

ENCUESTA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MADRID 2004-2005

CUESTIONARIO PARA ADULTOS

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ENTREVISTADO:

Nombre de la persona entrevistada (figura en el listado): _____

Y (si procede) Nombre de la persona que responde por un incapacitado

DISTRITO: _____ SECCIÓN: _____ COD_IDENT/SUST_IDENT: _____

Entrevistador/a: Compruebe que los datos que figuran en el listado sean completos y correctos. En caso contrario, anote las correcciones correspondientes y marque con una X en el siguiente cuadro:

DIRECCIÓN: Vía (C/, Avda., Pza., Pº) _____ Calle _____

Nº _____ Esc. _____ Pta. _____ Piso _____ Letra _____ Código postal _____ TFNO _____

Sexo: 1 Hombre 2 Mujer Grupo de edad: 3 |__| 16-24 4 |__| 25-44 5 |__| 45-64 6 |__| 65+

El Ayuntamiento de Madrid ha encargado a nuestra empresa, Técnicas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS), la realización de una Encuesta de Salud para saber las medidas que puede tomar para mejorar la salud de los madrileños. Esta encuesta consiste en una serie de preguntas que le voy a formular acerca de su vivienda, sus problemas de salud, estilos de vida y otros aspectos. El cuestionario nos llevará unos 30 a 40 minutos. Toda la información que usted nos facilita está sujeta a la legislación actual en materia de confidencialidad y protección de datos, y será tratada de forma anónima.

DEFINICIONES PARA LA TABLA DE 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, el miembro del hogar que aporta periódicamente un mayor número de ingresos al presupuesto común del hogar.

A. COMPOSICIÓN DEL HOGAR

En primer lugar, le voy a realizar varias preguntas referidas a usted y a las personas que viven en esta casa.

A.1 Dígame, por favor, ¿cuántas personas viven en esta casa de manera habitual? (contando a la persona entrevistada)

personas

A.2 TABLA DE COMPOSICIÓN DEL HOGAR

Entrevistador/a: Describa para cada miembro del hogar las características que se relacionan en la tabla adjunta, ordenándolos de mayor a menor, según edad.

MIEMBROS DEL HOGAR:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Edad: (Si edad < 1 año, poner "0", preguntar meses e indicarlo abajo)										
Meses										
Sexo:										
▪ Hombre	<input type="checkbox"/> 1									
▪ Mujer	<input type="checkbox"/> 2									
Sustentador principal (persona que aporta más ingresos al hogar)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Identificación del adulto a entrevistar en el hogar:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Parentesco de cada miembro del hogar con el entrevistado:										
▪ Esposo/a o pareja	<input type="checkbox"/> 1									
▪ Hijo/a	<input type="checkbox"/> 2									
▪ Padre o madre. Suegro/a	<input type="checkbox"/> 3									
▪ Abuelo/a	<input type="checkbox"/> 4									
▪ Nieto/a	<input type="checkbox"/> 5									
▪ Hermano/a	<input type="checkbox"/> 6									
▪ Yerno/Nuera	<input type="checkbox"/> 7									
▪ Otros familiares	<input type="checkbox"/> 8									
▪ Otros no familiares	<input type="checkbox"/> 9									
▪ No contesta	<input type="checkbox"/> 0									
▪ Es el propio entrevistado	<input type="checkbox"/> 0									
Situación laboral: Si posee varias, señalad la principal										
▪ Trabaja	<input type="checkbox"/> 1									
▪ Paro	<input type="checkbox"/> 2									
▪ Estudia	<input type="checkbox"/> 3									
▪ Ama/o de casa	<input type="checkbox"/> 4									
▪ Jubilado/a	<input type="checkbox"/> 5									
▪ Otros	<input type="checkbox"/> 6									
▪ No lo sabe, no está seguro	<input type="checkbox"/> 7									
▪ No contesta	<input type="checkbox"/> 8									
Lugar de nacimiento:										
▪ Municipio de Madrid	<input type="checkbox"/> 1									
▪ Comunidad de Madrid (excepto municipio)	<input type="checkbox"/> 2									
▪ Otras comunidades autónomas	<input type="checkbox"/> 3									
▪ Extranjero	<input type="checkbox"/> 4									
▪ No contesta	<input type="checkbox"/> 8									
En caso de extranjero, especificar país y nº del miembro del hogar										
.....										
.....										
.....										
Nacionalidad:										
▪ Española	<input type="checkbox"/> 1									
▪ Otras	<input type="checkbox"/> 2									
▪ Ambas	<input type="checkbox"/> 3									
▪ No contesta	<input type="checkbox"/> 8									

(Entrevistador/a: Describa para cada miembro del hogar las características que se relacionan en la tabla adjunta, considerando el mismo orden que en la tabla de composición del hogar.)

MIEMBROS DEL HOGAR:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A.3 ¿Necesita algún tipo de dedicación especial por el hecho de padecer alguna limitación para llevar a cabo con normalidad las actividades de la vida familiar, social o laboral?										
▪ Sí	<input type="checkbox"/> 1									
▪ No	<input type="checkbox"/> 2									
▪ No contesta	<input type="checkbox"/> 8									

Entrevistador/a: Rellene la siguiente tabla para todos los miembros del hogar con código 1 en A.3, así como todos los que tienen menos de 16 ó más de 64 años.

MIEMBROS DEL HOGAR con código 1 en A.3, con menos de 16 ó más de 64 años (rodear con un círculo)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A.4 Y, ¿quién se encarga habitualmente de su cuidado? Nos referimos a la persona que se ocupa con más frecuencia y/o dedica más tiempo a cuidar a las personas referenciadas. (Entrevistador/a: En principio, marque una sola opción de respuesta por cada miembro del hogar que requiere cuidados. Sin embargo, si el entrevistado insiste espontáneamente en que dos personas dedican el mismo tiempo a los cuidados, puede marcar las dos respuestas.)										
▪ Habitualmente se cuida él/ella mismo/a	<input type="checkbox"/> 1									
▪ Habitualmente lo cuida yo (la persona entrevistada)	<input type="checkbox"/> 2									
▪ Habitualmente lo cuida otra persona del hogar	<input type="checkbox"/> 3									
En caso de que el cuidador sea otra persona del hogar, anotar el número de miembro que le corresponde en A.2 (la tabla de composición del hogar).										
▪ Habitualmente lo cuidan familiares que no residen en el hogar	<input type="checkbox"/> 4									
▪ Habitualmente lo cuida una persona contratada para ello	<input type="checkbox"/> 5									

B. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y ENTORNO

B.1 ¿La vivienda que usted ocupa es de propiedad o de alquiler?

- De propiedad 1
- De alquiler 2
- Otra situación 3
especificar
- NS/NC 9

B.2 ¿Cuántos metros útiles tiene la vivienda aproximadamente?

m²

- NS/NC 9

B.3 ¿Cuántas habitaciones tiene su vivienda? (no contar la cocina, los baños/lavabos o el comedor/sala de estar)

- Habitaciones
- NS/NC 99

B.4 ¿Cuáles son los servicios y equipamientos con los que cuenta su vivienda?

	Sí	No, no quiere o no necesita	No, no puede
▪ Ducha o bañera	1	2	3
▪ Calefacción central/individual	1	2	3
▪ Ascensor	1	2	3
▪ Lavadora	1	2	3
▪ Lavavajillas	1	2	3
▪ Televisor	1	2	3
▪ Teléfono	1	2	3
▪ Ordenador	1	2	3
▪ Agua corriente	1	2	3
▪ Agua caliente	1	2	3
▪ Aire acondicionado	1	2	3

B.5 ¿Tienen actualmente en su vivienda algún animal de compañía? (admite respuesta múltiple)

- No 1
- Sí, perro/s 2
- Sí, gato/s 3
- Sí, hámster, cobayas u otros roedores 4
- Sí, otros mamíferos 5
- Sí, aves 6
- Sí, peces 7
- Sí, tortugas o reptiles 8
- Sí, anfibios (por ej., ranas) 9
- Sí, otros animales 10
especificar _____
- NS/NC 99

B.6 La siguiente pregunta se refiere a aspectos del medio ambiente del barrio o zona donde usted reside. Referido al ÚLTIMO AÑO, considera usted que

	Much	Algo	Nada	NS/NC
▪ El ruido procedente del exterior de su vivienda le resulta molesto	1	2	3	9
▪ Su vivienda sufre de malos olores procedentes del exterior	1	2	3	9
▪ Su vivienda tiene agua de consumo de mala calidad	1	2	3	9
▪ En el barrio donde usted vive la suciedad de las calles es habitual	1	2	3	9
▪ En el barrio donde usted vive la contaminación del aire es elevada	1	2	3	9
▪ Su barrio se encuentra afectado por alguna industria contaminante	1	2	3	9
▪ En el barrio donde usted vive faltan espacios verdes	1	2	3	9
▪ La presencia de ciertos animales (gatos, perros, palomas, u otros animales) produce importantes molestias.	1	2	3	9

B.7 En general, la calidad del medio ambiente de su barrio es ...

