



JUNTA DE ANDALUCÍA

Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias

Escuela Andaluza de Salud Pública

PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS

CONTRATACIÓN, MEDIANTE PROCEDIMIENTO ABIERTO, DE LOS
SERVICIOS DE

TRABAJO DE CAMPO DE LA ENCUESTA ANDALUZA DE SALUD
2026/27

CODIGO Expediente 2025/00017

Órgano de contratación:	Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) – Granada
Poder adjudicador:	Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada
Tramitación:	Ordinaria
Procedimiento de adjudicación:	Abierto (artículos 131 y 155 LCSP 9/2017)
Presupuesto base de licitación:	729.025 € (IVA incluido)
Plazo de ejecución:	16 meses desde la firma del contrato
Fecha de elaboración:	Granada, abril de 2026



1. OBJETO DEL CONTRATO

El objeto del presente pliego es establecer las prescripciones técnicas que han de regir la contratación, mediante procedimiento abierto, de los servicios de trabajo de campo correspondientes a la Encuesta Andaluza de Salud en su séptima edición (EAS 2026/27), promovida por la Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias de la Junta de Andalucía, siendo el poder adjudicador la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) de Granada.

El objeto de la contratación consiste en la realización de entrevistas personales y demás tareas relacionadas con el trabajo de campo de la EAS 2026/27. La empresa adjudicataria deberá llevar a cabo la totalidad de las tareas necesarias para la obtención de información primaria de base poblacional mediante entrevistas directas en el domicilio de las personas encuestadas, abarcando desde la preparación logística hasta la entrega final de los datos depurados.

1.1. Código CPV

CPV Principal:	79311000-7 — Servicios de realización de encuestas
CPV Complementario:	79320000-3 — Servicios de encuesta de opinión pública
CPV Complementario:	73200000-4 — Servicios de investigación y desarrollo

1.2. Naturaleza y ámbito territorial

El contrato tiene carácter de contrato de servicios conforme al artículo 17 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público (LCSP). El ámbito territorial abarca la totalidad de la Comunidad Autónoma de Andalucía, debiendo garantizarse representatividad en las ocho provincias: Almería, Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén, Málaga y Sevilla.



2. ANTECEDENTES

La Encuesta Andaluza de Salud (EAS) es un conjunto seriado de encuestas transversales que desde su primera edición en 1999 constituye la principal fuente de información de base poblacional residente en Andalucía en materia de salud percibida y utilización de servicios sanitarios. La EAS es uno de los mayores programas de recolección de datos de la Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias (CSPyE) y figura como operación estadística con código de actividad 04.02.16 en el Plan Estadístico y Cartográfico de Andalucía 2023-2029, aprobado mediante la Ley 9/2023, de 25 de septiembre (BOJA n.º 187, de 28 de septiembre de 2023).

La serie histórica de la EAS comprende las siguientes ediciones:


Edición	Año(s)	Observaciones
1.ª edición	1999	Primera encuesta de base poblacional de Andalucía
2.ª edición	2003	
3.ª edición	2007	
4.ª edición	2011/12	
5.ª edición	2015/16	
6.ª edición	2022/23	Edición de referencia inmediata anterior
7.ª edición	2026/27	Objeto del presente contrato

La EAS incorpora indicadores de información subjetiva de las personas en los siguientes ámbitos:

- Características sociodemográficas y económicas.
- Salud percibida y calidad de vida.
- Determinantes sociales, ambientales y de estilos de vida (alimentación, alcohol, tabaco, conducta vial).
- Magnitud y distribución de la enfermedad: morbilidad percibida, enfermedades crónicas.
- Molestias, limitación de la actividad e incapacidades.
- Acceso y uso de los servicios sanitarios y medicamentos.
- Condiciones y calidad medioambiental y laboral.

La población de estudio de la EAS se compone de las personas residentes en viviendas familiares principales de Andalucía (personas no institucionalizadas), articulándose en dos muestras diferenciadas: una dirigida a población mayor o igual de 16 años (muestra de adultos) y otra a población menor de 16 años (muestra infantil). Esta doble muestra, junto con su serie histórica, permite a la Consejería observar la evolución de los indicadores y analizar tendencias en la salud de la población andaluza del siglo XXI.

Los indicadores que proporciona periódicamente la EAS son utilizados extensamente en la administración sanitaria andaluza para el seguimiento y evaluación de las grandes estrategias de

 salud, permitiendo la valoración de los progresos alcanzados en la consecución de los objetivos de Salud de Andalucía. La información estadística subjetiva de la EAS resulta imprescindible porque los registros administrativos sanitarios —aunque con carácter cuasi-poblacional— no cubren todos los aspectos de salud relevantes y generalmente no pueden relacionarse con las variables sociodemográficas ni con otros determinantes de la salud.

Para poder inferir estimaciones poblacionales de Andalucía, la EAS requiere un marco de población definido, un diseño muestral complejo, un seguimiento exhaustivo del trabajo de campo y un control eficaz del procesamiento de datos, por lo que se realiza con la colaboración de la EASP. La EAS 2026/27 constituye la séptima edición de esta encuesta y seguirá, en general, la metodología de la edición anterior (EAS 2022/23).



3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL TRABAJO DE CAMPO A REALIZAR

La empresa adjudicataria, siguiendo las directrices establecidas en el presente pliego y las complementarias que determine la EASP, deberá ejecutar la totalidad de las tareas que se describen en los apartados siguientes.

3.1. Diseño muestral y universo de estudio

La EAS26/27 es una encuesta de salud de base poblacional, de ámbito andaluz, basada en un diseño muestral probabilístico, que se realizará mediante entrevistas personales en el hogar. Constará de dos muestras, una de personas mayores de 16 años (en adelante, mayores) y otra de menores de 16 años (en adelante, menores o infantil), ambas representativas de sus respectivas poblaciones andaluzas de referencia, constituidas por las personas residentes, no institucionalizadas, durante 2026 en Andalucía.

La EAS 2026/27 constará de dos muestras independientes:

Muestra	Población objetivo	Entrevistas efectivas previstas
Muestra de adultos	Personas residentes \geq 16 años en viviendas familiares principales de Andalucía	8.500
Muestra infantil	Personas menores de 16 años residentes en viviendas familiares principales de Andalucía	2.100
TOTAL		10.600

La duración temporal del trabajo de campo de la EAS es de dieciséis (16) meses, desglosando la muestra en cuatro fases a lo largo del año (oleadas).

El diseño muestral es probabilístico, estratificado y polietápico. Las unidades primarias de muestreo son las secciones censales de Andalucía. Las unidades secundarias son los domicilios y las unidades finales de muestreo son las personas.

Las variables de estratificación son provincia (con 8 categorías: una por provincia) y tamaño del hábitat (conformada por 5 categorías: municipios con menos de 2.000 habitantes; municipios de 2.001 a 10.000 habitantes; municipios de 10.001 a 50.000 habitantes; municipios con más de 50.000 habitantes; y capitales de provincia). La afijación se hará proporcional a la población de los estratos correspondientes.

Se establecerán los siguientes grupos de edad: 0-4, 5-9 y 10-15 años de edad para la muestra de menores y 16-24, 25-44, 45-54, 55-64, 65-74 años, y mayor de 75 años de edad para la muestra de mayores; repartiendo la muestra de forma proporcional al número total de personas que pertenezcan a cada grupo.

3.2. Metodología de recogida de información



- Las entrevistas se realizarán mediante visita personal al domicilio de la unidad informante. La metodología de captura de datos será CAPI (Computer Assisted Personal Interview): entrevista personal asistida por ordenador o dispositivo electrónico, modalidad preferente.

El cuestionario base, los filtros y la lógica de entrevista serán proporcionados por la EASP. La empresa adjudicataria será responsable de su correcta implementación en la plataforma CAPI seleccionada, previa validación por parte de la EASP.

3.3. Tareas a realizar por la empresa adjudicataria

La empresa adjudicataria deberá realizar, como mínimo, las siguientes tareas, sin perjuicio de las instrucciones complementarias que dicte la EASP durante la ejecución del contrato:

3.3.1. Preparación y logística previa

- Preparación y envío, si procede, de cartas de presentación dirigidas a las unidades informantes, explicando la importancia de la EAS y la próxima visita de personal debidamente acreditado.
- Diseño, maquetación, edición e impresión de cuestionarios si procede, de acuerdo con las especificaciones de la EASP.
- Organización de la red de entrevistadores/as, supervisores/as e inspectores/as necesarios para cubrir el territorio andaluz con la distribución muestral asignada.

3.3.2. Selección, formación y coordinación del personal de campo

- Selección de personal entrevistador con los perfiles adecuados para la realización de encuestas de salud de base poblacional.
- Diseño e impartición de un plan de formación específico para todos los perfiles intervinientes en el trabajo de campo (entrevistadores/as, inspectores/as y jefes/as de campo), que deberá contar con el visto bueno de la EASP antes de su ejecución.
- Establecimiento de criterios de sustitución y refuerzo de personal en caso de ausencia o necesidad sobrevenida.
- Coordinación operativa permanente durante el periodo de recogida de datos.

3.3.3. Recogida de información en campo

- Visita personal a todas las viviendas que componen la muestra asignada, alcanzando la realización de un mínimo de 10.600 entrevistas efectivas (8.500 de la muestra de adultos y 2.100 de la muestra infantil).
- Grabación de las incidencias que surjan, las entrevistas realizadas, los teléfonos de contacto y las observaciones o citas pertinentes.



- Comunicación inmediata a la EASP de cuantas incidencias surgieran en la recogida para su tratamiento correspondiente.
- Resolución de incidencias, control de recogida y cuantos trabajos puedan surgir en las fases de recogida, depuración y control de la información.

3.3.4. Inspección y control de calidad

- Realización de inspecciones de trabajo de campo consistentes en la comprobación de incidencias y la realización de entrevistas de inspección para verificar la calidad y rigor de la entrevista original.
- Aplicación de un plan de inspección que deberá detallar el porcentaje mínimo de entrevistas inspeccionadas, los procedimientos de verificación y las medidas correctoras ante desviaciones detectadas.
- Todos los procesos se ajustarán a las normas de inspección y control de calidad que la EASP determine.

3.3.5. Depuración y codificación

- Codificación, depuración y revisión en oficina de los cuestionarios grabados para comprobar su correcta cumplimentación según el plan establecido por la EASP.
- Corrección de las omisiones, errores e inconsistencias detectados en los cuestionarios durante los procesos de depuración, inspección y revisión. Se repetirá, si fuera necesario, el contacto con la unidad informante, ya sea telefónicamente o mediante visita personal, según el tipo de error o inconsistencia.

3.3.6. Entrega de información y elaboración de informes

- Entrega periódica, en los plazos que estipule la EASP, de toda la información de recogida, control de trabajo y el resto de información solicitada, en el formato que especifique la EASP.
- Elaboración de informes intermedios de seguimiento con la periodicidad que establezca la EASP.

Elaboración del informe final de la recogida de datos de la encuesta, comentando el desarrollo del trabajo de campo y detallando los resultados e incidencias de campo.

3.4. Condiciones generales de la prestación

- La empresa adjudicataria deberá contar con experiencia demostrable en la realización de encuestas de base poblacional de magnitud y complejidad similares.
- Todo el personal que intervenga en el trabajo de campo deberá ir debidamente acreditado y conocer los protocolos de presentación y captación establecidos por la EASP.
- La empresa adjudicataria deberá respetar íntegramente la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal (Reglamento UE 2016/679 y Ley Orgánica 3/2018), aplicándola en todas las fases del proceso.



- La empresa adjudicataria deberá devolver a la EASP, a la finalización del contrato, toda la documentación utilizada que contenga información individualizada de las unidades informantes, así como la documentación sobrante y la generada durante el proceso.
- La empresa adjudicataria mantendrá la compatibilidad y armonización con las ediciones anteriores de la EAS, garantizando la continuidad de la serie histórica de indicadores.
- Los trabajos subcontratados, en su caso, requerirán la autorización previa de la EASP y deberán cumplir los mismos requisitos técnicos y de calidad exigidos a la empresa adjudicataria.



4. PLAZO DE EJECUCIÓN – CRONOGRAMA

El plazo máximo de ejecución del contrato es de dieciséis (16) meses a contar desde la fecha de firma del contrato, sin posibilidad de prórroga. La empresa adjudicataria deberá elaborar y presentar un cronograma detallado de las actividades a desarrollar en su oferta, que habrá de ajustarse a las fases y plazos indicativos siguientes:

Fase	Actividad principal	Plazo orientativo
Fase 1	Preparación, diseño logístico y formación del equipo de campo	Meses 1-2
Fase 2	Trabajo de campo — Anualidad 2026 (muestra de adultos e infantil)	Meses 3-9
Fase 3	Depuración, codificación e informes intermedios de la primera anualidad	Meses 3-9
Fase 4	Trabajo de campo — Anualidad 2027 (complementario y segunda anualidad)	Meses 9-14
Fase 5	Depuración final, control de calidad, informe final y entrega de datos	Meses 9-16

La EASP podrá modificar el cronograma de actividades previo acuerdo con la empresa adjudicataria, siempre que ello no suponga alteración del plazo máximo de ejecución ni del precio del contrato, de conformidad con lo previsto en el artículo 205 de la LCSP.



5. FORMATO DE LA OFERTA

Las empresas licitadoras estructurarán su proposición técnica conforme a los siguientes apartados, cuyo contenido será valorado de acuerdo con los criterios establecidos en el Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares (PCAP).

5.1. Memoria descriptiva del servicio

La memoria descriptiva deberá exponer con detalle la propuesta metodológica y técnica de la empresa para la ejecución del trabajo de campo. Se valorará la adecuación de la oferta a las especificaciones del presente pliego y a los estándares metodológicos propios de este tipo de trabajos. En particular, la oferta deberá abordar los siguientes aspectos:

- Diseño y metodología: adecuación de la propuesta a las especificaciones del pliego y a los estándares metodológicos de este tipo de trabajos, así como la introducción de herramientas y métodos que aumenten el alcance del proyecto.
- Compatibilidad y armonización: garantía de compatibilidad con las ediciones anteriores de la EAS y capacidad de armonización y conexión con otros proyectos de similar naturaleza.

5.2. Perfiles profesionales del equipo de trabajo

La oferta deberá describir los perfiles profesionales específicos del equipo asignado al proyecto, acreditando su experiencia y cualificación. Asimismo, deberá incluir los criterios de selección del personal de campo y el plan de formación previsto. En particular, se deberá incluir:

- Experiencia general y específica del equipo en proyectos de naturaleza similar a la EAS.
- Criterios de selección del personal de campo y capacidad de respuesta ante necesidades de refuerzo o sustitución.
- Plan de formación detallado para el personal asignado a las tareas de recogida.
- Distribución del personal previsto por función (entrevista, inspección y otras tareas de soporte), indicando el número de efectivos asignados a cada una de ellas.

5.3. Planificación, control y seguimiento

La oferta deberá presentar una planificación detallada de las actividades a desarrollar, ajustada al plazo de ejecución establecido en el presente pliego. Se valorará especialmente:

- Plan de trabajo: esquema cronológico de las etapas, actividades y productos a llevar a cabo, indicando los tiempos, la logística y el perfil del personal asignado a cada fase.



- Instrucciones a los/las entrevistadores/as orientadas a conseguir una tasa de respuesta elevada y una mayor calidad de los datos: captación del hogar, tratamiento de incidencias, codificación y calidad en la respuesta.
- Plan de inspección: detalle de los procedimientos de control, seguimiento y aseguramiento de la calidad en todas las tareas del proceso de recogida.

Granada, a fecha de la firma electrónica

La Directora-Gerente de la
Escuela Andaluza de Salud Pública

Fdo. Blanca del Rocío Botello Díaz



ANEXO. CUESTIONARIOS DE LA ENCUESTA ANDALUZA DE SALUD 2022

El presente Anexo recoge los cuestionarios utilizados en la última edición de la EAS. Existen dos instrumentos diferenciados:

- Cuestionario de hogar y de personas mayores o iguales de 16 años (muestra de adultos) que se tratan como uno sólo.
- Cuestionario para personas menores de 16 años (muestra infantil), cumplimentado por un adulto de referencia del hogar. Incorpora mediciones objetivas de peso y talla en menores.

Los cuestionarios son elaborados y validados por la EASP. La empresa adjudicataria deberá implementarlos fielmente en la plataforma de recogida de datos acordada, respetando los filtros, saltos y lógica de respuesta definidos por la EASP. Cualquier adaptación técnica requerida para la implementación CAPI deberá ser previamente validada por la EASP.

Los cuestionarios finales podrán sufrir variaciones de hasta un 10%, dado que actualmente se están revisando en función de las necesidades de información de la Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias de la Junta de Andalucía, de quien depende.



CUESTIONARIO VI EAS DE HOGAR

CUESTIONARIO HOGAR (BLOQUE C.2)

EN PRIMER LUGAR, LE VAMOS A REALIZAR VARIAS PREGUNTAS REFERIDAS A SU HOGAR

P.1. DÍGANOS, POR FAVOR, ¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN EN ESTA CASA DE MANERA HABITUAL? (contando a la persona entrevistada) personas

P.2. TABLA DE COMPOSICIÓN DEL HOGAR: (Entrevistador/a: Describa para cada miembro del hogar las características que se relacionan en la tabla adjunta, ordenando según edad)

MIEMBROS DEL HOGAR:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
P.2. Sexo, edad (en años cumplidos), Primero se anotará la persona que aporta más ingresos en el hogar y el resto se irán anotando por orden de edad. (de mayor a menor)										
P2. Sexo:										
▪ Hombre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
▪ Mujer	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
P2.1 Edad: (Si edad < 1 año, poner "0", preguntar meses e indicarlo abajo)										
Meses										
P2.2 Persona que aporta más ingresos al hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P2.3 IDENTIFICACIÓN DEL ADULTO A ENTREVISTAR EN EL HOGAR:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P2.4 IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO/A A ENTREVISTAR EN EL HOGAR:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P2.5 IDENTIFICACIÓN PERSONA (PADRE, MADRE O TUTOR/A) QUE RESPONDE AL CUESTIONARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CUESTIONARIO VI EAS DE HOGAR

(Continuación) MIEMBROS DEL HOGAR:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
P. 2a. ¿Presenta una o varias de las condiciones que voy a leerle? (señalar tantas opciones de respuesta como declare la persona encuestada)										
▪ Padecer alguna enfermedad crónica ..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
▪ Padecer problemas de nervios, depresión o trastorno mental	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
▪ Tener alguna limitación, discapacidad de tipo físico	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
▪ Tener alguna limitación, discapacidad de tipo sensorial ...	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
▪ Tener alguna limitación, discapacidad de tipo psíquico o mental.....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
▪ No lo sabe, no está seguro	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
▪ No contesta	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
P. 2b. ¿Requiere algún tipo de dedicación o de cuidados especiales? (Entrevistador/a: esta pregunta debe realizarse para todas las personas con algún código 1 a 5 en P.2a, y para todos los miembros menores de 16 años o mayores de 64 años, aunque no cumplan ninguna de las condiciones de P.2a)										
▪ Sí	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
▪ No	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
▪ No lo sabe, no está seguro	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
▪ No contesta	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
SÓLO PARA LOS MIEMBROS DEL HOGAR CON CÓDIGO 1 EN P.2b										
P. 2c. Y, ¿quién se encarga habitualmente de su cuidado?, (marcar tantas opciones de respuesta como declare la persona encuestada por cada miembro del hogar que requiere cuidados)										
▪ Habitualmente se cuida él/ella mismo/a	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
▪ Habitualmente lo/la cuida/a yo (la persona que contesta)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
▪ Habitualmente lo/la cuida/a mi pareja	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
▪ Habitualmente lo/la cuida/a otra persona del hogar	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
▪ Habitualmente lo cuida otra persona que no reside en el hogar que NO cobra por ello (familiares, amigos/as, vecinos/as, otros)	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
▪ Habitualmente lo/la cuida/a otra persona que no reside en el hogar que SÍ recibe ingresos del hogar	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
▪ Habitualmente lo/la cuida/a otra persona que no reside en el hogar que SÍ recibe ingresos no del hogar (p.ej. servicios sociales o sanitarios u otros...)	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6

HACER P.2d SÓLO SI LA PERSONA QUE CONTESTA AL CUESTIONARIO CUIDA A ALGUIEN DEL HOGAR (ES DECIR, QUE SE HAYA MARCADO ALGUNA "X" EN P2C EN LA OPCIÓN "HABITUALMENTE LO CUIDO YO (LA PERSONA ENTREVISTADA)". RESTO, PASAR DIRECTAMENTE A P3a.

P.2d. Habitualmente, ¿cuántas horas diarias dedica usted a cuidar a las personas de esta casa que lo necesitan? (nos referimos a tareas como prestar ayuda para el aseo, la alimentación, vestirse, dar medicinas, etc.)

- De lunes a viernes (por día) ▪ NS/NC 99
- Fines de semana (por día) ▪ NS/NC 99

A TODOS/AS

P.3a. En su casa, ¿quién se ocupa principalmente de las tareas domésticas tales como fregar, planchar, cocinar, etc.? (multirespuesta)

	SÍ	NO
Yo	1	0
Mi pareja	1	0
Otra persona del hogar	1	0
Otra persona que no reside en el hogar y NO cobra por ello (familiares, amigos/as vecinos/as)	1	0
Otra persona que no reside en el hogar y que SÍ cobra por los ingresos del hogar	1	0
Otra persona que no reside en el hogar y que SÍ cobra aunque no de ingresos del hogar (servicios sociales, sanitarios, otros...)	1	0
Otra situación	1	0
No contesta	1	0

CUESTIONARIO VI EAS DE HOGAR

P.4a. ¿La vivienda que usted ocupa es de propiedad o de alquiler?

- En propiedad, totalmente pagada 1
- En propiedad, con hipoteca..... 2
- En propiedad, por herencia o donación... 3
- En alquiler 4
- En cesión (gratuita o bajo precio) 5
- Otra situación 6
- NS/NC 9

P.4b. ¿Cuántas habitaciones tiene su vivienda? (no contar la cocina, los baños/lavabos o el comedor/sala de estar)

- Habitaciones
- NS/NC 99

P.4c. ¿Cuál es la superficie útil de la vivienda? (Se entiende por superficie útil habitable, la comprendida dentro de los muros exteriores de la vivienda, excluidos los espacios comunes).

M2 útiles

- NS/NC 99

P.4d. En relación a su vivienda....

	Sí	No	NS	NC
▪ ¿Tiene su vivienda una temperatura suficientemente cálida durante los meses fríos?	1	2	8	9
▪ ¿Tiene su vivienda una temperatura suficientemente fresca durante el verano?	1	2	8	9

P.4e.

	Nunca/no	Apenas	A veces	A menudo	NS	Ns/nc
¿Percibe la temperatura en la vivienda durante el verano como un problema?	1	2	3	4	8	9
¿Percibe la temperatura en la vivienda durante el invierno como un problema?	1	2	3	4	8	9

	Si, algo	Si, bastante	No	Ns/Nc
¿Tiene la vivienda goteras, humedades en paredes, suelos, techos o cimientos, o podredumbre en suelos, marcos de ventanas o puertas?	1	2	3	9

P.4f. ¿Cuáles son las instalaciones con las que cuenta su vivienda?

	Si, funciona correctamente	Si, pero no funciona correctamente	No	Ns	Ns/Nc
Refrigeración por aire acondicionado mediante aparatos fijos	1	2	3	8	9
Refrigeración por aire acondicionado mediante aparatos móviles (NO ventiladores)	1	2	3	8	9

P.4g. ¿De qué tipo de calefacción dispone su vivienda?

- Calefacción colectiva 1
- Calefacción individual (se excluyen aparatos que permiten calentar alguna habitación, como radiadores eléctricos)..... 2
- No tiene instalación de calefacción pero sí algún aparato que permite calentar alguna habitación (ej: radiadores eléctricos)...3
- No tiene calefacción 4

P.4h. ¿Cuántos años lleva residiendo en esta vivienda?

_____ años (0 sería menos de 1 año, con 998 y 999)

P.5. 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
▪ 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 hay escasez de zonas verdes	1	2	3	9
▪ En el barrio donde usted vive hay delincuencia/inseguridad	1	2	3	9
▪ En el barrio donde usted vive hay tráfico intenso de vehículos de motor....	1	2	3	9

P.5b. 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

CUESTIONARIO VI EAS DE HOGAR

BLOQUE DE VALORACIÓN CONTINGENTE

I. VALORACIÓN ECONÓMICA DE LA DISMINUCIÓN EN LA CONTAMINACIÓN DEL AIRE

A continuación, le pedimos que considere las consecuencias que la contaminación del aire tiene para la salud(+). Imagine que en la zona en la que reside **no se están cumpliendo con las recomendaciones** para tener una calidad del aire 'buena' (++).

(+) decir solo si el/la entrevistado/a pregunta: Los contaminantes del aire están relacionados con muertes prematuras, efectos respiratorios, cardiovasculares y cerebrovasculares, también afecta a la calidad del sueño y a la salud mental.

(++) decir solo si el/la entrevistado/a pregunta: la categoría "buena" que establece la Organización Mundial de la Salud incluye los siguientes niveles umbrales para los principales contaminantes ambientales: PM_{2.5} ≤ 5 µg/m³ de media anual, PM₁₀ ≤ 15 de media anual µg/m³, O₃ ≤ 100 (máximo diario de periodos de 8 horas) µg/m³, NO₂ ≤ 10 µg/m³ de media anual, y SO₂ ≤ 40 µg/m³ de media anual.

¿Cuánto estaría dispuesto a pagar al año para que la administración pública ponga en marcha actuaciones (+++) en su municipio/ciudad (o lugar de residencia) que haga reducir la contaminación del aire? El pago se realizaría a través de un impuesto anual obligatorio durante un periodo de 5 años sobre el conjunto de la población de Andalucía.

(+++) dar ejemplos de actuaciones si el/la encuestado/a pregunta: impulso por parte de la administración pública (gobierno español, andaluz, diputación, ayuntamiento) del transporte público, utilización de tecnologías limpias, renovables, aumento de uso de energía solar, eólica o hidroeléctrica, mejora en la Gestión de desechos municipales y agrícolas...)

Importe anual
0 €*
5 €
10 €
15 €
20 €
25 €
30 €
35 €
40 €
45 €
50 €
Más de 50€

* Ud. acaba de decir que está seguro de que no pagaría ni 0 euros/año para realizar actuaciones que reduzcan la contaminación ambiental en su municipio o lugar de residencia, ¿Podría Ud. decirme por qué? (Entrevistador: no decir opciones de respuesta a no ser que sea necesario)

1. No me siento responsable de la contaminación del aire.
 2. No confío en las actuaciones que se realicen por parte de la administración pública.
 3. Ya pago demasiados impuestos.
 4. No puedo permitírmelo (económicamente).
 5. Otro motivo.
999. NC.

CUESTIONARIO VI EAS DE HOGAR

II. VALORACIÓN ECONÓMICA DE LA DISMINUCIÓN EN LA CONTAMINACIÓN DEL RUIDO

A continuación, le pedimos que considere las consecuencias que la contaminación del ruido tiene para la salud(+). Imagine que en la zona en la que reside existen **niveles de ruido por encima de los límites máximos admisibles** (++)

(+) *decir solo si el/la entrevistado/a pregunta: El ruido ambiental es el segundo factor de riesgo ambiental en Europa. Sus principales efectos para la salud son molestias, calidad del sueño, efectos sobre el metabolismo, problemas cardiovasculares y peor desarrollo cognitivo de los niños.*

(++) *decir solo si el/la entrevistado/a pregunta: los niveles máximos que establece la Unión Europea son: >65 dB(A) de nivel equivalente diurno y > 55 dB(A) durante el período nocturno.*

¿Cuánto estaría dispuesto a pagar al año para que la administración pública ponga en marcha actuaciones (+++) en su municipio/ciudad (o lugar de residencia) que haga reducir el ruido? El pago se realizaría a través de un impuesto anual obligatorio durante un periodo de 5 años sobre el conjunto de la población de Andalucía.

(+++) *dar ejemplos de actuaciones si el/la encuestado/a pregunta: impulso por parte de la administración pública (gobierno español, andaluz, diputación, ayuntamiento) de incremento en las mediciones de ruido, servicios de control de ruidos, programas de vigilancia, ordenanzas de ruidos, etc.*

Importe anual
0 €*
5 €
10 €
15 €
20 €
25 €
30 €
35 €
40 €
45 €
50 €
Más de 50€

*** Ud. acaba de decir que está seguro de que no pagaría ni 0 euros/año para realizar actuaciones que reduzcan el ruido en su municipio o lugar de residencia, ¿Podría Ud. decirme por qué?** (Entrevistador: no decir opciones de respuesta a no ser que sea necesario)

1. No me siento responsable del ruido.
 2. No confío en las actuaciones que se realicen por parte de la administración pública.
 3. Ya pago demasiados impuestos.
 4. No puedo permitírmelo (económicamente).
 5. Otro motivo.
999. NC.

P4h Se recoge en OLA3 para comparar con datos de registro
BLOQUE DE VALORACIÓN CONTIGENTE: Se incluyen en OLA3 y OLA4

En la medida de lo posible, se mantiene la codificación de la V EAS, de ahí que pueda haber saltos de códigos en algunas preguntas



Cuestionario de Adultos (≥ 16 años)

CUESTIONARIO DE ADULTOS (16 Y MÁS AÑOS)

Las preguntas que siguen se refieren a lo que Vd. piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. 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

P.7. En general, usted diría que su salud es ... (una sola respuesta)

- Excelente 1
- Muy buena 2
- Buena 3
- Regular 4
- Mala 5
- No sabe/no está seguro 998
- Se negó 999

P.7b. Y, en general, usted diría que su salud mental es...

- Excelente 1
- Muy buena 2
- Buena 3
- Regular 4
- Mala 5
- No sabe/no está seguro 998
- Se negó 999

P.8. Las siguientes preguntas se refieren a sus actividades o cosas que usted podría hacer un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas?. En caso afirmativo, ¿cuánto?

	Sí, me limita MUCHO	Sí, me limita UN POCO	No, no me limita NADA
▪ Esfuerzos moderados como mover una mesa, pasa la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	1	2	3
▪ Subir varios pisos por la escalera	1	2	3

P.9. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

	Sí	No
▪ ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
▪ ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas? .	1	2

P.10. Durante las últimas 4 semanas ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Sí	No
▪ ¿Hizo menos de lo que hubiera querido por algún problema emocional?	1	2
▪ ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre por algún problema emocional?	1	2

P.11. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- Nada 1
- Un poco 2
- Regular 3
- Bastante 4
- Mucho 5

CUESTIONARIO VI EAS DE MAYORES DE 16 AÑOS

P.12. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ...

	Siempre	Casi Siempre	Muchas Veces	Algunas Veces	Sólo alguna vez	Nunca
▪ Se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
▪ Tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
▪ Se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6

P.13. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- Siempre 1
- Casi siempre 2
- Algunas veces 3
- Sólo alguna vez 4
- Nunca 5

P.13.A. ¿Cuántos días al mes sufre dolor de cabeza?

- Ningún día o menos de un día al mes. 1
- De 1 a 7 días al mes. 2
- De 8 a 14 días al mes. 3
- 15 ó más días al mes 4 → Preguntar P.13.A_1.
- Ns 998
- Nc 999

P.13.A_1. ¿Le ocurre esto desde hace más de 3 meses?

- Sí 1
- No 0
- Ns 998
- Nc 999

CUESTIONARIO VI EAS DE MAYORES DE 16 AÑOS

P.14. A continuación le voy a leer una serie de enfermedades crónicas. ¿Le ha dicho un/a profesional de la salud (médico/a, enfermero/a) que usted padece actualmente alguna de ellas? Si responde “SI” hacer P.14b:

P.14b. ¿Esa condición le limita alguna de sus actividades?

ENFERMEDAD CRÓNICA	P.14			P.14b	
	¿Le ha dicho un/a profesional de la salud si tiene esta condición? (si es "No", saltar a la siguiente)			¿Esa condición le limita alguna de sus actividades?	
	Sí	No	No lo sabe	Sí	No
1. Cáncer (tumor maligno, incluido leucemia, linfoma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Diabetes/azúcar alta en sangre/azúcar en orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hipertensión/presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Enfermedad crónica del pulmón / enfisema / bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Trastornos cardíacos/insuficiencia cardíaca /insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Angina/dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Dolor de espalda, cuello, hombro, cintura (cervical/lumbar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Fibromialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Alergias crónicas (como rinitis, inflamación de ojos, dermatitis, alergia a los alimentos, etc), asma alérgica excluida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Anemia u otra enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mala circulación de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Varices en las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Migrañas/Jaquecas/ Cefaleas crónicas / dolor de cabeza frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Otro dolor crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Accidente cerebrovascular/hemorragia cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Trastornos depresivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Trastornos de ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Hipoacusia / problemas de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Artritis o reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. (SÓLO HOMBRES) Trastornos de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. (SÓLO MUJERES) Dolor menstrual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Alteraciones de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Otra/s enfermedad/es crónica/s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACCIDENTES

P.15. 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?

- Sí 1 → ¿Cuántos accidentes?
- No 2 **Pasar a P.16**

P.15a. ¿Y en los últimos tres meses?

- Sí 1 → ¿Cuántos accidentes?
- No 2

P.15b. Refiriéndonos en concreto al ÚLTIMO ACCIDENTE, ¿dónde tuvo LUGAR?

- En su casa1
- En su centro de formación2
- En su centro de trabajo3
- En un lugar de recreo, deporte4
- En una vía pública, calle, edificio público, edificio comercial, etc. Que no sea accidente de tráfico5
- En la vía pública; accidente de tráfico como conductor/a6
- En la vía pública: accidente de tráfico como pasajero/a7
- En la vía pública: accidente de tráfico como peatón/a8
- En otro lugar, especificar9

P.15c. ¿Cuál es la PRINCIPAL LESIÓN O DAÑO que le produjo este accidente?

- Envenenamiento o Intoxicación (no alimentarias) . 1
- Intoxicación alimentaria 2
- Quemaduras 3
- Fracturas 4
- Contusiones, hematomas, esguinces, luxaciones . 5
- Heridas profundas 6
- Otros daños 7
- NC 999

P.15d. 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/a o enfermera/o (fuera de un hospital o clínica) 3
- No fue necesaria ninguna atención sanitaria 4
- N/C 9

(MAYORES DE 65 AÑOS)

P.15e. ¿Ha sufrido alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria?

- Sí, una vez 1
 - Sí, dos o más veces 2
 - No 0
 - NC 999
- Pasar P.16**

A TODOS/AS. CONSUMO DE MEDICAMENTOS Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

P.16. Y en las últimas 2 semanas, ¿ha utilizado algún tipo de medicamento (gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, etc.)?

- Sí 1
 - No 0
 - NC 999
- Pasar P.17**
Pasar P.17

P.16a. ¿Qué tipo de medicamento? (entrevistador/a: Mostrar TARJETA B y anotar todos los que cite)

	P16a CONSUMIDO	
	Sí	No
1. Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios.....	1	0
2. Medicinas para el dolor	1	0
3. Medicinas para para bajar la fiebre	1	0
4. Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos	1	0
5. Antibióticos	1	0
6. Tranquilizantes, sedantes	1	0
7. Pastillas para dormir	1	0
8. Medicamentos antidepresivos	1	0
9. Medicamentos para la alergia	1	0
10. Medicinas para el reuma	1	0
11. Medicinas para el corazón	1	0
12. Medicinas para la tensión arterial	1	0
13. Medicamentos para la diabetes	1	0
14. Medicinas para alteraciones digestivas	1	0
15. Medicamentos para bajar el colesterol	1	0
16. Medicamentos para alteraciones del tiroides	1	0
17. Hormonas para la menopausia (sólo a mujeres).....	1	0
18. Anticonceptivos (sólo a mujeres)	1	0
19. Otros medicamentos	1	0

A TODOS/AS

P.17. Durante los últimos doce meses, hasta el día de ayer, ¿ha acudido a algún Centro de Salud (Consultorio) o Ambulatorio (Centro de Especialidades) de la Seguridad Social/SAS (Servicio Andaluz de Salud) por algo que le pasaba a USTED o acompañando a otra persona?

- Sí, por algo que le pasaba a usted 1
- Sí, por algo que le pasaba a otra persona (familiar, conocido, etc.)..... 2
- Sí, por ambos motivos 3
- No, no he acudido en los últimos doce meses pero sí anteriormente 4
- No, nunca he ido a un Centro de Salud o Ambulatorio de la S. Social/SAS 5
- **NC** **999**

P.17a. Y, ¿ha CONSULTADO CON ALGÚN MÉDICO (público o privado) por algún problema, molestia o enfermedad suya EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS?. Nos referimos a una verdadera consulta, no a una petición de hora o cita ni a la realización de una radiografía o análisis

- Sí 1 **Pasar P.17b**
- No 2 **Pasar P.18**
- **NC** **999** **Pasar P.18**

P.17b. ¿Cuántas veces ha consultado al médico en las 2 últimas semanas?

Veces NS/NC **998/999**

P.17c. Y refiriéndonos a la última consulta realizada dentro de las dos últimas semanas, ¿dónde tuvo lugar la consulta que hizo usted al médico? (conteste en relación con la última consulta)

- Centro de Salud/Consultorio 1
- Ambulatorio/Centro de Especialidades 2
- Consulta externa de un Hospital 3
- Servicio de Urgencia de un Ambulatorio 4
- Servicio de Urgencia de un Hospital 5
- Consulta del médico particular 6
- Consulta del médico de una sociedad 7
- Empresa o lugar de trabajo 8
- En el domicilio de usted 9
- Consulta telefónica 10
- Organizaciones no gubernamentales (ONG,s) ... 11
- Otros lugares 12
- **NS/NC** **998/999**

P.17d. ¿Cuál fue el motivo principal de la última consulta o visita?

- Diagnóstico y tratamiento 1
- Revisión 2
- Planificación familiar 3
- Control de embarazo 4
- Rehabilitación 5
- Orientación y consejo, problemas familiares y/o sociales 6
- Expedición de recetas 7
- Emisión de partes de bajas, confirmación o alta 8
- Otras 98
- **NS/NC** **998/999**

P.17e. El médico que consultó o visitó era (una sola respuesta)

- Médico/a general 1
- Experto/a en el campo de la encuesta 2

P.17f. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar entre la solicitud de la consulta al centro sanitario y su celebración? (Entrevistador/a: si le dicen "en el mismo día" escriba "0" en el espacio días)

meses días

- **NS/NC** **998/999**

P.17g. El médico al que acudió en esta última consulta realizada era ...

- De la Seguridad Social/S.A.S. (Servicio Andaluz de Salud) 1
- De una sociedad Médica (p.ej: Sanitas, Adeslas, Asisa) 2
- Médico privado/particular 3
- Mutua de su empresa o médico de su empresa . 4
- Otros 5
- **NS/NC** **998/999**

A TODOS/AS

P.18 Durante los últimos 12 meses, es decir, desde (fecha de hace un año) ¿ha visitado para usted mismo/a un...?

	Si	No	No sabe	NC
• Laboratorio de análisis	1	0	998	999
• Centro o servicio de radiología	1	0	998	999
• Fisioterapeuta	1	0	998	999
• Enfermero/a, matró/a (excluyendo las hospitalizaciones, atención domiciliaria, o en un laboratorio médico o centro de radiología)	1	0	998	999
• Psicólogo/a o psicoterapeuta	1	0	998	999
• Podólogo/a	1	0	998	999

P.19. Y hablando de otro tipo de problemas, durante los últimos 6 meses, ¿ha ido usted al/la dentista, para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?

- Sí 1
- No en los últimos 6 meses 2 **Pasar P.19c**
- No, nunca ha ido al/la dentista 3 **Pasar P.19e**
- No recuerda/No sabe.. 998 **Pasar P.19c**
- No contesta 999 **Pasar P.19e**

P.19a ¿Cuántas veces?

Veces **Pasar P.19c**

- **NS/NC** **998/999**

P.19c. ¿La última vez que acudió al dentista lo hizo por alguno/s de los motivos siguientes?

	Sí	No	NC
▪ Revisión o chequeo	1	0	999
▪ Limpieza de boca	1	0	999
▪ Empastes (obturaciones)	1	0	999
▪ Extracción de algún diente o muela	1	0	999
▪ Poner fundas, puentes u otro tipo de prótesis	1	0	999
▪ Tratamiento de las enfermedades de las encías	1	0	999
▪ Ortodoncia	1	0	999
▪ Selladores, aplicación de flúor ...	1	0	999
▪ Dolor de la mandíbula	1	0	999
▪ Implantes	1	0	999

P.19d. El dentista al que consultó esta última vez era

- De la Seguridad Social/S.A.S. (Servicio Andaluz de Salud) 1
- De una sociedad Médica (p.ej: Sanitas, Adeslas, Asisa) 2
- Dentista privado/particular 3
- Otros especificar 4
- **NS/NC** **998/999**

P.19e. Pasando a otro tema ¿cuántas veces al día se cepilla los dientes habitualmente?

- **Nunca** **1**
- **Ocasionalmente, no todos los días** **2**
- Una vez al día 3
- Dos veces al día 4
- Tres o mas veces al día 5
- No sabe **998**
- No contesta **999**

A TODOS/AS

P.20. Durante los últimos doce meses, hasta el día de ayer, ¿ha estado usted ingresado/a en un hospital, al menos durante una noche?

- Sí 1
- No 2 *Pasar P.21*
- **NC** **999** *Pasar P.21*

P.20a. ¿Cuántas veces ha estado usted hospitalizado en estos últimos doce meses?

Veces NS/NC **998/999**

P.20b. ¿Estuvo usted en la lista de espera por ese motivo?

- Sí 1
- No 2 *Pasar P.21*
- **NC** **999** *Pasar P.21*

P.20c. ¿Cuánto tiempo en meses? (si menos de un mes contabilizar como “cero” meses)

Meses NS/NC **998/999**

P.20d. Respecto al último ingreso ¿Estuvo usted acompañado/a (por algún/a familiar o amigo/a, pareja)? (multirrespuesta)

	Sí, todo o casi todo el tiempo	Sí, en algún momento	No	NC
▪ Por un hombre	1	2	3	999
▪ Por una mujer	1	2	3	999

A TODOS/AS

P.21. En estos últimos doce 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 *P.21d*
- **NS/NC** **998/999** *P.21d*

P.21a. Y en total, ¿cuántas veces tuvo usted que utilizar algún servicio de urgencias en estos últimos 12 meses?

Veces **NS/NC ...998/999**

P.21b. Refiriéndonos a la última vez que utilizó un servicio de urgencias en estos doce últimos meses, ¿dígame si dicho servicio de urgencias pertenecía a...?

- Un hospital de la Seguridad Social/S.A.S. (Servicio Andaluz de Salud) 1 → **P.21c**
- Un servicio de urgencias no hospitalario de la S.S./S.A.S. 2
- Un servicio privado urgencia 3
- Un sanatorio, hospital o clínica privada 4 *P.21d*
- Otras respuestas 5
- **NS/NC** **998/999**

P.21c. ¿Por qué fue usted a un servicio de urgencias de un hospital de la Seguridad Social?

- Se lo mandó el médico 1
- Usted, sus familiares lo consideraron necesario 2
- **NS/NC** **998/999**

P.21d. En los últimos 12 meses ¿ha necesitado alguno de los siguientes tipos de atención sanitaria y no la pudo recibir?

Tipo de atención sanitaria	No lo pudo recibir por motivos económicos	No lo pudo recibir por otros motivos	Sí lo pudo recibir	No lo he necesitado	No sabe	No contesta
1. Atención médica	1	2	3	4	998	999
2. Atención dental	1	2	3	4	998	999
3. Algún medicamento que le habían recetado	1	2	3	4	998	999
4. Atención de salud mental (consulta al psicólogo/a)	1	2	3	4	998	999
5. Atención de salud mental (consulta al psiquiatra)	1	2	3	4	998	999
6. Atención fisioterapéutica	1	2	3	4	998	999

A TODOS/AS

P.22. ¿Podría decirme ahora, si es usted titular y/o beneficiario/a de alguna/s de las modalidades de Seguro Sanitario (Público y/o Privado) que le cito a continuación? (máximo 2 respuestas)

- Seguridad social 1
- Mutualidades del Estado (Muface, Isfas, etc.):
 - Acogidos a la Seguridad Social 2
 - Acogidos a un seguro privado 3
- Seguro Médico concertado individualmente (Sanitas, colegios profesionales, etc.) 4
- Seguro Médico concertado por su empresa 5
- No tengo seguro médico 6
- Otros 7
- NS/NC **998/999**

TABACO

P.23. Cambiando de tema, ¿podría usted decirme si fuma? En caso de que fume o haya fumado, ¿a qué edad empezó a fumar?

	Tabaco
• Sí, fuma diariamente	1
• Sí, fuma pero no diariamente	2
• No fuma, pero ha fumado	3
• No fuma ni ha fumado nunca de manera habitual	4
• No contesta	999

P25d

Edad de inicio tabaco: años **NC...999**

FUMADORES: (Hacer P.24a y siguientes sólo a fumadores, dígito 1 y 2 en P.23). Resto, pasar a P.25

P.24a. ¿Qué cantidad de tabaco usted por término medio al día?

cigarrillos pipas puros

P.24d. ¿Ha intentado alguna vez dejar de fumar?

- Sí 1
- No 2 **P.24f**
- NC 3 **P.24f**

¿Cuántas veces?

EXFUMADORES: (Hacer P.25 hasta P.25c sólo a los exfumadores, dígito 3 en P.23). Resto, pasar a P.25d

P.25. ¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar tabaco?

meses años **NS/NC...998/999**

P.25b. ¿Qué cantidad de tabaco fumaba por término medio al día?

cigarrillos puros pipas

P.25c. ¿Cómo dejó de fumar?

	Sí	No
1. Con ayuda del Centro de Salud (me recetaron parches, pastillas, etc.)	1	0
2. Con ayuda del Centro de Salud (acudí a cursos, charlas, etc..)	1	0
3. Con ayuda del servicio médico de empresa	1	0
4. Con ayuda de otros profesionales (acupuntores, homeópatas, ...)	1	0
5. Por mi cuenta, sin ninguna ayuda especial	1	0
6. Por mi cuenta, con chicles, con parches de nicotina u otros productos farmacéuticos	1	0
7. De otra manera	1	0

Las siguientes preguntas se refieren al consumo de cigarrillos electrónicos

(A TODOS/AS)

P.25d. ¿Cuál de las siguientes formas describe mejor su consumo de tabaco no tradicional, denominado ahora electrónico (se incluyen pipas de agua, cachimbas, vapeadores, cigarrillos electrónicos)

- No he fumado nunca 1 (P26)
- Fumo menos de una vez a la semana 2
- Fumo alguna vez a la semana, pero no diariamente.... 3
- Fumo diariamente..... 4
- No fumo, pero he fumado antes diariamente 5
- No fumo, aunque he fumado antes pero no diariamente 6

P.25f. ¿Utiliza los cigarrillos electrónicos (vapear) como sustituto del tabaco, para reducir su consumo, para dejar de fumar o por probar?

- Como sustituto del tabaco 1
- Para dejar de fumar 2
- Para reducir el consumo del tabaco tradicional ... 3
- Por probar..... 4
- Otros (especificar)

A TODOS/AS

P.26. ¿Algún miembro de su familia fuma habitualmente en su casa?

- Sí 1
- No 2
- No procede (vive sola/o) 3
- NC **999**

P.27. Fuera de casa, o del trabajo ¿cuánto tiempo al día, de media, pasa en ambientes cargados de humo de tabaco durante los días de diario? ¿y durante los fines de semana?

	Nunca	Menos de una hora	De 1 a 4 horas	Más de 4 horas	NS/NC
▪ Días de diario (de lunes a viernes)	1	2	3	4	998/999
▪ Fin de semana (sábado y domingo)	1	2	3	4	998/999

A TODOS/AS: CONSUMO DE ALCOHOL

P.29. Ahora quisiera hacerle unas preguntas respecto al consumo de bebidas alcohólicas, es decir, cualquier tipo de bebida que contenga alcohol, independiente de su graduación. ¿Consumes Vd. algún tipo de bebida alcohólica con una frecuencia de al menos una vez al mes?

- Sí, a diario, varias veces al día 1
- Sí, a diario, una vez al día 2
- Sí, 5 ó 6 días por semana 3
- Sí, 3 ó 4 días por semana 4
- Sí, 1 ó 2 días por semana 5
- Sí, alguna vez al mes (de 1 a 3 veces / mes)..... 7
- No, consumo menos de una vez al mes (alguna vez al año)..... 8
- No, consumo menos de una vez al mes, pero sí he consumido antes más de una vez al mes... 9
- No, nunca he consumido bebidas alcohólicas o solo unos sorbos para probar..... 10
- No sabe 998
- No contesta 999

[SOLO PARA LOS CONTESTARON SÍ]

P.29a. ¿Ha bebido usted en estas dos últimas semanas alguna bebida alcohólica?

- Sí, diariamente 1
- Sí, pero no diariamente.. 2
- No 3→P33
- NS/NC 998/999

P.31a. ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tomar bebidas alcohólicas de forma regular?
(Entrevistador/a: no se refiere a cuando dio un sorbo o probó una determinada bebida, sino a cuando bebió por sí solo)

años NS/NC ... 998/999

P.32. ¿Ha pensando alguna vez que debería beber menos?

- Sí 1
- No 2
- NS/NC 998/999

P.32a. ¿Le ha molestado que la gente le haya criticado su forma de beber?

- Sí 1
- No 2
- NS/NC 998/999

P.32b. ¿Se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?

- Sí 1
- No 2
- NS/NC 998/999

P.32c. ¿Ha bebido alguna vez a primera hora de la mañana para calmar los nervios o para evitar la resaca?

- Sí 1
- No 2
- NS/NC 998/999

P.32d. Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia ha tomado (hombre/mujer, respectivamente) (5/4 para mayores de 65 años) o más bebidas estándar en una misma ocasión? (Por "ocasión" entendemos tomar las bebidas en un intervalo aproximado de cuatro a seis horas)."

- A diario o casi a diario 1
- De 5 a 6 días por semana 2
- De 3 a 4 días por semana 3 P32e
- De 1 a 2 días por semana 4
- De 2 a 3 días en un mes 5
- Una vez al mes 6

- Menos de una vez al mes 7
- No en los últimos 12 meses 8
- Nunca en toda mi vida 9
- No sabe 998
- No contesta 999

P.32e. ¿Dónde suele realizar este consumo de alcohol?

- Bares, pub, restaurantes 1
- En casa 2
- En casa de amigos, familiares 3
- En la calle 4
- Conciertos, eventos deportivos, etc... 5
- NS 998
- NC 999

A TODOS/AS:
SUEÑO y EJERCICIO FÍSICO

P.33. ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas al día duerme habitualmente?

Horas entre semana

Horas fines de semana/festivos

NS/NC 998/999

P.33a. Las horas que duerme, ¿le permiten descansar lo suficiente?

- Sí 1
- No 2
- NS 998
- NC 999

P.33.1 ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuánto tiempo duerme de siesta habitualmente?

Horas minutos

- No duermo siesta 98

P.33b En relación a sus horas de sueño.....
(Entrevistador: cuidado puede que no duerma de noche)

	Nunca	Ocasionalmente (alguna vez al mes)	A menudo (alguna vez a la semana)	Diariamente o casi diariamente	Ns/Nc
1. ¿Tiene dificultades para dormirse (por la noche)?	1	2	3	4	998/999
2. ¿Se despierta durante la noche, y tiene dificultad en volver a dormirse?	1	2	3	4	998/999
3. ¿Se despierta demasiado temprano/pronto (de forma involuntaria)?	1	2	3	4	998/999
4. ¿Se siente cansado/a cuando despierta (por la mañana)?	1	2	3	4	998/999
5. ¿Tomas algún remedio para dormir (no medicamentos)?	1	2	3	4	998/999

P.34. Ahora nos gustaría que nos dijera qué tipo de ejercicio físico implica su trabajo o actividad habitual. De las siguientes, ¿cuál diría usted que describe mejor su actividad principal?

- Sentado/a la mayor parte de la jornada 1
- De pie la mayor parte sin grandes desplazamientos o esfuerzos 2
- Caminando, llevando algún peso, desplazamientos frecuentes 3
- Trabajo pesado, tareas que requieren gran esfuerzo físico 4
- NS/NC **998/999**

P.34a. ¿Qué tipo de ejercicio físico hace en su tiempo libre?. Dígame cuál de estas posibilidades describe mejor la mayor parte de su actividad en su tiempo libre

- No hago ejercicio, no tengo tiempo libre 0
- No hago ejercicio. Mi tiempo libre lo ocupo casi completamente sedentario (leer, TV., cine, etc.) ... 1
- Alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar, pasear en bici, jardinería, gimnasia suave, etc.) 2
- Actividad física regular, varias veces al mes (tenis, gimnasia, correr, natación, ciclismo, etc.) .. 3
- Entrenamiento físico varias veces a la semana (incluye actividad física varias veces a la semana) 4
- NS/NC **998/999**

P.34b. ¿Cuántos días a la semana practica normalmente durante más de 30 minutos? (incluyendo desplazamientos al trabajo o actividades similares)
Nº de días/sem

- Caminar 1
- Una actividad física ligera como gimnasia suave, juegos que requieren poco esfuerzo y similares 2
- Una actividad física moderada como montar en bicicleta, gimnasia, aeróbic, correr, natación **y similares** 3
- Entrenamiento físico deportivo como fútbol, baloncesto, ciclismo, natación de competición, judo, kárate o similares 4

Considerando la actividad física total que realiza (en la ocupación habitual, tiempo libre o desplazamientos), vamos a diferenciar lo que entendemos por actividad física moderada y actividad física vigorosa.

P.34c. En una semana normal, ¿realiza usted actividad física moderada con una duración de al menos 10 minutos seguidos cada vez? (ENTREVISTADORA: Actividad física moderada: por ejemplo caminar a paso vivo o llevar cargas ligeras, es la que exige un esfuerzo físico moderado que aumenta poco la frecuencia respiratoria o cardíaca, a diferencia de la AF vigorosa)

- Si 1
- No 2

P.34c1. Nº de días/sem

P.34c2. Nº de veces/día

P.34c3. Duración media cada vez en minutos

P.34d. En una semana normal, ¿realiza actividad física intensa o vigorosa? (ENTREVISTADORA: Actividad física intensa: por ejemplo correr, jugar al fútbol, levantar pesos, cavar, trabajos construcción, implica una aceleración importante de la respiración o de la frecuencia cardíaca)

- Si 1
- No 2

P.34d1. Nº de días/sem.

P.34d2. Nº de veces/día

P.34d3. Duración media cada vez en minutos

P.34f1.

Piense ahora en el tiempo que usted dedicó a caminar en los últimos 7 días. Esto incluye caminar en el trabajo o en la casa, para trasladarse de un lugar a otro, o cualquier otra caminata que usted podría hacer solamente para la recreación, el deporte, el ejercicio o el ocio.

Durante los últimos 7 días, ¿En cuántos caminó por lo menos 10 minutos seguidos?

Días por semana → P.34f2

Ninguna caminata 9 → P.34g

P.34f2. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?

____/____ Horas por día ____/____ minutos por día

No sabe/No está seguro 99

P.34g. La última pregunta es acerca del tiempo que pasó usted SENTADO durante los días hábiles de los últimos 7 días. Esto incluye el tiempo dedicado al trabajo, en la casa, en una clase, y durante el tiempo libre. Puede incluir el tiempo que pasó sentado ante un escritorio, visitando amigos, leyendo, viajando, o sentado o recostado mirando la televisión.

Durante los últimos 7 días ¿cuánto tiempo pasó SENTADO durante un día hábil?

____/____ Horas por día ____/____ minutos por día

No sabe/No está seguro 99

P.35. ¿Le ha aconsejado su médico/a que haga algún tipo de ejercicio físico?

- Sí, mi médico/a 1
- Sí, otro/a profesional sanitario/a (p.ej. fisioterapeuta, psicólogo/a, farmacéutico/a, enfermero/a...) 2
- Sí, otra persona 3
- No 4
- Ns/Nc 998/999

ALIMENTACIÓN

P.35a. En relación a sus hábitos alimentarios, ¿le ha aconsejado su médico/a que siga una alimentación saludable?

- Sí, mi médico/a 1
- Sí, otro/a profesional sanitario/a (p.ej. fisioterapeuta, psicólogo/a, farmacéutico/a, enfermero/a...) 2
- Sí, otra persona 3
- No 4
- Ns/Nc 998/999

P.36a. ¿Qué cantidad de agua bebe al día?

- Menos de medio litro 1
- De medio a 1 litro 2
- De 1 litro a litro y medio 3
- De 1 litro y medio a 2 litros 4
- Más de 2 litros 5
- No suelo beber agua 0
- NC 999

CUESTIONARIO DE ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA

P36b.1 ¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?

- Sí 1
- No 0
- NS/NC 998/999

P.36b.2 ¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, el de las comidas fuera de casa, las ensaladas, etc.)?

- Cuatro o más cucharadas 1
- Dos o tres cucharadas 2
- Menos de dos cucharadas 3
- NS/NC 998/999

P.36b.3 ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día (las guarniciones o acompañamientos contabilizan como ½ ración)?

- Dos o más al día (al menos una de ellas en ensalada o crudas) 1
- Diariamente, aunque menos de dos al día 2
- No diariamente, pero tres o más por semana 3
- Menos de tres veces por semana 4
- NS/NC 998/999

P.36.b4 ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?

- Tres o más al día 1
- Diariamente aunque menos de tres veces al día 2
- No diariamente, pero tres o más veces por semana 3
- Menos de tres veces por semana 4
- NS/NC 998/999

P.36.b5 ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día (una ración equivale a 100-150 gr)?

- Menos de una al día 1
- Una o más de una ración 2
- NS/NC 998/999

P.36.b6 ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día (una porción individual equivale a 12 gr)?

- Menos de una al día 1
- Una o más al día 2
- NS/NC 998/999

P.36.b7 ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día?

- Menos de una al día 1
- Una o más de una al día 2
- NS/NC 998/999

P.36.b8 ¿Bebe vino? ¿Cuánto consume a la semana?

- Siete o más vasos a la semana 1
- De tres a menos de 7 vasos a la semana 2
- Menos de tres vasos a la semana 3
- NS/NC 998/999

P.36.b9 ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana (una ración o plato equivale a 150 gr)?

- Tres o más por semana 1
- Una o dos a la semana 2
- Menos de una por semana 3
- NS/NC 998/999

CUESTIONARIO VI EAS DE MAYORES DE 16 AÑOS

P.36.b10 ¿ Cuántas raciones de pescado o mariscos consume a la semana (un plato, pieza o ración equivale a 100-150 gr de pescado ó 4-5 piezas de marisco)?

- Dos o más por semana..... 1
- Uno por semana 2
- Menos de una por semana 3
- NS/NC 998/999

P.36.b11 ¿Cuántas consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulce o pasteles?

- Tres o más a la semana..... 1
- Uno o dos a la semana 2
- Menos de una a la semana 3
- NS/NC 998/999

P.36.b12 ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana (una ración equivale a 30 gr)?

- Tres o más a la semana 1
- Una o dos por semana..... 2
- Menos de una a la semana 3
- NS/NC 998/999

P.36.b13 ¿Consumes preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas (carne de pollo: una pieza o ración equivale a 100-150 gr)?

- Si..... 1
- No 2
- NS/NC 998/999

P.36.b14 ¿Cuántas veces a la semana consumes los vegetales cocinados, la pasta, el arroz u otros platos aderezados con una salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?

- Dos o más por semana..... 1
- Una por semana 2
- Menos de una por semana..... 3
- NS/NC 998/999

P.36b. Le voy a leer una serie de alimentos para que me diga con qué frecuencia los consume Ud. (MOSTRAR TARJETA C)

	A diario	Tres o más veces a la semana	Una/dos veces a la semana	Menos de 1 vez semana	Nunca o casi nunca	N/C
• Leche y derivados (yogur, postres lácteos, queso, ...)	1	2	3	4	5	999
• Pan, cereales	1	2	3	4	5	999
• Pasta (fideos, macarrones, espaguetis, ...) arroz.....	1	2	3	4	5	999
• Patatas.....	1	2	3	4	5	999
• Huevos	1	2	3	4	5	999
• Comida rápida (pollo frito, bocadillos, pizzas, hamburguesas).....	1	2	3	4	5	9
• Patatas fritas y aperitivos salados	1	2	3	4	5	999
• Dulces (galletas, mermelada, chocolate, golosinas y caramelos)	1	2	3	4	5	999

A TODOS/AS: PRÁCTICAS PREVENTIVAS

Las siguientes preguntas se refieren a prácticas preventivas en relación con la salud

P.37. Pasando a otro tema, querríamos saber si se ha vacunado de la gripe en la última campaña

- Sí 1 **P.37a**
- No 2 **P.37b**
- NC 999 **P.38**

P.37a. ¿Quién se lo indicó?

- El médico/a, por mi edad 1
- El médico/a, por mis enfermedades 2
- Me ponen la vacuna en la empresa/ centro de estudio 3
- Yo solicité la vacuna porque prefiero estar vacunado/a 4
- El médico/a, por otras razones 5
- Otros 6
- NS/NC998/999

P.37b. ¿Por qué motivo NO se vacunó de la gripe?

- El/la médico/a me indicó que no hacía falta 1
- Creo que aún no tengo necesidad de ponérmela 2
- Creo que las vacunas no son necesarias..... 3
- Creo que las vacunas son peligrosas..... 4
- Otros 5
- NS/NC998/999

P.37c. En general, su opinión sobre las vacunas....

	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	NS/NC
▪ Creo que es importante vacunar a las/los niños/as	1	2	3	4	5	998/999
▪ Creo que las vacunas son seguras	1	2	3	4	5	998/999
▪ Creo que las vacunas son efectivas	1	2	3	4	5	998/999

A TODOS/AS

P.38. Ahora me gustaría preguntarle sobre la revisión de la tensión arterial, niveles de colesterol, y niveles de glucosa.

	SI	NO	Ns/Nc
P.38.a ¿Le ha tomado la tensión alguna vez un/a profesional sanitario/a, excluyendo las tomas de tensión en farmacias?	1	2	998/999
P.38.b ¿le han medido alguna vez sus niveles de colesterol por prescripción médica, excluyendo las mediciones en farmacias?	1	2	998/999
P.38.c ¿le han medido alguna vez sus niveles de glucosa (azúcar) por prescripción médica, excluyendo las mediciones en farmacias?	1	2	998/999

P.39. ¿Cuánto tiempo hace que le midieron por última vez? (Entrevistador/a: Preguntar por tensión arterial/niveles de colesterol/glucosa según las respuestas afirmativas en P.38)

	P.39a Tensión arterial	P.39b Colesterol	P.39c Glucosa
▪ Menos de 3 meses.....	1	1	1
▪ 3 a 5 meses	2	2	2
▪ Entre seis meses y un año	3	3	3
▪ Entre uno y tres años	4	4	4
▪ Más de 3 años.....	5	5	5
▪ No sabe/No contesta	998/999	998/999	998/999

P.39a. ¿Cuáles de los siguientes síntomas diría usted que son señales de que alguien podría estar teniendo un ataque al corazón? Voy a leerle una lista, por favor diga si o no a cada uno.

	Si	No	No sabe	No contesta
▪ Dolor o malestar, mareado o a punto de desmayarse	1	2	998	999
▪ Sentirse débil mareado o a punto de desmayarse	1	2	998	999
▪ Dolor o malestar en el pecho	1	2	998	999
▪ Dolor o malestar en los brazos o el hombro	1	2	998	999
▪ Dificultad para respirar	1	2	998	999

P39b. Si usted cree que alguien está sufriendo un ataque al corazón, ¿qué es lo MEJOR que se debe hacer inmediatamente?

- Aconsejarles que conduzcan hasta el hospital 1
- Aconsejarles que llamen a su médico/a 2
- Que llamen a emergencias (061 o 112) 3
- Que llamen a la pareja o a un familiar 4
- Otra 5
- No sabe 998
- No contesta 999

P.40. En los últimos 12 meses, ¿diría usted que su estado de salud ha sido ...?

- Muy bueno 1
- Bueno 2
- Regular 3
- Malo 4
- Muy malo 5
- NS/NC 998/999

P.41a. ¿Usted o su pareja usan algún método anticonceptivo? (marque sólo una o el más usado)

- No 1 →P.41b
- Usa píldoras, anillo vaginal, parche, implante subcutáneo 2
- Tiene DIU 3
- Usa inyecciones 4
- Usa preservativo o condón 5→P.41aa
- Evita los días fértiles, uso método de ritmo de calendario 6
- Usa diafragma, espuma o gel 7
- Se practicó esterilización femenina (ligadura de trompas) 8
- Se practicó esterilización masculina (vasectomía) 9
- Realiza coito interrumpido 10
- Píldora del día después/ Anticoncepción de urgencia 11
- Otros, 12

P.41b. Si usted o su pareja no usan ningún método anticonceptivo, indique cuál es la principal razón para no usarlo (única respuesta)

- No lo necesita porque no tiene relaciones sexuales 1
- No lo necesita porque no es posible la gestación (por edad, infértil, orientación sexual) 2
- Está embarazada (usted o su pareja) 3
- Quiere quedar embarazada (usted o su pareja) 4
- Usted se opone al uso de anticonceptivos. 5
- Su pareja u otra persona se opone al uso de anticonceptivos. 6
- Por razones de salud (temor a efectos secundarios, le es incómodo, molesto) 7
- No conoce los métodos anticonceptivos 8
- Por su precio, no puede comprarlo 9
- Otra, 9

P.41c. Usted o su pareja, ¿actualmente tienen o alguna vez han tenido dificultades para tener un embarazo?

- Sí, en la actualidad llevamos intentando con relaciones sexuales frecuentes (al menos 2 días a la semana, en promedio durante ese año) 1
- Sí, en la actualidad llevamos intentando, aunque sin relaciones sexuales frecuentes (menos de 2 días a la semana, en promedio durante ese año)..... 2
- Sí, ya lo intentamos anteriormente con relaciones sexuales frecuentes (al menos 2 días a la semana, en promedio durante ese año)..... 3
- Sí, ya lo intentamos anteriormente, aunque sin relaciones sexuales frecuentes (menos de 2 días a la semana, en promedio durante ese año)..... 4
- No 5
- No contesta 999

(si código: 1 a 4 en p41c)

P.41c1. ¿Cuánto tiempo llevan intentando o han intentado conseguir un embarazo?

- | | | | |
|---|-------|-------|---------|
| | años | meses | |
| ▪ | NS/NC | | 998/999 |

P.41d. (Si contesta 1 ó 2, entonces preguntar) Y, refiriéndonos a la última vez, finalmente ¿usted o su pareja se quedó embarazada?

- Sí 1
- No 0
- No contesta 999

P.41e En el último año, ¿sus relaciones sexuales han sido satisfactorias para todas las partes, es decir, tanto para usted como para su/s pareja/s?

Totalmente de acuerdo; Bastante de acuerdo; Ni de acuerdo ni en desacuerdo; Bastante en desacuerdo; Totalmente en desacuerdo.

(ÚNICAMENTE MUJERES. RESTO, PASAR A P.44)

P.42 ¿Ha acudido alguna vez a un ginecólogo?

- Sí 1 ⇒ P.42a
- No 0 ⇒ P.43
- NC 999 ⇒ P.43

P.42a ¿Cuándo ha efectuado la última visita a un ginecólogo por algún motivo distinto a los relacionados con un embarazo o parto?

- Hace menos de 6 meses 1
- Entre 6 meses y 1 año 2
- Entre 1 y 3 años 3
- Hace 3 o más años 4
- Nunca ha ido por motivos diferentes al embarazo o parto 9 ⇒ P.43
- No contesta 999

P.42b ¿Podría decirme el motivo de la última consulta (que no sea embarazo/parto)?

- Por algún problema ginecológico 1
- Para realizar orientación/planificación familiar 2
- Para revisiones periódicas 3
- Para realizar detección de cáncer de mama 4
- Para realizar detección precoz de cáncer de útero 5
- Otro motivo 6
- NS/NC 998/999

P.42c. ¿Dónde tuvo lugar esta última consulta?

- Servicio sanitario público 1
- Servicio sanitario privado 2
- No sabe/No contesta 998/999

P.43. ¿Le han hecho alguna vez una mamografía (radiografía de mama) por prescripción de algún especialista?

- Sí 1 → P43a
- No 0 ⇒ P.43c
- NC 999 ⇒ P.43c

P.43a. ¿Cuándo le han hecho la última mamografía?

- Hace menos de 6 meses 1
- Entre 6 meses y 1 año 2
- Entre 1 y 3 años 3
- Hace 3 o más años 4
- NS/NC 998/999

P.43b. ¿Dónde le hicieron la última mamografía?

- Servicio sanitario público 1
- Servicio sanitario privado 2
- No sabe/No contesta 998/999

P.43c. ¿Le han hecho alguna vez una citología vaginal (muestra de células) por prescripción de algún especialista?

- Sí 1 → P43d
- No 0 ⇒ P.44
- NC 999 ⇒ P.44

P.43d. ¿Cuándo le han hecho la última citología vaginal?

- Hace menos de 6 meses 1
- Entre 6 meses y 1 año 2
- Entre 1 y 3 años 3
- Hace 3 o más años 4
- NS/NC 998/999

P.43e. ¿Dónde le hicieron la última citología vaginal?

- Servicio sanitario público 1
- Servicio sanitario privado 2
- No sabe/No contesta 998/999

(HOMBRES Y MUJERES DE 50 Y MÁS AÑOS. RESTO, PASAR A P.45)

P.44 ¿Se ha hecho alguna vez una prueba para detectar el cáncer de colon-recto?

- Sí 1
- No 2 ⇒ P.45
- NC 9 ⇒ P.45

P.44a. ¿Qué tipo de prueba le han realizado?

PRUEBA	SÍ	NO	NS	NC
Análisis de sangre	1	0	998	999
Sangre oculta en heces	1	0	998	999
Endoscopia(Colonoscopia/Sigmoidoscopia/Rectoscopia)	1	0	998	999
Otras	1	0	998	999

P. 44b. ¿En qué año se hizo la última prueba?

- Año: _____
- No sabe/no recuerda 998
- No contesta 999

CUESTIONARIO VI EAS DE MAYORES DE 16 AÑOS

P.44c. ¿Quién le recomendó la realización de esta prueba?

- Lo solicité yo mismo/a 1
- Me lo sugirió mi médico de cabecera 2
- Me lo sugirió otro médico especialista del SAS 3
- Me lo sugirió otro médico del servicio privado 4
- No sabe/no recuerda 998
- No contesta 999

P.44d. ¿Dónde le hicieron esta última prueba?

- Servicio sanitario público 1
- Servicio sanitario privado 2
- No sabe/No contesta 998/999

A TODOS/AS: PROTECCION SOLAR

P.45c Una quemadura solar es cualquier enrojecimiento o molestia durante más de 12 horas provocada por el sol u otra fuente de rayos U.V., como cabinas o lámparas solares. ¿Ha sufrido usted alguna quemadura solar en el último año?

- Sí, con ampollas 1
- Sí, sin ampollas 2
- No 3
- NS/NC 998/999

PESO Y TALLA

P.46. ¿Podría decirme cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa? (si está embarazada en la actualidad, debe indicar cuánto pesaba antes del inicio del embarazo)

Kilos

- No sabe 998
- No contesta 999

P.47. ¿Y cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos? Cms.

- No sabe 998
- No contesta 999

P.48. Y, en relación a su estatura, ¿diría usted que su peso es ...?

- Bastante mayor de lo normal 1
- Algo mayor de lo normal 2
- Normal 3
- Menor de lo normal 4
- NS 998
- NC 999

SÓLO SI EL ENTREVISTADO/A TIENE 65 AÑOS O MÁS. RESTO PASAR A P.57

P.54. Las preguntas que siguen se refieren a sus actividades cotidianas y cuidados personales

P.54.1. ¿Es usted capaz de hacer las tareas de la casa? (Entrevistador/a: nos referimos a si necesita ayuda en todas las labores de la casa?)

- Sin ayuda (limpiar, fregar el suelo, etc.) 0
- Con alguna ayuda (puede hacer las cosas menos laboriosas pero necesita ayuda para los trabajos pesados) .. 3
- No puede realizar las tareas domésticas en absoluto 5

P.54.2. ¿Es usted capaz de prepararse la comida?

- Sin ayuda (planea y cocina comidas completas por sí mismo) 0
- Con alguna ayuda (puede preparar algunas cosas pero es incapaz de preparar la comida) 2
- No puede prepararse la comida en absoluto 4

P.54.3. ¿Es usted capaz de irse de compras?

- Sin ayuda (se encarga personalmente de las compras necesarias) 0
- Con alguna ayuda (necesita que alguien le acompañe en todas sus compras) 2
- No puede hacer compras en absoluto 4

P.54.4. ¿Es usted capaz de manejar dinero (pagar facturas, contar dinero)?

- Sin ayuda (pagar facturas, contar el cambio, etc.) 0
- Con alguna ayuda (aunque puede arreglarse con el dinero en el bolsillo, necesita ayuda para pagar facturas o manejar cheques bancarios) 2
- No puede manejar el dinero en absoluto 4

P.54.5. ¿Es usted capaz de usar el teléfono?

- Sin ayuda (incluyendo buscar y marcar números) 0
- Con alguna ayuda (puede contestar el teléfono y llamar a números de emergencia –112- o los números más habituales, pero necesita un teléfono especial o ayuda para buscar y marcar números) 1
- No puede usar el teléfono en absoluto 3

P.54.6. ¿Es usted capaz de tomar su medicación?

- Sin ayuda (las dosis correctas a la hora oportuna) 0
- Con alguna ayuda (puede tomar su medicación si alguien se la prepara y/o se lo recuerda) 2
- Es totalmente incapaz de tomar su medicación 4

P.54.15. ¿Es usted capaz de salir a caminar?

- Unos 50 metros o más sin ayudas 0
- Unos cuantos metros (menos de 50 metros) 4
- Es totalmente incapaz de caminar por fuera de casa 6

P.54.18. ¿Es usted capaz de lavar la ropa?

- Sin ayuda (lava por sí mismo/a toda su ropa) 0
- Con alguna ayuda (lava por sí mismo/a pequeñas prendas) 2
- No puede lavar (todo el lavado de la ropa debe ser realizado por otra persona) 4

P.54.19. ¿Es usted capaz de usar medios de transporte?

- Sin ayuda (viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche) 0
- Es capaz de coger un taxi pero no usa otro medio de transporte 4
- Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona 6
- Utiliza el taxi o el autobús solo con ayuda de otros.
- No viaja en absoluto 0

P.54.6.1 Si tiene dificultades, ¿quién le ayuda? SÓLO A QUIÉNES CONTESTARON CÓDIGO DISTINTO A “0” EN ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS DE P.54.1. A P.54.6, P.54.15, P54.18 o P54.19 (AVDs INSTRUMENTALES)

- Nadie 1
- Su pareja 2
- Un familiar que vive con usted (ESPECIFICAR Nº PERSONA SEGÚN TABLA INICIAL: _____) 3
- Un familiar que no vive con usted 4
- Un amigo o alguien que no cobra por eso 5
- Ayuda privada (pagada) 6
- **Ayuda pública:**
 - Auxiliar de ayuda a domicilio de los servicios sociales 7
 - Enfermera del centro de salud o ambulatorio 8
 - Voluntariado 9
 - Otro 10

P.54.7. ¿Es usted capaz de subir y bajar escaleras?

- Sin ayuda (se incluyen cualquier instrumento de ayuda para andar) 0
- Con alguna ayuda 2
- Es totalmente incapaz de subir y bajar escaleras 5

P.54.8. ¿Es usted capaz de usar el water (o el sillón con escupidera)?

- Sin ayuda (puede alcanzar la taza/sillón con escupidera, desvestirse lo necesario, limpiarse y salir) 0
- Con alguna ayuda (puede hacer algunas cosas, incluido limpiarse) 5
- No puede usar la taza/sillón de water 8

P.54.9. ¿Se le escapa la orina? (incontinencia urinaria)

- No 0
- Pocas veces 6
- A menudo o necesita ayuda con el catéter/sonda de orina 8

P.54.9.1. (CODIGO 6 o 8 EN P54.9) Si necesita sonda u otros dispositivos, ¿es capaz de utilizarlo?

- Si, por sí solo/a 1
- Sí, con ayuda 2
- Sí, por otro..... 3
- No utilizo sonda u otros dispositivos 4
- No soy capaz de usarlo 5

P.54.10. ¿Se le escapa la caca? (incontinencia fecal)

- No 0
- Pocas veces (menos de una vez al día) 6
- A menudo o necesita enemas 9

P.54.10.1(CODIGO 6 O 9 EN P54.10) ¿Si necesita enema o supositorio es capaz de administrárselo?

- Si, por sí solo/a 1
- Sí, con ayuda 2
- Sí, por otro..... 3
- No utilizo enema o supositorio 4
- No soy capaz de usarlo 5

P.54.11. ¿Es usted capaz de usar el baño o la ducha?

- Sin ayuda (puede entrar y salir de la bañera o ducharse sin ayuda o supervisión de nadie) 0
- Necesita ayuda para bañarse o ducharse 6

P.54.12. ¿Es usted capaz de arreglarse (por ejemplo peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.)?

- Sin ayuda (si alguien le da las cosas si fuera necesario) 0
- Con ayuda 5

P.54.13. ¿Es usted capaz de vestirse solo?

- Sin ayuda (incluido botones, cremalleras, cordones, etc.) 0
- Con ayuda (puede hacerlo a medias sin ayuda) 3
- No puede vestirse solo 6

P.54.14. ¿Es usted capaz de comer solo?

- Sin ayuda 0
- Con algo de ayuda (para cortar los alimentos, untar la mantequilla, etc.) 5
- No puede comer solo 8

CUESTIONARIO VI EAS DE MAYORES DE 16 AÑOS

P.54.16. ¿Es usted capaz de moverse por su casa?

- Sin ayuda (con bastón o muletas si los usa) 0
- Con alguna ayuda (bajo la supervisión de alguien no especializado) 5
- En silla de ruedas sin ayuda (incluidas puertas y esquinas) 4
- Necesita ayuda física para moverse 7

P.54.17. ¿Es usted capaz de moverse desde la cama hasta una silla que esté al lado de la misma?

- Sin ayuda 0
- Con alguna ayuda (de alguien que supervise para mayor seguridad) 4
- Con mucha ayuda (de una persona fuerte o entrenada o dos no especializados para sentarse) 6
- Es usted completamente incapaz (no mantiene el equilibrio sentado y necesita dos personas) 7

SÓLO A QUIÉNES CONTESTARON CÓDIGO DISTINTO A “0” EN ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS DE P.54.7 A P.54.14 ó P.54.16 ó P.54.17 (AVDs BÁSICAS)

P.56. Si tiene dificultades, ¿quién le ayuda?

- Nadie 1
- Su pareja 2
- Un familiar que vive con usted (ESPECIFICAR Nº PERSONA SEGÚN TABLA INICIAL: _____) 3
- Un familiar que no vive con usted 4
- Un amigo o alguien que no cobra por eso 5
- Ayuda privada (pagada) 6
- **Ayuda pública:**
 - Auxiliar de ayuda a domicilio de los servicios sociales 7
 - Enfermera del centro de salud o ambulatorio 8
 - Voluntariado 9
 - Otro 10

A TODOS/AS: APOYO AFECTIVO Y PERSONAL

P.57. En términos generales, ¿en qué medida se considera Ud. una persona feliz o infeliz? Por favor, use una escala de 0 a 10, en la que 0 significa que se considera "completamente infeliz" y 10 que se considera "completamente feliz".

Completamente Infeliz

Completamente feliz

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc 998/999
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------

P.57a. En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según la escala de 5 a 1, en la que “5” significa “TANTO COMO DESEA”, “4” “casi como desea”, “3” “ni mucho ni poco”, “2” “menos de lo que desea” y “1” significa “MUCHO MENOS DE LO QUE DESEA” (Mostrar Tarjeta D)

		Tanto como deseo	Casi como deseo	Ni mucho ni poco	Menos de lo que deseo	Mucho menos de lo que deseo
P.57a.1.	Recibo visitas de mis amigos y familiares	5	4	3	2	1
P.57a.2.	Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	5	4	3	2	1
P.57a.3.	Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	5	4	3	2	1
P.57a.4.	Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	5	4	3	2	1
P.57a.5.	Recibo amor y afecto	5	4	3	2	1
P.57a.6.	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo y/o en la casa	5	4	3	2	1
P.57a.7.	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	5	4	3	2	1
P.57a.8.	Tengo posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos ..	5	4	3	2	1
P.57a.9.	Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	5	4	3	2	1
P.57a.10.	Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	5	4	3	2	1
P.57a.11.	Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	5	4	3	2	1

CUESTIONARIO VI EAS DE MAYORES DE 16 AÑOS

Bienestar emocional

P.57b. A continuación, le voy a leer una lista de sentimientos o comportamientos que quizás haya tenido Vd. durante la última semana. Por favor, dígame con qué frecuencia, se ha sentido...

1. En ningún momento o en casi ningún momento
2. En algún momento,
3. Buena parte del tiempo,
4. Todo o casi todo el tiempo
5. No sabe

P.57b1. Deprimido/a

P.57b2. Feliz

P.57b3. Solo/a

P.57b4. Ha tenido la sensación de disfrutar de la vida

P.57b5. Rebosante de energía

P.57b6. Tranquilo/a y relajado/a

P.57c. Si toma también como referencia la última semana, dígame Ud. su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases.

1. Muy de acuerdo
2. De acuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. En desacuerdo
5. Muy en desacuerdo
6. No sabe

P.57c1. Me he sido optimista respecto a mi futuro

P.57c2. Por lo general me he sentido bien conmigo mismo

P.58. ¿Cuál fue su lugar de nacimiento?

Andalucía 1 Indicar provincia:

Indicar municipio:

Resto de España 2 Indicar provincia:

Año que llegó a Andalucía: _____

Extranjero 3 Indicar País:

Año que llegó a España: _____ Año que llegó a Andalucía: _____

P.59. ¿Cuál es su estado civil?

- Casado/a 1 **P.60**
- Soltero/a 2
- Separado/a 3
- Divorciado/a 4
- Viudo/a 5
- NS/NC 998/999

P.59a. ¿Vive usted actualmente en pareja?

- Sí 1
- No 2
- No contesta 999

P.60. ¿Cuál es el nivel más alto de estudios que usted ha finalizado?

Entrevistador/a: no leer. Clasificar en función del literal contestado

- No sabe leer o escribir 1
- No ha estudiado pero sabe leer y escribir 2
- Estudios primarios (hasta 5º EGB, ingreso, educación primaria completa)..... 3
- EGB completa (8º) o similar (bachiller elemental) ... 4
- ESO completa (Educación Secundaria Obligatoria)..... 5
- Estudios de FP I (Grado medio) 6
- Estudios de FP II (Grado superior)..... 7
- Estudios secundarios (BUP, B.Superior, Bachillerato) 8
- Educación postsecundaria no superior. 9
- Títulos propios de universidades de duración igual o superior a 2 años....10
- Estudios universitarios de grado medio (Diplomados/as universitarios/as, títulos propios universitarios de Experto o especialista y similares, Grados universitarios de 240 créditos ECTS, Bolonia)..... 11
- Estudios universitarios de grado superior (Licenciados, másteres y especialidades en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia y similares. Grados universitarios de más 240 créditos ECTS, Bolonia)..... 12
- Título de Doctorado.....13

P.61. ¿Cuál es su situación laboral actual?

- Trabaja 1 **P.63a**
- Está en el paro y ha trabajado antes 2
- Busca primer empleo 3
- Jubilado/a (trabajó anteriormente) 4
- Trabajo doméstico no remunerado 5
- Estudiante 6
- Incapacidad/invalidez permanente 7
- Otros 8

¿Cuántos meses en paro?

P.62. ¿Percibe usted alguna pensión (pública o privada)?

- Sí 1 *¿Cuál?*
- No 0
- NC 999

P.63. ¿Ha trabajado anteriormente?

- Sí 1 **Pasar a P.63a**
- No 2 **Pasar a P.71**
- NS/NC 998/999 **Pasar a P.71**

(Entrevistador: como resultado de las preguntas anteriores, debe quedar clara la situación de la persona entrevistada):

- Trabaja o ha trabajado anteriormente (pasar a P.63a)
- No trabaja ni ha trabajado anteriormente (pasar a P.71)

PARA LOS QUE TRABAJAN O HAN TRABAJADO

P.63a. ¿Cuál es o era la actividad principal de la empresa donde trabaja o trabajaba?

.....

P.63b. ¿Cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad o la última que ha desempeñado?

.....

P.63c. ¿Cuál es la categoría profesional que tiene o tenía en la empresa donde trabaja o trabajaba?

- Trabajador/a por cuenta propia, sin asalariados 1
- Trabajador/a por cuenta propia, con 10 ó más asalariados 2
- Trabajador/a por cuenta propia, con menos de 10 asalariados 3
- Gerente de una empresa con 10 ó más asalariados . 4
- Gerente de una empresa con menos de 10 asalariados 5
- Capataz, supervisor/a o encargado/a 6
- Otro asalariado/a 7

SÓLO PARA LAS PERSONAS QUE TRABAJAN ACTUALMENTE. RESTO , PASAR A P.71

P.64. ¿Qué tipo de contrato tiene usted?

- Trabaja por su cuenta o no es asalariado/a 1
- Funcionario/a/estatutario/a 2
- Contrato indefinido 3
- Contrato temporal de menos de 6 meses 4
- Contrato temporal de 6 meses a 1 año 5
- Contrato temporal de 1 a 2 años 6
- Contrato temporal de más de 2 años 7
- Contrato temporal sin especificar duración 8
- Sin contrato 9
- Otra relación 10
- NS/NC 998/999

P.64a. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en su actual empresa?

años meses

P.64b. ¿Qué tipo de jornada tiene en su trabajo?

- Jornada partida 1
- Jornada continua de mañana 2
- Jornada continua de tarde 3
- Jornada continua nocturna 4
- Turnos 5
- Por horas 6
- Otra posibilidad 7
- NS/NC 998/999

CUESTIONARIO VI EAS DE MAYORES DE 16 AÑOS

P.64c. En total, ¿cuántas horas trabaja usted habitualmente a la semana?
 Horas NC 999

P.64d. ¿Cuánto tiempo tarda en todos sus desplazamientos para ir y volver de trabajar al día?
 horas minutos

- Jornada muy variable, según los días99
- NC999

P64d1. ¿Cómo realiza habitualmente el trayecto desde su casa al lugar de trabajo o al centro de estudio? (Responda también si realiza estos trayectos acompañando a alguna persona por ejemplo niños/as escolarizados/as) (Si usa varios medios de transporte, señale los dos que cubren más distancia)

- Andando 1
- En bicicleta..... 2
- En vehículo particular (automóvil, moto) 3
- En transporte público (autobús, metro, tren)..... 4
- En otros medios.....5

- No realiza estos trayectos 6
- NC.....99

P.64e. ¿Cuántas personas trabajan bajo su responsabilidad?

- Ninguna 1
- De 1 a 5 2
- De 6 a 9 3
- De 10 a 20 4
- Más de 20 5
- Ns/Nc 998/999

P.65. La empresa donde usted trabaja, ¿cuántos empleados/as tiene?

- Ninguno 1
- De 1 a 9 2
- De 10 a 49 3
- De 50 a 99 4
- De 100 a 499 5
- 500 ó más 6
- No sabe 998
- No contesta 999

P.66. Entre las tareas que realiza en su trabajo, ¿en qué medida está usted expuesto/a a ...?

	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Nunca	NS/NC
▪ Ruido tan alto que tiene que levantar la voz para hablar con otra gente	1	2	3	4	998/999
▪ Altas/Bajas temperaturas	1	2	3	4	998/999
▪ Respirar vapores, humos, polvo, o sustancias peligrosas como químicos, material infeccioso, etc./ Manejar o tocar sustancias o productos peligrosos/ Radiaciones como rayos X, soldadura, rayos láser	1	2	3	4	998/999
▪ Posiciones dolorosas / fatigantes	1	2	3	4	998/999
▪ Tareas repetitivas de menos de 10 minutos/ Movimientos repetitivos de manos o brazos.....	1	2	3	4	998/999
▪ Manipular cargas pesadas (más de 15 kg)	1	2	3	4	998/999
▪ Trabajos al aire libre	1	2	3	4	998/999

P.67. Elija una sola respuesta de la siguiente escala (leer) para cada una de las siguientes preguntas que le voy a leer:

	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
1. ¿Tiene usted que trabajar muy rápido?	1	2	3	4	9
2. ¿La distribución de tareas es irregular y provoca que se le acumule el trabajo?	1	2	3	4	9
3. ¿Tiene usted tiempo de llevar al día su trabajo?	1	2	3	4	9
4. ¿Le cuesta olvidar los problemas del trabajo?	1	2	3	4	9
5. ¿Su trabajo, en general, es desgastador emocionalmente?	1	2	3	4	9
6. ¿Su trabajo requiere que esconda sus emociones?	1	2	3	4	9
7. ¿Tiene influencia sobre la cantidad de trabajo que se le asigna?	1	2	3	4	9
8. ¿Se tiene en cuenta su opinión cuando se le asignan tareas?	1	2	3	4	9

P.68. ¿Piensa usted que su trabajo afecta negativamente a su salud?

- Sí 1 **P.69**
- No 2 **P.70**
- NC 999 **P.70**

	Sí	No
▪ Tiene dolores de espalda	1	0
▪ Se siente nervioso y estresado	1	0
▪ Se siente agotado a todas horas	1	0
▪ Tiene dolores musculares	1	0
▪ Tiene dolores de cabeza	1	0
▪ Tiene problemas de sueño	1	0

P.69. ¿De qué forma afecta su trabajo a su salud?

CUESTIONARIO VI EAS DE MAYORES DE 16 AÑOS

P.70. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días ha estado ausente de su trabajo debido a problemas de salud?

Días NS/NC.....998/999

P.70a. (si en p70>=1)¿Esos problemas de salud fueron causados por su trabajo?

- Sí, totalmente 1
- Sí, parcialmente 2
- No 3
- No sabe 998

- No contesta 999

P.70b. En general, ¿cómo se adapta su horario a sus compromisos sociales y familiares fuera del trabajo?

- Muy bien 1
- Bastante bien 2
- No muy bien 3
- Nada bien 4
- No sabe 998
- No contesta 999

P.70c. ¿Con qué frecuencia le ha sucedido algo de lo siguiente en los últimos 12 meses?

	A diario	Varias veces a la semana	Varias veces al mes	Varias veces al año	Con menos frecuencia/raramente	Nunca/casi nunca	Ns/Nc
Vuelvo a casa demasiado cansado como para hacer las tareas domésticas necesarias	1	2	3	4	5	6	998/999
Me ha sido difícil cumplir con las obligaciones familiares debido al tiempo que paso en el trabajo	1	2	3	4	5	6	998/999
Me ha resultado difícil concentrarme en mi trabajo debido a mis responsabilidades familiares	1	2	3	4	5	6	998/999

P.70d. Asumiendo que su capacidad laboral en su mejor estado de salud tuviera un valor de 10 puntos, ¿cuántos puntos daría a su capacidad laboral actual? 0 (totalmente incapacitado)...10 (muy buena capacidad laboral)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc 998/999
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------

A TODOS/AS: INGRESOS ECONOMICOS DEL HOGAR

P.71 ¿Con los ingresos de su hogar, cómo suele llegar usted, o en su caso, usted y su familia, en la actualidad a fin de mes?

- Con mucha dificultad 1
- Con dificultad 2
- Con cierta/alguna dificultad 3
- Con cierta/alguna facilidad 4
- Con facilidad 5
- Con mucha facilidad 6
- NC..... 999

ENTREVISTADOR/A: Las siguientes preguntas son sobre la persona que aporta mayores ingresos al hogar y convive con la persona entrevistada

P.77. De todas las personas con quien convive, ¿quién es la persona que aporta más ingresos al hogar?

La persona entrevistada 1 Siguiente Bloque (P.71)
Otra 2
.....

SITUACIÓN LABORAL de la persona que aporta mayor número de ingresos al hogar.

P.78. ¿Trabaja actualmente?

- Sí 1
- No 2 → PASAR A P.42.

P.78a. ¿Ha trabajado anteriormente?

- Sí 1

No 2. → PASAR A P.45

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

P.78b. ¿Cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad o la última que ha desempeñado la persona que aporta más ingresos al hogar?

(Entrevistador/a: Apuntar con el mayor nivel de detalle posible) (trabajan o han trabajado antes)

_____ CNO 2011

P.78c. ¿Cuál es la categoría profesional que tiene o tenía en la empresa donde trabaja o trabajaba su persona que aporta más ingresos al hogar?

CUESTIONARIO VI EAS DE MAYORES DE 16 AÑOS

TRABAJADOR O EMPRESARIO POR CUENTA PROPIA

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

TRABAJADOR POR CUENTA AJENA

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

P.78d. Y, en los últimos 12 meses, ¿ha tenido en su hogar algún retraso en el pago de recibos como la hipoteca, el alquiler, o suministros como la luz, el agua, impuestos, etc.? (Respuesta múltiple SÍ / NO).

1. Hipoteca
2. Alquiler
3. Cuotas de compras aplazadas
4. Cuotas de seguros
5. Impuestos (IBI, los relacionados con vehículos, etc.)
6. Pagos de recibos de agua, gas, calefacción, electricidad, comunidad
7. Tasa de autónomo
8. Pago de colegios
9. Actividades extraescolares
10. Otros
11. Ninguna

P.78c ¿Se ha resuelto? Filtro si en p51=si

1. Sí
2. No

Bloque autocumplimentado

Preguntas sobre violencia de otras personas diferentes a la pareja

P79. En los últimos dos años (24 meses), ¿ha sufrido algún tipo de agresión (física, emocional o sexual)?

- No 0 → P80
- Sí, por mi pareja/expareja → 1
- Sí, por algún familiar → 2
- Sí, por otra persona conocida → 3
- Sí, por otra persona desconocida → 4
- NC → 999

¿Cómo fue la cooperación de la persona entrevistada?

- Excelente 1
- Buena 2
- Regular 3
- Mala 4

¿Su nivel de comprensión general del cuestionario?

- Excelente 1
- Buena 2
- Regular 3
- Mala 4

P21.d Se incluye en OLA1 y OLA2
P41.c a 41.e Se incluyen en OLA2 y OLA3
P66 y 67 Se incluyen en OLA2 y OLA4

En la medida de lo posible, se mantiene la codificación de la V EAS, de ahí que pueda haber saltos de códigos en algunas preguntas



Cuestionario Infantil (<16 años)

CUESTIONARIO INFANTIL (0 a 15 años incluidos)

P.1. Parentesco con el niño/a de la persona que responde al cuestionario:

- Padre 1
- Madre 2
- Abuelo 3
- Abuela 4
- Otros familiares (especificar)

Las preguntas que siguen se refieren a lo que Vd. 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 incluso simplemente pensar que no las puede contestar. En el caso de estas preguntas, por favor, conteste pensando en como su hijo/a contestaría. 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

P.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
- No sabe/no está seguro 998
- Se negó 999

Sugerencias para la Administración

Un administrador del instrumento KIDSCREEN debe tener experiencia en la administración de cuestionarios a niños y adolescentes. En el caso de cuestionarios administrados por un entrevistador, se debe fomentar la disposición de los niños y adolescentes a responder el cuestionario con honestidad (Bortz & Döring, 2002).

Se deben seguir los aspectos éticos nacionales y las normas de seguridad (p. ej., protección de datos) al administrar los instrumentos KIDSCREEN. Las familias deben ser informadas sobre los objetivos del estudio y deben recibir información sobre el cuestionario por escrito o por teléfono. En muchos países, es obligatorio el consentimiento informado por escrito de los padres y sus hijos. Además, se debe asegurar a las familias que sus datos serán tratados de forma confidencial. Si es posible, se debe garantizar el anonimato de los datos; de lo contrario, por ejemplo, en estudios clínicos se debe tener en cuenta que las diferencias observadas con el grupo de referencia puede ocurrir únicamente por responder las preguntas de forma no anónima.

Además, el niño debe saber leer (nivel de escuela primaria) y escribir adecuadamente para poder completar el cuestionario por sí mismo, sin discutirlo con los demás. Si se administran tanto la autoevaluación como la versión para padres/representantes, se debe señalar la importancia de responder el cuestionario de forma independiente.

Se debe informar a los niños y adolescentes que el cuestionario no es un examen y que no hay respuestas incorrectas. Se debe asegurar a los niños y adolescentes que su opinión subjetiva sobre su estado de salud es importante. Se les debe alentar a que respondan a cada pregunta y se deben desalentar las respuestas múltiples. También se les debe asegurar que las respuestas que proporcionen no serán conocidas por sus padres, cuidadores u otras personas importantes. Los niños, niñas y adolescentes deben sentirse seguros y relajados mientras completan el cuestionario KIDSCREEN.

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

- **EN CASO DE MENORES DE 8 AÑOS**, No hay que hacer el KIDSCREEN ni a padres ni a menores. **Pasar directamente a P.8.**
- **EN CASO DE NIÑOS/AS DE 8 ó MÁS AÑOS** Pasar el **Kidscreen-1** al padre, madre o tutor que contesta el resto del cuestionario. También hay que pasar el cuestionario **Kidscreen-2** al propio niño/a. El menor no debe estar presente cuando se pregunta al padre/madre o tutor y, al contrario, el padre/madre o tutor no debe estar presente cuando conteste el niño/a. Anotar al final si ha habido incidencias.

CUESTIONARIO VI EAS DE MENORES DE 16 AÑOS

KIDSCREEN-10-1 (NIÑOS/AS DE 8 ó más AÑOS. PREGUNTAR AL PADRE/MADRE/TUTOR)

Por favor, conteste las preguntas como mejor pueda, intentando que sus respuestas reflejen la perspectiva del chico/a. Cuando piense en la respuesta, por favor intente recordar la última semana, es decir, los últimos siete días

Piense en la última semana...	Moderad				
	Nada	Un Poco	a-mente	Mucho	Muchísimo
1. ¿El/la chico/a se ha sentido bien y en forma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
2. ¿El/la chico/a se ha sentido lleno/a de energía?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿El/la chico/a ha se ha sentido triste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿El chico/a se ha sentido solo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿El/la chico/a ha tenido suficiente tiempo para él/ella?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿El/la chico/a ha podido hacer las cosas que quería en su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Los padres del chico/a le han tratado de forma justa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿El/la chico/a se ha divertido con sus amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nada	Un Poco	Moderada-mente	Mucho	Muchísimo
9. ¿Al chico/a le ha ido bien en el colegio? Si no ha ido en estos días, piense en la última semana que ha ido al colegio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
10. ¿El/la chico/a ha podido prestar atención?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Piensa en la última semana...	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿El/la chico/a tuvo problemas para dormir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿El/la chico/a estuvo demasiado cansado/a para disfrutar de las cosas que le gustan hacer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

KIDSCREEN-10-2 (NIÑOS/AS DE 8 ó más AÑOS. PREGUNTAR AL PROPIO NIÑO/A)

Por favor, lee cada pregunta atentamente Cuando pienses en tu respuesta, por favor intenta recordar la última semana, es decir, los últimos siete días. ¿Cuál es la respuesta que primero se te ocurre? Escoge la opción que creas mejor para ti y escribe una cruz en ella.

Recuerda: Esto no es un examen. No hay respuestas correctas o incorrectas. Pero es importante que contestes todas las preguntas que puedas y que podamos ver con claridad las cruces.

No tienes que enseñar tus respuestas a nadie. Nadie más, aparte de nosotros, verá tus respuestas; serán confidenciales

En general, ¿cómo dirías que es tu salud?				
<input type="radio"/> Excelente	<input type="radio"/> Muy buena	<input type="radio"/> Buena	<input type="radio"/> Regular	<input type="radio"/> Mala

CUESTIONARIO VI EAS DE MENORES DE 16 AÑOS

Piensa en la última semana...		Nada	Un Poco	Moderada- mente	Mucho	Muchísimo
1. ¿Te has sentido bien y en forma?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Piensa en la última semana		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
2. ¿Te has sentido lleno de energía?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Te has sentido triste?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Te has sentido solo/a?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Has sentido que tenías suficiente tiempo para ti?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Has podido hacer las cosas que querías en tu tiempo libre?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Tus padres te han tratado de forma justa?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Te has divertido con tus amigos/as?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Piensa en la última semana...		Nada	Un Poco	Moderada- mente	Mucho	Muchísimo
9. ¿Te ha ido bien en el colegio? Si no has ido en estos días, piensa en la última semana que si hayas ido		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
10. ¿Has podido prestar atención?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Piensa en la última semana...		Nada	Un Poco	Moderada- mente	Mucho	Muchísimo
1. ¿Has tenido problemas para dormir?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Has estado demasiado cansado/a para disfrutar de las cosas que te gustan hacer?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Se han reído de ti otros chicos/as?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Piensa en el último año...

1. ¿Alguna vez en tu colegio/instituto se han producido situaciones de cyberbullying (meterse con alguien a través de medios tecnológicos)?			No	<input type="radio"/>		Sí	<input type="radio"/>
2. Y fuera de tu colegio/instituto, ¿se han producido situaciones de cyberbullying (meterse con alguien a través de medios tecnológicos)?			No	<input type="radio"/>		Sí	<input type="radio"/>
3. ¿Te ha ocurrido a tí alguna vez?	Sí, en mi colegio/instituto	<input type="radio"/>	Sí, fuera de mi colegio/instituto	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	

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 sólo 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):

P.8. Y, continuando con temas de salud de su hijo/a, durante los últimos 12 meses, ¿tiene o ha tenido su hijo/a alguna dolencia, enfermedad o impedimento que le haya limitado su actividad normal por más de 10 días?

- Sí 1
- No 2 **P.10**
- NC 999 **P.10**

P.9. ¿Padece actualmente esa dolencia, enfermedad o impedimento?

- Sí 1
- No 2 **P.9b**
- NC 999 **P.9b**

P.9a. ¿Cuánto tiempo hace que tiene esa dolencia, enfermedad, o impedimento?

- | | | | |
|---------|-------|-------|---------|
| | años | meses | días |
| ▪ NS/NC | | | 998/999 |

P.9b. Y esa dolencia, enfermedad o impedimento, le afectó/a ...

	Sí	No	NC
▪ Su nivel de asistencia a la escuela o guardería	1	2	999
▪ A la realización de otras actividades como pasear, ir al cine, hacer deporte, etc.	1	2	999

A TODOS/AS

P.10. Actualmente, su hijo/a, ¿padece o el médico le ha dicho que ha padecido alguno de los trastornos crónicos que ahora le leeré?

	Sí	No	NC
▪ Asma	1	2	999
▪ Bronquitis crónica (no asma)	1	2	9
▪ Alergias crónicas (no asma)	1	2	999
▪ Bronquitis			999
▪ Dolor crónico (cefaleas, cefalea, migraña, artritis, dismenorrea, dolor muscular, dolor de espalda, tinitus/dolor de oídos, dolor abdominal	1	2	999
▪ Trastornos crónicos de la piel (dermatitis, eccema, ...)	1	2	999
▪ Otros	1	2	9

P.11. ¿Ha tenido su hijo/a algún accidente que le haya causado heridas o lesiones suficientes para limitar su actividad normal y/o para necesitar asistencia sanitaria en los últimos 12 meses?

- Sí 1 → ¿Cuántos accidentes?
- No 2 ⇒ **Pasar a P.11d**
- NC 999 ⇒ **Pasar a P.11d**

P.11a. Y refiriéndonos en concreto al último accidente, ¿dónde tuvo lugar?

- En su casa 1
- En la escuela, colegio, guardería 2
- En un lugar de recreo o deporte 3
- En una vía pública, calle, edificio público, edificio 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 998/999

P.11b. ¿Cuál es la principal lesión o daño que le produjo el accidente?

- Envenenamiento o Intoxicación (no alimentarias) . 1
- **Intoxicación alimentaria**..... 6
- Quemaduras 2
- Fracturas 3
- Contusiones, hematomas, esguinces, luxaciones . 4
- Heridas profundas 5
- Otros daños 7
- NC 999

P.11c. Como consecuencia de este último accidente, ¿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
- NC 999

P.11d. Durante los últimos doce meses, ¿ha sufrido el/la niño/a algún tipo de agresión (física, emocional o sexual)?

- Sí 1
- No 0
- NS.....998
- NC....999

	Sí ...1	No...0	NC
▪ Física (patadas, empujones, arañazos, bocados, etc...)	4	0	999
▪ Psicológica (acoso, acorralamiento, ...)	4	0	999
▪ Sexual (tocamientos, abusos...)	4	0	999

P.11e. (cod:1 en P11d) Refiriéndonos a la última agresión ¿Quién fue la persona que le agredió?

	Sí	No	NC
▪ Un compañero/a del colegio/instituto	4	0	999
▪ Otra persona menor de edad.....	4	0	999
▪ Otra persona mayor de edad.....	4	0	999
▪ Otros	4	0	999

P.11e.¿Dónde tuvo lugar la agresión?

	Sí	No	NC
▪ En el colegio/instituto.....	1	0	999
▪ En el barrio o zona donde reside...	1	0	999
▪ En otro lugar (fuera del barrio)....	1	0	999
▪ En las instalaciones deportivas...	4	0	999
▪ En una zona de ocio.....	4	0	999
▪ A través de redes sociales (WhatsApp, Instagram, Twitter, etc.)	1	0	999

A TODOS/AS

P.12. ¿Durante las dos últimas semanas, es decir, desde el día hasta ayer, ha tenido su hijo/a que reducir o limitar su actividad principal (estudio, vida cotidiana) o las actividades que realiza en su tiempo libre (diversiones, juegos, paseos) por algún dolor o síntoma?

- Sí, por algún dolor 1
- Sí, por algún síntoma ... 2
- No 3 *Pasar P.13*
- NC 999 *Pasar P.13*

P.12a. ¿Cuántos días?

- Días
- NS/NC 99

A TODOS/AS

P.13. Durante las dos últimas semanas, ¿se ha visto su hijo/a obligado a quedarse más de la mitad de un día en la cama por motivos de salud? (contando también los días pasados en el hospital)

- Sí, por algún dolor.....1
- Sí, por algún síntoma.....2
- No 0 *Pasar P.15*
- NC 999 *Pasar P.15*

P.14. ¿Cuántos días?

- Días
- NS/NC 998/999

A TODOS/AS

P.15. Durante las dos últimas semanas, ¿ha tomado su hijo/a algún tipo de medicamento (gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, etc.)?

- Sí 1 *Pasar P.16*
- No 0 *Pasar P.16b*
- NC 999 *Pasar P.16b*

P.16. ¿Qué tipo de medicamento? (anotar todos los que cite el entrevistado.)

P.16

	CONSUMIDO	
	Sí	No
▪ Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios.....	1	0
▪ Medicinas para el dolor	1	0
▪ Medicinas para bajar la fiebre	1	0
▪ Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos	1	0
▪ Antibióticos	1	0
▪ Pastillas para dormir	1	0
▪ Medicamentos para la alergia	1	0
▪ Otros	1	0

A TODOS/AS

P.16b. Ha vacunado al niño/a con la vacuna triple vírica (sarampión, rubeola y parotiditis)?

- Si..... 1
- No..... 2 ⇒ *Pasar a P.16c*
- NS/NC 998/999

P.16c. (P16b=2) ¿Cuál/es son los motivos por los que no lo/a ha vacunado?

- Porque creo que no es necesaria..... 1
- Porque me parece que no es segura..... 2
- Porque no me han informado sobre esta vacuna 3
- Porque se me ha olvidado..... 4
- Otros..... 5
- NS/NC 998/999

P.17. ¿Ha consultado con algún médico por algún problema, molestia, dolencia o enfermedad del niño/a en las dos últimas semanas?. Nos referimos, por supuesto, a una verdadera consulta, y no a una petición de hora o cita ni a la realización de una radiografía o análisis.

- Sí 1
- No 0
- N/C 999 *Pasar P.17b*

P.17a. ¿Cuántas veces en las 2 últimas semanas?

- veces
- NS/NC 999

P.17b. (Sólo si código distinto de 1 en P.17) ¿Puede recordar cuánto tiempo hace que consultó a un médico por última vez, por algo que le pasaba a su hijo/a? (concretar lo más posible)

- | | | | |
|--------------------------------|------|-------|-----|
| | años | meses | |
| ▪ Nunca ha ido al médico | | | 97 |
| ▪ No sabe/No recuerda | | | 998 |
| ▪ NC | | | 999 |
- P.19*

CUESTIONARIO VI EAS DE MENORES DE 16 AÑOS

Entrevistador: Hacer P.18 y siguientes para todos los que han consultado en las últimas dos semanas (P.17) o han dicho un tiempo en P.17b.

P.18. Y refiriéndonos a la última consulta realizada, ¿dónde tuvo lugar la consulta que hizo usted al médico? (si ha habido varias consultas en los últimos quince días, referirse a la última de todas)

- Centro de Salud/Consultorio 1
- Ambulatorio/Centro de Especialidades 2
- Consulta externa de un Hospital 3
- Servicio de Urgencia de un Ambulatorio/ Consultorio 4
- Servicio de Urgencia de un Hospital 5
- Consulta del médico particular 6
- Consulta del médico de una sociedad 7
- En el domicilio de usted 8
- Consulta telefónica 9
- Otros lugares 10
- NS/NC 998/999

P.18a. ¿Cuál fue el motivo de esta última consulta al médico?

	Sí	No	NS/NC
▪ Vacunación	1	0	998/999
▪ Control de salud periódico	1	0	998/999
▪ Diagnóstico	1	0	998/999
▪ Tratamiento	1	0	998/999
▪ Sólo dispensación de recetas	1	0	998/999
▪ Otros motivos	1	0	998/999

P.18b. ¿Cuál era la especialidad del médico al que consultó?

- Medicina general 1
- Pediatría 2
- Especialistas 3

P.18c. Y en esa última consulta médica, ¿podría decirme cuánto tiempo tardó, aproximadamente, en llegar desde su domicilio al lugar de la consulta? (Entrevistador/a: si le dicen “nada de tiempo”, concretar cuántos minutos fueron)

minutos

- NS/NC 998/999

P.18d. ¿Y cuánto tiempo tuvo que esperar en el lugar de la consulta desde que llegó hasta que fue atendido por el/la médico? (Entrevistador/a: si le dicen “nada de tiempo”, concretar cuántos minutos fueron)

minutos

- NS/NC 998/999

P.18e. El médico al que acudió en esta última consulta realizada por su hijo/a era ...

- De la Seguridad Social/S.A.S. (Servicio Andaluz de Salud) 1
- De una Sociedad Médica (p.ej: Sanitas, Adeslas, Asisa) 2
- Médico privado/particular 3
- Otros 4
- NS/NC 998/999

A TODOS/AS

P.19. Y hablando de otro tipo de problemas, durante los últimos 6 meses, ¿ha ido su hijo/a al dentista para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?

- Sí 1
- No en los últimos 6 meses 2 *Pasar P.19b*
- No, nunca ha ido al/la dentista 3 *Pasar P.20*
- No recuerda/No sabe. 998 *Pasar P.19c*
- No contesta 999 *Pasar P.20*
-

P.19a ¿Cuántas veces?

veces *Pasar P.19c*

- NS/NC 998/999

P.19b. Si no ha ido en los últimos 6 meses, ¿puede recordar cuánto tiempo hace que acudió al/la dentista (concretar lo más posible)?

años meses

- Nunca ha ido al dentista 97
- No recuerda 998 *P.20*

P.19c. ¿La última vez que acudió su hijo/a al/la dentista, lo hizo por alguno/s de los motivos siguientes?

	Sí	No	NC
▪ Revisión o chequeo	1	0	999
▪ Limpieza de boca	1	0	999
▪ Empastes (obturaciones)	1	0	999
▪ Extracción de algún diente o muela	1	0	999
▪ Tratamiento de las enfermedades de las encías	1	0	999
▪ Ortodoncia	1	0	999
▪ Selladores, aplicación de flúor ..	1	0	999

P.19d. El/La dentista al/la que consultó su hijo/a esta última vez era...

- De la Seguridad Social/S.A.S. (Servicio Andaluz de Salud) 1
- De una sociedad Médica (p.ej: Sanitas, Adeslas, Asisa) 2
- Dentista privado/particular 3
- Otros 4
- NS/NC 998/999

A TODOS/AS

P.20. Vamos a preguntarle ahora sobre el estado de la dentadura de su hijo/a.

	Sí	No	NC
▪ ¿Tiene caries?	1	0	999
▪ ¿Le han extraído dientes/muelas por caries o por otro motivo?	1	0	999
▪ ¿Tiene dientes/muelas empastados (obturados)?	1	0	999
▪ ¿Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente?	1	0	999
▪ ¿Los dientes que tiene están sanos?	1	0	999
▪ No procede, no tiene dientes	3	-	-

CUESTIONARIO VI EAS DE MENORES DE 16 AÑOS

P.21. Durante los últimos doce meses, ¿ha estado su hijo/a ingresado en un hospital, al menos durante una noche?

- Sí 1
- No 0 **Pasar P.22**
- NC 999 **Pasar P.22**

P.21a. ¿Cuántas veces ha estado su hijo/a hospitalizado en estos últimos doce meses?

Veces

- NS/NC 998/999

P.21b. ¿Estaba usted en la lista de espera para ingresar a su hijo/a por ese motivo?

- Sí 1
- No 2 **Pasar P.22**
- NC 999 **Pasar P.22**

P.21c. ¿Cuánto tiempo en meses? (si sólo fueron días contabilizar como "0" meses)

meses

- NS/NC 998/999

A TODOS/AS

P.22. En estos últimos doce meses, ¿ha tenido su hijo/a que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad propia?

- Sí, acudió a un centro o servicio 1
- Sí, acudieron a mi domicilio 2
- No 3 **P.23**
- NS/NC 998/999 **P.23**

P.22a. Y en total, ¿cuántas veces tuvo su hijo/a que utilizar un servicio de urgencias en estos últimos 12 meses?

veces

- NS/NC 998/999

P.22b. Refiriéndonos a la última vez que su hijo/a utilizó un servicio de urgencias en estos doce últimos meses, ¿dígame si dicho servicio de urgencias pertenecía a ...?

- Un hospital de la Seguridad Social/S.A.S. (Servicio Andaluz de Salud) 1
- Un servicio de urgencias no hospitalario de la S.S./S.A.S. 2 **P.22c**
- Un servicio privado de urgencias 3
- Un sanatorio, hospital o clínica privada 4
- Otros 5 **P.23**
- NS/NC 998/999

P.22c. ¿Por qué fue usted a un servicio de urgencias?

- Se lo mandó el médico 1
- Usted, sus familiares u otras personas lo consideraron necesario..... 2
- Otros 3
- NS/NC 998/999

A TODOS/AS

P.22d. En los últimos 12 meses ¿ha necesitado su hijo/a alguno de los siguientes tipos de atención sanitaria y no la pudo recibir?

Tipo de atención sanitaria	No lo pudo recibir por motivos económicos	No lo pudo recibir por otros motivos	Sí lo pudo recibir	No lo ha necesitado	No sabe	No contesta
1. Atención médica	1	2	3	4	998	999
2. Atención dental	1	2	3	4	998	999
3. Algún medicamento que le habían recetado	1	2	3	4	998	999
4. Atención de salud mental (consulta al psicólogo/a)	1	2	3	4	998	999
5. Atención de salud mental (consulta al psiquiatra)	1	2	3	4	998	999
6. Atención fisioterapéutica	1	2	3	4	998	999

A TODOS/AS

AHORA VAMOS A HABLAR SOBRE LOS HÁBITOS DE SU HIJO/A

P.23. ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas al día duerme su hijo/a habitualmente?

Horas NS/NC ...998/999

P.24. ¿Qué tipo de ejercicio físico hace su hijo/a en su tiempo libre, dígame cuál de estas posibilidades describe mejor la mayor parte de sus actividades en su tiempo libre?

- NO hace ejercicio, no tiene tiempo libre..... 0
- No hace ejercicio. Su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, tumbado en la cama o la cuna) 1

- Hace alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, gimnasia, actividades recreativas de ligero esfuerzo, etc.) 2
- Hace actividad física regular varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.) 3
- Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces por semana 4
- Otros 5
- NS/NC 998/999

P.25. ¿Cuántas horas al día emplea su hijo/a en ver la televisión? Por favor responder tanto para entresemana como para los fines de semana

	Menos de 1h	De 1 a 2h	De 2 a 3h	Más de 3h
▪ Entre semana	1	2	3	4
▪ Fines de semana	1	2	3	4

CUESTIONARIO VI EAS DE MENORES DE 16 AÑOS

P.25a. Aparte de los deberes del colegio ¿Cuántas horas al día emplea su hijo/a en usar aparatos electrónicos, como ordenador, tablet, teléfono u otros dispositivos? Por favor responder tanto para entresemana como para los fines de semana

	Menos de 1h	De 1 a 2h	De 2 a 3h	Más de 3h
▪ Entre semana	1	2	3	4
▪ Fines de semana	1	2	3	4

A TODOS/AS

P.26 En el pasado verano, cuándo su hijo/a estuvo al aire libre, ¿con qué frecuencia utilizó....?. Piense en una escala de 0 a 10, donde 0 sería nunca y 10 siempre.

	Nunca	Casi nunca			Algunas veces			Casi siempre			Siempre
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
▪ Crema solar con factor de protección de 15 o mayor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
▪ Camiseta, gorra, gafas de sol o sombrero para protegerse del sol	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
▪ La sombra para evitar el sol	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
▪ Crema solar con factor de protección de 50 o más	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
▪ Se expuso su hijo/a al sol entre las 12 de la mañana y las 5 de la tarde	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

P.26c Una quemadura solar es cualquier enrojecimiento o molestia durante más de 12 horas provocada por el sol u otra fuente de rayos U.V., como cabinas o lámparas solares. ¿Ha sufrido su hijo/a alguna quemadura solar en el último año?

- Sí, con ampollas 1
- Si, sin ampollas 2
- No 3
- NS/NC 998/999

P.26d Imagínese que su hijo/a toma el sol sin ninguna protección. En ese caso:

- Se quemaría siempre y no se pondría moreno nunca 1
- Se quemaría fácilmente y se pondría muy poco moreno 2
- Se quemaría moderadamente y se pondría moreno gradualmente 3
- Se quemaría mínimamente y se pondría moreno siempre 4
- Se quemaría raramente y se pondría muy moreno .. 5
- Nunca se quemaría 6
- NS/NC 998/999

PESO Y TALLA DECLARADOS

P.27. ¿Podría decirme cuánto pesa su hijo/a, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?

Kilos

- No sabe 998
- No contesta 999

P.27a. ¿Y cuánto mide, aproximadamente, su hijo/a sin zapatos?

Cms.

- No sabe 998
- No contesta 999

P.28. Y, en relación a su estatura, ¿diría usted que su peso es ...?

- Bastante mayor de lo normal 1
- Algo mayor de lo normal 2
- Normal 3
- Menor de lo normal 4
- NS 8
- NC 9

PESO Y TALLA MEDIDOS.

(SOLO A NIÑOS/AS DE 2 y más AÑOS)

P.28a. PESO:

, Kg.

P.28b. TALLA:

cm

A TODOS/AS

P.29. ¿Qué tipo de lactancia tuvo su hijo/a en sus primeros meses de vida? (En caso de alimentarse de lactancia materna exclusiva, indique hasta qué edad lo hizo)

	No	Sí	NS	NC
1. Lactancia materna exclusiva, es decir, solo se alimentó de leche materna (pecho), no de otros alimentos sólidos o líquidos.	0	1	998	999
2. Lactancia materna mixta (se alimentó de lactancia materna y leche de fórmula)	0	1	998	999
3. Lactancia artificial o de fórmula exclusiva	0	1	998	999

SI P.29.1 = SÍ → ¿Hasta qué edad (meses)? _____

CUESTIONARIO VI EAS DE MENORES DE 16 AÑOS

PARA NIÑOS/AS A PARTIR DE UN AÑO DE EDAD (KIDMED)

P.31a. A continuación le vamos a pedir que nos conteste el consumo que hace su hijo/a sobre los siguientes alimentos.

	SI	NO
▪ Toma una fruta o un zumo natural todos los días	1	0
▪ Toma una 2º pieza de fruta todos los días	1	0
▪ Toma verduras frescas o cocinadas una vez al día	1	0
▪ Toma verduras frescas o cocinadas más de una vez al día	1	0
▪ Consume pescado con regularidad (por lo menos 2-3 veces a la semana)	1	0
▪ Acude una vez o más a la semana a un centro de comida rápida (fast food) tipo hamburguesería	1	0
▪ Le gustan las legumbres y las toma más de una vez a la semana	1	0
▪ Toma pasta o arroz casi a diario (5 días o más a la semana)	1	0
▪ Desayuna un cereal o derivado (pan, tostadas...)	1	0
▪ Toma frutos secos con regularidad (al menos 2-3 veces a la semana)	1	0
▪ Se utiliza aceite de oliva en casa	1	0
▪ Desayuna todos los días	1	0
▪ Desayuna un lácteo (leche, yogurt...)	1	0
▪ Desayuna bollería industrial	1	0
▪ Toma 2 yogures y/o 40 g de queso cada día	1	0
▪ Toma golosinas y/o caramelos varias veces al día	1	0

P.31. Y ahora dígame ¿con qué frecuencia su hijo/a ...?

	Todos los días	5 ó 6 veces semana	3 ó 4 veces semana	1 ó 2 veces semana	< 1 vez semana	Nunca	NS/NC
▪ Huevos	1	2	3	4	5	8	998/999
• Toma leche o lácteos (p.ej. yogur, petit suises, natillas, queso, etc...)	1	2	3	4	5	8	998/999
▪ Toma Patatas fritas y aperitivos salados	1	2	3	4	5	8	998/999
▪ Bebe refrescos u otras bebidas que contienen azúcar (batidos, zumos envasados, bebidas energéticas)	1	2	3	4	5	8	998/999
▪							

	Todos los días	5 ó 6 veces semana	3 ó 4 veces semana	1 ó 2 veces semana	< 1 vez semana	Nunca	NS NC
▪ Se baña o ducha	1	2	3	4	5	8	998/999

P.31aa. ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes habitualmente?

- Nunca..... 1
- Ocasionalmente, no todos los días 2
- Una vez al día..... 3
- Dos veces al día..... 4
- Tres o mas veces al día.5
- No sabe..... 998
- No contesta..... 999

P.31b. ¿Colabora el/la niño/a actualmente como voluntario/a en alguna organización? (Se entiende por voluntario/a a una persona que, de forma gratuita, aporta su colaboración a favor de los demás a través de alguna organización de interés general).

- Si, colabora.....1
- No, ya no colabora, pero colaboró.....2
- No, nunca ha colaborado.....3
- NS/NC998/999

A TODOS/AS

P.32. ¿Cuál fue el lugar de nacimiento de su hijo/a?

- Andalucía 1 Indicar provincia:
Indicar municipio:
- Resto de España 2 Indicar provincia:
Año que llegó a Andalucía: _____
- Extranjero 3 Indicar País:
Año que llegó a España: _____ Año que llegó a Andalucía: _____

CUESTIONARIO PADRE/MADRE/TUTOR (BLOQUE C4.3)

Todas las siguientes preguntas van siempre referidas al adulto que contesta la entrevista, que es el padre, la madre o tutor/a del niño/a.

Este bloque de preguntas no ha de hacerse cuando el adulto entrevistado coincida con el adulto seleccionado en la muestra de adultos. En este caso, pasar a Bloque C5 (PARTICIPACIÓN)

P.33. ¿Cuál es su estado civil?

- Casado/a 1 **P.34**
- Soltero/a 2
- Separado/a 3
- Divorciado/a 4
- Viudo/a 5
- NS/NC 998/999

- No 2
- No contesta 9

P.34. ¿Cuál fue su lugar de nacimiento?

Provincia:

Extranjero: País:

P.33a. ¿Vive usted actualmente en pareja?

- Sí 1

P.60. ¿Cuál es el nivel más alto de estudios que usted ha finalizado?

Entrevistador/a: no leer. Clasificar en función del literal contestado

- No sabe leer o escribir 1
- No ha estudiado pero sabe leer y escribir 2
- Estudios primarios (hasta 5º EGB, ingreso, educación primaria completa)..... 3
- EGB completa (8º) o similar (bachiller elemental) ... 4
- ESO completa (Educación Secundaria Obligatoria)..... 5
- Estudios de FP I (Grado medio) 6
- Estudios de FP II (Grado superior)..... 7
- Estudios secundarios (BUP, B.Superior, Bachillerato) 8
- Educación postsecundaria no superior. 9
- Títulos propios de universidades de duración igual o superior a 2 años....10
- Estudios universitarios de grado medio (Diplomados/as universitarios/as, títulos propios universitarios de Experto o especialista y similares, Grados universitarios de 240 créditos ECTS, Bolonia)..... 11
- Estudios universitarios de grado superior (Licenciados, másteres y especialidades en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia y similares. Grados universitarios de más 240 créditos ECTS, Bolonia)..... 12
- Título de Doctorado..... 13

P.36. ¿Cuál es su situación laboral actual?

- Trabaja 1 **P.38a**
- Está en el paro y ha trabajado antes 2
- Busca primer empleo 3
- Jubilado/a (trabajó anteriormente) 4
- Sus labores/Ama de casa Trabajo doméstico no remunerado 5
- Estudiante 6
- Incapacidad/invalidez permanente 7
- Voluntariado social 8
- Otros 9

P.36a. ¿Percibe usted alguna pensión (pública o privada)?

- Sí 1 **¿Cuál?**
- No 2
- NC 999

P.37. ¿Ha trabajado anteriormente?

- Sí 1 **Pasar a P.38a**
- No 2 **Pasar a P.40**
- NS/NC 998/999 **Pasar a P.40**

¿Cuántos meses en paro?

CUESTIONARIO VI EAS DE MENORES DE 16 AÑOS

(Entrevistador: como resultado de las preguntas anteriores, debe quedar clara la situación de la persona entrevistada:

- Trabaja o ha trabajado anteriormente (pasar a P.38a)
- No trabaja ni ha trabajado anteriormente (pasar a P.40)

PARA QUIÉNES TRABAJAN O HAN TRABAJADO

P.38a. ¿Cuál es o era la actividad principal de la empresa donde trabaja o trabajaba?

P.38b. ¿Cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad o la última que ha desempeñado?

P.38c. ¿Cuál es la categoría profesional que tiene o tenía en la empresa donde trabaja o trabajaba?

- Trabajador/a por cuenta propia, sin asalariados 1
- Trabajador/a por cuenta propia, con 10 ó más asalariados 2
- Trabajador/a por cuenta propia, con menos de 10 asalariados 3
- Gerente de una empresa con 10 ó más asalariados . 4
- Gerente de una empresa con menos de 10 asalariados 5
- Capataz, supervisor/a o encargado/a 6
- Otro asalariado/a 7

P.39a. En total, ¿cuántas horas trabaja usted habitualmente a la semana?

horas

ENTREVISTADOR/A: Las siguientes preguntas son sobre la persona que aporta mayores ingresos al hogar y convive con la persona entrevistada

P.38d De todas las personas con quien convive, ¿quién es la persona que aporta más ingresos al hogar?

- La persona entrevistada 1 P40
- Otra 2

SITUACIÓN LABORAL de la persona que aporta mayor número de ingresos al hogar.

P.38e. ¿Trabaja actualmente?

- Sí 1
- No 2 → PASAR A P.42.

P.38f. ¿Ha trabajado anteriormente?

- Sí 1
- No 2. → PASAR A P.45

P.42d. ¿Cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad o la última que ha desempeñado la persona que aporta más ingresos al hogar?

P.42e. ¿Cuál es la categoría profesional que tiene o tenía en la empresa donde trabaja o la última categoría profesional en la que ha trabajado su la persona que aporta más ingresos al hogar?

TRABAJADOR O EMPRESARIO POR CUENTA PROPIA

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

TRABAJADOR POR CUENTA AJENA

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

A TODOS/AS: INGRESOS ECONOMICOS DEL HOGAR

P.40 ¿Con los ingresos de su hogar, cómo suele llegar usted, o en su caso, usted y su familia, en la actualidad a fin de mes?

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

P.44. (Hacer solo cuando no haya entrevista de adulto) Y, en los últimos 12 meses, ¿ha tenido en su hogar algún retraso en el pago de recibos como la hipoteca, el alquiler, o suministros como la luz, el agua, impuestos, etc.?

Tipo de retraso	P74. ¿Ha tenido retraso?		P74a. ¿Se ha resuelto?	
	SI	NO	SI	NO
Hipoteca	1	0	1	0
Alquiler	1	0	1	0
Cuotas de compras aplazadas	1	0	1	0
Cuotas de seguros	1	0	1	0
Impuestos (IBI, los relacionados con vehículos etc.)	1	0	1	0
Pagos de recibos de agua, gas, calefacción, electricidad, comunidad	1	0	1	0
Tasa de autónomo	1	0	1	0
Pago de colegios	1	0	1	0
Actividades extraescolares	1	0	1	0
Otros	1	0	1	0
Ninguna	1	0	1	0

PERCEPCIÓN ENTREVISTADOR/A

¿Cómo fue la cooperación de la persona entrevistada?

- Excelente 1
- Buena 2
- Regular 3
- Mala 4

¿Su nivel de comprensión general del cuestionario?

- Excelente 1
- Buena 2
- Regular 3
- Mala 4

P22d Se incluye en OLA1 y OLA2
P26 Se incluye en OLA4
P28a y b Se incluyen en OLA3 y OLA4

En la medida de lo posible, se mantiene la codificación de la V EAS, de ahí que pueda haber saltos de códigos en algunas preguntas