he podido hacer nada5

D.2.4 (Actividades sociales): Durante las dos últimas semanas, ¿su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con la familia, amistades, vecinos o grupos?

- No, nada en absoluto1
- Ligeramente2
- Moderadamente3

Bastante.....4
 Muchísimo.....5

D.2.5 (Cambio en el estado de salud): ¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace dos semanas?

Mucho mejor1
 Un poco mejor.....2
 Igual, por el estilo.....3
 Un poco peor4
 Mucho peor5

D.2.6 (Estado de salud): Durante las dos últimas semanas, ¿cómo calificaría su salud general?

Excelente1
 Muy buena2
 Buena3
 Regular4
 Mala5

D.2.7 (Dolor): Durante las dos últimas semanas, ¿cuánto dolor ha tenido?

Nada de dolor1
 Dolor muy leve2
 Dolor ligero.....3
 Dolor moderado4
 Dolor intenso.....5

D.2.8 (Apoyo social): Durante las dos últimas semanas, ¿había alguien dispuesto a ayudarle si hubiera necesitado ayuda? Por ejemplo: *se encontraba nervioso, solo o triste; *caía enfermo y tenía que quedarse en la cama; *necesitaba hablar con alguien; *necesitaba ayuda con las tareas de la casa; *necesitaba ayuda para cuidar de sí mismo.

Sí, todo el mundo estaba dispuesto a ayudarme1
 Sí, bastante gente.....2
 Sí, algunas personas3
 Sí, alguien había4
 Nadie en absoluto.....5

D.2.9 (Calidad de vida): ¿Qué tal le han ido las cosas en las dos últimas semanas?

Estupendamente, no podían ir mejor1
 Bastante bien.....2
 A veces bien, a veces mal. Bien y mal a partes iguales3
 Bastante mal.....4
 Muy mal, no podían haber ido peor5

E y F. Hábitos y estilos de vida.

ESTADO FÍSICO, ACTIVIDAD FÍSICA, OCIO Y TIEMPO LIBRE

A continuación le vamos a hacer unas preguntas sobre hábitos de vida que tienen relación con la salud

E.1. Aproximadamente, ¿cuánto pesa sin zapatos ni ropa? _____Kg 999 Nc

E.2. Aproximadamente, ¿cuánto mide sin zapatos? _____cm 999 Nc

E.3. ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas duerme habitualmente al día? Incluya las horas de siesta.

Nº de horas diarias | __ | (Se anotarán horas enteras y medias horas si procede)

E.4. ¿Y qué tal duerme? Diría usted que duerme muy bien, bien, regular, mal o muy mal.

Muy bien 1
 Bien..... 2
 Regular 3

Mal 4
 Muy mal 5
 Ns/nc..... 9

ACTIVIDAD FÍSICA

F.1. ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor su actividad principal en su trabajo, centro de enseñanza, hogar (labores domésticas)...?

- El tiempo lo ocupo de forma casi completamente sedentaria 1
- Realizo tareas que requieren actividad física 2
- No aplicable 3
- No sabe 8
- No contesta 9

F.2. ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que realiza alguna actividad física en su tiempo libre?

- No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.) 1
- Hago alguna actividad física o deportiva 2
- No sabe 8
- No contesta 9

Si a la persona entrevistada tiene 70 o más años → Ir a F10

(Léale a la persona entrevistada: “Para concluir este apartado sobre el ejercicio físico y por su importancia para la salud, le pedimos que conteste también las siguientes preguntas acerca del tiempo que dedicó a actividades físicas en los últimos 7 días. Por favor, responda cada una de las preguntas aunque no se considere una persona activa. Piense en las actividades que hace como parte del trabajo, en la casa, para ir de un sitio a otro y también las que hace en su tiempo libre de descanso, ejercicio o deporte”).

F.3. En primer lugar piense en las actividades intensas que realizó en los últimos 7 días. Actividades intensas son las que requieren gran esfuerzo físico y le hacen respirar mucho más fuerte de lo normal, como levantar objetos pesados, cavar, ejercicios aeróbicos o pedalear rápido en bicicleta. Piense solamente en aquellas que realizó por lo menos durante 10 minutos seguidos.

- Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días realizó actividades físicas intensas?
- Días por semana _____ | _ |
- Ningún día con actividad física intensa ☐ 0 → Ir a F.5.
- No sabe _____ ☐ 8 → Ir a F.5.
- No contesta _____ ☐ 9 → Ir a F.5.

F.4. En uno de esos días, ¿cuánto tiempo en total le dedicó a actividades físicas intensas?

- Horas por día _____ | _ |
- Minutos por día _____ | _ |
- No sabe _____ ☐ 98
- No contesta _____ ☐ 99

F.5. Ahora piense por favor en todas aquellas actividades moderadas que realizó en los últimos 7 días. Actividades moderadas son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que le hace respirar algo más fuerte de lo normal, como llevar pesos ligeros, andar en bicicleta a velocidad regular o jugar dobles de tenis. Piense solamente en aquellas que realizó por lo menos durante 10 minutos seguidos.

Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días realizó actividades físicas moderadas? Por favor, no incluya caminar.

- Días por semana _____ | _ |
- Ningún día con actividad física moderada ☐ 0 ☐ Ir a F.7
- No sabe ☐ 8 ☐ Ir a F.7
- No contesta ☐ 9 ☐ Ir a F.7

F.6. En uno de esos días, ¿cuánto tiempo en total le dedicó a actividades físicas moderadas?

- Horas por día _____ | _ |
- Minutos por día _____ | _ |
- No sabe _____ ☐ 98
- No contesta _____ ☐ 99

F.7. Ahora piense acerca del tiempo que dedicó a caminar en los últimos 7 días. Esto incluye caminar en el trabajo, en la casa, para ir de un sitio a otro, o lo que paseó por deporte, ejercicio o placer. Piense solamente en aquellas ocasiones en que caminó por lo menos durante 10 minutos seguidos.

- Días por semana _____ | _ |
- Ningún día más de 10 minutos seguidos _____ ☐ 0 ☐ Ir a F.9
- No sabe _____ ☐ 8 ☐ Ir a F.9
- No contesta _____ ☐ 9 ☐ Ir a F.9

F.8. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en un día normal de la semana?

- Horas por día _____ | _ |
- Minutos por día _____ | _ |
- No sabe _____ ☐ 98
- No contesta _____ ☐ 99

F.9. La última pregunta se refiere al tiempo que permaneció sentado/a en los últimos 7 días. Incluya el tiempo sentado/a en el trabajo, la casa, en clase, estudiando, leyendo y en el transporte, tiempo libre o viendo la televisión. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo permaneció sentado/a en un día normal de la semana?

- Horas por día _____ | _ |
- Minutos por día _____ | _ |
- No sabe _____ ☐ 98
- No contesta _____ ☐ 99

ALIMENTACIÓN

Le voy a hacer ahora unas preguntas sobre alimentación

F.10. ¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos?

	FRECUENCIAS DE CONSUMO						
Alimentos	Una o más veces al día	De 4 a 6 veces a la semana	Tres veces a la semana	Una o dos veces a la semana	Menos de 1 vez a la semana	Nunca	
Fruta fresca (excluyendo zumos naturales)	☐ 1 Nº ☐	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	
Verduras, ensaladas y hortalizas, (excluyendo zumos naturales)	☐ 1 Nº ☐	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	
Zumo natural de frutas o verduras	☐ 1 Nº ☐	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	

F.10.a. ¿Con qué frecuencia consume agua mineral?

- Siempre consumo agua mineral 1
- Casi siempre consumo agua mineral 2
- Consumo indistintamente agua mineral y agua del grifo 3
- Casi nunca, habitualmente bebo agua del grifo 4
- Nunca, siempre bebo agua del grifo 5
- No bebo agua 6
- No sabe 8
- No contesta 9

F.11. En las últimas cuatro semanas ¿le ha preocupado que en su hogar no hubiera suficientes alimentos?

- No1
- Pocas veces (una o dos veces);2
- Si, algunas veces (entre tres y 10 veces)3
- Si, con frecuencia (más de 10 veces)4
- No sabe.....8
- No contesta.....9

F.12. ¿Cree que los alimentos/bebidas que puede adquirir/consumir en la ciudad son seguros para la salud? (Puntúe de 0 a 10, siendo 0 nada seguros y 10 totalmente seguros. Si no sabe marcar 11).

Puntuación 0 a 10

NO sabe=11

F.12.1 Bares/ restaurantes

F.12.2 Supermercados, grandes superficies

F.12.3 Mercados municipales

F.12.4 Pequeño comercio

F.12.5 Mercadillos

F.12.6 Comedores escolares

CONSUMO DE TABACO

F.13. ¿Podría decirme si fuma actualmente?

- Sí, diariamente..... 1 → F.14
- Sí, pero no diariamente..... 2 → F.14
- No actualmente, pero ha fumado antes..... 3 → F.15
- No fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual..... 4 → F.15
- No sabe..... 8 → F.15
- No contesta..... 9 → F.15

F.14. ¿Cuál es su disposición a dejar de fumar? (Fumadores)

- No tiene intención de dejarlo en absoluto 1
- Tiene intención de dejarlo de aquí a 6 meses..... 2
- Tiene intención de dejarlo de aquí a 1 mes 3
- Lo está dejando ahora 4
- No sabe..... 8
- No contesta 9

CONSUMO DE ALCOHOL

F.15. ¿Con qué frecuencia toma alguna bebida alcohólica?

- Nunca –PASAR A G1.
- Una o menos veces al mes
- 2 a 4 veces al mes
- 2 o 3 veces a la semana
- 4 o más veces a la semana

F.16. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume normalmente cuando bebe?

- 1 o 2
- 3
- 4
- 5 o 6
- 7 a 9

10 o más

F.17. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

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

G. ACCIDENTALIDAD

Las siguientes preguntas son sobre accidentes que hayan provocado alguna restricción en su actividad habitual y/o hayan requerido asistencia sanitaria.

G.1. Durante los últimos 12 meses ¿ha tenido algún accidente como...?

(LEER Y MARCAR TODOS LOS QUE DIGA LA PERSONA ENTREVISTADA)

No he tenido ningún accidente.....	96
Caídas	1
Quemaduras	2
Golpes	3
Intoxicaciones (se excluye alimentarias).....	4
Accidente de tráfico como peatón.....	5
Accidente de tráfico en bicicleta.....	6
Accidente de tráfico con otro vehículo en coche o motocicleta	7
Mordeduras o agresiones de un animal.....	8
Cortes	9
Otros (especificar).....	98
No sabe.....	97
No contesta.....	99

G.2. (SOLO SI HA TENIDO ALGÚN ACCIDENTE DE LOS RECOGIDOS EN LA PREGUNTA ANTERIOR) Y refiriéndonos en concreto al accidente más grave que haya tenido (si es que ha tenido varios en los últimos doce meses), ¿dónde tuvo lugar? (RESPUESTA SIMPLE)

En casa, escaleras, portal, etc.	1
Accidentes de tráfico en calle o carretera	2
En la calle, pero no fue un accidente de tráfico	3
En el lugar de estudio	4
En el trabajo.....	5
Al ir o volver del trabajo (in itinere).....	6
En instalación deportiva, zona recreativa o de ocio	7
En otro lugar	98
No recuerda	97
No contesta.....	99

G.2A. ¿Recibió atención médica como consecuencia de este accidente?

(No se admite respuesta múltiple. En caso de que a la persona entrevistada haya tenido más de un accidente, la respuesta debe reflejar la atención médica recibida por el accidente más grave).

Ingresó en un hospital.....	1
Acudió a un centro de urgencias.....	2
Consultó a un médico o enfermera.....	3
No hizo ninguna consulta ni intervención.....	4

No recuerda 8
No contesta..... 9

H. DEPENDENCIA FUNCIONAL (A TODOS/AS)

Ahora nos gustaría conocer si usted...

H.1. ¿Tiene reconocida alguna discapacidad?

Sí 1
No 2

A quienes respondan que "Sí" se les hará la siguiente pregunta:

H.2. Si lo sabe, podría decirme qué grado de discapacidad tiene reconocido:

_____ (entrevistador anotar porcentaje %)

NS/NC |__|

(SÓLO PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS y los menores de 65 que respondan "Sí" a la pregunta D.1.). RESTO PASA AL BLOQUE I. SALUD MENTAL

H.3. A continuación le voy a hacer unas preguntas en relación a su vida cotidiana y salud, por favor, conteste sí o no a cada una de ellas.

H.3.1 ¿Vive solo?	SI/NO
H.3.2 ¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda?	SI/NO
H.3.3 ¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente?	SI/NO
H.3.4 ¿Necesita de alguien que lo ayude a menudo?	SI/NO
H.3.5 ¿Le impide su salud salir a la calle?	SI/NO
H.3.6 ¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?	SI/NO
H.3.7 ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?	SI/NO
H.3.8 ¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?	SI/NO
H.3.9 ¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?	SI/NO

I. SALUD MENTAL

A continuación, una vez conocido su estado físico, quisiéramos profundizar sobre su estado emocional durante las ÚLTIMAS SEMANAS. Por favor conteste a todas las preguntas indicando la respuesta que a su juicio mejor puede aplicarse a usted. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante que intente contestar TODAS las preguntas.

I.1.1 ¿HA PODIDO CONCENTRARSE BIEN EN LO QUE HACÍA?

Mejor que lo habitual..... 1
Igual que lo habitual 2
Menos que lo habitual 3
Mucho menos que lo habitual 4
Ns/Nc [No leer]..... 9

I.1.2 ¿SUS PREOCUPACIONES LE HAN HECHO PERDER MUCHO SUEÑO?

No, en absoluto..... 1
No más que lo habitual 2
Algo más que lo habitual..... 3
Mucho más que lo habitual 4
Ns/Nc [No leer]..... 9

I.1.3 ¿HA SENTIDO QUE ESTÁ JUGANDO UN PAPEL ÚTIL EN LA VIDA?

Más útil que lo habitual 1
Igual que lo habitual 2
Menos que lo habitual..... 3
Mucho menos que lo habitual 4
Ns/Nc [No leer]..... 9

I.1.4 ¿SE HA SENTIDO CAPAZ DE TOMAR DECISIONES?

Más que lo habitual..... 1
Igual que lo habitual 2
Menos que lo habitual..... 3
Mucho menos que lo habitual 4
Ns/Nc [No leer]..... 9

I.1.5 ¿SE HA NOTADO CONSTANTEMENTE AGOBIADO Y EN TENSIÓN?

No, en absoluto..... 1
No más que lo habitual 2
Algo más que lo habitual..... 3
Mucho más que lo habitual 4
Ns/Nc [No leer]..... 9

I.1.6 ¿HA TENIDO LA SENSACIÓN DE QUE NO PUEDE SUPERAR SUS DIFICULTADES?

No, en absoluto..... 1
No más que lo habitual 2
Algo más que lo habitual..... 3
Mucho más que lo habitual 4
Ns/Nc [No leer]..... 9

I.1.7 ¿HA SIDO CAPAZ DE DISFRUTAR DE SUS ACTIVIDADES NORMALES DE CADA DÍA?

Más que lo habitual..... 1
Igual que lo habitual 2
Menos que lo habitual..... 3
Mucho menos que lo habitual 4
Ns/Nc [No leer]..... 9

I.1.8 ¿HA SIDO CAPAZ DE HACER FRENTE ADECUADAMENTE A SUS PROBLEMAS?

Más capaz que lo habitual 1
Igual que lo habitual 2
Menos capaz que lo habitual 3
Mucho menos capaz que lo habitual..... 4
Ns/Nc [No leer]..... 9

I.1.9 ¿SE HA SENTIDO POCO FELIZ O DEPRIMIDO?

No, en absoluto..... 1
No más que lo habitual 2
Algo más que lo habitual..... 3
Mucho más que lo habitual 4
Ns/Nc [No leer]..... 9

I.1.10 ¿HA PERDIDO CONFIANZA EN SÍ MISMO?

No, en absoluto..... 1
No más que lo habitual 2

- Algo más que lo habitual..... 3
Mucho más que lo habitual 4
Ns/Nc [No leer]..... 9

I.1.11 ¿HA PENSADO QUE USTED ES UNA PERSONA QUE NO SIRVE PARA NADA?

- No, en absoluto..... 1
No más que lo habitual 2
Algo más que lo habitual..... 3
Mucho más que lo habitual 4
Ns/Nc [No leer]..... 9

I.1.12 ¿SE SIENTE RAZONABLEMENTE FELIZ CONSIDERANDO TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS?

- Más que lo habitual..... 1
Igual que lo habitual 2
Menos que lo habitual..... 3
Mucho menos que lo habitual 4
Ns/Nc [No leer]..... 9

J. DETERIORO COGNITIVO/MEMORIA
(SOLO A MAYORES DE 55. RESTO PASA A APARTADO K)

J.1. ¿Tiene usted problemas de memoria? SI/NO

A los que contesten que si preguntarles J.1.1 a J.1.6

- J.1.1** ¿Desde hace cuánto tiempo? (Recoger en años y en meses)..... SI/NO
J.1.2 ¿Tiene usted problemas de atención o dificultad para concentrarse? SI/NO
J.1.3 ¿Le preocupan estos problemas de atención o de memoria? SI/NO
J.1.4 ¿Ha consultado usted a su médico por esta causa? SI/NO
J.1.5 ¿Le produce alteraciones en su vida cotidiana? SI/NO
J.1.6 En relación a su memoria, se encuentra usted peor que otras personas de su misma edad? SI/NO

K. SALUD AMBIENTAL Y RELACIONES SOCIALES

Ahora nos gustaría conocer otros aspectos de su vida cotidiana relacionados con la salud.

K.1. ¿Le molestan los ruidos ambientales que se oyen desde su vivienda?

- Sí 1
- No 2 Ir a K.3

A los que contestan que si se les preguntaría:

K.1.1. (si respuesta afirmativa en K1) ¿Cree que ese ruido repercute en su salud?

- Sí 1
- No 2
- NO sabe 8

K.2. ¿Qué tipo de ruido o ruidos son los que más le molestan donde usted vive? (respuesta espontánea)

(Tráfico, ocio nocturno, aglomeraciones de gente, talleres o locales comerciales, vecinos, obras y construcciones, recogida de basuras, servicios de emergencia...)

SOLO PERSONAS MENORES DE 65 AÑOS. (RESTO PASAR A K.4)

K.3. Ahora le voy a hacer unas preguntas relacionadas con el teléfono móvil, (se excluye el uso por motivos de trabajo)

- K.3.1 ¿Utiliza el teléfono móvil habitualmente? SI/NO
- K.3.2 ¿Lo utiliza más a menudo o por más tiempo del que debiera? SI/NO
- K.3.3 ¿Le han comentado en alguna ocasión, sus familiares o amistades, que utiliza mucho el móvil para hablar o enviar mensajes? SI/NO
- K.3.4 Si algún día no tiene su móvil ¿se siente incómodo o como si le faltara algo muy importante? SI/NO
- K.3.5 ¿Ha intentado reducir el uso del móvil y no lo ha conseguido de forma satisfactoria? SI/NO

A TODOS/AS

K.4 ¿Con qué frecuencia se ha sentido usted solo/a durante el último año?

- Siempre o casi siempre 1
- Bastantes veces..... 2
- Pocas veces..... 3
- Nunca o casi nunca 4
- No contesta..... 9

K.5. Le voy a hacer unas preguntas sobre la frecuencia con la que se producen las siguientes situaciones en su vida cotidiana. (Nunca, casi nunca, a veces, casi siempre, siempre, no procede)
Con que frecuencia usted...

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1.Dedica tiempo a cuidarse y sentirse bien	1	2	3	4	5
2 Antepones el cuidado de los demás al tuyo propio	1	2	3	4	5
3. Otras personas se preocupan por usted y su bienestar	1	2	3	4	5
4. Participa en las actividades que se organizan en su barrio	1	2	3	4	5
5. Utiliza los recursos públicos de su barrio (centro deportivo, centro cultural, centro social, parques y jardines...)	1	2	3	4	5

K.5A En su casa, ¿Quién se hace cargo de las tareas domésticas? RESPUESTA SIMPLE

- Siempre usted..... 1
- Normalmente usted..... 2
- Usted y otra u otras personas del hogar por igual 3
- Normalmente otra u otras personas del hogar 4
- Siempre otra persona del hogar 5
- Siempre o normalmente otra persona que no convive en el hogar (remunerada o no) 6
- No contesta..... 9

K.6. En algún momento de su vida, ¿Se ha sentido discriminado/a, no se le ha permitido hacer algo, se le ha molestado o le han hecho sentirse inferior por alguna de las siguientes causas? (Entrevistador/a: respuesta múltiple, leer todas las opciones y marcar todas las que diga la persona entrevistada, si no responde afirmativamente a ninguna de las opciones, señalar "no se ha sentido discriminado/a").

Por su sexo	SI/NO
Por su etnia o país de origen	SI/NO
Por su nivel de estudios o clase social	SI/NO
Por su opción u orientación sexual	SI/NO
Por padecer alguna discapacidad	SI/NO
Por padecer alguna enfermedad crónica	SI/NO
Por su aspecto físico	SI/NO
Por su edad	SI/NO
Por otra causa,	SI/NO
¿cuál?	
No se ha sentido discriminado/a	7
No sabe	8
No contesta	9

L. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y SITUACIÓN LABORAL

Para poder clasificar sus respuestas necesitamos que nos conteste las siguientes preguntas

L.0.1 ¿Cuántas personas viven en su hogar, **INCLUIDO USTED?** _____

L.0.2 De esas ¿cuántas son menores de 16 años? (sólo si no vive solo/a)

L.0.3 ¿Cuántos metros útiles tiene la vivienda aproximadamente? _____ m2
NS/NC |__| 999

L.0.4 ¿Tienen actualmente en su vivienda algún animal de compañía? (admite respuesta múltiple)

- No1
 Sí, perro/s2
 Sí, gato/s3
 Sí, hámster, cobayas u otros roedores4
 Sí, otros mamíferos5
 Sí, aves6
 Sí, peces7
 Sí, tortugas o reptiles8
 Sí, anfibios (p. ej., ranas)9
 Sí, otros animales98
 (especificar _____)
 NS/NC99

L.1. Lugar de nacimiento

- Municipio de Madrid 1
 Comunidad de Madrid..... 2
 Otras comunidades autónomas. 3 (**Pasar a L.1.a**)
 Extranjero..... 4
 (País de Nacimiento) (**Pasar a L.0.1.b**)

L.1.a ¿Cuánto tiempo lleva residiendo en el municipio de Madrid?

___ años ___ meses

L.1.b ¿Cuánto tiempo lleva residiendo en España?

___ años ___ meses

L.2. ¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra Ud. actualmente?

Trabaja	1	➔ L.5
Jubilado/a o pensionista (anteriormente ha trabajado)	2	
Pensionista (anteriormente no ha trabajado)	3	
Parado/a y ha trabajado antes	4	➔ L.3.
Parado/a y busca su primer empleo	5	➔ L.3.
Estudiante	6	
Trabajo doméstico no remunerado	7	

L.3. (Sólo si está parado/a. L.2. = 4 o 5) ¿Cuánto tiempo lleva usted desempleado/a?

Días ___ Meses ___ Años ___

Nc (999)

L.4 (Sólo si está parado/a. L.2. = 4 o 5) ¿Percibe usted prestación por desempleo u otro tipo de ayuda económica?

Si	1
No	2
No contesta	9

Solo si L.2 = 1 trabaja. RESTO pasar a L.8

L.5. Globalmente y teniendo en cuenta las condiciones en que realiza su trabajo, indique cómo considera Ud. el nivel de estrés de su trabajo según una escala de 0 (nada estresante) a 10 (muy estresante):

Escala de 0 a 10 |__| NS/NC 11

L.6. Teniendo en cuenta las características de su trabajo, indique en qué medida considera su trabajo satisfactorio según una escala de 0 (nada satisfactorio) a 10 (muy satisfactorio)

Escala de 0 a 10 |__| NS/NC... 11

L.7. ¿Qué tipo de contrato tiene usted?

- Trabaja por su cuenta o no es asalariado..... 1
- Funcionario o estatutario 2
- Contrato indefinido..... 3
- Contrato temporal (menos de 6 meses) 4
- Contrato temporal (6 meses a 1 año) 5
- Contrato temporal (más de 1 año) 6
- Contrato temporal (no sabe duración) 7
- Sin contrato..... 8
- NS/NC 99

A TODOS/AS**L.8. b En relación con el total de ingresos de su hogar ¿cómo suelen llegar a fin de mes?**

- Con mucha dificultad 1
- Con dificultad 2
- Con cierta dificultad 3
- Con cierta facilidad 4
- Con facilidad 5
- Con mucha facilidad 6

L.9. De todas las personas con quién convive, ¿quién es la persona que aporta más ingresos al hogar?

- La persona entrevistada 1
- Otra 2

(NO LEER)

La persona entrevistada y otra casi a partes iguales 3

L.10. ¿Cuál es el mayor nivel de estudios que ha completado?

(Anotar sólo el título académico más alto que se ha obtenido)

- No sabe leer o escribir 1
- Sin estudios 2
- Estudios primarios incompletos 3
- Estudios de 1er grado (estudios primarios, EGB hasta 5º) 4
- Estudios de 2º grado, 1er ciclo (Graduado Escolar, EGB hasta 8º, Bachiller Elemental, etc.) 5
- Educación Secundaria Obligatoria (ESO) 6
- Estudios de 2º grado, 2º ciclo (Bachiller Superior, BUP, Formación Profesional, Aprendizaje y Maestría Industrial) 7
- Estudios de 3er grado, 1er ciclo (Perito, Ingeniero Técnico, Escuelas Universitarias, Magisterio, etc.) 8
- Estudios de 3er grado, 2º y 3er ciclo (Ingeniero Superior, Licenciado, Doctorado, etc.) 9

SITUACIÓN LABORAL.

L.11. ¿Trabaja actualmente? (filtrar por L.2.)

- Sí 1
- No 2 → PASAR A L.12.

L.12. ¿Ha trabajado anteriormente?

- Sí 1
- No 2 → PASAR A L.15.
- NS/NC 9

(SOLO SI TRABAJAN O HAN TRABAJADO ANTES. RESTO PASAR A L.15)

L.13. ¿Cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad o la última que ha desempeñado?

(Apuntar con el mayor nivel de detalle posible) (Trabajan o han trabajado antes)

CNO 2011

L.14. ¿Cuál es la categoría profesional que tiene o tenía en la empresa donde trabaja o trabajaba?

TRABAJADOR O EMPRESARIO POR CUENTA PROPIA

- Sin asalariados 1
- Con 10 o más asalariados 2
- Con menos de 10 asalariados 3

TRABAJADOR POR CUENTA AJENA

- Gerente de una empresa con 10 o más asalariados 4
- Gerente de una empresa con menos de 10 asalariados 5
- Capataz, supervisor o encargado 6
- Otro asalariado 7

Pasamos a preguntar directamente por el sustentador/a principal, (ocupación actual o última)

L.15 (Sólo si L.9. =2 o ni trabaja ni ha trabajado antes) ¿Cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad o la última que ha desempeñado el sustentador/a principal?

(Entrevistador/a: Apuntar con el mayor nivel de detalle posible)

L.16 ¿Cuál es la categoría profesional, del sustentador/a principal, que tiene o tenía en la empresa donde trabaja o trabajaba?

TRABAJADOR O EMPRESARIO POR CUENTA PROPIA

- Sin asalariados 1
- Con 10 o más asalariados 2
- Con menos de 10 asalariados 3

TRABAJADOR POR CUENTA AJENA

- Gerente de una empresa con 10 o más asalariados 4
- Gerente de una empresa con menos de 10 asalariados 5
- Capataz, supervisor o encargado 6
- Otro asalariado 7

M. FRAUDES FINANCIEROS:

Y ya para finalizar, en las últimas décadas se han registrado numerosas prácticas bancarias abusivas que han afectado a la vida de muchas personas. A continuación, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre este tema.

M.1. Quisiera, por favor, que me respondiese si en los últimos años, concretamente desde el 2006, ¿cree Ud. que ha sufrido un fraude bancario?

- Si
- No → FIN DE LA ENTREVISTA

M.2. ¿Qué producto contrató Ud? múltiple

- Cláusulas suelo en hipotecas 1
- Ejecuciones de hipoteca (desahucios) 2
- Otros relacionados con hipoteca (multidivisa, swap, seguros vinculados) 3
- Preferentes o subordinadas (ej: participaciones proferentes, obligaciones subordinadas, obligaciones o valores convertibles, productos estructurados) 4
- Préstamos abusivos o con usura (ej: crédito rápido, tarjetas revolving) 5
- Otros (especificar) 98 → FIN DE LA ENTREVISTA
- Ns/Nc 99 → FIN DE LA ENTREVISTA

M.3. ¿En qué fecha (mes, año) contrató Ud. por primera vez esos productos?

mes ____ / año ____

M.4. ¿En qué fecha (mes, año) Ud. fue consciente de haber sido defraudado por el banco?

mes ____ / año ____

M.5. Este fraude, ¿supuso un impacto para su economía familiar?

- Ninguno 1
- Leve 2
- Moderado 3
- Grave 4
- Muy grave 5

M.6. ¿Ud. ha reclamado?

- No → FIN DEL CUESTIONARIO 1
- Si, judicialmente 2
- Si, extrajudicialmente (arbitraje) 3

M.7. ¿Ha sido Ud. compensado de su pérdida económica?

- No, prácticamente nada → FIN DE LA ENTREVISTA 1
- Parcialmente 2

- Totalmente o casi totalmente 3
- En proceso de resolución 4

M.8. ¿En qué fecha fue compensado?

mes ____/año ____

Y ya para terminar, estamos realizando un estudio sobre orientación temporal en mayores de 55 años, ¿usted querría contestar unas preguntas muy breves para esto?”.

N.5 ¿Me podría decir...?

- | | | |
|-------|-------------------------------|--------------------|
| N.5.1 | ¿Qué día de la semana es hoy? | Acierta/No acierta |
| N.5.2 | ¿Qué día del mes? | Acierta/No acierta |
| N.5.3 | ¿En qué mes estamos? | Acierta/No acierta |
| N.5.4 | ¿En qué año? | Acierta/No acierta |
| N.5.5 | ¿En qué estación? | Acierta/No acierta |