- Muy buena 1
- Buena 2
- Regular 3
- Mala 4
- Muy mala 5
- NS/NC 9

B.8 En la TARJETA que le voy a dar, hay una lista de aspectos relacionados con el barrio en el que vive. ¿Cuáles destacarías como especialmente buenos y cuáles como especialmente malos? Dígame un máximo de uno bueno y uno malo en cada grupo.

1. Aspectos medioambientales:	Buenos	Malos
▪ Existencia de contenedores de materiales reciclables (vidrio, papel, etc.)	1	1
▪ Contaminación y calidad del aire	2	2
▪ Calidad del agua de consumo	3	3
▪ Ruidos	4	4
▪ Limpieza de las calles	5	5
▪ Recogida de basuras	6	6
▪ Presencia de animales incontrolados	7	7

2. Aspectos urbanísticos:	Buenos	Malos
▪ Mobiliario urbano (bancos, farolas, etc.)	1	1
▪ Limpieza de fachadas y estado de conservación de los edificios	2	2
▪ Estado de conservación de parques y jardines	3	3
▪ Asfaltado de calles	4	4

3. Aspectos de equipamientos	Buenos	Malos
▪ Zonas verdes, parques y jardines	1	1
▪ Polideportivos	2	2
▪ Centros sanitarios	3	3
▪ Transporte público	4	4
▪ Locales para actos públicos	5	5

4. Aspectos de cultura y sociedad:	Buenos	Malos
▪ Centros culturales	1	1
▪ Centros de servicios sociales	2	2
▪ Bibliotecas	3	3
▪ Centros de la tercera edad	4	4

C. SALUD PERCIBIDA Y CALIDAD DE VIDA

C.1 En general, ¿cómo calificaría su estado de salud en la actualidad?

- Excelente 1
- Muy bueno 2
- Bueno..... 3
- Regular 4
- Malo 5
- NS/NC..... 9

C.2 CALIDAD DE VIDA

Ahora le voy a dar unas TARJETAS para responder a algunas preguntas sobre su calidad de vida. Le voy a leer la pregunta y ruego me indique su respuesta en la escala correspondiente, que va de 1 a 5. Todas las preguntas se refieren a las DOS ÚLTIMAS SEMANAS.

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

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 absoluto 1
- Un poco 2
- Moderadamente 3
- Bastante 4
- Intensamente 5

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 absoluto..... 1
- Un poco de dificultad 2
- Dificultad moderada..... 3
- Mucha dificultad..... 4
- Todo, no he podido hacer nada..... 5

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

- No, nada en absoluto 1
- Ligeramente 2
- Moderadamente 3
- Bastante 4
- Muchísimo 5

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

- Mucho mejor..... 1
- Un poco mejor 2
- Igual, por el estilo 3
- Un poco peor 4
- Mucho peor 5

6. Estado de salud: Durante las dos últimas semanas, ¿cómo calificaría su salud general?

- Excelente..... 1
- Muy buena..... 2
- Buena 3
- Regular 4
- Mala..... 5

7. Dolor: Durante las dos últimas semanas, ¿cuánto dolor ha tenido?

- Nada de dolor 1
- Dolor muy leve 2
- Dolor ligero 3
- Dolor moderado 4
- Dolor intenso 5

8. Apoyo social: Durante las dos últimas semanas, ¿había alguien dispuesto a ayudarlo 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 ayudarme 1
- Sí, bastante gente 2
- Si, algunas personas 3
- Sí, alguien había 4
- Nadie en absoluto 5

9. Calidad de vida: ¿Qué tal le han ido las cosas en las dos últimas semanas?

- Estupendamente, no podían ir mejor 1
- Bastante bien 2
- A veces bien, a veces mal. Bien y mal a partes iguales .. 3
- Bastante mal 4
- Muy mal, no podían haber ido peor 5

D. MORBILIDAD Y LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD

D.1 ¿ Me podría decir si su médico le ha dicho que padece alguno de los trastornos que le voy a leer?

	SÍ	NO	NS/NC
▪ Varices	1	2	9
▪ Hipertensión arterial (tensión elevada)	1	2	9
▪ Colesterol elevado	1	2	9
▪ Diabetes	1	2	9
▪ Asma o bronquitis crónica	1	2	9
▪ Angina de pecho/infarto	1	2	9
▪ Otras enfermedades del corazón	1	2	9
▪ Problemas del estómago (úlceras de estómago o duodeno, gastritis)	1	2	9
▪ Alergia	1	2	9
▪ Artrosis, artritis o reumatismos	1	2	9
▪ Depresión o ansiedad	1	2	9
▪ Cataratas	1	2	9
▪ Accidentes cerebrovasculares, embolia, ataque cerebral	1	2	9
▪ Estreñimiento crónico	1	2	9
▪ Osteoporosis	1	2	9
▪ Enfermedad de Alzheimer o demencia	1	2	9
▪ Trastornos de la próstata (sólo hombres)	1	2	9
▪ Problemas del periodo menopáusico (sólo mujeres)	1	2	9
▪ Otros (especificar)	1	2	9

Entrevistador/a: Si TODAS las respuestas en D.1 son 2 ó 9 → **Pasar a D.3**

D.2 Durante los últimos 12 MESES, ¿ha tenido que limitar o reducir la realización de sus actividades habituales a causa de este o estos problemas crónicos que me ha mencionado?

- Sí 1
- No 2

D.3 Durante las últimas DOS SEMANAS, ¿ha tenido que reducir o limitar su actividad principal y/o las actividades que normalmente realiza en su tiempo libre debido a dolor u otros síntomas de enfermedad? Por "actividad principal" me refiero a su trabajo, estudio, labores del hogar, etc. Y por "tiempo libre" me refiero a diversiones, paseos, visitas, juegos, etc.

- Sí 1
- No 2 → **Pasar a D.7**

D.4 ¿Durante cuántos días?

D.5 ¿Cuál fue la causa, dolor o síntoma que le obligó a limitar la realización de sus actividades diarias? (Entrevistador/a: espontánea, admite respuesta múltiple)

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

D.6 ¿Qué hizo usted en relación con este/os problema de salud?

- No hizo nada 1
 - Acudió al médico o a una enfermera 2
 - Tomó alguna medicina sin consultar al médico 3
 - Consultó en la farmacia 4
 - Preguntó a personas cercanas (vecinos, conocidos...), pero sin consultar al médico 5
 - Otros 6
- especificar* _____

D.7 ¿Tiene alguna dolencia que le preocupe pero que no haya consultado nunca hasta ahora con un médico o una enfermera?

- Sí 1
- No 2 → **Pasar a D.9**

D.8 ¿Por qué motivo no ha consultado nunca a su médico o enfermera por este o estos problemas? (Entrevistador/a: espontánea, no sugerir)

- Porque el centro está muy lejos 1
- Porque no tiene quien le acompañe 2
- Porque le da vergüenza consultar por esto 3
- Por miedo a que se trate de una enfermedad grave 4
- Porque piensa que el médico o la enfermera no le van a hacer caso 5
- Porque cree que el médico o la enfermera pensarán que es una tontería 6
- Porque sólo ocurre algunas veces 7
- Porque cree que no se lo van a resolver 8
- Porque son cosas normales de la edad 9
- Otros (*especificar*) 10
- NS/NC 99

D.9 En los últimos 12 MESES, ¿ha tenido usted algún accidente que le haya causado heridas o lesiones suficientes para limitar su actividad normal y/o para necesitar asistencia sanitaria?

- Sí1 → **D.10 ¿Cuántos accidentes?**
- No2 → **Si el entrevistado tiene 65 años o más, pasar a bloque E**

Si tiene menos de 65 años, pasar a bloque F

D.11 Refiriéndonos en concreto al ÚLTIMO ACCIDENTE, ¿qué fue lo que le ocurrió?

- Caída a nivel del suelo 1
- Caída a desnivel (escaleras, sillas, cama, etc.) 2
- Se ha golpeado con algo 3
- Alguien le ha golpeado o pegado o maltratado 4
- Otros 5
- NS/NC 9

D.12 Y ¿dónde tuvo lugar ese accidente?

- En su casa..... 1
 - En su centro de formación..... 2
 - En su centro de trabajo 3
 - En un lugar de recreo, deporte..... 4
- Passar a D.14**
- En una vía pública, calle, edificio público, edificio comercial, etc., que no sea accidente de tráfico 5
 - En la vía pública; accidente de tráfico como conductor..... 6
 - En la vía pública: accidente de tráfico como pasajero..... 7
 - En la vía pública: accidente de tráfico como peatón..... 8
 - En otro lugar, especificar..... 9



D.13 ¿Se produjo este accidente dentro de su jornada laboral, o bien a la ida o vuelta al trabajo?

- Sí 1
- No 2

D.14 Como consecuencia de este último accidente, ¿tuvo que ... ?

- Ser ingresado en un hospital o clínica 1
- Acudir a un servicio de urgencias de un hospital o clínica 2
- Consultar a un médico o enfermera (fuera de un hospital o clínica)..... 3
- No fue necesaria ninguna atención sanitaria 4
- NS/NC 9

E. DEPENDENCIA FUNCIONAL (SÓLO PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS)

Entrevistador/a: las preguntas E.1 a E.15 se realizan SÓLO a personas de 65 y más años de edad.

E.1 ¿Puede leer normalmente el periódico o ver la televisión (con gafas si las utiliza)?

- Sí, sin dificultad..... 1
- Sí, con alguna dificultad..... 2
- Sí, con mucha dificultad..... 3
- No, no puede hacerlo..... 4

E.2 ¿Puede oír lo que se dice en una conversación normal de tres o cuatro personas (con audífono si utiliza)?

- Sí, sin dificultad..... 1
- Sí, con alguna dificultad..... 2
- Sí, con mucha dificultad..... 3
- No, no puede hacerlo..... 4

E.3 ¿Utiliza normalmente algún mecanismo de ayuda o aparato de los que le voy a leer para realizar sus tareas diarias? En caso afirmativo, dígame cómo lo ha obtenido.

	¿Utiliza?		¿Cómo lo ha obtenido?				
	Sí	No	Facilitado por los servicios sociales y/o sanitarios	Lo he adquirido yo	Lo he adquirido yo con ayuda de servicios sociales	Con ayuda de mi familia o amigos	NS/NC
Gafas	1	2	1	2	3	4	9
Audífono	1	2	1	2	3	4	9
Bastón/muletas	1	2	1	2	3	4	9
Andador	1	2	1	2	3	4	9
Silla de ruedas	1	2	1	2	3	4	9
Camas articuladas	1	2	1	2	3	4	9
Dentadura postiza	1	2	1	2	3	4	9
Suspensorios, bragueros, fajas ortopédicas	1	2	1	2	3	4	9
Sondas	1	2	1	2	3	4	9

E.4 ¿Hay alguno de ellos que necesite y no utiliza por motivos económicos?

	Sí
Gafas	1
Audífono	2
Bastón/muletas	3
Andador	4
Silla de ruedas	5
Camas articuladas	6
Dentadura postiza	7
Suspensorios, bragueros, fajas ortopédicas	8
Sondas	9
Ninguno	10
NS/NC	99

E.5 ¿Cree usted que tiene problemas de memoria?

- Sí 1
- No 2
- NS/NC..... 9

E.6 ¿Me podría decir, por favor...

	Respuesta correcta	Respuesta incorrecta
qué día de la semana es hoy?	1	2
qué día del mes?	1	2
en qué mes estamos?	1	2
en qué año?	1	2
en qué estación?	1	2

E.7 Lawton (SÓLO PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS):

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre actividades corrientes de la vida de cualquier persona. Dígame, para cada una de ellas si es capaz de realizarla.

Capacidad para usar el teléfono

- Utiliza el teléfono por iniciativa propia. Busca y marca números..... 1 1
- Es capaz de marcar bien algunos números conocidos 1 2
- Es capaz de contestar el teléfono pero no de marcar 1 3
- No usa el teléfono en absoluto 0 4

Preparación de la comida

- Organiza prepara y sirve comidas por si solo/a adecuadamente..... 1 1
- Es capaz de preparar adecuadamente las comidas si le proporcionan ingredientes 0 2
- Calienta sirve y prepara comidas, pero no mantiene una dieta adecuada 0 3
- Necesita que le preparen y sirvan la comida 0 4
- No lo hace habitualmente 9 5

Lavado de la ropa

- Es capaz de lavar por si solo/a toda la ropa 1 1
- Lava por si solo/a pequeñas prendas, aclara calcetines, etc..... 1 2
- Todo el lavado de ropa debe de ser realizado por otra persona 0 3
- No lo hace habitualmente 9 4

Responsabilidad respecto a su medicación

- Es capaz y responsable de tomar su medicación a la hora y dosis correctas..... 1 1
- Toma responsablemente su medicación si se la preparan con anticipación 0 2
- No es capaz de responsabilizarse de su medicación 0 3

Ir de compras

- Realiza todas las compras necesarias de manera independiente 1 1
- Realiza independientemente pequeñas compras. 0 2
- Necesita acompañamiento para realizar cualquier compra. 0 3
- Es totalmente incapaz de ir de compras..... 0 4

Cuidar de la casa

- Es capaz de cuidar de la casa por si solo/a o con ayuda ocasional..... 1 1
- Realiza las tareas domésticas ligeras como fregar los platos o hacer las camas 1 2
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza 1 3
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa .. 0 4
- No participa en ninguna de las labores de la casa .. 0 5
- No lo hace habitualmente 9 6

Uso de medios de transporte

- Es capaz de viajar solo/a en transporte publico o de conducir su coche..... 1 1
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte..... 1 2
- Puede viajar en transporte público cuando va acompañado de otra persona..... 1 3
- Tiene capacidad para utilizar taxi o automóvil, pero con la ayuda de otros 0 4
- No viaja en absoluto 0 5

Manejo de sus asuntos económicos

- Maneja los asuntos financieros con independencia; recoge y reconoce sus ingresos.. 1 1
- Maneja los gastos del día a día, pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos..... 1 2
- Incapaz de manejar dinero 0 3

SOLO CODIFICACION

E.8 Índice de Katz (SÓLO PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS):

Siguiendo con lo anterior, dígame si usted es capaz de ...

Bañarse (con esponja, ducha o bañera)

Independiente:	Necesita ayuda para lavarse una sola parte (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda	1
Dependiente:	Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo; necesita ayuda para salir o entrar e la bañera o no se lava solo	0

Vestirse

Independiente:	Coge la ropa de armarios y cajones, se pone la ropa, se pone adornos y abrigos; utiliza cremalleras, se excluye el atarse los zapatos	1
Dependiente:	No se viste solo o permanece vestido parcialmente	0

Usar el retrete

Independiente:	Accede al retrete, entra y sale en él; se arregla la ropa; se limpia los órganos excretores (puede utilizar o no soportes mecánicos)	1
Dependiente:	Usa orinal o cuña o precisa ayuda para acceder y utilizar el retrete	0

Movilidad

Independiente:	Entra y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla independientemente (puede usar o no soportes mecánicos)	1
Dependiente:	Precisa ayuda para utilizar la cama y/o la silla; no realiza uno o más desplazamientos ..	0

Continencia

Independiente:	Control completo de micción y defecación	1
Dependiente:	Incontinencia urinaria o fecal parcial o total; control total o parcial mediante enemas, sondas, o el uso reglado de orinales y/o cuñas.....	0

Alimentación

Independiente:	Lleva la comida del plato o su equivalente a la boca (se excluye de la evaluación el cortar la carne y la preparación de la comida, como untar mantequilla en pan)	1
Dependiente:	Precisa ayuda para el acto de alimentarse (véase arriba); no come en absoluto o nutrición parenteral.....	0

Entrevistador/a: Contar el número de "0" en las respuestas a E.7 y E.8 (Lawton y Katz):

Si el resultado es 1 ó más de un 0 → Pasar a E.9

Si el resultado es ningún 0 → Pasar a G.1

E.9 ¿Suele recibir ayuda de alguien para estas actividades?

- Sí 1
- No 2 → **Pasar a G.1**

E.10 ¿De quién suele recibir ayuda?

- Su pareja 1
 - Algún familiar mujer 2
 - Algún familiar hombre 3
- Pasar a E.11**
- De un vecina o conocida 4
 - De un vecino o conocido 5
 - De una persona contratada particularmente
 - De personas de los servicios sociales:
 - del Ayuntamiento 7
 - de la Comunidad de Madrid 8
 - No sabe de dónde provienen 9
 - De miembros de asociaciones de ayuda 10
 - Otros 11
 - NS/NC 99
- Pasar a E.12**

E.11 ¿Convive con esa persona?

- Sí 1
- No 2

E.12 ¿Su cuidador/ora principal es de nacionalidad ...?

- Española 1
- Extranjera 2

E.13 ¿Quién se hace cargo del coste de esta ayuda?

- No existe pago del hogar porque va a cargo total de un organismo público o entidad sin ánimo de lucro 1
- El hogar paga directamente una parte y otra parte va con cargo a un organismo público o entidad sin ánimo de lucro 2
- El hogar paga todo, o bien directamente o bien a través de un seguro privado 3
- No tiene coste, la ayuda es gratuita 4
- NS/NC 9

E.14 La ayuda que recibe para el conjunto de actividades, ¿hasta qué punto satisface sus necesidades?

- Completamente 1 → **Pasar a G.1**
- Más o menos lo que necesito 2
- Menos de lo que necesitaría 3
- Mucho menos de lo que necesitaría 4
- NS/NC 9

E.15 ¿Qué mejoras introduciría en la ayuda que recibe?

(Entrevistador/a: espontánea, no sugerir)

- Aumentaría el número de horas que vienen a cuidarme 1
 - Añadiría otros cuidados diferentes a los que me prestan 2
 - Mejoraría la preparación de los/las cuidadores/as 3
 - Aumentaría la ayuda económica que me dan y con la que pago la ayuda 4
 - NS/NC 9
- Pasar a G.1**

F. LIMITACIONES/DISCAPACIDADES (SÓLO MENORES DE 65 AÑOS)

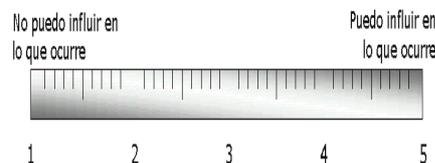
Ahora me gustaría hacerle una serie de preguntas respecto a si usted tiene alguna limitación o discapacidad grave para hacer algunas actividades habituales.

F.1 ¿Tiene usted alguna limitación grave permanente para ...?

	Sí	No
▪ La vista (dificultad para ver la televisión a 2 metros incluso con gafas o lentillas, ceguera de un ojo o ceguera total)	1	2
▪ El oído (dificultad para seguir una conversación de tono normal entre varias personas, incluso con aparato, sordera de un oído o sordera total)	1	2
▪ El habla (limitación para ser entendido cuando habla, mudo, o tartamudo)	1	2
▪ De comprensión (escribir o leer - excepto analfabetos -, entender señales gráficas como las señales de tráfico o las horas del reloj)	1	2
▪ Las actividades personales básicas (comer, ir al lavabo, vestirse, desnudarse sin la ayuda de otra persona)	1	2
▪ Para caminar (necesita bastón o instrumento para caminar, necesita la ayuda de otras personas o una silla de ruedas para desplazarse)	1	2
▪ Otras limitaciones de movimiento (gran dificultad para correr una distancia de 50 metros o para subir 10 escalones sin ayuda de barandilla u otro instrumento)	1	2
▪ Para salir de casa (necesita ir acompañado de otras personas)	1	2
▪ Para abrir o cerrar puertas, cerrojos, pestillos o para agacharse a recoger objetos del suelo	1	2
▪ Tiene alguna dependencia de un aparato o instrumento (marcapasos, etc.) o de un tratamiento (oxígeno, dieta estricta) que le impida realizar vida normal	1	2

G. CONTROL DE LA VIDA PERSONAL (TODOS)

G.1 Mirando la TARJETA que le voy a dar, dígame, por favor, en qué medida cree que usted puede influir en lo que le ocurre en los siguientes ámbitos de su vida.



	1	2	3	4	5
En las relaciones con sus familiares	1	2	3	4	5
En las relaciones con su pareja	1	2	3	4	5
En las relaciones con sus amigos	1	2	3	4	5
En lo referente al trabajo (y/o estudio)	1	2	3	4	5
En su economía	1	2	3	4	5
En su estado de salud	1	2	3	4	5
En organizar su ocio y tiempo libre	1	2	3	4	5
En los asuntos sociales y políticos	1	2	3	4	5

I. CONSUMO DE MEDICAMENTOS

I.1 En las últimas DOS SEMANAS, ¿ha utilizado algún tipo de medicamento (gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, pomadas, etc.)?

- Sí 1
 - No 2
 - NS/NC 9
- } Pasar a I. 3

I.2 Dígame por favor, con la ayuda de la TARJETA que le voy a dar, cuáles son los medicamentos que ha utilizado en las últimas DOS SEMANAS. Para cada medicamento que haya tomado, dígame si, específicamente para este caso, ha sido recetado o aconsejado por el médico, si se lo han recomendado en la farmacia, o si lo ha tomado por iniciativa propia.

Tipo de medicamento	¿Ha tomado?		¿Recetado por ...?		
	Sí	No	Médico	Farma- céutico	Iniciativa propia
▪ Medicinas para la artrosis/reuma	1	2	1	2	3
▪ Medicinas para la tos o el resfriado	1	2	1	2	3
▪ Medicinas para el dolor y/o para bajar la fiebre	1	2	1	2	3
▪ Suplementos vitamínicos, minerales o reconstituyentes	1	2	1	2	3
▪ Laxantes	1	2	1	2	3
▪ Antibióticos	1	2	1	2	3
▪ Tranquilizantes, relajantes	1	2	1	2	3
▪ Pastillas para dormir	1	2	1	2	3
▪ Medicamentos antialérgicos	1	2	1	2	3
▪ Hormonas para la menopausia	1	2	1	2	3
▪ Medicinas para el corazón	1	2	1	2	3
▪ Medicinas para la tensión arterial	1	2	1	2	3
▪ Medicinas para el estómago/problemas digestivos	1	2	1	2	3
▪ Antidepresivos, estimulantes	1	2	1	2	3
▪ Anticonceptivos	1	2	1	2	3
▪ Medicamentos para bajar el colesterol	1	2	1	2	3
▪ Medicamentos para el asma	1	2	1	2	3
▪ Insulina o medicamentos para la diabetes	1	2	1	2	3
▪ Medicamentos o productos para adelgazar	1	2	1	2	3
▪ Otros (<i>especificar</i>)	1	2	1	2	3

I.3 Durante las últimas DOS SEMANAS ¿ha consumido uno o varios productos de medicina alternativa (homeopática, naturista, etc.)? No incluya infusiones de té, manzanilla o poleo.

- Sí 1
- No 2
- NS/NC 9

I.4 ¿Consume usted alguna vez este tipo de productos para curar enfermedades o dolencias?

- Sí 1
 - No 2
 - NS/NC 9
- } → Pasar a I.7

I.5 ¿Con qué frecuencia?

- Diariamente 1
- Semanalmente 2
- Mensualmente 3
- Sólo de vez en cuando 4
- NS/NC 9

I.6 ¿Quién se las recomienda?

- Mi médico o mi enfermera 1
- Dependiente de la herboristería 2
- Familiares o amigos que lo consumen 3
- Los medios de comunicación 4
- NS/NC 9

I.7 Alguna vez cuando se ha sentido enfermo/a, ¿ha acudido a un homeópata, naturista, osteópata, acupuntor, u otros?

- Sí, un médico naturista 1
- Sí un médico homeópata 2
- Sí, un acupuntor 3
- Sí, un osteópata 4
- Otros 5
- No 6
- NS/NC 9

J. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

J.1 ¿Qué tipo o tipos de cobertura sanitaria posee como titular o beneficiario?

(Entrevistador/a: admite respuesta múltiple)

- Régimen de la Seguridad Social con asistencia sanitaria prestada por el Sistema Nacional de Salud 1
- Régimen de Mutualidad Pública (MUFACE, ISFAS, MUNPAL) con asistencia sanitaria prestada por el Sistema Nacional de Salud 2
- Régimen de Mutualidad Pública (MUFACE, ISFAS, MUNPAL) con asistencia sanitaria prestada por sí misma, o por contrato con Sociedades Privadas 3
- Régimen de Mutualidad de afiliación colectiva de carácter obligatorio (ONCE, Telefónica, etc.) 4
- Mutualidad de afiliación voluntaria o entidades de asistencia sanitaria de afiliación voluntaria, individual o colectiva (SANITAS, ADESLAS, ASISA, colegios profesionales, etc.) 5
- Otras formas de cobertura mediante el pago de cuotas periódicas que permitan utilizar algún tipo de asistencia sanitaria (igual a médica, etc.) 6
- Sin régimen de cotización alguna pero con asistencia del Sistema Nacional de Salud 7
- Sin régimen de cotización alguna pero con asistencia prestada por alguna ONG 8
- NS/NC 9

J.2 ¿Durante las últimas DOS SEMANAS, ¿ha tenido que ir al médico o éste le ha visitado en su domicilio por un problema de salud? (Excluir petición de recetas y trámites de incapacidad laboral)

- Sí 1 → ¿Cuántas veces? → Pasar a J.4
- No 2
- NS/NC... 9

J.3 ¿Cuánto tiempo hace que visitó a un médico por última vez?

- Menos de un mes 1
 - Uno a tres meses..... 2
 - Tres a seis meses..... 3
 - Seis a doce meses..... 4
 - Uno a dos años..... 5
 - Más de dos años..... 6
 - Nunca ha ido al médico 7
 - No recuerda 8
 - NS/NC..... 9
- Pasar a J.6

J.4 Y refiriéndonos a la ÚLTIMA CONSULTA realizada dentro de las últimas DOS SEMANAS, ¿dónde tuvo lugar la consulta que hizo usted al médico?

- Centro de Salud/Consultorio 1
- Ambulatorio/Centro de Especialidades 2
- Centro de Salud del Ayuntamiento..... 3
- Consulta externa de un Hospital 4
- Servicio de Urgencia de un Ambulatorio 5
- Servicio de Urgencia de un Centro de Salud 6
- Servicio de Urgencia de un Hospital 7
- Consulta del médico particular 8
- Consulta del médico de una sociedad..... 9
- Empresa o lugar de trabajo 10
- En el domicilio de usted 11
- Consulta telefónica..... 12
- Organizaciones no gubernamentales (ONGs) ... 13
- Otros lugares..... 14
- NS/NC 99

J.5 ¿El médico al que consultó era un médico de atención primaria (medicina general, médico de familia) u otro especialista?

- Medicina general..... 1
- Otros especialistas 2
- NS/NC 9

J.6 Siguiendo con las últimas DOS SEMANAS, ¿le ha atendido otro profesional de su centro de salud, distinto del médico? (se incluyen visitas a domicilio)

- Sí, personal de enfermería..... 1
 - Sí, asistente social 2
 - Otros (especificar) 3
 - No..... 4
 - NS/NC 9
- Pasar a J.8

J.7 ¿Con qué motivo?

- Actividades preventivas y/o control de enfermedades crónicas..... 1
- Curas, inyectables o vendajes 2
- Otras (especificar) 3
- NS/NC 9

J.8 ¿Ha utilizado alguna vez los servicios de salud mental (psiquiatría, psicología)?

- Sí..... 1
- No..... 2
- NS/NC 9

J.9 Durante los últimos 12 MESES, hasta el día de ayer, ¿ha estado usted ingresado en un hospital, al menos durante una noche?

- Sí 1
 - No 2
 - NS/NC 9
- Pasar a J.12

J.10 ¿Cuál fue el motivo principal para que fuera hospitalizado? (sólo una respuesta)

- Intervención quirúrgica 1
- Tratamiento médico sin intervención quirúrgica 2
- Diagnóstico médico 3
- Parto 4
- Revisión 5
- Otro..... 6
- NS/NC 9

J.11 ¿Y a cargo de quién corrieron los gastos de su hospitalización?

- De la Seguridad Social..... 1
- De una sociedad médica privada (Sanitas, ASISA, Adeslas,...) 2
- A su propio cargo 3
- Otro 4
- NS/NC 9

J.12 En estos últimos 12 MESES, ¿ha tenido usted que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad propia, no de otro familiar?

- Sí, acudí a un centro o servicio ... 1
 - Sí, acudieron a mi domicilio 2
 - No 3
 - NS/NC 9
- Pasar a J.16

J.13 Y en total, ¿cuántas veces tuvo usted que utilizar algún servicio de urgencias en estos últimos 12 MESES? veces

- NS/NC.....99

J.14 Refiriéndonos a la ÚLTIMA VEZ que utilizó un servicio de urgencias en estos 12 ÚLTIMOS MESES, dígame si dicho servicio de urgencias pertenecía a ...

(Entrevistador/a: Se refiere sólo al último servicio de urgencias donde ha sido atendido, no al transporte.)

- Un hospital de la Seguridad Social/IMSALUD (Servicio Madrileño de Salud)..... 1
- Un servicio de urgencias no hospitalario de la Seguridad Social/IMSALUD..... 2
- Un servicio privado de urgencias 3
- Un sanatorio, hospital o clínica privada 4
- Otras respuestas (especificar) 5
- NS/NC..... 9

J.15 ¿Ha utilizado los servicios del SAMUR alguna vez en los últimos 12 MESES?

- Sí 1
- No 2
- NS/NC..... 9

J.16 En los últimos 12 MESES ¿alguna vez ha necesitado asistencia médica y no la ha obtenido?

- Sí 1
- No 2 } → Pasar a K.1
- NS/NC 9

J.17 ¿Cuál fue la causa principal por la que no obtuvo esa asistencia?

(Entrevistador/a: espontánea, no sugerir)

- No pudo conseguir cita 1
- No pudo dejar el trabajo 2
- Era demasiado caro/no tenía dinero 3
- No tenía medio de transporte 4
- El seguro no lo cubría 5
- No tenía seguro 6
- Había que esperar demasiado 7
- Estaba demasiado nervioso y asustado 8
- Otra causa 9
- NS/NC 99

K. SATISFACCIÓN

K.1 En su opinión, la sanidad pública en el municipio de Madrid funciona ...

- Muy bien 1
- Bien 2
- Regular 3
- Mal 4
- Muy mal 5
- NS/NC 9

K.2 ¿Cuál piensa que ha sido la evolución de la sanidad pública en los últimos DOS AÑOS?

- Mejor 1
- Igual 2
- Peor 3
- NS/NC 9

K.3 ¿Cómo valoraría, en términos globales, los servicios sanitarios públicos en cada uno de los siguientes servicios asistenciales?

	Muy bien	Bien	Regular	Mal	Muy mal	NS/NC
▪ Atención Primaria	1	2	3	4	5	9
▪ Consultas de especialistas	1	2	3	4	5	9
▪ Hospitales	1	2	3	4	5	9
▪ Servicios de urgencia extrahospitalarios	1	2	3	4	5	9
▪ Servicios de urgencia hospitalarios	1	2	3	4	5	9

K.4 ¿Se ha sentido alguna vez discriminado por el trato que le han ofrecido en alguno de los servicios sanitarios públicos de Madrid?

- Sí 1
- No 2 } → Pasar a K.6
- NS/NC 9

K.5 ¿Por qué motivo se sintió discriminado? (Entrevistador/a: espontánea, no sugerir)

- Por mi sexo 1
- Por mi edad 2
- Por mi grupo étnico 3
- Por ser extranjero 4
- Otro motivo 5 *especificar*
- NS/NC 9

K.6 Ahora le voy a dar una TARJETA con una serie de posibles medidas relacionadas con la mejora de la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios sanitarios públicos. Dígame las que considera que son más necesarias en estos momentos, hasta un máximo de DOS. (Entrevistador/a: Si considera que ninguna es necesaria, no marque nada.)

▪ Mejorar la facilidad para conseguir cita en los centros de salud (medicina general y pediatría)	1
▪ Aumentar el tiempo dedicado por el médico y/o la enfermera	2
▪ Construir más centros de salud	3
▪ Facilitar el acceso a las consultas de especialista (trámites y cita para recibir atención)	4
▪ Reducir el tiempo de espera para pruebas diagnósticas complejas (ecografía, scanner, mamografía, densitometría...)	5
▪ Reducir el tiempo de espera para las intervenciones quirúrgicas	6
▪ NS/NC	9

L. CONOCIMIENTO DE SERVICIOS MUNICIPALES

L.1 Además del SAMUR ¿conoce usted alguno de los siguientes servicios sanitarios que ofrece el Ayuntamiento de Madrid? Para cada servicio que conozca, dígame si lo ha utilizado alguna vez o no.

Programa de ...	¿Lo conoce?		¿Lo ha utilizado?		NS/NC
	Sí	No	Sí	No	
▪ Preventivo de mayores	1	2	1	2	9
▪ La menopausia	1	2	1	2	9
▪ Memoria	1	2	1	2	9
▪ Vacunaciones	1	2	1	2	9
▪ Para dejar de fumar	1	2	1	2	9
▪ Salud urológica ("próstata")	1	2	1	2	9
▪ Planificación familiar	1	2	1	2	9
▪ Preparación al parto	1	2	1	2	9
▪ Materno-infantil	1	2	1	2	9
▪ Vacunación antirrábica (perros, gatos,...)	1	2	1	2	9

M. PERCEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA

M.1 ¿Se siente suficientemente informado sobre los programas de prevención de enfermedades y de hábitos saludables?

- Sí, lo suficiente 1
- Sólo a medias 2
- No, estoy mal informado 3
- NS/NC 9

M.2 Según su punto de vista ¿el médico y/o la enfermera de atención primaria le dan suficiente información a este respecto?

- Sí 1
- No, porque no tienen mucho tiempo 2
- No, porque no muestran mucho interés 3
- No, por otra razón 4
- NS/NC 9

M.3 Independientemente del nivel de información que usted considera que posee, ¿a cuál o cuáles de los siguientes temas relacionados con la salud cree que es más importante destinar campañas de información en estos momentos? Utilizando la TARJETA que le voy a mostrar, señale un máximo de DOS en cada grupo.

TEMAS DE SALUD PÚBLICA Y HÁBITOS

▪ Drogas	1
▪ Riesgos para la salud derivados de los alimentos	2
▪ Promoción de hábitos de alimentación saludables	3
▪ Prevención de accidentes de tráfico	4
▪ Promoción de hábitos saludables (tabaco, alcohol, etc.)	5

GRANDES PROBLEMAS DE SALUD

▪ Prevención de cáncer	1
▪ Prevención de VIH/SIDA	2
▪ Prevención otras enfermedades de transmisión sexual	3
▪ Prevención de enfermedades cardiovasculares	4
▪ Demencias y Alzheimer	5

N. HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

ESTADO FÍSICO, EJERCICIO FÍSICO, OCIO Y TIEMPO LIBRE

N.1 Aproximadamente, ¿cuánto pesa sin zapatos ni ropa? Kg

N.2 Aproximadamente, ¿cuánto mide sin zapatos? cm

N.3 En relación a su estatura ¿cómo cree usted que es su peso?

- Bastante mayor de lo normal 1
- Algo mayor de lo normal 2
- Normal..... 3
- Menor de lo normal 4
- NS 5
- NC 9

N.4 ¿Cuántas horas duerme por término medio al día? horas

N.5 Considera que ese número de horas son:

- Excesivas 1
- Muchas..... 2
- Las necesarias 3
- Pocas 4
- Muy pocas 5
- NS/NC 9

N.6 ¿Cómo describiría el ejercicio físico que implica su trabajo o actividad principal durante el día? (en el centro de trabajo, centro de enseñanza, hogar - labores domésticas-, etc.)?

- Sentado la mayor parte de la jornada..... 1
- De pie la mayor parte de la jornada sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos 2
- Caminando, llevando algún peso, efectuando desplazamientos frecuentes 3
- Realizando tareas que requieren gran esfuerzo físico... 4
- NS/NC 9

N.7 ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que realiza alguna actividad física en su tiempo libre?

- Ninguna..... 1
- Actividad moderada varias veces al mes (caminar, pasear en bici, jardinería, gimnasia suave, actividades de ligero esfuerzo, etc.)..... 2
- Actividad moderada varias veces a la semana 3
- Actividad intensa varias veces al mes (tenis, footing, ciclismo, juegos de equipo, natación, etc.)..... 4
- Actividad intensa varias veces a la semana..... 5
- NS/NC 9

N.8 ¿De cuántas horas libres dispone al día, excluyendo los fines de semana?

horas

(Entrevistador/a: Por "horas libres" se refiere al tiempo disponible para dedicar a aficiones, actividades de ocio, etc.) Para los que nos digan que disponen de las 24 hrs., pedíles que descuenten las horas que empleen en dormir.

ALIMENTACIÓN

N.9 ¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos? Por favor, seleccione su respuesta de las categorías que aparecen en la TARJETA que le voy a dar.

	A diario	3 ó más veces a la semana	1 a 2 veces a la semana	Menos de 1 vez a la semana	Nunca o casi nunca	NS/NC
Fruta fresca	1	2	3	4	5	9
Carne (pollo, ternera, cerdo, cordero, etc.)	1	2	3	4	5	9
Huevos	1	2	3	4	5	9
Pescado	1	2	3	4	5	9
Pasta, arroz, patatas	1	2	3	4	5	9
Pan, cereales	1	2	3	4	5	9
Verduras y hortalizas	1	2	3	4	5	9
Legumbres	1	2	3	4	5	9
Embutidos y fiambres	1	2	3	4	5	9
Productos lácteos (leche, queso, yogur)	1	2	3	4	5	9
Dulces (galletas, mermeladas, etc.)	1	2	3	4	5	9

N.10 En los últimos SEIS MESES, ¿ha seguido algún tipo de dieta especial o ha introducido un cambio en su alimentación?

- Sí 1
 - No 2
 - NS/NC..... 9
- **Pasar a N.13**

N.11 ¿Cuál fue el motivo principal? (Entrevistador/a: Lea la lista)

- Colesterol 1
- Tensión arterial 2
- Problemas de estómago, hígado, vesícula 3
- Diabetes 4
- Ácido úrico 5
- Para adelgazar, no por un problema de salud 6
- Otro (especificar) 9

N.12 ¿Quién se lo recomendó?

- El médico o la enfermera 1
- Naturista, homeópata, etc. 2
- Un familiar, amigo o conocido 3
- Nadie, lo hizo por su cuenta 4
- Lo vio en una revista u otro medio de comunicación..... 5
- NS/NC 9

CONSUMO DE TABACO Y OTRAS SUSTANCIAS

N.13 ¿Podría decirme si fuma actualmente?

- Sí, diariamente..... 1
- No actualmente, pero ha fumado antes 2 → Pasar a N.20
- Sí, pero no diariamente 3
- No fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual 4 → Pasar a N.22

N.14 ¿Qué tipo y cantidad de tabaco fuma por término medio al día?

Tipo	Nº/ día
Cigarrillos	
Pipas	
Puros	

N.15 ¿A qué edad comenzó a fumar?

_____ años

N.16 Durante los últimos 12 meses, ¿ha hecho algún intento serio de dejar de fumar en el que consiguiera estar al menos 24 horas sin hacerlo?

- Sí..... 1
- No..... 2
- NS/NC 9

N.17 ¿Le ha aconsejado alguna vez su médico que deje de fumar?

- Sí..... 1
- No..... 2
- NS/NC 9

N.18 En los últimos 12 meses, ¿le ha pedido alguien que no fume en su presencia?

- Sí..... 1
- No..... 2
- NS/NC 9

N.19 En el momento actual, ¿está pensando seriamente en dejar de fumar?

- Sí, en el plazo de 1 mes..... 1
 - Sí, en los próximos 6 meses 2
 - No..... 3
- } Pasar a N.22

N.26 ¿Con qué frecuencia y qué tipo de bebidas que contengan alcohol consume actualmente? Por cada tipo de bebida alcohólica que le voy a leer a continuación, señale, por favor, la frecuencia con la que la toma, seleccionando una de las categorías de la TARJETA.

- A. Copas de vino, champagne o cava
- B. Cañas de cerveza (con alcohol), sidra
- C. Copas de jerez, vermut, o aperitivos con alcohol
- D. Copas de licor (anís, coñac, ron, ginebra, pacharán, etc.)
- E. Vasos o copas de whisky
- F. Combinados (cuba libre, gin tonic, etc.)

Frecuencia	A	B	C	D	E	F
	vino, cava...	cerveza, sidra	jerez, vermut...	anís coñac...	whisky	Combinados
1) Diariamente	1	1	1	1	1	1
2) De 4 a 6 días a la semana	2	2	2	2	2	2
3) De 2 a 3 días a la semana	3	3	3	3	3	3
4) 1 día a la semana	4	4	4	4	4	4
5) 1 día cada 2 semanas	5	5	5	5	5	5
6) 1 día al mes	6	6	6	6	6	6
7) Menos de 1 día al mes	7	7	7	7	7	7
8) Nunca o de forma muy ocasional	8	8	8	8	8	8
NS/NC	9	9	9	9	9	9

Si se ha marcado alguna de estas casillas, **pasar a N.27**

Si **SÓLO** ha marcado estas casillas, **pasar a N.28**

SÓLO PARA PERSONAS QUE NO FUMAN ACTUALMENTE, PERO QUE SÍ HAN FUMADO ANTES

N.20 ¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar?

_____ Años _____ meses

N.21 En la TARJETA que le voy a dar, hay una lista de razones por las que la gente suele dejar de fumar. Señale, por favor, el principal o principales motivos que le llevaron a usted a tomar esa decisión (hasta un máximo de DOS motivos).

- Se lo aconsejó el médico 1
- Sentía molestias por causa del tabaco 2
- Aumentó su grado de preocupación por los efectos nocivos del tabaco (riesgo para la salud)..... 3
- Sentía que disminuía su rendimiento psíquico y/o físico, en general..... 4
- Por no perjudicar a la familia o al entorno..... 5
- Lo decidió solo, por propia voluntad..... 6
- Otro motivo 7
- NS/NC..... 9

OTRAS SUSTANCIAS

N.22 ¿Ha consumido usted marihuana o hachís...

	Sí	No	NS/NC
en los últimos 12 meses?	1	2	9
en los últimos 30 días?	1	2	9

CONSUMO DE ALCOHOL

N.23 En los últimos 12 MESES, ¿ha consumido usted alguna bebida alcohólica con una frecuencia de al menos una vez al mes?

- Sí 1 → Pasar a N.25
- No 2
- NS/NC..... 9

N.24 Aunque no haya consumido bebidas alcohólicas durante los últimos 12 meses, ¿las había consumido anteriormente?

- Sí, ha consumido 1 → Pasar a N.29
- No, nunca ha consumido alcohol 2 → Pasar a O.1

N.25 ¿A qué edad empezó a consumir bebidas alcohólicas de forma habitual (al menos 1 vez a la semana)?

_____ años

- Nunca ha consumido con esa frecuencia 88
- NS/NC..... 99

N.27 Para cada una de las bebidas, ¿cuántos vasos o copas consume cada vez que bebe?

	Nº de vasos o copas	NS/NC
A. Copas de vino, champagne o cava		99
B. Cañas de cerveza (con alcohol) o sidra		99
C. Copas de jerez, vermut, o aperitivos con alcohol		99
D. Copas de licor (anís, coñac, ron, ginebra, pacharán, etc.)		99
E. Vasos o copas de whisky		99
F. Combinados (cuba libre, gin tonic, etc.)		99

N.28 ¿Diría que ahora consume bebidas con alcohol más, menos o igual que hace 12 MESES?

- Más 1
 - Menos 2
 - Igual 3
 - NS/NC 9
- } → **Passar a O.1**

SÓLO PARA PERSONAS QUE NO HAN CONSUMIDO BEBIDAS CON ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, PERO SÍ HAN CONSUMIDO ANTERIORMENTE

N.29 ¿A qué edad empezó a consumir bebidas con alcohol? años

N.30 Cuando consumía bebidas con alcohol ¿con qué frecuencia lo hacía?

- Diariamente 1
- Una o varias veces por semana 2
- Menos de una vez por semana 3

N.31 ¿A qué edad dejó de consumir bebidas con alcohol? años

N.32 ¿Cuál fue el motivo principal que le llevó a reducir o abandonar su consumo de bebidas alcohólicas?

- Consejo médico 1
- Problemas de salud sin consejo médico 2
- Preocupación por sus efectos 3
- Disminuía su rendimiento 4
- Pensaba que bebía mucho 5
- Otro 6
- NS/NC 9

O. ACTIVIDADES PREVENTIVAS

O.1 ¿Se ha vacunado de la gripe en la última campaña?

- Sí 1
 - No 2
 - NS/NC 9
- } → **Passar a O.3**

O.2 ¿Quién le indicó que se vacunara?

- El médico o la enfermera 1
- Le ponen la vacuna en el lugar de trabajo/centro de estudio 2
- Por iniciativa propia 3
- Otro 4
- NS/NC 9

O.3 ¿Recuerda usted haberse puesto la vacuna del tétanos en los últimos 10 años?

- Sí 1
- No 2
- NS/NC 9

O.4 Dígame, por favor, si ha realizado alguno de los siguientes controles y, en caso afirmativo, con qué periodicidad.

	¿Lo ha hecho?			¿Con qué periodicidad?				
	Sí	No	NS/NC	Alguna vez en la vida	Al menos cada 5 años	Al menos 1 vez cada 1-2 años	Con más frecuencia	NS/NC
▪ La tensión arterial	1	2	9	1	2	3	4	9
▪ El colesterol	1	2	9	1	2	3	4	9
▪ La glucosa (azúcar)	1	2	9	1	2	3	4	9

SÓLO PARA MUJERES: PRÁCTICAS PREVENTIVAS DE LA MUJER

O.5 ¿Acude usted a revisión ginecológica al menos una vez cada uno o dos años? (no por enfermedad o embarazo)

- Sí 1
- No 2
- NS/NC 9

O.6 ¿Cuándo fue la última vez que se hizo...

	¿una mamografía preventiva?	¿una citología vaginal preventiva (Papanicolau)?
▪ Hace menos de 6 meses	1	1
▪ Entre 6 meses y 1 año	2	2
▪ Entre 1 y 2 años	3	3
▪ Entre 2 y 3 años	4	4
▪ Hace más de 3 años	5	5
▪ Nunca	6	6
▪ NS/NC	9	9

O.7 Durante el último embarazo ¿aproximadamente cuántas veces acudió a la consulta del ginecólogo o tocólogo para seguimiento del mismo?

veces

- No ha tenido embarazos 88--- **Passar a O.10**
- NS/NC 99

O.8 ¿Considera que recibió durante su último embarazo la atención necesaria para que todo fuera bien?

- Sí 1 → **Passar a O.10**
- No 2
- NS/NC 9 → **Passar a O.10**

O.9 ¿Por qué no?

- Pocas consultas de tocología o ginecología 1
- No le prestaron la atención precisa 2
- En realidad fue un problema suyo porque estaba muy ocupada 3
- No siguió las instrucciones que le dieron 4
- Otra razón 5
- *especificar* _____
- NS/NC 9

(A TODOS)

O.10 ¿Usted o su pareja usan algún método anticonceptivo, incluyendo ligadura de trompas o vasectomía? (Entrevistador/a: espontánea; si hay más de uno, marque el método más usado)

- No 1
 - Usa píldoras 2
 - Tiene DIU 3
 - Usa inyecciones 4
 - Usa preservativo o condón 5
 - Evita los días fértiles, uso método de ritmo de calendario 6
 - Usa diafragma, espuma o gel 7
 - Se practicó esterilización femenina ... 8
 - Se practicó esterilización masculina .. 9
 - Realiza coito interrumpido 10
 - Otro (especificar) 11
 - NC 99
- Pasar a O.12**

O.11 Si usted o su pareja no usan ningún método anticonceptivo, indique cuál es la principal razón para no usarlo (Entrevistador/a: espontánea; puede sugerir si tienen problemas para contestar)

- No lo necesita (no tiene relaciones, por la edad, infértil, postparto) 1
- Está embarazada 2
- Quiere quedar embarazada 3
- Se opone al uso de anticonceptivos (su religión se lo prohíbe, su pareja se opone, otros se oponen) 4
- Por razones de salud (temor a efectos secundarios, le es incómodo, molesto) 5
- No conoce los métodos anticonceptivos 6
- Por su precio, no puede comprarlo 7
- Otra (especificar) 8
- NS/NC..... 9

O.12 ¿Alguna vez ha tenido dificultades para recibir la atención sanitaria que necesitaba para poner en práctica algún método anticonceptivo?

- Sí 1
 - No 2
 - NS/NC 9
- Pasar a O.14**

O.13 ¿Por qué motivo? (Entrevistador/a: admite multirespuesta)

- Mucha lista de espera con ginecología/urología..... 1
- El médico de cabecera no se hace cargo de estos problemas..... 2
- En la farmacia no me han despachado el método que necesitaba 3
- Otros (especificar) 4
- NS/NC 9

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS BUCODENTALES

O.14 ¿Cuántas veces ha ido al dentista en los últimos 12 MESES?

veces

(Entrevistador/a: Si la respuesta es "0" Pasar a O.16)

O.15 En los últimos 12 MESES, ¿qué tipo de asistencia recibió cuando acudió al dentista, estomatólogo o higienista dental?

	Sí	No	NS/NC
▪ Revisión o chequeo	1	2	9
▪ Limpieza de boca	1	2	9
▪ Empastes (obturaciones), endodoncias	1	2	9
▪ Extracción de algún diente/muela	1	2	9
▪ Fundas, puentes u otro tipo de prótesis	1	2	9
▪ Tratamiento de las enfermedades de las encías	1	2	9
▪ Ortodoncia	1	2	9
▪ Otro tipo de asistencia	1	2	9

O.16 El dentista, estomatólogo o higienista dental al que consultó por ÚLTIMA VEZ era de:

- La Seguridad Social..... 1
- El Ayuntamiento..... 2
- Una sociedad médica 3
- Una consulta privada 4
- Otros (Iguala médica, etc.)..... 5
- NS/NC..... 9

O.17 ¿Cuál es el estado de sus dientes y muelas?

	Sí	No	NS/NC
▪ Tiene caries	1	2	9
▪ Le han extraído dientes/muelas	1	2	9
▪ Tiene dientes/muelas empastados (obturados)	1	2	9
▪ Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente	1	2	9
▪ Se le mueven los dientes/muelas	1	2	9
▪ Lleva fundas (coronas), puentes, otro tipo de prótesis o dentadura postiza	1	2	9
▪ Le faltan dientes/muelas que no han sido sustituidos por prótesis	1	2	9
▪ Tiene o conserva todos sus dientes/muelas naturales	1	2	9

O.18 ¿Considera que la frecuencia de sus visitas al dentista y/o higienista son suficientes para las necesidades de su salud bucodental?

- Sí 1
- No 2
- NS/NC..... 9

SEGURIDAD VIAL

O.19 Cuando viaja en coche, conduciendo o en los asientos DELANTEROS, ¿con qué frecuencia utiliza los cinturones de seguridad?

	En ciudad	En carretera
▪ Siempre o casi siempre	1	1
▪ Algunas veces	2	2
▪ Nunca	3	3
▪ No procede, no viaja en coche	4	4
▪ NS/NC	9	9

O.20 Y cuando viaja en coche en los asientos TRASEROS ¿con qué frecuencia utiliza los cinturones de seguridad?

	En ciudad	En carretera
▪ Siempre o casi siempre	1	1
▪ Algunas veces	2	2
▪ Nunca	3	3
▪ No procede, no viaja en coche o nunca va en los asientos traseros	4	4
▪ NS/NC	9	9

O.21 Cuando viaja en moto, ¿con qué frecuencia utiliza el casco?

	En ciudad	En carretera
▪ Siempre o casi siempre	1	1
▪ Algunas veces	2	2
▪ Nunca	3	3
▪ No procede, no viaja en moto	4	4
▪ NS/NC	9	9

O.22 ¿Ha conducido usted alguna vez durante los últimos 30 DÍAS bajo los efectos del alcohol?

- Sí 1
- No 2
- No he conducido 3
- NS/NC..... 9

P. SALUD LABORAL (SOLO SI TRABAJAN EN LA ACTUALIDAD)

P.1 En total, ¿cuántas horas trabaja usted a la semana (a cambio de salario)?

____ horas

▪ No trabaja..... 1 → **Pasar a Q.1**

P.2 ¿Dónde se encuentra su lugar de trabajo?

- En casa 1
- En el municipio de Madrid..... 2
- En otro municipio de la Comunidad de Madrid 3
- Fuera de la Comunidad de Madrid..... 4
- Itinerante (cambia de lugar) 5
- Es muy variable 6
- Otro 7
- NS/NC 9

P.3 ¿Cuánto tiempo tarda en todos sus desplazamientos para ir y volver del trabajo cada día?

____ minutos

P.4 ¿Cómo se desplaza habitualmente para ir a trabajar?

- Andando 1
- Transporte público 2
- Transporte empresa 3
- Coche privado 4
- Moto 5
- Otro (especificar)..... 6
- NS/NC 9

P.5 ¿En qué medida se siente usted preocupado por la posibilidad de perder su empleo?

- Mucho 1
- Bastante 2
- Regular 3
- Poco 4
- Nada 5
- NS/NC 9

P.6 En general, ¿hasta qué punto se encuentra satisfecho con su trabajo actual?

- Muy satisfecho 1
- Bastante satisfecho 2
- Satisfecho 3
- Insatisfecho 4
- Bastante insatisfecho 5
- Muy insatisfecho 6
- N/S/NC 9

P.7 ¿Cómo cree que influyen las condiciones del trabajo que usted realiza en su vida cotidiana?

- No influyen en nada 1
- Influyen de forma negativa 2
- Influyen de forma positiva 3
- NS/NC 9

P.8 ¿Qué tipo de contrato tiene usted? Si posee varios, señale el principal.

- Trabaja por su cuenta o no es asalariado 1
- Funcionario o estatutario..... 2
- Contrato indefinido 3
- Contrato temporal de:
 - menos de 6 meses..... 4
 - 6 meses a 1 año 5
 - más de 1 año 6
 - No sabe la duración..... 7
- Sin contrato 8
- NS/NC 9

P.9 ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en su actual empresa/lugar de trabajo?

____ años ____ meses

P.10 ¿Qué tipo de jornada tiene usted?

- Partida 1
- Continuada por la mañana..... 2
- Continuada por la tarde 3
- Continuada por la noche..... 4
- Turnos..... 5
- Fines de semana exclusivamente..... 6
- Por horas 7
- Otro..... 8
- especificar* _____
- NS/NC..... 9

Q. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Q.1 ¿Cuál es su estado civil?

- Casado/a, convive en pareja 1
- Soltero/a 2
- Separado/a 3
- Divorciado/a 4
- Viudo/a 5
- NS/NC 9

Q.2 Lugar de nacimiento (*Entrevistador/a: Copiar directamente de la tabla de composición del hogar sin realizar la pregunta*)

- Municipio de Madrid 1 → **Pasar a Q.5**
- Comunidad de Madrid 2
- Otras comunidades autónomas .. 3 **Pasar a Q.4**
- Extranjero 4

Q.3 ¿Cuánto tiempo lleva residiendo en España?

____ años ____ meses

Q.4 ¿Cuánto tiempo lleva residiendo en el municipio de Madrid?

____ años ____ meses

Q.5 ¿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 primer grado (estudios primarios, EGB hasta 5º 4
- Estudios de segundo grado, primer ciclo (Graduado Escolar, EGB hasta 8º, Bachiller Elemental, etc.)..... 5
- Educación Secundaria Obligatoria (ESO) 6
- Estudios de segundo grado, segundo ciclo (Bachiller Superior, BUP, Formación Profesional, Aprendizaje y Maestría Industrial, etc.) 7
- Estudios de tercer grado, primer ciclo (Perito, Ingeniero Técnico, Escuelas Universitarias, Magisterio, etc.)..... 8
- Estudios de tercer grado, segundo y tercer ciclo (Ingeniero Superior, Licenciado, Doctorado, etc.) 9
- NS/NC 99

Q.6 ¿Percibe usted alguna pensión (pública o privada) o un subsidio?

- Sí..... 1
 - No..... 2
 - NC..... 9
- } → **Pasar a Q.8**

Q.7 ¿De qué tipo?

- Jubilación 1
 - Viudedad 2
 - Orfandad 3
 - Invalidez 4
 - Desempleo/Paro..... 5
 - Prejubilación..... 6
 - A favor de familiares..... 7
 - Protección de la familia 8
 - SOVI..... 9
 - Separación 10
 - Fondos de pensiones 11
 - Otros 12
- especificar.....

Q.8 Situación laboral (Entrevistador/a: Copiar directamente de la tabla de composición del hogar sin realizar la pregunta)

- Trabaja actualmente..... 1 → **Pasar a Q.10**
- Cualquier otra situación laboral 2

Q.9 ¿Ha trabajado anteriormente?

- Sí..... 1
 - No..... 2
 - NS/NC..... 9
- } → **Pasar a R.1**

Q.10 ¿Cuál es o era la actividad principal de la empresa donde trabaja o trabajaba?

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

Q.11 ¿Cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad o la última que ha desempeñado?

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

Q.12 ¿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 ó más asalariados 2
 - Con menos de 10 asalariados 3
- TRABAJADOR POR CUENTA AJENA
- Gerente de una empresa con 10 ó más asalariados 4
 - Gerente de una empresa con menos de 10 asalariados 5
 - Capataz, supervisor o encargado 6
 - Otro asalariado 7
 - NS/NC 9

R. CUESTIONARIO PARA SUSTENTADOR PRINCIPAL

R.1 ¿COINCIDE EL SUSTENTADOR PRINCIPAL CON LA PERSONA ENTREVISTADA?

- Sí 1 → **FIN DE LA ENTREVISTA**
- No 2

R.2 ¿Cuál es el mayor nivel de estudios que ha completado el sustentador principal?
(Entrevistador/a: 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 primer grado (estudios primarios, EGB hasta 5º 4
- Estudios de segundo grado, primer ciclo (Graduado Escolar, EGB hasta 8º, Bachiller Elemental, etc.) 5
- Educación Secundaria Obligatoria (ESO) 6
- Estudios de segundo grado, segundo ciclo (Bachiller Superior, BUP, Formación Profesional, Aprendizaje y Maestría Industrial, etc.) 7
- Estudios de tercer grado, primer ciclo (Perito, Ingeniero Técnico, Escuelas Universitarias, Magisterio, etc.) 8
- Estudios de tercer grado, segundo y tercer ciclo (Ingeniero Superior, Licenciado, Doctorado, etc.) 9
- NS/NC..... 99

R.3 ¿Percibe el sustentador principal alguna pensión (pública o privada) o un subsidio?

- Sí 1
 - No 2
 - NS/NC..... 9
- } → **Pasar a R.5**

R.4 ¿De qué tipo?

- Jubilación 1
 - Viudedad..... 2
 - Orfandad 3
 - Invalidez..... 4
 - Desempleo/Paro 5
 - Prejubilación 6
 - A favor de familiares 7
 - Protección de la familia..... 8
 - SOVI 9
 - Separación..... 10
 - Fondos de pensiones..... 11
 - Otros (especificar) 12
-

R.5 Situación laboral (*Entrevistador/a: Copiar directamente de la tabla de composición del hogar sin realizar la pregunta*)

- Trabaja actualmente 1 → **Pasar a R.7**
- Cualquier otra situación laboral.... 2

R.6 ¿Ha trabajado anteriormente?

- Sí..... 1
 - No..... 2
 - NS/NC 9
- } → **FIN DE LA ENTREVISTA**

R.7Cuál es o era la actividad principal de la empresa donde trabaja o trabajaba?
(*Entrevistador/a: Apuntar con el mayor nivel de detalle posible*)

--	--	--	--

R.8 ¿Cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad o la última que ha desempeñado?
(*Entrevistador/a: Apuntar con el mayor nivel de detalle posible*)

--	--	--	--

R.9 ¿Cuál es la categoría profesional que tiene o tenía en la empresa donde trabaja o trabajaba esta persona?

- TRABAJADOR O EMPRESARIO POR CUENTA PROPIA**
- Sin asalariados 1
 - Con 10 ó más asalariados 2
 - Con menos de 10 asalariados 3
- TRABAJADOR POR CUENTA AJENA**
- Gerente de una empresa con 10 ó más asalariados 4
 - Gerente de una empresa con menos de 10 asalariados 5
 - Capataz, supervisor o encargado 6
 - Otro asalariado 7
 - NS/NC 9

DATOS DE LA ENTREVISTA

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR:

FECHA DE REALIZACIÓN:

Día: Mes: Año:

DÍA DE LA SEMANA:

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

DURACIÓN DE LA ENTREVISTA: minutos

HORA DE REALIZACIÓN:

Mañana (9-12)1	Tarde (4-8) 3
Mediodía (12-4)2	Noche (8-10) 4

SINCERIDAD DEL ENTREVISTADO:

Mucha 1	Poca 3
Bastante 2	Ninguna 4

COMENTARIOS: