

CUESTIONARIO ENCUESTA SALUD COMUNIDAD VALENCIANA 2022

ADULTOS (Población de 15 y más años)

La información recogida en este cuestionario es para elaborar una estadística oficial por lo que debe ser aportada obligatoriamente -artículo 14 al 19 de la Ley 5/1990, de 7 de junio, de Estadística de la Comunidad Valenciana y es confidencial por estar protegida por el secreto estadístico -artículo 20 al 26 de la misma ley

En cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, que adapta el ordenamiento jurídico español al Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016, se le comunica que los datos aportados serán utilizados únicamente con fines estadísticos para planificación sanitaria. Le informamos que sus datos personales únicamente serán tratados con fines de supervisión de la correcta realización del cuestionario.

N.º Ruta

N.º Entrevistador/a

N.º Cuestionario

Fecha: Mes

Día

Titular/Sustituto/a

1

☐

Titular

2

☐

Sustituto/a

N.º

Inicio

 :

Finalización

 :

CUESTIONARIO DE ADULTOS

ÍNDICE

MIEMBROS DEL HOGAR.....	1
1. PERCEPCION DE LA SALUD	3
2. MORBILIDAD	5
3. SALUD MENTAL	6
4. LIMITACIONES PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	7
5. ACCIDENTES.....	10
6. COVID-19	11
7. CONSUMO DE MEDICAMENTOS	12
8. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS.....	13
COBERTURA SANITARIA	13
CONSULTAS A SERVICIOS DE SALUD	13
URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN	14
ASISTENCIA A DOMICILIO	15
EXPERIENCIA DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD	15
NECESIDAD DE ASISTENCIA SANITARIA NO CUBIERTA	16
PRÁCTICAS PREVENTIVAS.....	16
ALFABETIZACIÓN EN SALUD	18
USO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN SALUD	19
GRADO DE SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS SANITARIOS	19
9. HÁBITOS DE VIDA	20
CONSUMO DE TABACO	20
CONSUMO DE ALCOHOL	21
JUEGO CON DINERO	23
VIDEOJUEGOS	24
ALIMENTACIÓN	25
ACTIVIDAD FÍSICA.....	28
DESCANSO	30
10. CONDICIONES DE VIDA Y TRABAJO	31
CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA, BARRIO O PUEBLO	31
APOYO SOCIAL.....	32
TRABAJO.....	34
CUIDADOS INFORMALES Y TAREAS DOMÉSTICAS	38
IDENTIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO	39
OTROS	40
11. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y FAMILIARES.....	41

MIEMBROS DEL HOGAR

HG1. ¿Cuántas personas viven habitualmente en el hogar incluido/a usted?

N.º personas

99=NS/NC

HG2. [Si HG1=1 marcar respuesta 1 y pasar a HG3] **¿Cuál de las siguientes opciones se corresponde con su hogar?** [Mostrar tarjeta]

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Hogar unipersonal |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Pareja sola |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Pareja con algún hijo/a menor de 25 años |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Pareja con todos los hijos de 25 o más años |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Padre o madre solo, con algún hijo/a menor de 25 años |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Padre o madre solo, con todos los hijos de 25 o más años |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Pareja o padre o madre solo, con hijo/a menor de 25 años y otras personas viviendo en el hogar |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Otro tipo de hogar |

HG3. Tabla de composición del hogar [Entrevistador/a: describa para cada miembro del hogar, ordenado de mayor a menor edad incluyendo a la persona que está entrevistando, las características que se relacionan en la siguiente tabla]. Marque con una X la casilla correspondiente o escriba la cifra o palabra correspondiente.

	1	2	3	4	5	6	7	8
a. Sexo								
<input type="checkbox"/> Hombre (1)	<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"/> Mujer (2)								
b. Edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Relación con la persona de referencia [Mostrar tarjeta]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Nivel de estudios [Mostrar tarjeta]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Situación laboral [Mostrar tarjeta]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Estado civil [Mostrar tarjeta]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.1. Convive en pareja [Si HG1= 1, marcar 2]								
<input type="checkbox"/> Sí (1)	<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"/> No (2)								
g. Miembros del hogar seleccionados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS DE LA PERSONA DE REFERENCIA	
Si HG3e= 1,2,3,4→ Pasar a HG8	
Si HG3e= NS/NC→ Pasar a P0	
HG4. ¿Percibe alguna pensión contributiva?	
1	<input type="checkbox"/> Sí, por cotización propia [Pasar a HG8]
2	<input type="checkbox"/> Sí, por cotización de otra persona (pensión de viudedad, orfandad, etc.) [Pasar a HG6]
3	<input type="checkbox"/> Sí, por ambos tipos de cotización [Pasar a HG8]
4	<input type="checkbox"/> No
9	<input type="checkbox"/> NS/NC
HG5. ¿Ha trabajado alguna vez?	
1	<input type="checkbox"/> Sí [Pasar a HG8]
2	<input type="checkbox"/> No [Pasar a P0]
9	<input type="checkbox"/> NS/NC [Pasar a P0]
HG6. ¿Cuál es (era) la ocupación, profesión, oficio de la persona que generó la pensión “nombre” (persona de referencia)? [Encuestador/a, ponga el código CNO 2011 y el nombre de la ocupación]	
(Ocupación) _____	
<input type="text"/>	<input type="text"/> (CNO-2011) 999=NS/NC
HG7. ¿Cuál es (era) la situación profesional en la ocupación que desempeñó en su último empleo la persona que generó la pensión de “nombre” (persona de referencia)? [Mostrar tarjeta]	
1	<input type="checkbox"/> Empresario/a o profesional con 10 o más personas asalariadas
2	<input type="checkbox"/> Empresario/a o profesional con menos de 10 personas asalariadas
3	<input type="checkbox"/> Trabajador o profesional autónomo sin personas asalariadas
4	<input type="checkbox"/> Asalariado/ada-Gerente de empresa con 10 o más personas asalariadas
5	<input type="checkbox"/> Asalariado/ada-Gerente de empresa con menos de 10 personas asalariadas
6	<input type="checkbox"/> Asalariado/da-Capataz, supervisor/a o encargado/a
7	<input type="checkbox"/> Otro/a asalariado/a
8	<input type="checkbox"/> Ayuda familiar
9	<input type="checkbox"/> Socio/a de una cooperativa o de una Sociedad Anónima Laboral o Sociedad Laboral Limitada
10	<input type="checkbox"/> Otra (especificar) _____
99	<input type="checkbox"/> NS/NC
Pasar a P0	
HG8. ¿Cuál es (era) su ocupación, profesión, oficio? [Encuestador/a, ponga el código CNO 2011 y el nombre de la ocupación]	
(Ocupación) _____	
<input type="text"/>	<input type="text"/> (CNO-2011) 999=NS/NC
HG9. ¿Cuál es (era) la situación profesional o de empleo en esa ocupación de “nombre” (persona de referencia)? [Mostrar tarjeta]	
1	<input type="checkbox"/> Empresario/a o profesional con 10 o más personas asalariadas
2	<input type="checkbox"/> Empresario/a o profesional con menos de 10 personas asalariadas
3	<input type="checkbox"/> Trabajador o profesional autónomo sin personas asalariadas
4	<input type="checkbox"/> Asalariado/ada-Gerente de empresa con 10 o más personas asalariadas
5	<input type="checkbox"/> Asalariado/ada-Gerente de empresa con menos de 10 personas asalariadas
6	<input type="checkbox"/> Asalariado/da-Capataz, supervisor/a o encargado/a
7	<input type="checkbox"/> Otro/a asalariado/a
8	<input type="checkbox"/> Ayuda familiar
9	<input type="checkbox"/> Socio/a de una cooperativa o de una Sociedad Anónima Laboral o Sociedad Laboral Limitada
10	<input type="checkbox"/> Otra (especificar) _____
99	<input type="checkbox"/> NS/NC

P0. Indicar el adulto seleccionado y la persona que responde la entrevista									
		1	2	3	4	5	6	7	8
a.	Adulto seleccionado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Persona que responde la entrevista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. PERCEPCION DE LA SALUD

P1. ¿Cómo es su salud en general?

1	<input type="checkbox"/>	Muy buena
2	<input type="checkbox"/>	Buena
3	<input type="checkbox"/>	Regular
4	<input type="checkbox"/>	Mala
5	<input type="checkbox"/>	Muy mala
9	<input type="checkbox"/>	NS/NC

P2. De las siguientes situaciones, describa la que mejor se corresponde con su estado de salud hoy en día:

a) [No leer] En relación con su **movilidad**:

1	<input type="checkbox"/>	No tengo problemas para caminar
2	<input type="checkbox"/>	Tengo problemas leves para caminar
3	<input type="checkbox"/>	Tengo problemas moderados para caminar
4	<input type="checkbox"/>	Tengo problemas graves para caminar
5	<input type="checkbox"/>	No puedo caminar
9	<input type="checkbox"/>	NS/NC

b) [No leer] En relación con su **cuidado personal**:

1	<input type="checkbox"/>	No tengo problemas para lavarme o vestirme
2	<input type="checkbox"/>	Tengo problemas leves para lavarme o vestirme
3	<input type="checkbox"/>	Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme
4	<input type="checkbox"/>	Tengo problemas graves para lavarme o vestirme
5	<input type="checkbox"/>	No puedo lavarme o vestirme
9	<input type="checkbox"/>	NS/NC

c) [No leer] En relación con las **actividades cotidianas** (p.ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre):

1	<input type="checkbox"/>	No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
2	<input type="checkbox"/>	Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas
3	<input type="checkbox"/>	Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas
4	<input type="checkbox"/>	Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas
5	<input type="checkbox"/>	No puedo realizar mis actividades cotidianas
9	<input type="checkbox"/>	NS/NC

d) [No leer] En relación con situaciones de **dolor o malestar**:

1	<input type="checkbox"/>	No tengo dolor ni malestar
2	<input type="checkbox"/>	Tengo dolor o malestar leve
3	<input type="checkbox"/>	Tengo dolor o malestar moderado
4	<input type="checkbox"/>	Tengo dolor o malestar fuerte
5	<input type="checkbox"/>	Tengo dolor o malestar extremo
9	<input type="checkbox"/>	NS/NC

e) [No leer] En relación con situaciones de **ansiedad o depresión**:

1	<input type="checkbox"/>	No estoy ansioso/a ni deprimido/a
2	<input type="checkbox"/>	Estoy levemente ansioso/a o deprimido/a
3	<input type="checkbox"/>	Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a
4	<input type="checkbox"/>	Estoy muy ansioso/a o deprimido/a
5	<input type="checkbox"/>	Estoy extremadamente ansioso/a o deprimido/a
9	<input type="checkbox"/>	NS/NC

P3. Termómetro

Para ayudar a la gente a describir lo buena o mala que es su salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 la mejor salud que pueda imaginarse.

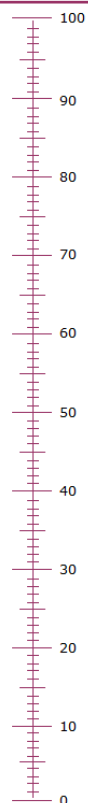
Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo buena o mala que es su salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice “Su estado de salud hoy” hasta el punto del termómetro que, en su opinión, indique lo buena o mala que es su salud en el día de HOY. [Mostrar tarjeta]

Puntuación

--	--	--

Su estado de salud hoy

El mejor estado de salud imaginable



El peor estado de salud imaginable

P4. Y comparando con su estado general de salud durante los últimos doce meses, mi estado de salud hoy es:

1	<input type="checkbox"/>	Mejor
2	<input type="checkbox"/>	Igual
3	<input type="checkbox"/>	Peor
9	<input type="checkbox"/>	NS/NC

2. MORBILIDAD

P5. ¿Tiene usted algún problema de salud o enfermedad crónica o de larga duración?

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No [Pasar a P7] |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC [Pasar a P7] |

A continuación le voy a leer una lista con enfermedades crónicas o problemas de salud de larga duración (6 o más meses)... [Entrevistador/a lea al encuestado/a las enfermedades una a una].

Considerar y responder para cada una de las enfermedades o problemas de salud en los que ha contestado "Sí" en P6. En caso de respuesta NO o NS/NC en P6. Pasar a la enfermedad siguiente

Enfermedades o problemas de salud	P6. ¿Le ha diagnosticado algún/a médico/a que padece o ha padecido alguna de ellas?		
	Sí	No	NS/NC
Asma (incluido asma alérgico)	1	2	9
Alergia como rinitis, inflamación de ojos, dermatitis, alimentaria u otras (excluye asma)	1	2	9
Bronquitis crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema	1	2	9
Hipertensión arterial (Tensión alta)	1	2	9
Infarto de miocardio	1	2	9
Otras enfermedades isquémicas del corazón (angina de pecho)	1	2	9
Ictus (Embolia, infarto cerebral, hemorragia cerebral)	1	2	9
Colesterol alto	1	2	9
Diabetes	1	2	9
Problemas del tiroides	1	2	9
Cirrosis, disfunción hepática	1	2	9
Artrosis, artritis (reumática)	1	2	9
Dolor de espalda crónico (cervical)	1	2	9
Dolor de espalda crónico (lumbar)	1	2	9
Cáncer (tumores malignos, también incluye leucemia y linfoma)	1	2	9
Migraña o dolor de cabeza severo	1	2	9
Incontinencia urinaria, problemas de control de vejiga	1	2	9
Problemas de riñón	1	2	9
Depresión	1	2	9
Ansiedad crónica	1	2	9
Enfermedad neurodegenerativa y otras demencias (Parkinson, Alzheimer...)	1	2	9
Otros problemas de salud mental	1	2	9
Insomnio	1	2	9
Apnea del sueño	1	2	9
Otros (especificar) _____	1	2	9

P7. ¿Cómo describiría el estado de sus dientes y encías? Diría que es. [Lea las opciones de respuesta]

- | | | |
|---|--------------------------|-----------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Muy bueno |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Bueno |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Regular |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Malo |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Muy malo |
| 9 | <input type="checkbox"/> | No contesta (No leer) |

3. SALUD MENTAL

P8. Una vez conocido su estado de salud físico, quisiéramos saber si durante las últimas cuatro semanas ha presentado alguno de los siguientes problemas emocionales. Por favor, a partir de esta ficha, dígame el número de la respuesta que más se aproxime a su situación. [Mostrar tarjeta]

a. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
	0	1	2	3
b. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
	0	1	2	3
c. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
	0	1	2	3
d. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
	0	1	2	3
e. ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
	0	1	2	3
f. ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
	0	1	2	3
g. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
	0	1	2	3
h. ¿Ha sido capaz de hacer frente, adecuadamente, a sus problemas?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
	0	1	2	3
i. ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
	0	1	2	3
j. ¿Ha perdido confianza en sí mismo?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
	0	1	2	3
k. ¿Ha pensado que es una persona que no vale para nada?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
	0	1	2	3
l. ¿Se siente razonablemente feliz, considerando todas las circunstancias anteriormente mencionadas?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
	0	1	2	3

4. LIMITACIONES PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

P9. Durante al menos los últimos seis meses, es decir, desde el mes de _____ hasta el día de hoy, [Entrevistador/a establezca el rango temporal de seis meses en función de la fecha de realización de la entrevista] **¿en qué medida se ha visto limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente hace habitualmente?**

1	<input type="checkbox"/>	Gravemente limitado/a
2	<input type="checkbox"/>	Limitado/a, pero no gravemente
3	<input type="checkbox"/>	Nada limitado/a
9	<input type="checkbox"/>	NS/NC

*Las preguntas siguientes tienen como objetivo saber si usted tiene alguna limitación o discapacidad para hacer algunas **actividades habituales de la vida cotidiana**. Nos referiremos a limitaciones que afecten de manera PERMANENTE.*

P10. Visuales y auditivas

	Sí, sin ninguna dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	No, en absoluto	NS/NC	[Si ha respondido 2,3 o 4] P10.1 ¿Desde cuándo tiene esta limitación? Años Meses
¿Puede ver (con o sin gafas o lentes de contacto, según uso habitual)?	1	2	3	4	9	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Puede escuchar la conversación con diversas personas (con o sin audífono, según uso habitual)?	1	2	3	4	9	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

99=NS/NC

Piense acerca de las situaciones a las que puede hacer frente en la vida diaria.

Por favor ignore problemas temporales

P11. Funcionales físicas

	Sí, sin ninguna dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	No, en absoluto	NS/NC	[Si ha respondido 2,3 o 4] P11.1 ¿Desde cuándo tiene esta limitación? Años Meses
¿Puede caminar 500 m sobre un terreno llano sin ayuda para andar?	1	2	3	4	9	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Puede subir y bajar un tramo de escaleras sin ayuda?	1	2	3	4	9	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Puede usar los dedos para coger o manipular un objeto pequeño como un bolígrafo sin ayuda?	1	2	3	4	9	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Puede morder y masticar alimentos duros como una manzana?	1	2	3	4	9	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

99=NS/NC

P12. Funcionales cognitivas

	Sí, sin ninguna dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	No, en absoluto	NS/NC	[Si ha respondido 2,3 o 4] P12.1 ¿Desde cuándo tiene esta limitación? Años Meses
[Solo para >44años] ¿Puede recordar (acontecimientos recientes, tomar los medicamentos, tareas del hogar...) o concentrarse ?	1	2	3	4	9	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

99=NS/NC

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre **actividades básicas de la vida diaria: cuidado personal** y que algunas personas tienen dificultades para **realizarlas**. Por favor, ignore los problemas temporales.

P13. ¿Usualmente realiza las siguientes actividades sin dificultad y por usted mismo/a?

	Sí, sin dificultad	Sí, con alguna dificultad	Sí, con mucha dificultad	No puedo llevarlo a cabo por mí mismo/a	NS/NC
Alimentarse por usted mismo/a	1	2	3	4	9
Levantarse o acostarse de una cama o silla	1	2	3	4	9
Vestirse o desvestirse	1	2	3	4	9
Utilizar el servicio, aseos	1	2	3	4	9
Bañarse y ducharse	1	2	3	4	9

Si P13= 1 o 9 en todas las actividades, pasar a P17

P14. Usualmente para estas actividades de su cuidado personal ¿tiene ayuda? [Respuesta múltiple]

- ☐ 1 Sí, ayuda técnica (al menos en una actividad)
☐ 2 Sí, asistencia personal (al menos en una actividad)
☐ 3 Sí, vivienda adaptada
☐ 4 No, realizo todas las actividades por mí mismo/a [Pasar a P16]
☐ 9 NS/NC [Pasar a P16]

P15. ¿Considera que esta ayuda satisface sus necesidades?

- ☐ 1 Sí [Pasar a P17]
☐ 2 No, al menos en una de las actividades
☐ 9 NS/NC

P16. ¿Necesitaría (más) ayuda?

- ☐ 1 Sí, al menos en una de las actividades
☐ 2 No
☐ 9 NS/NC

Piense en las **actividades de la vida diaria en el hogar**, por favor ignore los problemas temporales

P17. ¿Generalmente realiza las siguientes actividades sin dificultad y totalmente por usted mismo/a?

	Sí, sin dificultad	Sí, con alguna dificultad	Sí, con mucha dificultad	No puedo llevarlo a cabo por mí mismo/a	NS/NC
Usar el teléfono (buscar número, marcar, responder la llamada)	1	2	3	4	9
Hacer toda la compra (comprar comida, ropa...)	1	2	3	4	9
Preparar comidas	1	2	3	4	9
Tomar la medicación (dosis, momento ...)	1	2	3	4	9
Tareas ligeras de la casa (hacer camas, lavar platos, planchar, cuidar de los niños ...)	1	2	3	4	9
Tareas pesadas de la casa (caminar y cargar con compras pesadas más de 5 minutos, mover muebles pesados, limpieza a fondo, fregar suelo, limpieza de ventanas y similares)	1	2	3	4	9
Hacerse cargo de su dinero y de las tareas administrativas diarias	1	2	3	4	9

Si P17= 1 o 9 en todas las actividades, pasar a P21

P17.1. [Solo para P17= 4] **¿Por qué?**

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Principalmente, por razones de salud, invalidez o por vejez |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Principalmente, por otras razones (nunca me he ocupado de hacerlo, etc.) |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P18. Usualmente para estas actividades de la vida diaria en el hogar ¿tiene ayuda? [Respuesta múltiple]

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, ayuda técnica (al menos en una actividad) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, asistencia personal (al menos en una actividad) |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Sí, vivienda adaptada |
| 4 | <input type="checkbox"/> | No, realizo todas las actividades por mí mismo/a [Pasar a P20] |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC [Pasar a P20] |

P19. ¿Considera que esta ayuda satisface sus necesidades?

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí [Pasar a P21] |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No, al menos en una de las actividades |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P20. ¿Necesitaría (más) ayuda?

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, al menos en una de las actividades |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

5. ACCIDENTES

P21. Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido algún accidente de cualquier tipo (incluido accidente de tráfico, intoxicación o quemadura)?

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No [Pasará a P26] |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC [Pasará a P26] |

P22. Y refiriéndonos en concreto al último accidente o al más grave que haya tenido (si es que ha tenido varios en los últimos doce meses), ¿dónde tuvo lugar?

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | En casa, escaleras, portal, etc. |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Accidente de tráfico en calle o carretera, como peatón |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Accidente de tráfico en calle o carretera, como pasajero/a o conductor/a |
| 4 | <input type="checkbox"/> | En la calle, pero no fue un accidente de tráfico |
| 5 | <input type="checkbox"/> | En el trabajo |
| 6 | <input type="checkbox"/> | En el lugar de estudio |
| 7 | <input type="checkbox"/> | En una instalación deportiva, zona recreativa o de ocio |
| 8 | <input type="checkbox"/> | En otro lugar |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P23. ¿Qué efecto o daño le produjo ese accidente?

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Contusiones, hematomas, esguinces-luxaciones o heridas superficiales. |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Fracturas o heridas profundas |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Envenenamiento o intoxicación |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Quemaduras |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Otros efectos |
| 6 | <input type="checkbox"/> | No le produjo daños |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P24. Como consecuencia de ese accidente

- | | | |
|---|--------------------------|---------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Consultó a un médico/a o enfermero/a |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Acudió a un servicio de urgencias |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Ingresó en un hospital |
| 4 | <input type="checkbox"/> | No fue necesario asistencia sanitaria |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P25. ¿Le han quedado problemas físicos o mentales?

- | | | |
|---|--------------------------|-------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

6. COVID-19

Las siguientes preguntas se refieren a la epidemia del coronavirus (COVID-19).

P26. ¿En relación con la infección por COVID-19? [Mostrar tarjeta]

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Me contagié y estuve hospitalizado/a |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Me contagié, di prueba positiva y tuve síntomas |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Me contagié, di prueba positiva y no tuve síntomas |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Posiblemente me contagié, no me hicieron la prueba, y no tuve síntomas o fueron leves |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Creo que no me contagié, pero sí que tuve contacto estrecho e hice cuarentena |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Creo que no me contagié, tampoco tuve contacto, ni hice cuarentena |

P27. [Solo si P26= 1,2] **¿Cuánto tiempo duraron o duran sus síntomas?:**

Días Semanas Meses 99=NS/NC

P28. ¿En qué grado le ha afectado cumplir con las siguientes medidas durante la pandemia?

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho	NS/NC
Uso de mascarilla en la calle y espacios públicos	1	2	3	4	5	9
Uso de mascarilla en el centro de trabajo o educativo	1	2	3	4	5	9
Límite del n.º de personas en reuniones familiares/amigos	1	2	3	4	5	9
Limitación del horario y/o cierre de bares y restaurantes	1	2	3	4	5	9
Restricción de movilidad entre zonas geográficas	1	2	3	4	5	9
Cierre de parques y jardines	1	2	3	4	5	9
Cuarentena por contacto directo con positivo por COVID	1	2	3	4	5	9
Toque de queda	1	2	3	4	5	9

7. CONSUMO DE MEDICAMENTOS

P30. En las últimas dos semanas ha consumido algún medicamento...

Incluye los medicamentos a base de hierbas, medicamentos homeopáticos o suplementos dietéticos (como vitaminas, minerales o tónicos), píldoras anticonceptivas utilizadas para propósitos diferentes a la anticoncepción, y hormonas (que no sea para contracepción).

Excluye para las mujeres, las píldoras anticonceptivas u hormonas utilizadas únicamente para contracepción.

	Sí	No	NS/NC
No prescrito por el/la médico/a	1	2	9
Prescrito por el/la médico/a	1	2	9

[Si P30a y P30b = 2 o 9, pasar a P33]

Del siguiente listado de medicamentos, por favor dígame, ¿cuál o cuáles ha consumido en las últimas dos semanas y cuáles le fueron recetados por el/la médico/a. [Para cada uno de los medicamentos en caso de responder "Sí", pasar a P31.1 y en caso de responder "No" o "NS/NC", pasar al medicamento siguiente.]

Medicamentos para...	P31. Ha consumido			P31.1 Le ha recetado el/la médico/a		
	Sí	No	NS/NC	Sí	No	NS/NC
Dolor	1	2	9	1	2	9
Alergia (rinitis, eccema...)	1	2	9	1	2	9
Catarro, gripe, garganta	1	2	9	1	2	9
Bajar la fiebre	1	2	9	1	2	9
Vitaminas, minerales	1	2	9	1	2	9
Adelgazar	1	2	9	1	2	9
Antibióticos	1	2	9	1	2	9
Asma	1	2	9	1	2	9
Estómago y/o otras alteraciones digestivas	1	2	9	1	2	9
Pastillas para dormir	1	2	9	1	2	9
Depresión	1	2	9	1	2	9
Tensión o ansiedad	1	2	9	1	2	9
Bajar el colesterol en sangre	1	2	9	1	2	9
Bajar la tensión arterial	1	2	9	1	2	9
Diabetes	1	2	9	1	2	9
Tiroides	1	2	9	1	2	9
Corazón y la circulación cerebral	1	2	9	1	2	9
Otros (especificar) _____	1	2	9	1	2	9

P32. Por favor, dígame también si ha consumido en las últimas dos semanas...

	Sí	No	NS/NC
Productos homeopáticos	1	2	9
Productos naturistas	1	2	9

8. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

COBERTURA SANITARIA

P33. De las siguientes modalidades de aseguramiento sanitario, ¿de cuál es usted titular o beneficiario? [No se incluyen las mutuas obligatorias de accidentes de trabajo, los seguros escolares o de las federaciones deportivas, seguros dentales o de viajes]

1	<input type="checkbox"/>	Sistema Valenciano de Salud (SVS)
2	<input type="checkbox"/>	Mutua de funcionariado de afiliación obligatoria (MUFACE;ISFAS;MUGEJU) con prestación sanitaria a través del SVS
3	<input type="checkbox"/>	Mutua de funcionariado de afiliación obligatoria (MUFACE;ISFAS;MUGEJU) con prestación sanitaria a través de un seguro médico privado
4	<input type="checkbox"/>	No tiene seguro médico [Pasar a P34]
5	<input type="checkbox"/>	Otras situaciones [Pasar a P34]
99	<input type="checkbox"/>	NS/NC [Pasar a P34]

P33.1. [Solo si P33= 1, 2 o 3] **Y además es titular o beneficiario de...** [No se incluyen las mutuas obligatorias de accidentes de trabajo, los seguros escolares o de las federaciones deportivas, seguros dentales o de viajes]

Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguro médico privado, concertado individualmente (Adeslas, Asisa, Sanitas, Axa ...)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguro médico privado, concertado por su empresa (Adeslas, Asisa, Sanitas, Axa ...)

CONSULTAS A SERVICIOS DE SALUD

P34. En los últimos 12 meses, ¿qué servicio sanitario ha consultado por un problema, molestia o enfermedad para usted mismo de los que a continuación se detallan? [Si ha consultado el mismo servicio, tanto público como privado, poner el más frecuentemente utilizado]

	Público	Privado	No	NS/NC
a. Consulta de medicina general o médico/a de familia o pediatra	1	2	3	9
b. Consulta médico/a especialista (excluyendo dentista)	1	2	3	9
c. Dentista, higienista dental	1	2	3	9
d. Enfermería, matrona	1	2	3	9
e. Fisioterapeuta	1	2	3	9
f. Trabajador/a social	1	2	3	9
g. Psicólogo/a Psicoterapeuta	1	2	3	9

P34.1. Por favor, dígame también si ha consultado otros servicios (naturistas, homeópatas, osteópatas etc.) en últimos 12 meses...

1	<input type="checkbox"/>	Sí
2	<input type="checkbox"/>	No
9	<input type="checkbox"/>	NS/NC

Si P34 a o b = 3 o 9, pasar a P37

P35. [Solo si P34a= 1 o 2] **En las últimas cuatro semanas, ¿ha consultado con un médico/a general o de familia (personalmente o por teléfono) por algún problema, molestia o enfermedad suya?** [Si ha consultado el mismo servicio, tanto público como privado, poner el más frecuentemente utilizado]

1	<input type="checkbox"/>	Sí, público
2	<input type="checkbox"/>	Sí, privado
3	<input type="checkbox"/>	No
9	<input type="checkbox"/>	NS/NC

P35.1. [Si P35= 1 o 2] **¿Cuántas veces?** ☐ ☐ 99=NS/NC

P36. [Solo si P34b= 1 o 2] **En las últimas cuatro semanas, ¿ha consultado con un médico/a especialista (personalmente o por teléfono) por algún problema, molestia o enfermedad suya?**
[Si ha consultado el mismo servicio, tanto público como privado, poner el más frecuentemente utilizado]

- | | | |
|---|--------------------------|-------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, público |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, privado |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P36.1. [Si P36= 1 o 2] **¿Cuántas veces?** 99=NS/NC

URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN

P37. **En los últimos 12 meses, ¿qué servicio sanitario ha utilizado por un problema, molestia o enfermedad para usted mismo de los que a continuación se detallan?** [Si ha visitado el mismo servicio, tanto público como privado, poner el más frecuentemente utilizado]

	Público	Privado	No	NS/NC
a. Urgencias de atención primaria	1	2	3	9
b. Urgencias de un centro hospitalario	1	2	3	9
c. Hospital de día	1	2	3	9
d. Ingreso hospitalario	1	2	3	9
e. Mutua de accidentes o servicio médico /de prevención en la empresa	1	2	3	9

[Sólo si P37c o d= 1 o 2]

P37.c.1 N.º veces:

P37.d.1 N.º ingresos:

99=NS/NC

P38. [Solo si P37a o b = 1 o 2] **En relación con la última visita a un servicio de urgencias, ¿cuál fue el motivo de su consulta?**

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Me derivó el médico/a |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Creía tener un problema de salud grave |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Tenía un problema de salud leve, pero era más cómodo ir a urgencias |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Tenía un problema de salud leve que necesitaba asistencia inmediata |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Tenía un problema de salud y no sabía su importancia |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P39. [Solo si P37 d= 1 o 2] **En relación con el último ingreso hospitalario, ¿cuál fue el motivo de su ingreso en el hospital?**

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Intervención quirúrgica |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Estudio médico para un diagnóstico |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Tratamiento médico sin intervención quirúrgica |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Parto (incluye cesárea) |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Otros motivos |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

ASISTENCIA A DOMICILIO

P40. [Preguntar solo a los mayores de 74 años o si P9= 1 o 2] **En los últimos doce meses, ¿ha utilizado usted alguno de los servicios sociales que a continuación se detallan?** [Si ha utilizado el mismo servicio, tanto público como privado, marcar el más frecuentemente utilizado]

	Sí, público	Sí, privado	No	NS/NC
Apoyo en el aseo y cuidado personal	1	2	3	9
Actividades y tareas que se realizan de forma cotidiana en el hogar: preparar comida, ropa, limpieza y mantenimiento de la vivienda	1	2	3	9
Comida a domicilio	1	2	3	9
Teleasistencia	1	2	3	9
Acompañamiento fuera del hogar	1	2	3	9

Solo si P5= 1 y P34 a-g= 1 o 2

EXPERIENCIA DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD

P41. Las siguientes preguntas pretenden recoger su experiencia como paciente relacionada con la atención que ha recibido en los últimos 12 meses para los problemas de salud por los que ha sido atendido. Responda las siguientes preguntas mostrando la frecuencia con la que le ocurren este tipo de situaciones.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	NS/NC
3. Le ayudan a informarse por internet ¿Le dicen como informarse por internet? ¿le informan sobre páginas web y foros para conocer mejor su enfermedad, su tratamiento y las consecuencias que pueden tener en su vida?	1	2	3	4	5	9
4. Ahora sabe cuidarse mejor ¿Siente que con el apoyo de sus profesionales ahora sabe cuidarse mejor, manejar mejor sus problemas de salud y mantener su autonomía?	1	2	3	4	5	9
6. Acuerdan objetivos para llevar una vida sana y controlar mejor su enfermedad ¿Acuerda con los/as profesionales que le atienden objetivos concretos sobre alimentación, ejercicio físico y cómo tomar adecuadamente la medicación para controlar mejor su enfermedad?	1	2	3	4	5	9
10. Le informan de recursos sanitarios y sociales que le pueden ayudar ¿Le informan de los recursos sanitarios y sociales de que hay donde usted vive (barrio, ciudad o pueblo) y que puede utilizar para mejorar sus problemas de salud y para cuidarse mejor?	1	2	3	4	5	9
11. Le animan a hablar con otros pacientes ¿Le animan a participar en grupos de pacientes y/o actividades para compartir información y experiencias sobre cómo cuidarse y mejorar su salud?	1	2	3	4	5	9

NECESIDAD DE ASISTENCIA SANITARIA NO CUBIERTA

Las siguientes preguntas hacen referencia a las ocasiones en que sintió la necesidad de recibir asistencia sanitaria (consulta médica, dentista, fisioterapeuta, psicólogo/a, prueba diagnóstica, medicación, etc.) y por diferentes motivos no la recibió.

P42. En los últimos doce meses, ¿alguna vez ha necesitado asistencia sanitaria y no la ha recibido?

1	<input type="checkbox"/>	Sí, he necesitado asistencia sanitaria y no la he recibido
2	<input type="checkbox"/>	Sí, he necesitado asistencia sanitaria y la he recibido [Pasar a P44]
3	<input type="checkbox"/>	No he necesitado asistencia sanitaria [Pasar a P44]
9	<input type="checkbox"/>	NS/NC [Pasar a P44]

P43. ¿Cuál ha sido la causa principal por la que no ha recibido esa asistencia? [No se leen las opciones. Señale aquella que le facilite espontáneamente, siempre que coincida con alguna de las opciones del 1 al 6. Si la respuesta no coincide con ninguna de estas opciones, señale la alternativa 7 "Otras razones"]

1	<input type="checkbox"/>	No me lo podía permitir (demasiado caro o no cubierto por el seguro)
2	<input type="checkbox"/>	Había que esperar demasiado tiempo
3	<input type="checkbox"/>	No disponía de tiempo debido al trabajo, al cuidado de los/as niños/as o de otras personas
4	<input type="checkbox"/>	Demasiado lejos para viajar/sin medios de transporte
5	<input type="checkbox"/>	Quise esperar y ver si el problema mejoraba por sí solo
6	<input type="checkbox"/>	Otras razones P43.6.a ¿Cuál fue el motivo? Especificar _____
9	<input type="checkbox"/>	NS/NC

P43.1. [Solo si P43= 1] **¿Qué tipo de atención sanitaria ha necesitado y no ha recibido por motivos económicos?**

	Sí	No	NS/NC
a) Atención médica	1	2	9
b) Atención dental	1	2	9
c) Algún medicamento que le habían recetado	1	2	9
d) Atención de salud mental (consulta a psicología o psiquiatría, p. ej.)	1	2	9
e) Alguna prestación exoprotésica: gafas, audífonos, silla de ruedas, andadores, etc.	1	2	9

PRÁCTICAS PREVENTIVAS

P44. ¿Utiliza usted medios de protección solar (crema con fotoprotector solar, gorra, gafas de sol...) cuando realiza actividades de ocio o de trabajo al aire libre (en la playa, en la montaña, en el campo)?

1	<input type="checkbox"/>	Siempre
2	<input type="checkbox"/>	A veces
3	<input type="checkbox"/>	Nunca
4	<input type="checkbox"/>	No realizo este tipo de actividades al aire libre
9	<input type="checkbox"/>	NS/NC

P45. ¿Le han realizado alguna vez, una de las siguientes mediciones un profesional sanitario?

	Nunca	En los últimos 12 meses	Más de 1 año, pero no más de 2	Más de 2 años, pero no más de 3	Más de 3 años, pero no más de 4	Más de 4 años, pero no más de 5	Más de 5 años	NS/NC
Toma de tensión arterial	1	2	3	4	5	6	7	9
Azúcar en sangre	1	2	3	4	5	6	7	9
Colesterol en sangre	1	2	3	4	5	6	7	9

Ahora me gustaría que me dijera si se ha realizado alguna de estas pruebas **como medida preventiva** (detección precoz de cáncer), es decir, sin estar enfermo o requerir atención médica:

P46. [Solo de 50 a 69 años] **¿Alguna vez se ha realizado una prueba de sangre oculta en heces?**

- | | | |
|---|--------------------------|---------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Nunca |
| 2 | <input type="checkbox"/> | En los últimos 12 meses |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Más de 1 año, pero no más de 2 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Más de 2 años, pero no más de 3 |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Hace más de 3 años |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

Solo para mujeres

P47. [Solo de 45 a 69 años] **¿Alguna vez le han hecho una mamografía?**

- | | | |
|---|--------------------------|------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Nunca |
| 2 | <input type="checkbox"/> | En los últimos 12 meses |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Más 1 año, pero no más de 2 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Más 2 años, pero no más de 3 |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Hace más de 3 años |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P48. [Solo de 25 a 65 años] **¿Alguna vez le han hecho una citología vaginal o una prueba de detección del virus del papiloma humano (VPH)?**

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, las dos pruebas |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Si, solo citología vaginal |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Sí, solo detección del virus del papiloma humano (VPH) [Pasar a P50] |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Nunca [Pasar a P51] |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC [Pasar a P51] |

P49. [Solo si P48= 1 o 2] **¿Cuándo fue la última que vez le hicieron una citología vaginal?**

- | | | |
|---|--------------------------|------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Nunca |
| 2 | <input type="checkbox"/> | En los últimos 12 meses |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Más 1 año, pero no más de 2 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Más 2 años, pero no más de 3 |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Más 3 años, pero no más de 4 |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Más 4 años, pero no más de 5 |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Hace 5 años o más |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P50. [Solo si P48=1 o 3] **¿Cuándo fue la última que vez le hicieron una prueba de detección del virus del papiloma humano (VPH)?**

- | | | |
|---|--------------------------|------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Nunca |
| 2 | <input type="checkbox"/> | En los últimos 12 meses |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Más 1 años, pero no más de 2 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Más 2 años, pero no más de 3 |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Más 3 años, pero no más de 4 |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Más 4 años, pero no más de 5 |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Más 5 años, pero no más de 6 |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Hace 6 años o más |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

ALFABETIZACIÓN EN SALUD

P51. En una escala de “muy fácil” a “muy difícil”, indique cuál es el grado de dificultad que encontraría para realizar las siguientes actividades: [Leer y mostrar la tarjeta con la escala – una respuesta por línea]

	Muy fácil	Fácil	Difícil	Muy difícil	NS/NC
Encontrar información sobre los tratamientos asociados a las enfermedades que son de su interés	1	2	3	4	9
Averiguar dónde conseguir ayuda profesional cuando se encuentra enfermo/a <i>(por ejemplo: un médico/a, farmacéutico/a o psicólogo/a)</i>	1	2	3	4	9
Entender lo que le dice el médico/a	1	2	3	4	9
Entender las instrucciones del médico/a o farmacéutico/a sobre cómo tomar las medicinas recetadas	1	2	3	4	9
Valorar cuándo puede necesitar una segunda opinión de otro médico/a	1	2	3	4	9
Utilizar la información proporcionada por el médico/a para tomar decisiones sobre su enfermedad	1	2	3	4	9
Seguir las instrucciones de su médico/a o farmacéutico/a	1	2	3	4	9
Encontrar información sobre la manera de abordar problemas de salud mental como el estrés o la depresión	1	2	3	4	9
Comprender las advertencias sanitarias relacionadas con hábitos como fumar, hacer poco ejercicio físico o beber alcohol en exceso	1	2	3	4	9
Comprender por qué necesita hacerse pruebas de detección precoz de enfermedades o chequeos médicos <i>(por ejemplo: mamografía, prueba de nivel de azúcar en sangre y tensión arterial)</i>	1	2	3	4	9
Valorar la fiabilidad de la información sobre riesgos para la salud que aparece en los medios de comunicación <i>(por ejemplo: TV, Internet u otros medios de información)</i>	1	2	3	4	9
Decidir cómo protegerse de las enfermedades gracias a la información que proporcionan los medios de comunicación <i>(por ejemplo: periódicos, folletos, Internet u otros medios de información)</i>	1	2	3	4	9
Encontrar actividades que sean buenas para su bienestar mental <i>(por ejemplo: meditación, ejercicio, paseos, pilates, etc.)</i>	1	2	3	4	9
Comprender los consejos sobre salud que dan la familia y los amigos	1	2	3	4	9
Comprender la información proporcionada por los medios de comunicación sobre cómo mejorar su salud <i>(por ejemplo: Internet, periódicos, revistas, etc.)</i>	1	2	3	4	9
Valorar cuáles de sus hábitos diarios afectan a su salud <i>(por ejemplo: costumbres relacionadas con el consumo de alcohol, hábitos alimenticios, ejercicio, etc.)</i>	1	2	3	4	9

USO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN SALUD

P52. Señale si ha utilizado los siguientes servicios relacionados con las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, puestos en marcha por la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, para facilitar el acceso de la ciudadanía al sistema sanitario.

	He usado...		
	Sí	No	NS/NC
Solicitud de cita previa para el/la médico/a general o de familia/pediatra o para enfermería / matrona a través de la web o la app de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública	1	2	9
Consulta no presencial (telefónica, a través del correo electrónico o WhatsApp) con su médico/a o enfermero/a	1	2	9
Carpeta personal de salud: consulta de la historia clínica a través de la web o la app de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública	1	2	9
Información a la ciudadanía de la web o la app de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública	1	2	9

GRADO DE SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS SANITARIOS

P53. [Solo si P34= 1 o P37=1, en cualquiera de los servicios] **¿Cuál es el grado de satisfacción general que tiene con los servicios sanitarios públicos utilizados por usted en los últimos 12 meses?**

- | | | |
|---|--------------------------|---------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Muy satisfactorio |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Satisfactorio |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Insatisfactorio |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Muy insatisfactorio |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

9. HÁBITOS DE VIDA

CONSUMO DE TABACO

P54. ¿Podría decirme si fuma actualmente?

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No fumo ni he fumado nunca / Solo lo he probado [Pasar a P61] |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No fumo, pero he fumado [Pasar a P59] |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Sí fumo, pero no diariamente [Pasar a P56] |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Sí fumo, diariamente |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC [Pasar a P61] |

P55. ¿Qué tipo y cantidad fuma por término medio al día? [Entrevistador/a: marque directamente 0, en todos los tipos de tabaco que el/la entrevistado/a no consume].

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | N.º de cigarrillos (incluido tabaco de liar) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | N.º de pipas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | N.º de puros |

P56. ¿Opina que fuma más, menos o igual que hace un año?

- | | | |
|---|--------------------------|-------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Más |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Menos |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Igual |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P57. Durante los últimos doce meses, ¿cuántos intentos serios de dejar de fumar ha realizado en los que consiguiera estar al menos 24 horas sin fumar?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | N.º de intentos | 99=NS/NC |
|--------------------------|--------------------------|-----------------|----------|

P58. ¿A qué edad empezó a fumar?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|------|----------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Años | 99=NS/NC |
|--------------------------|--------------------------|------|----------|

Solo si P54=2

P59. ¿Por qué motivo fundamentalmente ha dejado de fumar?

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Por enfermedad actual |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Por prevenir enfermedad futura |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Para encontrarme mejor de salud actualmente |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Por ahorrar dinero |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Por dar ejemplo |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Por presiones del entorno |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Por otras razones (embarazo...) |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P60. ¿Cuánto tiempo hace que ha dejado de fumar?

- | | | | | | | |
|------|--------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|----------|
| Años | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Meses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 99=NS/NC |
|------|--------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|----------|

Para menores de 75 años

P61. Durante los últimos doce meses, ¿Alguna vez ha fumado TABACO en pipa de agua (cachimbas, shihas, hookah, narguile)?

- | | | |
|---|--------------------------|-------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Si |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P62. ¿Utiliza o ha utilizado en alguna ocasión el cigarrillo electrónico?

- | | | |
|---|--------------------------|---------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, actualmente |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, pero en el pasado |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Solo lo he probado [Pasará a P65] |
| 4 | <input type="checkbox"/> | No lo ha probado nunca [Pasará a P65] |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC [Pasará a P65] |

P63. ¿Lo utiliza o lo ha utilizado con nicotina?

- | | | |
|---|--------------------------|-------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P64. ¿Por qué motivo o motivos decidió empezar a usar cigarrillos electrónicos? Respuesta múltiple. Máximo tres.

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Dejar o reducir el consumo de tabaco |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Es genial y atractivo |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Podría consumir tabaco en lugares donde fumar tabaco no está permitido |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Es más barato que otros productos de tabaco |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Tus amigos usan cigarrillos-e |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Te gusta el sabor de los cigarrillos-e |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Creer que fumar cigarrillos-e es menos perjudicial que usar tabaco |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Otros |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

CONSUMO DE ALCOHOL

P65. Durante los últimos doce meses, ¿con qué frecuencia ha tomado bebidas alcohólicas de cualquier tipo (es decir, cerveza, vino, licores, bebidas destiladas y combinados u otras bebidas alcohólicas)?

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Diariamente |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 4-6 veces/semana |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 2-3 veces/semana |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Una vez a la semana |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Una vez cada quince días [Pasará a P67] |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Una vez al mes o menos [Pasará a P67] |
| 7 | <input type="checkbox"/> | No en los últimos doce meses, he dejado de tomar alcohol [Pasará a P71] |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Nunca o solamente unos sorbos para probarlo a lo largo de toda la vida [Pasará a P71] |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC [Pasará a P71] |

P66. Durante los últimos doce meses, en una semana en que desarrolló usted su actividad habitual, ¿cuántas bebidas que contengan alcohol consumió a lo largo de la semana?

[Entrevistador/a: "Número de consumiciones" se refiere a la suma de vasos o copas consumidas a lo largo de los cuatro días laborables (de lunes a jueves) o de los tres días del fin de semana (de viernes a domingo), para cada uno de los grupos de bebidas].

P66.1 Consumo de bebidas alcohólicas <u>de lunes a jueves</u>	Número de consumiciones (Total días laborables)
Cerveza	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vino o cava	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aperitivos alcohólicos (vermut, jerez, moscatel...), carajillos (<i>cremat</i> , <i>rebentat</i>), chupitos, mistela, herbero, café-licor y licores de frutas (manzana...)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Combinados (cubatas, agua de Valencia...)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Whisky, coñac, ginebra, vodka, ron, cazalla, y similares	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

P66.2 Consumo de bebidas alcohólicas <u>de viernes a domingo</u>	Número de consumiciones (Total fin de semana)
Cerveza	<input type="text"/> <input type="text"/>
Vino o cava	<input type="text"/> <input type="text"/>
Aperitivos alcohólicos (vermut, jerez, moscatel...), carajillos (<i>cremat</i> , <i>rebentat</i>), chupitos, mistela, herbero, café-licor y licores de frutas (manzana, ...)	<input type="text"/> <input type="text"/>
Combinados (cubatas, agua de Valencia...)	<input type="text"/> <input type="text"/>
Whisky, coñac, ginebra, vodka, ron, cazalla, y similares	<input type="text"/> <input type="text"/>

P67. ¿Opina que consume bebidas alcohólicas más, menos o igual que hace 1 año?

1	<input type="checkbox"/>	Más
2	<input type="checkbox"/>	Menos
3	<input type="checkbox"/>	Igual
4	<input type="checkbox"/>	NS/NC

Solo menores de 75

P68. En esta tarjeta puede observar la equivalencia de las bebidas alcohólicas más comunes con la llamada bebida estándar. De acuerdo con estas equivalencias, podría contestarme ...[Mostrar tarjeta]

(hombres) Durante los últimos doce meses, ¿con qué frecuencia ha tomado 6 o más bebidas estándar en una misma ocasión? (Por “ocasión” entendemos tomar las bebidas en un intervalo aproximado de cuatro a seis horas.)

(mujeres) Durante los últimos doce meses, ¿con qué frecuencia ha tomado 5 o más bebidas estándar en una misma ocasión? (Por “ocasión” entendemos tomar las bebidas en un intervalo aproximado de cuatro a seis horas.)

1	<input type="checkbox"/>	Nunca
2	<input type="checkbox"/>	Menos de una vez al mes
3	<input type="checkbox"/>	Mensualmente
4	<input type="checkbox"/>	Semanalmente
5	<input type="checkbox"/>	A diario o casi a diario
9	<input type="checkbox"/>	NS/NC

P69. ¿A qué edad **comenzó** a consumir bebidas alcohólicas?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Años	99=NS/NC
----------------------	----------------------	------	----------

P70. ¿Algún familiar, amigo, o profesional sanitario ha mostrado **preocupación por su consumo de alcohol, o le ha sugerido que deje de beber?**

1	<input type="checkbox"/>	No
2	<input type="checkbox"/>	Sí, pero no en el curso del último año
3	<input type="checkbox"/>	Sí, en el último año

JUEGO CON DINERO

P71. En los últimos 12m ¿Con qué frecuencia ha jugado dinero?

Jugar dinero (máquinas tragaperras, juegos de cartas o dados, loterías, apuestas deportivas o de animales etc.)

En internet (online) si ha accedido mediante un dispositivo personal (móvil, ordenador, tableta, etc.) a páginas web o aplicaciones de juegos de azar o apuestas con el objetivo de ganar dinero.

Fuera de internet (presencial): Si ha acudido físicamente a establecimientos especializados de azar o apuestas o has utilizado terminales de apuestas en bares u otros establecimientos hosteleros con el objetivo de ganar dinero.

		En Internet	Presencial
1	Nunca he jugado dinero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	No he jugado dinero en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Una vez al mes o menos frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	2-4 veces al mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	2-3 veces a la semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	4 veces o más a la semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99	NS/NC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si P71= 1 o 2 y es menor de 40 años → Pasar a P77

Si P71= 1 o 2 y es mayor de 39 años → Pasar a P81

P72. ¿Cuánto tiempo estuvo jugando dinero en un día cualquiera en los últimos 12 meses?

	En Internet	Presencial
Menos de 30 minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 30 min y 1 hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 1 hora y 2 horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 2 y 3 horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 horas o más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NS/NC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P73. ¿Cuántas veces estuvo jugando dinero durante 2 horas o más en los últimos 12 meses?

	En Internet	Presencial
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menos de 1 vez al mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mensualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semanalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A diario o casi diariamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NS/NC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P74. En los últimos 12 meses, ¿en qué ha jugado dinero? [Marcar una o varias casillas]

	En Internet	Presencial
Loterías (Primitiva, Bonoloto, ONCE, rasca y gana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apuestas deportivas o animales (caballos, perros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máquinas tragaperras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juegos en salas de juego, casino, bingo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NS/NC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P75. ¿Alguna vez ha sentido la necesidad de apostar más y más dinero?

1	<input type="checkbox"/>	Si
2	<input type="checkbox"/>	No
9	<input type="checkbox"/>	NS/NC

P76. ¿Alguna vez ha tenido que mentir a gente importante para usted acerca de cuánto juega?

1	<input type="checkbox"/>	Si
2	<input type="checkbox"/>	No
9	<input type="checkbox"/>	NS/NC

VIDEOJUEGOS

P77. En los últimos 12 meses ¿Con qué frecuencia ha jugado a videojuegos (de estrategia, puzzles, de aventura, de fútbol, de guerra, etc.) usando ordenador, una tableta, una consola, un Smartphone u otro dispositivo electrónico

- | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Nunca [Pasará a la P81] |
| 2 | <input type="checkbox"/> | De 1 a 3 días año [Pasará a la P81] |
| 3 | <input type="checkbox"/> | De 1 a 3 días mes [Pasará a la P81] |
| 4 | <input type="checkbox"/> | De 1 a 4 días semana |
| 5 | <input type="checkbox"/> | De 5 a 7 días/semana |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P78. En el último mes ¿Cuántas horas ha jugado a videojuegos durante ...

		Días laborales	Días no laborales
1	Ninguna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Menos de 2 horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	De 2 a 5 horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	De 6 a 8 horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Más de 8 horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	NS/NC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P79. Durante la última semana ¿Cuántos días ha jugado a videojuegos (de estrategia, puzzles, de aventura, de fútbol, de guerra, etc.) usando ordenador, una tableta, una consola, un Smartphone u otro dispositivo electrónico?

- | | | |
|---|--------------------------|---------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Ninguno |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 1 día |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 2 días |
| 4 | <input type="checkbox"/> | 3 días |
| 5 | <input type="checkbox"/> | 4 días |
| 6 | <input type="checkbox"/> | 5 días |
| 7 | <input type="checkbox"/> | 6 días |
| 8 | <input type="checkbox"/> | 7 días |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P80. ¿En qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre los videojuegos en un ordenador, una tablet, una consola, un smartphone u otro dispositivo electrónico?

	Muy de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	NS/NC
Creo que paso demasiado tiempo jugando a videojuegos	1	2	3	4	5	9
Me pongo de mal humor cuando no puedo jugar a videojuegos	1	2	3	4	5	9
Mis padres o alguien de mi entorno dicen que paso demasiado tiempo jugando a videojuegos	1	2	3	4	5	9

ALIMENTACIÓN

Las siguientes preguntas hacen referencia al consumo habitual en los últimos 12 meses

P81. ¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?

- | | | |
|---|--------------------------|-------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P82. ¿Cuánto aceite de oliva consume al día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc.)? Se mide en cucharadas soperas de aceite

N.º cucharadas soperas al día 99=NS/NC

P83. ¿Con qué frecuencia come verduras u hortalizas?

- | | | |
|---|--------------------------|------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Una o más veces al día |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 4-6 veces a la semana |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 1-3 veces a la semana |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Menos de una vez a la semana |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Nunca |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P83.1. [Si P83= 1] ¿Cuántas raciones toma al día?
1 ración=200g, Guarnición, acompañamiento=1/2 ración

P84. ¿Con qué frecuencia come frutas (excluyendo zumo)?

- | | | |
|---|--------------------------|------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Una o más veces al día |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 4-6 veces a la semana |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 1-3 veces a la semana |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Menos de una vez a la semana |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Nunca |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P84.1. [Si P84= 1] ¿Cuántas raciones toma al día?
1 ración=pieza, 2 cortadas de melón, bol de fresas

P85. ¿Con qué frecuencia consume zumo natural de frutas o verduras?

- | | | |
|---|--------------------------|------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Una o más veces al día |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 4-6 veces a la semana |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 1-3 veces a la semana |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Menos de una vez a la semana |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Nunca |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P86. ¿Con qué frecuencia consume bebidas carbonatadas y / o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, biter)?

- | | | |
|---|--------------------------|------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Una o más veces al día |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 4-6 veces a la semana |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 1-3 veces a la semana |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Menos de una vez a la semana |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Nunca |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P86.1. [Si P86= 1] ¿Cuántas bebidas toma al día?
1 bebida=200ml, un vaso o una lata

P87. ¿Con qué frecuencia consume bebidas energéticas (Red Bull, Monster, Burn, Rockstar)?

- | | | |
|---|--------------------------|------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Una o más veces al día |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 4-6 veces a la semana |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 1-3 veces a la semana |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Menos de una vez a la semana |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Nunca |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P87.1. [Si P87= 1] ¿Cuántas bebidas toma al día?
1 bebida=200ml, un vaso o una lata

P88. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día?

Una ración = 100-150 gramos, Se entiende por carne roja todo tipo de carne, excepto las aves (que no sean de caza) y el conejo. También el embutido de los bocadillos, que cuentan como media ración (son carne roja procesada).

N.º raciones al día 99=NS/NC

P89. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día?

Una ración = 12 gramos, una pastilla que sirven en restaurantes y hoteles

N.º raciones al día 99=NS/NC

P90. ¿Cuántas raciones de legumbres (garbanzos, lentejas, guisantes, frijoles, habas, soja etc.) consume a la semana?

Una ración = un plato (150 g)

N.º raciones a la semana 99=NS/NC

P91. ¿Cuántas raciones de pescado y/o marisco consume a la semana?

Una ración Pescado = 100-150 g), una ración marisco = 4 o 5 piezas o 200 g). Se incluye latas de pescado (atún, sardinas) y los mejillones, berberechos del aperitivo

N.º raciones a la semana 99=NS/NC

P92. ¿Cuántas veces a la semana consume repostería comercial (no hecha en casa) como galletas, cereales con azúcar añadido, flanes, dulces o pasteles?

N.º veces a la semana 99=NS/NC

P93. ¿Cuántas veces a la semana consume frutos secos?

Una ración = 30 g

N.º veces a la semana 99=NS/NC

P94. ¿Consume preferentemente carne de pollo, pavo, o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas?

- | | | |
|---|--------------------------|------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Si |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No consume carne |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P95. ¿Cuántas veces a la semana consume sofrito hecho en casa con vegetales cocinados (tomate, cebolla, puerro, ajo, etc.) elaborados a fuego lento con aceite de oliva para, albóndigas, estofados, “suquets” de pescado, etc. o acompañar platos de pasta, arroz u otros?

N.º veces a la semana 99=NS/NC

P96. ¿Consume cereales integrales (pan integral, pasta integral, arroz integrales)?

- | | | |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Si |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

P97. Habitualmente ¿en su casa se cocina con sal?

- | | | |
|---|--------------------------|-------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P98. ¿Añade sal a los alimentos una vez servidos?

- | | | |
|---|--------------------------|-------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P99. Aproximadamente, ¿cuál es su peso actual descalzo y sin ropa de abrigo?

Kg. 999=NS/NC

P100. Aproximadamente, ¿cuál es su altura descalzo?

cm 999=NS/NC

P101. Teniendo en cuenta su edad, sexo y altura ¿cómo se considera Vd.?

- | | | |
|---|--------------------------|---------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Delgado/a |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Normal |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Con sobrepeso |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Obeso/a |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P102. ¿En la actualidad está siguiendo alguna dieta?

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No [Pasar a P105] |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC [Pasar a P105] |

P103. ¿Por qué motivo? [Respuesta múltiple]

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Para sentirme mejor en general |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Por imagen, estética |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Por problemas de salud |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Por creencias personales (veganismo, religión, ecología, etc.) |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Otras razones (programas de musculación, deporte...) |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P104. ¿Está haciendo su seguimiento algún profesional sanitario?

- | | | |
|---|--------------------------|-------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

ACTIVIDAD FÍSICA

P105. ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor su actividad principal en el centro de trabajo, centro de enseñanza, hogar (labores domésticas)...?

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Estoy sentado/a la mayor parte del tiempo y me desplazo en contadas ocasiones |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Estoy de pie la mayor parte del tiempo sin grandes desplazamientos o esfuerzos físicos |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Combino el estar sentado/a y de pie, no suelo pasar tiempo en la misma postura |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Estoy caminando, llevando algún peso o con desplazamientos frecuentes a pie |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Realizo trabajo pesado o tareas que requieren gran esfuerzo físico |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P106. ¿Cuál de las siguientes posibilidades describe mejor la actividad física que realiza en su tiempo libre?

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No hago nada de ejercicio en mi tiempo libre; mantengo una actividad totalmente sedentaria (oír música, TV, cine, Internet, etc.) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Realizo alguna actividad física o deportiva suave de manera <u>ocasional</u> (pasear, ir en bici, gimnasia ligera, actividades físicas de poco esfuerzo, etc.) |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Realizo una actividad física de forma regular, <u>varias veces al mes</u> (gimnasia, correr, tenis, juegos de equipo, etc.) |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Realizo ejercicio físico <u>varias veces a la semana</u> |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P107. ¿Durante su tiempo libre, ¿normalmente hace toda la actividad física que desearía?

- | | | |
|---|--------------------------|-------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí [Pasar a P109] |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

P108. ¿Por qué? Seleccione el motivo principal.

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Por falta de tiempo debido a mi trabajo |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Por falta de tiempo debido a mis obligaciones familiares o de cuidado |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Porque me lo impiden mis problemas de salud |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Por falta de voluntad |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Porque no dispongo de un lugar adecuado |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Por falta de recursos económicos |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Porque ya hago ejercicio en el trabajo o en el centro de estudios |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Otras razones. Especificar: |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

Las siguientes preguntas se refieren a la actividad física que hace como parte del trabajo, en la casa, para ir de un sitio a otro y también las que hace en su tiempo libre de descanso, ejercicio o deporte.
[Si el la persona entrevistada > 69 años pasar a la P.111]

P109. En los últimos 7 días, ¿cuántos días realizó usted actividades físicas intensas durante al menos 10 minutos seguidos?

Nos referimos a las que requieren un esfuerzo físico fuerte y le hacen respirar mucho más fuerte de lo normal, como levantar objetos pesados, cavar, ejercicios aeróbicos o pedalear rápido en bicicleta.

N.º de días [Si P109=0 o 9 pasar a P111] 9= NS/NC

P110. En uno de esos días, ¿cuánto tiempo en total dedicó a actividades físicas intensas?

N.º de horas Minutos 99= NS/NC

P111. En los últimos 7 días, ¿cuántos días realizó actividades físicas moderadas al menos 10 minutos seguidos?

Nos referimos a las que requieren un esfuerzo físico moderado que le hace respirar algo más fuerte de lo normal, como llevar pesos ligeros, andar en bicicleta a velocidad regular o jugar dobles de tenis. Piense solamente en aquellas que realizó por lo menos durante 10 minutos seguidos. Por favor, no incluya caminar

N.º de días [Si P111=0 o 9 pasar a P113] 9= NS/NC

P112. En uno de esos días, ¿cuánto tiempo en total dedicó a actividades físicas moderadas?

N.º de horas Minutos 99= NS/NC

P113. En los últimos 7 días, ¿cuántos días caminó usted al menos 10 minutos seguidos?

Nos referimos a caminar en el trabajo, en la casa, para ir de un sitio a otro, o lo que paseó por ejercicio físico o placer. Piense solamente en aquellas ocasiones en que caminó por lo menos durante 10 minutos seguidos.

N.º de días [Si P113=0 o 9 pasar a P115] 9= NS/NC

P114. En uno de esos días, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar?

N.º de horas Minutos 99= NS/NC

P115. En una semana de actividad normal, ¿cuántos días realiza actividades específicamente destinadas a fortalecer sus músculos?

N.º de días 9= NS/NC

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que permaneció sentado/a en los últimos 7 días. Incluya el tiempo sentado/a en el trabajo, la casa, en clase, estudiando, leyendo y en el transporte, tiempo libre o viendo la televisión.

P116. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo permaneció sentado/a en un día normal de la semana?

N.º de horas Minutos 99= NS/NC

P117. En ese tiempo que pasa sentado/a, en un día normal ¿acostumbra a hacer pausas, por lo menos cada hora, para levantarse y estirarse o caminar un poco?

- | | | |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

La siguiente pregunta hace referencia SOLO a los desplazamientos para ir de un lado a otro, por ejemplo, para hacer un encargo, para comprar, para ir al trabajo, al cine, al centro cívico, al polideportivo, etc.

P118. ¿En los últimos 12 meses, ¿Qué medio de transporte utiliza habitualmente en sus desplazamientos?

En caso de que la persona use más de un medio de transporte, escoger aquel en el que invierte más tiempo.

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | A pie |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Bicicleta (o patinete sin motor) |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Coche o moto |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Patinete eléctrico/ Bicicleta eléctrica |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Transporte público (autobús, metro, tren, taxi, etc.) |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Otra posibilidad. Especificar: _____ |
| 7 | <input type="checkbox"/> | No me desplazo |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

DESCANSO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que descansa de forma habitual, incluyendo la siesta.

P119. ¿Cuántas horas duerme normalmente al día incluyendo la siesta? (Media aproximada)

N.º de horas

Minutos 99= NS/NC

P120. [Solo si HG3e=1 o 2] ¿Qué tipo de jornada tiene en su trabajo?

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Jornada partida |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Jornada continua por la mañana (por ejemplo de 8 a 15) |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Jornada continua por la tarde (por ejemplo de 13 a 21) |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Jornada continua por la noche [Pasará a P122] |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Turnos de mañana y tarde |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Turnos que incluyen noches |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Jornada irregular o variable según los días |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Otra (especificar): _____ |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P121. Con qué frecuencia usted... [Se excluye a los trabajadores con jornada continua por la noche]

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	A menudo	Siempre	NS/NC
a. ¿Está satisfecho/a con su sueño?	1	2	3	4	5	9
b. ¿Permanece despierto/a todo el día sin quedarse dormido/a? (no incluye la siesta)	1	2	3	4	5	9
c. ¿Duerme (o intenta dormir) entre las 2 y las 4 de la madrugada?	1	2	3	4	5	9
d. Por la noche, ¿pasa menos de 30 minutos despierto? (incluye el tiempo que pasa para quedarse dormido y los despertares nocturnos)	1	2	3	4	5	9
e. ¿Duerme entre 6 y 8 horas al día? (incluyendo la siesta)	1	2	3	4	5	9

10. CONDICIONES DE VIDA Y TRABAJO

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA, BARRIO O PUEBLO

Las siguientes preguntas hacen referencia al entorno donde vive, trabaja y se relaciona.

P122. ¿Cuántos metros cuadrados tiene aproximadamente su vivienda (sin contar terrazas)?

m²

999=NS/NC

P123. ¿Cuánto tiempo hace que vive en este domicilio?

Número de años

Número de meses

99= NS/NC

P124. ¿Alguna persona fuma habitualmente dentro de la vivienda?

1	<input type="checkbox"/>	Sí
2	<input type="checkbox"/>	No
9	<input type="checkbox"/>	NS/NC

P125. ¿Tiene su vecindario alguno de los problemas siguientes?

	Mucho	Algo	Nada	NS/NC
Ruido procedente del exterior de la vivienda	1	2	3	9
Sufre malos olores procedentes del exterior de la vivienda	1	2	3	9
El agua de consumo es de mala calidad	1	2	3	9
Contaminación del aire elevada provocada por alguna industria cercana	1	2	3	9
Contaminación del aire elevada provocada por otras causas	1	2	3	9
Escasez de zonas verdes	1	2	3	9
Poca limpieza en las calles	1	2	3	9
Presencia de animales que causen importantes molestias (gatos, perros, palomas...)	1	2	3	9
Inseguridad ciudadana	1	2	3	9
Barreras arquitectónicas (piso sin ascensor, escaleras en el portal de la vivienda o en su interior...)	1	2	3	9

A continuación, nos gustaría que valorase algunos aspectos del barrio/pueblo en el que vive.

Con esto nos referimos al área alrededor de su casa a la que podría caminar en 10/15 minutos.

P126. Muestre su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones sobre el barrio/pueblo en el que vive

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	NS/NC
Es un entorno adecuado para la práctica de ejercicio físico (pasear, correr...)	1	2	3	4	9
Existen puntos de encuentro y reunión social para la convivencia ciudadana (parque, plaza, local para los mayores, asociación de vecinos...)	1	2	3	4	9
Dispone de instalaciones deportivas y de recreación (polideportivo, piscina...)	1	2	3	4	9
Está bien comunicado mediante transporte público (autobús, tren, metro...)	1	2	3	4	9
Se ofertan actividades culturales y de ocio (deportes, cine, conciertos, charlas, biblioteca, centro musical...)	1	2	3	4	9
Existe una oferta variada de pequeños comercios (panadería, frutería, pescadería, kiosco, reparaciones del hogar...)	1	2	3	4	9

P126.1 ¿Cuál es su nivel de satisfacción con la situación actual en su *barrio/pueblo* respecto de:

	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	No hay	NS/NC
Transporte público (autobús, metro, tranvía...)	1	2	3	4	5	8	9
Carril bici y/o caminos habilitados para ir en bicicleta, a pie o corriendo	1	2	3	4	5	8	9
Instalaciones deportivas y de recreación (polideportivo, piscina, gimnasio...)	1	2	3	4	5	8	9
Espacios naturales (parques, jardines, bosque, campo, playa, río, lago...)	1	2	3	4	5	8	9
Urbanización y mantenimiento (estado de las calles, edificios, solares...)	1	2	3	4	5	8	9
Puntos de encuentro y reunión social para la convivencia ciudadana (parque, plaza, local para mayores, asociación de vecinos...)	1	2	3	4	5	8	9
Actividades culturales y de ocio (cine, conciertos, charlas, biblioteca, centro musical...)	1	2	3	4	5	8	9
Pequeño comercio (panadería, frutería, pescadería, kiosco, reparaciones del hogar...)	1	2	3	4	5	8	9

P127. En su hogar, ¿se adquieren habitualmente los productos frescos (carne, pescado, frutas y verduras)...? [Mostrar tarjeta]

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	NS/NC
En grandes superficies comerciales	1	2	3	4	5	9
En supermercados/autoservicios	1	2	3	4	5	9
En mercados municipales	1	2	3	4	5	9
Tiendas de barrio	1	2	3	4	5	9
Compra telefónica con servicio a domicilio	1	2	3	4	5	9
Compra online	1	2	3	4	5	9

APOYO SOCIAL

P128. A continuación tiene una lista de situaciones que se producen en la vida cotidiana y que otras personas hacen o pueden hacer para ayudarnos. Elija la respuesta que mejor refleje su situación, según una escala de 1 a 5. [Mostrar tarjeta]

	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo	NS/NC
Recibo visitas de mis amigos y familiares	1	2	3	4	5	9
Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	1	2	3	4	5	9
Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	1	2	3	4	5	9
Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	1	2	3	4	5	9
Recibo amor y afecto	1	2	3	4	5	9
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en casa	1	2	3	4	5	9
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	1	2	3	4	5	9
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	1	2	3	4	5	9

Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	1	2	3	4	5	9
Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	1	2	3	4	5	9
Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	1	2	3	4	5	9

P129. En caso de tener un problema personal grave de cualquier tipo ¿con cuántas personas cercanas a usted podría contar?

- | | | |
|---|--------------------------|----------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Ninguna |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 1 o 2 |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 3 a 5 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Más de 5 |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P130. ¿Diría usted, que en general, se puede confiar en la mayoría de la gente, o bien que nunca se es lo bastante prudente cuando trata uno con los demás?

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Se puede confiar en la mayoría de la gente |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Nunca se es lo bastante prudente |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P131. ¿Siente usted que forma parte de la comunidad en la que vive (barrio, pueblo, ciudad, etc.)?

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, normalmente |
| 2 | <input type="checkbox"/> | En algunas ocasiones |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Nunca o casi nunca |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P132. ¿Participa de manera regular en las actividades de algún tipo de asociación voluntaria, como organizaciones políticas, religiosas, medioambientales, clubes deportivos, de cooperación etc.?

- | | | |
|---|--------------------------|-----------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, de manera regular |
| 2 | <input type="checkbox"/> | En algunas ocasiones |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Nunca o casi nunca |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P133. ¿Conoce alguna actividad encaminada a la participación de la gente promovida por su ayuntamiento y/u otra administración pública?

- | | | |
|---|--------------------------|-------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No [Pasar a P135] |

P134. ¿Ha participado en alguna de ellas?

- | | | |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

P135. ¿Se siente solo/a?

- | | | |
|---|--------------------------|----------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Siempre |
| 2 | <input type="checkbox"/> | A menudo |
| 3 | <input type="checkbox"/> | A veces |
| 9 | <input type="checkbox"/> | Nunca |

TRABAJO

[De 16 a 74 años] Solo para HG3e= 1,2,3,4. Si no, pasar a P160.

NOTA: Para las dos preguntas siguientes, si la persona entrevistada es la persona de referencia, no hay que volver a preguntar, sino volcar el contenido de las preguntas HG8 y HG9 en P136 y P137.

P136. ¿Cuál es (era) su ocupación, profesión, oficio? [Encuestador/a, ponga el código CNO 2011 y el nombre de la ocupación]

(Ocupación) _____

(CNO-2011) 999= NS/NC

P137. [Cumplimentar Solo si el encuestado/a NO es la persona de referencia del hogar] **¿Cuál es (era) su situación profesional o de empleo en esa ocupación?** [Mostrar tarjeta]

- | | | |
|----|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Empresario/a o profesional con 10 o más personas asalariadas |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Empresario/a o profesional con menos de 10 personas asalariadas |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Trabajador o profesional autónomo sin personas asalariadas |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Asalariado/ada-Gerente de empresa con 10 o más personas asalariadas |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Asalariado/ada-Gerente de empresa con menos de 10 personas asalariadas |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Asalariado/da-Capataz, supervisor/a o encargado/a |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Otro/a asalariado/a |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Ayuda familiar |
| 9 | <input type="checkbox"/> | Socio/a de una cooperativa o de una sociedad anónima laboral o sociedad laboral limitada |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Otra (especificar) _____ |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

Solo para HG3e= 1 y 2

P138. Globalmente y teniendo en cuenta las condiciones en que realiza su trabajo, indique cómo considera Vd. el nivel de estrés en su trabajo, según una escala del 1 (nada estresante) al 7 (muy estresante)

Nada estresante							Muy estresante	
▼							▼	
1	2	3	4	5	6	7		

P139. Teniendo en cuenta las características de su trabajo remunerado, indique en qué medida considera su trabajo satisfactorio, según una escala del 1 (nada satisfactorio) al 6 (muy satisfactorio)

Nada satisfactorio			Muy satisfactorio		
▼					▼
1	2	3	4	5	6

P140. En general, ¿en qué medida se adapta su horario de trabajo a sus compromisos sociales y familiares fuera del trabajo?

- | | | |
|---|--------------------------|----------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Muy bien |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Bien |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Regular |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Mal |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Muy mal |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

Solo si P137= 4,5,6,7

P141. ¿La semana anterior trabajaba con contrato, al menos, durante una hora a la semana?

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No [Pasará a P158] |

P142. ¿Qué tipo de contrato tiene en su trabajo remunerado principal? [Mostrar tarjeta]

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Contrato indefinido [Pasará a P144] |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Contrato con una empresa de trabajo temporal |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Contrato de aprendizaje, formación o prácticas |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Otro |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P143. ¿Cuál es la duración exacta del contrato en número de años y meses? [Si la persona encuestada ha ido concatenando una serie de contratos, debe responder en relación con su contrato actual.]

Número de años

Número de meses

00= Menos de 1 año

77= No tiene duración exacta

99= NS/NC

P144. ¿Cuántos años lleva trabajando en su empresa u organización actual? [Aclarar si es necesario: Con "empresa" nos referimos a la organización en su conjunto, no a la unidad local. La persona entrevistada debe contar todo el tiempo que lleva trabajando en ella independientemente del contrato o del puesto que tenga.]

Número de años

00= Menos de 1 año

77= No aplicable

99= NS/NC

P145. ¿Existe en su empresa u organización, un sindicato, un comité de empresa o un comité parecido que represente a los empleados? [Aclarar si es necesario: "empresa" a la que pertenece la persona entrevistada, no solo del centro de trabajo local, ni del lugar de trabajo.]

- | | | |
|---|--------------------------|-------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P146. ¿Existen en su empresa u organización, reuniones habituales en las que el personal pueda manifestar sus puntos de vista sobre lo que está ocurriendo en la organización? [Hablamos de la empresa u organización a la que pertenece el entrevistado, no solo del centro de trabajo local y si es el caso tampoco del lugar de trabajo.]

- | | | |
|---|--------------------------|-------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P147. ¿Su superior inmediato le respeta como persona? [Mostrar tarjeta]

- | | | |
|---|--------------------------|-----------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Totalmente de acuerdo |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Parcialmente de acuerdo |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Ni acuerdo ni en desacuerdo |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Parcialmente en desacuerdo |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Totalmente en desacuerdo |
| 7 | <input type="checkbox"/> | No aplicable |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P148. ¿Recibe un trato justo en su lugar de trabajo? [Mostrar tarjeta]

- | | | |
|---|--------------------------|--------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Siempre |
| 2 | <input type="checkbox"/> | A menudo |
| 3 | <input type="checkbox"/> | A veces |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Raramente |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Nunca |
| 7 | <input type="checkbox"/> | No aplicable |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P149. ¿Puede tomarse un descanso cuando lo desea? [Mostrar tarjeta]

- | | | |
|---|--------------------------|--------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Siempre |
| 2 | <input type="checkbox"/> | A menudo |
| 3 | <input type="checkbox"/> | A veces |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Raramente |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Nunca |
| 7 | <input type="checkbox"/> | No aplicable |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P150. ¿Diría que puede arreglárselas para conseguir una o dos horas libres durante su jornada laboral para atender asuntos personales o familiares? [Mostrar tarjeta]

- | | | |
|---|--------------------------|--------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Muy fácil |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Algo fácil |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Algo difícil |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Muy difícil |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P151. ¿Se producen con frecuencia cambios en su horario de trabajo?

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No [Pasar a P153] |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC [Pasar a P153] |

P152. ¿Con cuánto tiempo de antelación se le informa de dichos cambios? [Mostrar tarjeta]

- | | | |
|---|--------------------------|------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, el mismo día |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Sí, el día antes |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Sí, unos días antes |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Sí, con unas semanas de antelación |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Otro |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P153. ¿Con qué frecuencia se le ha pedido entrar a trabajar con poco tiempo de antelación?
[Mostrar tarjeta]

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Todos los días |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Varias veces a la semana |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Varias veces al mes |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Una vez al mes o menos |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Nunca |
| 7 | <input type="checkbox"/> | No aplicable |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P154. Usted trabaja...

	Sí	No	NS/NC
El mismo número de horas todos los días	1	2	99
El mismo número de días todas las semanas	1	2	99
El mismo número de horas todas las semanas	1	2	99
Con un horario fijo de entrada y de salida	1	2	99

P155. ¿Cuáles son sus ingresos mensuales netos de su trabajo principal remunerado? Por favor, refiérase a la media de ingresos de los últimos meses. Si no sabe la cantidad exacta, por favor, dé una estimación. [Solo cuentan los ingresos netos del trabajo principal, no incluir pensiones de jubilación, etc. Si es necesario, explicar que los ingresos mensuales netos son aquellos de los que uno puede disponer después de pagar impuestos y contribuciones a la seguridad social.]

Ingresos mensuales de su trabajo principal en € _____
99= NS/NC

Solo si P155= 99

P156. En lugar de eso, tal vez pueda dar un intervalo aproximado. ¿Qué letra (código) se aproxima más a los ingresos totales netos de su trabajo principal? Utilice la columna de la tabla que conozca mejor: ingresos semanales, mensuales o anuales. [Mostrar tarjeta: Seleccionar el código que corresponda a la respuesta/letras que elija la persona encuestada. Utilice la parte de la tarjeta que mejor conozca.]

	Código	Semanal	Mensual	Anual
1 = D	D	menos de 150 €	menos de 600 €	menos de 7.200 €
2 = B	B	151 a 200 €	601 a 800 €	7.201 a 9.600 €
3 = I	I	201 a 250 €	801 a 1.000 €	9.601 a 12.000 €
4 = O	O	251 a 300 €	1.001 a 1.200 €	12.001 a 14.400 €
5 = T	T	301 a 350 €	1.201 a 1.400 €	14.401 a 16.800 €
6 = G	G	351 a 400 €	1.401 a 1.600 €	16.801 a 19.200 €
7 = P	P	401 a 450 €	1.601 a 1.800 €	19.201 a 21.600 €
8 = A	A	451 a 500 €	1.801 a 2.000 €	21.601 a 24.000 €
9 = F	F	501 a 550 €	2.001 a 2.200 €	24.001 a 26.400 €
10 = E	E	551 a 600 €	2.201 a 2.400 €	26.401 a 28.800 €
11 = Q	Q	601 a 650 €	2.401 a 2.600 €	28.801 a 31.200 €
12 = H	H	651 a 700 €	2.601 a 2.800 €	31.201 a 40.800 €
13 = I	I	701 a 850 €	2.801 a 3.400 €	40.801 a 55.200 €
14 = J	J	851 € o más	3.401 € o más	55.201 € o más
	22	(Rechaza)	(Rechaza)	(Rechaza)
	23	(No lo sabe)	(No lo sabe)	(No lo sabe)

P157. Habitualmente, ¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en su trabajo principal remunerado? [Entrevistador: sin contar el tiempo de la comida y el de desplazamiento para llegar al trabajo y volver - si 30 minutos o más, redondear al alza hasta la siguiente hora.]

Número de horas a la semana:
99= NS/NC

Solo para HG3e= 3 y 4

P158. ¿Por qué motivo dejó o perdió su trabajo?

- | | | |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Por motivos de salud |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Por motivos familiares |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Por finalización del contrato |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Por cambios organizativos o económicos en la empresa |
| <input type="checkbox"/> | 5 | Por despido |
| <input type="checkbox"/> | 6 | Por otro motivo. Especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 9 | NS/NC |

P159. ¿Cuánto tiempo lleva en paro ininterrumpidamente?

Indique su duración años meses
99= NS/NC

CUIDADOS INFORMALES Y TAREAS DOMÉSTICAS

P160. ¿En su hogar viven personas que necesiten ayuda para su cuidado, como, por ejemplo: menores de 15 años, mayores de 74 años o por razón de discapacidad o limitación? [Respuesta múltiple]

☐

No [Pasar a P162]

☐

Menores de 15 años [Indicar miembro del hogar] N.º: _____

☐

Mayores de 74 años [Indicar miembro del hogar] N.º: _____

☐

Por razones de discapacidad o limitación [Indicar miembro del hogar] N.º: _____

P161. ¿Quién se ocupa habitualmente de su cuidado? [Respuesta múltiple en horizontal].

En la misma tabla indique el número de horas de cuidados que le dedica Vd. en cada caso, si procede.

Menores de 15 años	Mayores de 74 años	Limitación o discapacidad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es 6: N.º persona del hogar		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1=Vd. Solo/a (la persona encuestada)
 3=Vd. y su pareja
 4=Vd. y otra persona que no es su pareja

2= Su pareja solo/a
 5= Una persona contratada
 6= Otra persona que reside en el hogar
 7= Una persona no familiar que NO reside en el hogar
 8= Una persona familiar que NO reside en el hogar
 9= Los servicios sociales

P161.1. ¿Cuántas horas al día dedica Vd. a su cuidado?

	Menores de 15 años	Mayores de 74 años	Limitación o discapacidad
De lunes a viernes (poner las horas al día sin sumar los días)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Sábado y domingo (poner n.º de horas de cuidados sumadas horas sábado + horas domingo)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

99= NS/NC

P162. ¿Se desplaza a otro domicilio para cuidar a alguien de forma no remunerada? En caso afirmativo indique si son niños menores de 15 años, personas mayores de 74 años o bien personas con alguna discapacidad o limitación.

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>

Sí [Pasar a P162.1]

No [Pasar a P163]

NS/NC [Pasar a P163]

P162.1. [Solo si P162=1] ¿Cuántas horas al día dedica Vd. a su cuidado?

	Menores de 15 años	Mayores de 74 años	Limitación o discapacidad
De lunes a viernes (poner las horas al día sin sumar los días)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Sábado y domingo (poner n.º de horas de cuidados sumadas horas sábado + horas domingo)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

99= NS/NC

P163. ¿Opina Vd. que el hecho de cuidar a estas personas repercute en la salud de la persona cuidadora? (incluye tanto repercusión física, psíquica y social)? Escala de +4 repercusión muy positiva a -4 repercusión muy negativa, siendo 0 neutro.

<input type="checkbox"/>	Física
<input type="checkbox"/>	Psíquica
<input type="checkbox"/>	Social

Muy negativa								Muy positiva				
▼								▼				
-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	9=NS/NC			

P164. En su casa ¿quién se ocupa principalmente de las tareas del hogar, como fregar, cocinar, planchar, etc.?

En la misma tabla indique el número de horas que dedica Vd. a estas tareas, si procede.

Tareas del hogar <input type="checkbox"/>	←	1=Vd. Solo/a (la persona encuestada) 3=Vd. y su pareja 4=Vd. y otra persona que no es su pareja	2= Su pareja solo/a 5= Una persona contratada 6= Otra persona que reside en el hogar 7= Una persona que NO reside en el hogar 8= Los servicios sociales 9= Otra (especificar) _____
Si la respuesta es 6: N.º persona del hogar			
<input type="checkbox"/>			

P164.1. ¿Cuántas horas al día dedica Vd. a estas tareas?

De lunes a viernes
(poner las horas al día sin sumar los días)

Sábado y domingo
(poner n.º de horas de tareas sumadas horas sábado + horas domingo)

99= NS/NC

IDENTIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO

A continuación se recoge una pregunta sobre aspectos relacionados con la identidad sexual y de género, así como con la atracción física, sexual, emocional y afectiva. Está pensada para recoger la diversidad de situaciones en que se encuentran las personas en este tema.

P165. En relación con este tema, piensa en usted mismo/a como: [Respuesta múltiple: anote dos respuestas como máximo] [Mostrar tarjeta]

1	<input type="checkbox"/>	Heterosexual
2	<input type="checkbox"/>	Homosexual
3	<input type="checkbox"/>	Bisexual
5	<input type="checkbox"/>	Transgénero
6	<input type="checkbox"/>	No binario
7	<input type="checkbox"/>	Otra (especificar)
9	<input type="checkbox"/>	NS/NC

OTROS

P166. En los últimos 12 meses, ¿se ha sentido discriminado/a en alguna ocasión?

- | | | |
|---|--------------------------|-----------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No [Pasará a P168] |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC [Pasará a P168] |

P167. ¿Por qué motivo?

- | | | |
|---|--------------------------|-----------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Raza, origen étnico o color |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Nacionalidad |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Religión |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Edad |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Sexo |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Orientación sexual |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Diversidad funcional |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Lengua |
| 9 | <input type="checkbox"/> | Otro (especificar)_____ |

P168. ¿Ha sido víctima de malos tratos en alguna ocasión?

- | | | |
|---|--------------------------|-----------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No [Pasará a P171] |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC [Pasará a P171] |

P169. ¿De qué tipo y dónde? [Mostrar tarjeta]

- | | |
|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Físicos |
| <input type="checkbox"/> | Psicológicos |
| <input type="checkbox"/> | Sexuales |

1= En su casa
2= En el edificio donde vive
3= En el lugar de trabajo o de estudios
4= En el lugar de ocio o zona deportiva
5= En la calle
6= Otros
9= NS/NC

P170. Los maltratos que ha sufrido han sido: [Mostrar tarjeta]

- | | | |
|---|--------------------------|-----------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | De forma muy habitual |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Frecuentemente |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Esporádicamente |
| 4 | <input type="checkbox"/> | De forma excepcional |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P171. ¿Le han acosado con mensajes o imágenes a través del teléfono móvil o del ordenador en alguna ocasión?

- | | | |
|---|--------------------------|-----------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No [Pasará a P173] |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC [Pasará a P173] |

P172. El acoso que ha sufrido ha sido: [Mostrar tarjeta].

- | | | |
|---|--------------------------|-----------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | De forma muy habitual |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Frecuentemente |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Esporádicamente |
| 4 | <input type="checkbox"/> | De forma excepcional |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

11. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y FAMILIARES

P173. ¿Cuál es su país de nacimiento?

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | España [Pasar a P175] |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Otro (especificar) _____ Código: _____ |

P174. ¿En qué año llegó a España?

_____ año

P175. ¿Pertenece Vd. a algún grupo o minoría étnica?

- | | | | |
|---|--------------------------|-------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí | P175.1. [Solo si P175=1] Especifique cuál: _____ |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No | |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC | |

P176. De los siguientes intervalos, entre cuál se encuentran los ingresos netos de su hogar al mes (sumando todas las fuentes de ingresos de ese hogar) [Mostrar tarjeta]

- | | | |
|---|--------------------------|-----------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Ninguno |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Menor o igual a 600 € |
| 3 | <input type="checkbox"/> | De 601 a 900 € |
| 4 | <input type="checkbox"/> | De 901 a 1.200 € |
| 5 | <input type="checkbox"/> | De 1.201 a 1.800 € |
| 6 | <input type="checkbox"/> | De 1.801 a 2.700 € |
| 7 | <input type="checkbox"/> | De 2.701 a 3.600 € |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Más de 3.600 € |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P177. ¿Dónde se situaría en los siguientes niveles de renta?

- | | | |
|---|--------------------------|------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Alta |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Media alta |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Media |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Media baja |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Baja |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

P178. En relación con el total de ingresos netos mensuales de su hogar, ¿cómo acostumbra a llegar a final de mes?

- | | | |
|---|--------------------------|-----------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Con mucha dificultad |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Con dificultad |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Con cierta dificultad |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Con cierta facilidad |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Con facilidad |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Con mucha facilidad |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |