

ENCUESTA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MADRID 2004-2005

CUESTIONARIO INFANTIL (MENORES DE 16 AÑOS)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ENTREVISTADO:

Nombre del niño: _____.

Nombre de la persona entrevistada: _____

DISTRITO: _____ SECCIÓN: _____ COD_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 siguiente cuadro:

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

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

Sexo: 1 Niño 2 Niña Grupo de edad: 1 0-7 2 8-15

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, los problemas de salud de su hijo, sus estilos de vida y otros aspectos. El cuestionario nos llevará unos 25 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.

Entrevistador/a: Anote los siguientes datos antes de comenzar la entrevista:

Parentesco de la persona que contesta la entrevista con el niño/a seleccionado:

- Padre 1
- Madre 2
- Responsable o tutor..... 3

¿Alguna persona del hogar ha sido entrevistada previamente con el cuestionario de adultos?

- Sí → Anotar el COD_IDENT del adulto según se detalle en el listado de la muestra:

Refiérase a la Tabla de Composición del Hogar del cuestionario del adulto entrevistado y anote el número asignado en la primera fila (Miembros del hogar) a:

el adulto entrevistado

la persona que contesta para el niño/a

el niño/ a seleccionado

Pasar a C.1

- No → **Comience la entrevista en A.1**

A. COMPOSICIÓN DEL HOGAR

En primer lugar, le voy a realizar varias preguntas referidas 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	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 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 niño 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
Identificación de la persona que responde al cuestionario	<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 niño:										
▪ Padre o madre	<input type="checkbox"/> 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3
▪ Abuelo/a	<input type="checkbox"/> 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4
▪ Hermano/a	<input type="checkbox"/> 6									
▪ Otros familiares	<input type="checkbox"/> 8	☐ 8	☐ 8	☐ 8	☐ 8	☐ 8	☐ 8	☐ 8	☐ 8	☐ 8
▪ Otros no familiares	<input type="checkbox"/> 9	☐ 9	☐ 9	☐ 9	☐ 9	☐ 9	☐ 9	☐ 9	☐ 9	☐ 9
▪ No contesta	<input type="checkbox"/> 0									
Situación laboral:										
▪ Trabaja	<input type="checkbox"/> 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
▪ Paro	<input type="checkbox"/> 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
▪ Estudia	<input type="checkbox"/> 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3
▪ Ama/o de casa	<input type="checkbox"/> 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4
▪ Jubilado/a	<input type="checkbox"/> 5	☐ 5	☐ 5	☐ 5	☐ 5	☐ 5	☐ 5	☐ 5	☐ 5	☐ 5
▪ Otros	<input type="checkbox"/> 6									
▪ No lo sabe, no está seguro	<input type="checkbox"/> 7	☐ 7	☐ 7	☐ 7	☐ 7	☐ 7	☐ 7	☐ 7	☐ 7	☐ 7
▪ No contesta	<input type="checkbox"/> 8									
Lugar de nacimiento:										
▪ Municipio de Madrid	<input type="checkbox"/> 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
▪ Comunidad de Madrid (excepto municipio)	<input type="checkbox"/> 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
▪ Otras comunidades autónomas	<input type="checkbox"/> 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3
▪ Extranjero	<input type="checkbox"/> 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 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	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
▪ Otras	<input type="checkbox"/> 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
▪ Ambas	<input type="checkbox"/> 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 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	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 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	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
▪ Habitualmente lo cuida yo (la persona entrevistada)	<input type="checkbox"/> 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
▪ Habitualmente lo cuida otra persona del hogar	<input type="checkbox"/> 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 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	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 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, especificar 3
- 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

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 99 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

	Mucho	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 destacaría 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. DATOS DEL NIÑO/A

C.1 Lugar de nacimiento del niño/a: (Entrevistador/a: Copiar directamente de la tabla de composición del hogar sin realizar la pregunta)

- Madrid municipio..... 1 → **Pasar a C.4**
- Comunidad de Madrid 2 } → **Pasar a C.3**
- Comunidades autónomas . 3 }
- Extranjero 4

C.2 ¿Cuánto tiempo lleva su hijo/a residiendo en España?

Años meses

C.3 ¿Cuánto tiempo lleva su hijo/a residiendo en el municipio de Madrid?

Años meses

C.4 ¿Al niño/a le cuida alguna persona externa al hogar?

- Si 1
- No 2
- NS/NC 9 } → **Pasar a C.7** (Entrevistador/a: Lea antes el texto que precede a esa pregunta)

C.5 ¿Cuántas horas al día?

C.6 ¿Cuál es la nacionalidad de esa persona?

Las preguntas que siguen se refieren a lo que Ud. piensa sobre la salud de su hijo/a. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Algunas de las cuestiones le preguntan sobre los sentimientos del chico/a, y a usted le puede parecer que es imposible responderlas con exactitud o simplemente que no las puede contestar. En el caso de estas preguntas, por favor, conteste pensando en como contestaría su hijo/a. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

C.7 En general, ¿cómo diría que es la salud del chico/a ... (una sola respuesta)?

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

C.8 En términos generales, ¿donde colocaría Ud. a su hijo/a en una escala de 1 a 5 en la que el 1 significa “muy feliz” y el 5 “muy triste”?

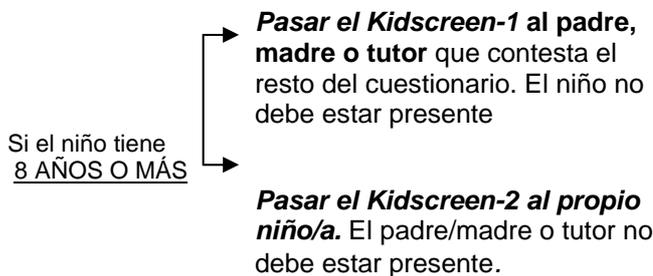
Muy feliz				Muy triste
1	2	3	4	5

C.9 ¿Y en una escala de 1 a 5 en la que el 1 significa “muy sociable” y el 5 “muy retraído”?

Muy sociable				Muy retraído
1	2	3	4	5

ENTREVISTADOR/A: Las siguientes preguntas (cuestionario KIDSCREEN) deben hacerse en función de la edad del niño/a.

Si el niño tiene MENOS DE 8 AÑOS → **Pasar a D.1**



KIDSCREEN-1: Para niños/as de 8 años o más, preguntar al padre/madre/tutor

AL CONTESTAR TODAS ESTAS PREGUNTAS, PIENSE EN LA ÚLTIMA SEMANA

	Nada	Poco	Moderada-mente	Mucho	Muchí-simo
¿El chico/a se ha sentido bien y en forma?	5	4	3	2	1
¿El chico/a ha podido correr bien?	5	4	3	2	1
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿El chico/a ha estado contento/a con su forma de ser?	5	4	3	2	1
¿Al chico/a le ha preocupado su aspecto?	5	4	3	2	1
	Nada	Poco	Moderada-mente	Mucho	Muchí-simo
¿El chico/a se ha sentido satisfecho/a con su vida?	5	4	3	2	1
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿El chico/a se ha sentido triste?	5	4	3	2	1
¿El chico/a ha tenido la sensación de que todo en su vida le sale mal?	5	4	3	2	1
¿El chico/a se ha sentido alegre?	5	4	3	2	1
¿El chico/a se ha sentido harto/a?	5	4	3	2	1
¿El chico/a ha podido hacer las cosas que quería en su tiempo libre?	5	4	3	2	1
¿El chico/a ha tenido suficientes oportunidades de estar al aire libre?	5	4	3	2	1
¿El chico/a ha tenido suficiente dinero para hacer lo mismo que sus amigos?	5	4	3	2	1

KIDSCREEN-1 (cont.)

Por favor, cuando conteste las siguientes preguntas considere 'padres' o bien usted y/o la persona principal que cuida el chico/a en el día a día. No se refiere sólo a sus padres biológicos, si no son ellos los que lo cuidan principalmente. Además, considere 'familia' el grupo de personas con que el chico/a vive la mayor parte de su tiempo, y 'casa' el lugar donde el chico/a vive la mayor parte del tiempo.

	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
¿El chico/a se ha sentido comprendido/a por sus padres?	5	4	3	2	1
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿El chico/a se ha sentido feliz en casa?	5	4	3	2	1
¿Los padres del chico/a han tenido suficiente tiempo para él/ella?	5	4	3	2	1
¿El chico/a y sus amigos/as se han ayudado unos a otros?	5	4	3	2	1
¿El chico/a ha podido hablar de todo con sus amigos/as?	5	4	3	2	1
¿Se han reído del chico/a otros chicos/as?	5	4	3	2	1
¿Al chico/a le ha gustado ir al colegio?	5	4	3	2	1
¿El chico/a se ha llevado bien con sus profesores?	5	4	3	2	1

KIDSCREEN-2: Para niños/as de 8 años o más, preguntar al propio niño/a

	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
En general, ¿cómo dirías que es tu salud?	1	2	3	4	5

AL CONTESTAR TODAS ESTAS PREGUNTAS, PIENSA EN LA ÚLTIMA SEMANA

	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
¿Te has sentido bien y en forma?	5	4	3	2	1
¿Has podido correr bien?	5	4	3	2	1
¿Te has sentido satisfecho/a con tu vida?	5	4	3	2	1

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿Te has sentido alegre?	5	4	3	2	1
¿Te has sentido triste?	5	4	3	2	1
¿Has tenido la sensación de que todo en tu vida te sale mal?	5	4	3	2	1
¿Te has sentido hartado/a?	5	4	3	2	1
¿Tú y tus amigos os habéis ayudado unos a otros?	5	4	3	2	1
¿Has podido hablar de todo con tus amigos/as?	5	4	3	2	1
	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
¿Tus padres te han entendido?	5	4	3	2	1
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿Te has sentido feliz en casa?	5	4	3	2	1
¿Tus padres han tenido suficiente tiempo para ti?	5	4	3	2	1
¿Has estado contento con tu forma de ser?	5	4	3	2	1
¿Te ha preocupado tu aspecto?	5	4	3	2	1
¿Has podido hacer las cosas que querías en tu tiempo libre?	5	4	3	2	1
¿Has tenido suficientes oportunidades de estar al aire libre?	5	4	3	2	1
¿Te ha gustado ir al colegio?	5	4	3	2	1
¿Te has llevado bien con tus profesores?	5	4	3	2	1
¿Se han reído de ti otros/as chicos/as?	5	4	3	2	1
¿Has tenido suficiente dinero para hacer lo mismo que tus amigos/as?	5	4	3	2	1

INCIDENCIAS KIDSCREEN-2

(Entrevistador: Anote las condiciones en que ha podido realizar el KIDSCREEN-2 al niño/a)

- El niño/a ha contestado el cuestionario sin que su padre/madre o tutor estuviera presente 1
- El padre/madre o tutor se ha negado a que el niño/a estuviera solo y ha estado presente mientras el niño/a contestaba 2
- El padre/madre o tutor se ha negado a que el niño/a contestara el cuestionario y no se ha podido realizar el Kidscreen-2 3
- No se ha podido realizar el Kidscreen-2 por otras razones (especificar)..... 9

D. MORBILIDAD CRÓNICA

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

	Sí	No	NS/NC
▪ Asma	1	2	9
▪ Alergias crónicas (no asma)	1	2	9
▪ Diabetes	1	2	9
▪ Anomalía congénita / malformación congénita	1	2	9
▪ Cardiopatía congénita u otra enfermedad del corazón	1	2	9
▪ Trastornos convulsivos	1	2	9
▪ Trastornos mentales (incluido retraso mental)	1	2	9
▪ Ceguera o problemas de visión	1	2	9
▪ Sordera o problemas de audición	1	2	9
▪ Defectos del habla	1	2	9
▪ Parálisis	1	2	9
▪ Leucemia	1	2	9
▪ Problemas de riñón	1	2	9
▪ Falta de un miembro (mano, pierna, brazo, pie)	1	2	9
▪ Trastornos crónicos de la piel (dermatitis, eccema, ...)	1	2	9
▪ Otros (especificar) _____	1	2	9

E. RESTRICCIÓN DE LA ACTIVIDAD

E.1 Durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS, ¿ha tenido su hijo/a que reducir o limitar su actividad principal (asistencia al centro de estudios, guardería..) o las actividades que realiza en su tiempo libre (diversiones, juegos, paseos..) por algún dolor o síntoma?

- Si..... 1
 ▪ No..... 2
 ▪ NS/NC..... 9
- Pasar a F.1

E.2 ¿Durante cuánto tiempo se prolongó la reducción de su actividad cotidiana?

_____ Días NS/NC..... 99

E.3 ¿Cuál ha sido la causa, dolor o síntoma que ha obligado al niño/a a limitar sus actividades diarias? (Entrevistador/a: espontánea, admite respuesta múltiple)

- Dolor de huesos o de las articulaciones 1
- Problemas de nervios, dificultad para dormir 2
- Problemas de garganta, tos, catarro o gripe 3
- Dolor de cabeza 4
- Contusión, lesión o heridas 5
- Dolor de oídos, otitis 6
- Diarrea o problemas intestinales 7
- Ronchas, picor, alergias 8
- Molestias de riñón o urinarias 9
- Problemas de estómago, digestivos 10
- Fiebre 11
- Problemas con dientes o encías 12
- Vómitos 13
- Dolor abdominal 14
- Otros 15
- NS/NC 99

E.4 ¿Qué hicieron en relación con ese problema de salud?

- Nada..... 1
- Fueron al médico..... 2
- Le dieron alguna medicación sin consultar con el médico..... 3
- Consultaron en la farmacia..... 4
- Preguntaron a personas cercanas (vecinos, conocidos) 5
- Otros (especificar)..... 6
- NS/NC 9

F. CONSUMO DE MEDICAMENTOS

F.1 En el ÚLTIMO MES, ¿ha utilizado su hijo/a algún tipo de medicamento (gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, pomadas, etc.)?

- Si..... 1
 ▪ No 2
 ▪ NS/NC 9
- Pasar a G.1

F.2 ¿Cuáles de los que figuran en la tarjeta son los que ha utilizado? (Entrevistador/a: Mostrar TARJETA y anotar todos los que cite)

	¿Ha consumido?		¿Quién se los recetó o recomendó?		
	Sí	No	Médico	Farmacéutico	Iniciativa propia o consejo de amigos
▪ Medicinas para el catarro, gripe, garganta	1	2	1	2	3
▪ Medicinas para el dolor y/o para bajar la fiebre	1	2	1	2	3
▪ Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos	1	2	1	2	3
▪ Laxantes	1	2	1	2	3
▪ Antibióticos	1	2	1	2	3
▪ Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	1	2	1	2	3
▪ Medicamentos para la alergia	1	2	1	2	3
▪ Medicamentos para la diarrea	1	2	1	2	3
▪ Medicinas para los vómitos	1	2	1	2	3
▪ Productos de medicina alternativa (homeopatía, naturistas...)	1	2	1	2	3
▪ Otros	1	2	1	2	3

G. ACCIDENTES

G.1 Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha tenido su hijo/a algún accidente o ha sufrido algún tipo de agresión, intoxicación o quemaduras que haya necesitado asistencia sanitaria y/o le haya limitado su actividad habitual?

- Si..... 1
 - No..... 2
 - NS/NC..... 9
- **Pasar a G.6**

(Entrevistador/a: Si el niño/a ha sufrido más de un accidente hacer referencia únicamente al último)

G.2 ¿Qué fue lo que le ocurrió?

- Caída a nivel del suelo 1
- Caída a desnivel (escaleras, sillas, etc.) 2
- Se ha golpeado con algo 3
- Alguien le ha golpeado o pegado o maltratado..... 4
- Quemaduras 5
- Sumersión en el mar 6
- Intoxicaciones 7
- Accidente de tráfico, circulando en moto 8
- Accidente de tráfico en otros vehículos de motor 9
- Accidente de tráfico, en bicicleta 10
- Atropello por vehículos a motor 11
- Otros 12
- NS/NC 99

G.3 ¿Dónde tuvo lugar?

- En su casa 1
- En la escuela, colegio, guardería 2
- En un lugar de recreo o deporte 3
- En la vía pública, calle, edificio público o comercial, etc. (que no fuera accidente de tráfico) 4
- En la vía pública: accidente de tráfico como pasajero 5
- En la vía pública: accidente de tráfico como peatón .. 6
- En otro lugar 7
- NS/NC 9

G.4 ¿Cuáles fueron los daños que sufrió su hijo/a?
(Entrevistador/a: puede marcar varias respuestas)

- Contusiones o heridas superficiales 1
- Fracturas y/o heridas profundas 2
- Quemaduras 3
- Pérdida de conocimiento 4
- Intoxicaciones o envenenamientos 5
- Otros 6
- NS/NC 9

G.5 Como consecuencia de lo sucedido, ¿su hijo/a tuvo que ... ?

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

G.6 Durante el último mes, ¿su hijo/a ha viajado en coche por ciudad o carretera?

	Sí	No	NS/NC
• Ciudad	1	2	9
• Carretera	1	2	9

G.7 ¿Con qué frecuencia lleva a su hijo/a en la parte de atrás, con cinturón de seguridad y/o asiento adaptado a su edad?

	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Raramente	Nunca	NS /NC
• Ciudad	1	2	3	4	5	9
• Carretera	1	2	3	4	5	9

H. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

H.1 ¿Ha consultado con algún médico por algún problema, molestia o enfermedad del niño/a en las DOS ÚLTIMAS SEMANAS? (Entrevistador/a: se incluyen consultas y visitas a domicilio pero no petición de hora o cita, ni realización de radiografías o análisis).

- Si..... 1
 - No..... 2
 - NS/NC..... 9
- **Pasar a H.3**

H.2 ¿Cuántas veces en las DOS ÚLTIMAS SEMANAS?

--	--	--

 veces → **Pasar a H.4**

H.3 ¿Puede recordar cuánto tiempo hace que consultó a un médico por última vez, por algo que le pasaba a su hijo/a? (Entrevistador/a: Procurar que la respuesta sea lo más concreta posible)

- 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 H.7**

H.4 Refiriéndonos a la ÚLTIMA CONSULTA realizada, ¿dónde tuvo lugar la consulta que hizo usted al médico en relación con su hijo/a?

- 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 en 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

H.5 ¿Cuál fue el motivo de esta última consulta al médico?

	Sí	No	NS/NC
▪ Vacunación	1	2	9
▪ Control de salud periódico	1	2	9
▪ Diagnóstico y/o tratamiento	1	2	9
▪ Revisión por otros motivos	1	2	9
▪ Sólo dispensación de recetas	1	2	9
▪ Otros	1	2	9

H.6 ¿Cuál era la especialidad del médico al que consultó?

- Medicina general 1
- Pediatría 2
- Otros especialistas 3
- NS/NC 9

H.7 Durante los últimos DOCE MESES ¿ha estado su hijo/a ingresado en un hospital, al menos durante una noche?

- Si 1
 - No 2
 - NS/NC 9
- **Pasar a H.13**

H.8 ¿Cuántas veces ha estado su hijo/a hospitalizado en estos últimos DOCE MESES?

_____ veces

- NS/NC 99

H.9 En el último ingreso hospitalario, ¿cuál fue el motivo principal de la estancia de su hijo/a en el hospital? (Entrevistador/a: marcar sólo una respuesta)

- Intervención quirúrgica 1
- Tratamiento médico (sin intervención quirúrgica) 2
- Estudio médico para diagnóstico 3
- Otros, especificar 4
- NS/NC 9

H.10 ¿Pudo permanecer en el hospital un adulto acompañando al niño/a?

- Si 1
- No 2
- NS/NC 9

H.11 Y refiriéndonos también al último ingreso hospitalario, ¿puede decirme el tipo de hospital donde estuvo ingresado su hijo/a?

- Público (IMSALUD/Seguridad Social) 1
- Privado 2
- NS/NC 9

H.12 ¿A cargo de quién corrieron los gastos de la hospitalización del niño/a?

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

H.13 En estos últimos DOCE MESES, ¿ha tenido que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad de su hijo/a?

- Sí, acudí a un centro o servicio 1
 - Sí, acudieron a mi domicilio 2
 - No 3
 - NS/NC 9
- **Pasar a H.17**

H.14 En total, ¿cuántas veces tuvo su hijo/a que utilizar un servicio de urgencias en estos últimos DOCE MESES?

_____ veces

- NS/NC 99

H.15 Refiriéndonos a la ÚLTIMA VEZ que utilizó un servicio de urgencias en estos DOCE 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 urgencia 3
- Un sanatorio, hospital o clínica privada 4
- Otros (especificar) 5
- NS/NC 9

H.16 ¿Por qué llevó usted a su hijo/a a un servicio de urgencias?

- Se lo mandó el médico 1
- Usted, sus familiares u otras personas lo consideraron necesario 2
- Necesitaba atención inmediata 3
- Me resultaba más cómodo para evitar listas de espera 4
- Otros (especificar) 5
- NS/NC 9

H.17 En los últimos DOCE MESES ¿alguna vez el niño/a ha necesitado asistencia médica y no la ha obtenido?

- Si 1
 - No 2
 - NS/NC 9
- **Pasar a H.19**

H.18 ¿Cuál fue la causa principal por la que no obtuvo esa asistencia? (Entrevistador/a: espontánea, no sugerir)

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

H.19 ¿Conoce usted alguno de los servicios sanitarios que el Ayuntamiento dirige a padres y a niños? En caso afirmativo, dígame si lo ha utilizado alguna vez.

Programa	¿Lo conoce?		¿Lo ha utilizado?		
	Sí	No	Sí	No	NS/NC
▪ Programa de adolescentes	1	2	1	2	9
▪ Ayudando a crecer	1	2	1	2	9
▪ Seguimiento mensual en consulta (niño de riesgo)	1	2	1	2	9
▪ Vacunaciones	1	2	1	2	9
▪ Salud escolar	1	2	1	2	9
▪ Bucodental	1	2	1	2	9
▪ Materno-infantil	1	2	1	2	9
▪ Prevención de accidentes	1	2	1	2	9

I. ALIMENTACIÓN

(Entrevistador/a: Hacer la pregunta I.1 únicamente cuando el niño/a sea menor de 1 año y pasar de esa pregunta a la J.1)

I.1 ¿Qué tipo de lactancia ha tenido el niño/a?

	Natural	Mixta	Artificial	NS/NC
• En las 6 primeras semanas	1	2	3	9
• Desde las 6 primeras semanas hasta los 3 meses	1	2	3	9
• Desde los 3 meses hasta los 6 meses	1	2	3	9

I.2 En relación a sus hábitos alimentarios ¿qué suele desayunar el niño/a habitualmente?
(Entrevistador/a: anote todas las opciones que conteste el entrevistado).

- Café, leche, té, chocolate, cacao, yogur, etc. 1
- Pan, tostadas, galletas, cereales, bollería, etc. 2
- Fruta y/o zumo 3
- Alimentos como huevos, queso, jamón, etc. 4
- Otro tipo de alimentos 5
- Nada, no suele desayunar 6
- NS/NC 9

I.3 Pensando en los días laborables, ¿dónde suele realizar el niño/a cada una de las comidas?

	En casa (suya o de un familiar)	En el colegio	En otro lugar	NS/NC
• Desayuno	1	2	3	9
• Comida	1	2	3	9
• Merienda	1	2	3	9
• Cena	1	2	3	9

I.4 ¿Con qué frecuencia consume el niño/a 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

I.5 En el momento actual, ¿sigue su hijo/a alguna dieta o régimen especial?

- Sí, para perder peso 1
 - Sí, para mantener el peso 2
 - Sí, por motivos médicos (enfermedad) 3
 - Sí, por otros motivos 4
 - No 5
 - NS/NC 9
- Pasar a I.7

I.6 ¿Quién le ha recomendado la dieta?

- 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

I.7 Durante los últimos DOS AÑOS ¿ha utilizado su hijo/a algún procedimiento (dieta, ejercicio, laxantes...) para adelgazar?

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

I.8 ¿Este procedimiento para adelgazar lo siguió con o sin control médico?

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

J. DESCANSO

J.1 ¿Podría decirnos cuántas horas diarias duerme su hijo/a por término medio al día?

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

horas

J.2 Considera que son.....

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

J.3 ¿Tiene su hijo/a problemas para dormir?

- Sí, insomnio 1
- Sí, somnolencia, cansancio permanente 2
- Sí, sueño agitado, pesadillas 3
- Sí, otros..... 4
- No 5
- NS/NC 9

K. SALUD BUCODENTAL

K.1 ¿Se lava su hijo/a los dientes todos los días?

- Sí 1 → K.2 ¿Cuántas veces?

--	--
- No 2
- No procede..... 3
- NS/NC 9

K.3 ¿Ha participado su hijo/a en algún programa de salud bucodental en los últimos DOCE MESES?

- Sí 1
- No 2
- No procede..... 3
- NS/NC 9

K.4 Durante los últimos DOCE MESES, ¿ha acudido su hijo/a al dentista?

- Sí 1
- No 2 → K.5 ¿Cuánto hace que fue?

--	--

 años
- No ha ido nunca ... 3
- NS/NC 9 → Pasar a K.8

K.6 La última vez que su hijo/a fue a un dentista, ¿cuál fue el motivo principal de la consulta?

- Revisión 1
- Limpieza de boca 2
- Empastes 3
- Extracción de algún diente/muela 4
- Ortodoncias 5
- Poner fundas, puentes u otro tipo de prótesis 6
- Tratamiento enfermedades de las encías..... 7
- Selladores, aplicación de flúor 8
- Otros..... 9
- NS/NC 99

K.7 El dentista al que consultó esta 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

K.8 Aunque su hijo/a no haya ido al dentista durante el último año, ¿necesitaría ir?

- Si..... 1
- No..... 2
- NS/NC 9

→ Pasar a K.10

K.9 ¿Por qué no va?

- Le da miedo/le impone 1
- Motivos económicos (es muy caro) 2
- Otros 3
- NS/NC 9

K.10 Voy a preguntarle ahora sobre el estado de la dentadura de su hijo/a.

	SÍ	No	NS/NC
• ¿Tiene caries?	1	2	9
• ¿Le han extraído dientes/muelas por caries o por otro motivo?	1	2	9
• ¿Tiene dientes/muelas empastados (obturados)?	1	2	9
• ¿Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente?	1	2	9
• ¿Los dientes que tiene están sanos?	1	2	9
• No procede, no tiene dientes	3	-	-

L. OCIO Y TIEMPO LIBRE

L.1 ¿Suele el niño/a ver la televisión todos o casi todos los días? (Entrevistador/a: incluye programación de TV, video y DVD)

- Si..... 1
- No..... 2
- NS/NC 9

→ Pasar a L.3

L.2 ¿Durante cuánto tiempo al día, aproximadamente?

- Menos de 1 hora..... 1
- De 1 a 2 horas 2
- De 2 a 3 horas 3
- Más de 3 horas 4
- NS/NC..... 9

L.3 ¿Suele su hijo/a dedicar tiempo a jugar con ordenador, consolas o videojuegos todos o casi todos los días?

- Si..... 1
- No..... 2
- NS/NC 9

→ Pasar a L.5

L.4 ¿Durante cuánto tiempo al día, aproximadamente?

- Menos de 1 hora 1
- De 1 a 2 horas..... 2
- De 2 a 3 horas..... 3
- Más de 3 horas 4
- NS/NC 9

L.5 ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que el niño/a realiza alguna actividad física en su tiempo libre?

- No realiza actividad física alguna 1 → **Pasar a L.7**
- Realiza alguna actividad física o deportiva menos de una vez al mes 2
- Realiza alguna actividad física o deportiva una o varias veces al mes pero menos de una vez a la semana 3
- Realiza alguna actividad física o deportiva una o varias veces a la semana 4
- NS/NC 9

L.6 ¿Dónde suele realizarla?

- En la calle/ parque 1
- Colegio 2
- Polideportivo/instalación municipal 3
- Polideportivo/instalación privada 4
- Otros 5
- NS/NC 9

L.7 ¿Cuánto tiempo, aproximadamente, pasa su hijo/a solo en casa en un día laborable (es decir, sin la compañía de un adulto)? ¿Y en el fin de semana? Entrevistador/a: Anote dos cifras para horas y dos para minutos.

	Horas	Minutos	NS/NC
Días laborables	9
Fin de semana	9

M.4 En relación con los estudios, ¿cómo diría usted que es el rendimiento de su hijo/a?

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

M.5 Independientemente de que Ud. lo haga o no, ¿cree que, a veces, se hace absolutamente imprescindible gritar a un niño? ¿Y pegarle una bofetada?

	Sí, muchas veces	Sí, algunas veces	No, nunca	NS/NC
• Gritar	1	2	3	9
• Pegar	1	2	3	9

M.6 ¿Cómo se considera usted en la relación que tiene con sus hijos: muy estricto, bastante, poco o nada estricto? ¿Y se considera muy cariñoso, bastante, poco o nada?

	Muy	Bastante	Poco	Nada	NS/NC
• Estricto	1	2	3	4	9
• Cariñoso	1	2	3	4	9

N. PRÁCTICAS PREVENTIVAS

N.1 A continuación le voy a leer una serie de enfermedades. ¿En cuáles de ellas cree Ud. que están oficialmente recomendadas las vacunaciones infantiles? Y si se la ha puesto a su hijo/a, dígame si recuerda dónde fue.

	Recomendadas			Si se la ha puesto a su hijo/a ¿recuerda dónde?				
	Sí	No	NS NC	Sanidad Comunitad Autónoma	Centros municipales de salud	IMSALUD (Seguridad Social)	Otros	NS NC
Difteria	1	2	9	1	2	3	4	9
Tétanos	1	2	9	1	2	3	4	9
Tos ferina	1	2	9	1	2	3	4	9
Hepatitis B	1	2	9	1	2	3	4	9
Sarampión	1	2	9	1	2	3	4	9
Paperas (parotiditis)	1	2	9	1	2	3	4	9
Rubeola	1	2	9	1	2	3	4	9
Polio	1	2	9	1	2	3	4	9
Meningitis C	1	2	9	1	2	3	4	9

N.2 ¿Ha vacunado a su hijo/a de alguna enfermedad no incluida en el calendario vacunal? (es decir, una vacuna que haya tenido que comprar usted en la farmacia)

- Si 1 → *especificar* _____
- No 2
- NS/NC ... 9 → **Pasar a O.1**

M. ESCOLARIZACIÓN y ACTITUDES EDUCATIVAS

M.1 Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre la actividad cotidiana de su hijo/a. ¿Puede decirme si acude su hijo/a a algún centro educativo y en qué curso está matriculado?

- Sin escolarizar 1 } → **Pasar a M.5**
- Escuela infantil/guardería 2
- Primaria (1º/2º) 3
- Primaria (3º/4º) 4
- Primaria (5º/6º) 5
- E.S.O. (1º/2º) 6
- E.S.O. (3º/4º) 7
- Otros (escuelas especiales) 8
- NS/NC 9

M.2 ¿Antes de empezar los estudios obligatorios (primaria), acudió su hijo/a a algún centro educativo (escuela infantil, guardería, etc.)?

- Si 1 → **Pasar a M.4**
- No 2
- NS/NC 9

M.3 ¿Por qué no?

- No lo consideramos necesario 1
- No encontré plazas públicas 2
- No podíamos permitirnoslo económicamente 3
- Otros (especificar) 4
- NS/NC 9

N.3 ¿Quién se la recomendó?

- Su pediatra del IMSALUD/Seguridad social 1
- Médico privado 2
- Unos familiares o amigos..... 3
- En la farmacia..... 4
- Otros..... 5
- NS/NC..... 9

O. CARACTERÍSTICAS PERSONALES

O.1 ¿Podría decirme cuánto pesa su hijo/a (sin zapatos ni ropa)?

--	--	--	--	--

 Kg.

- NS/NC99

O.2 ¿Y cuánto mide aproximadamente sin zapatos?

--	--	--	--	--

 cm.

- NS/NC99

O.3 Diría Ud. que el peso de su hijo/a es ...

- Mayor de lo normal 1
- Normal (correcto) 2
- Menor de lo normal 3
- NS/NC 9

O.4 Personalmente, respecto a su peso, diría que su hijo/a está ...

- Muy pendiente 1
- Bastante pendiente 2
- Poco pendiente 3
- Nada pendiente 4
- No procede..... 5
- NS/NC 9

O.5 ¿Ha notado Ud. en su hijo/a alguna preocupación especial/excesiva respecto a su peso o imagen corporal?

- Sí 1
- No 2
- No procede 3
- NS/NC 9

P. PESO Y TALLA REAL

(Entrevistador/a : Medir y pesar al niño sin zapatos e introducir la medición de peso y talla reales con un decimal)

P.1 Peso

--	--	--	--	--

 Kg.

P.2 Talla

--	--	--	--	--

 cm.

Q. CUESTIONARIO PADRE/MADRE/TUTOR

Entrevistador/a : Las siguientes preguntas van referidas al adulto que contesta la entrevista (padre, madre o tutor/a del niño/a). Si el adulto entrevistado coincide con el adulto seleccionado en la muestra de adultos pasar a CUESTIONARIO SUSTENTADOR PRINCIPAL (R.1 en adelante).

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 } → **Pasar a Q.4**
- Otras comunidades autónomas .. 3 } → **Pasar a Q.4**
- Extranjero 4
- NS/NC..... 9

Q.3 ¿Cuánto tiempo lleva residiendo en España?

<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> años					<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> meses				

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

<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> años					<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> meses				

Q.5 ¿Cuál es el mayor nivel de estudios que ha completado?

(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

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

- Sí 1
 - No 2
 - NS/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..... 12
- especificar _____

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.7 ¿Cuál 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: