

CUESTIONARIO DE LA ENCUESTA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MADRID 2013 (ESCM'13)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ENTREVISTADO:

Nombre de la persona entrevistada _____

Buenos días/tardes, le llamo desde el Ayuntamiento de Madrid. En estos momentos estamos llevando a cabo una encuesta de salud para saber las medidas que se pueden tomar para mejorar la salud de los madrileños. Esta encuesta consiste en una serie de preguntas que le voy a formular acerca de sus problemas de salud, estilos de vida y otros aspectos. El cuestionario no le entretendrá más de 20 minutos. Toda la información que usted nos facilite está sujeta a la legislación actual en materia de confidencialidad y protección de datos y será tratada de forma anónima.

DATOS CLASIFICACIÓN (CUOTAS)

Sexo: 1 Hombre 2 Mujer

Edad: _____

Grupo de edad: 3 16-29 4 30-44 5 45-64 6 65+

DEFINICIONES PARA LAS CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR Y LA VIVIENDA

HOGAR: Persona o conjunto de personas que conviven/ocupan en común la vivienda seleccionada, o parte de ella, y consumen y/o comparten alimentos y otros bienes con cargo a un mismo presupuesto.

MIEMBROS DEL HOGAR: Se consideran miembros del hogar todas las personas que, sin ocupar otra vivienda principal, dependen económicamente del hogar seleccionado.

SUSTENTADOR PRINCIPAL: Se considera sustentador principal, el miembro del hogar que aporta periódicamente un mayor número de ingresos al presupuesto común del hogar.

A. (CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR y LA VIVIENDA)

Para comenzar vamos a hablar de las características de su hogar y la vivienda donde reside, para poder así clasificar las entrevistas posteriormente.

A1. ¿Cuántas personas viven en su hogar, INCLUIDO USTED?

A2. De esas ¿cuántos son menores de 16 años?

A3. ¿Cuántos metros útiles tiene la vivienda aproximadamente?

_____ m²

NS/NC

A4. ¿Tienen actualmente en su vivienda algún animal de compañía?
(admite respuesta múltiple)

- No 1
- Sí, perro/s 2
- Sí, gato/s 3
- Sí, hámster, cobayas u otros roedores 4
- Sí, otros mamíferos 5
- Sí, aves..... 6
- Sí, peces 7
- Sí, tortugas o reptiles..... 8

Sí, anfibios (p. ej., ranas)	9
Sí, otros animales	10
(especificar _____)	
NS/NC	99

B. SALUD PERCIBIDA Y CALIDAD DE VIDA

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

B1. En general, ¿cómo calificaría su estado de salud en los últimos 12 meses?

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

B2. CALIDAD DE VIDA

Nos interesa su calidad de vida. Le voy a leer la pregunta y ruego me indique su respuesta que debe ir de 1 a 5. Todas las preguntas se refieren a las DOS ÚLTIMAS SEMANAS.

B2.1 Forma Física: Durante las dos últimas semanas, ¿cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante al menos dos minutos?

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

B2.2 Sentimientos: Durante las dos últimas semanas, ¿en qué medida le han molestado los problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?

Nada en absoluto	1
Un poco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Intensamente	5

B2.3 Actividades cotidianas: Durante las dos últimas semanas, ¿cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?

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

B2.4 Actividades sociales: Durante las dos últimas semanas, ¿su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

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

B2.5 Cambio en el estado de salud: ¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace dos semanas?

Mucho mejor	1
-------------------	---

- Un poco mejor2
- Igual, por el estilo.....3
- Un poco peor4
- Mucho peor.....5

B2.6 Estado de salud: Durante las dos últimas semanas, ¿cómo calificaría su salud general?

- Excelente 1
- Muy buena.....2
- Buena3
- Regular4
- Mala.....5

B2.7 Dolor: Durante las dos últimas semanas, ¿cuánto dolor ha tenido?

- Nada de dolor 1
- Dolor muy leve.....2
- Dolor ligero3
- Dolor moderado.....4
- Dolor intenso5

B2.8 Apoyo social: Durante las dos últimas semanas, ¿había alguien dispuesto a ayudarle si hubiera necesitado ayuda? Por ejemplo: *se encontraba nervioso, solo o triste; *caía enfermo y tenía que quedarse en la cama; *necesitaba hablar con alguien; *necesitaba ayuda con las tareas de la casa; *necesitaba ayuda para cuidar de sí mismo.

- Sí, todo el mundo estaba dispuesto a ayudarme 1
- Sí, bastante gente.....2
- Si, algunas personas3
- Sí, alguien había.....4
- Nadie en absoluto.....5

B2.9 Calidad de vida: ¿Qué tal le han ido las cosas en las dos últimas semanas?

- Estupendamente, no podían ir mejor 1
- Bastante bien.....2
- A veces bien, a veces mal. Bien y mal a partes iguales3
- Bastante mal.....4
- Muy mal, no podían haber ido peor5

C. MORBILIDAD Y LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD

A continuación voy a leerle una lista con una serie de enfermedades o problemas de salud, para cada de uno de ellos dígame si su médico le ha dicho que lo padece o no.

C1. ¿Tiene alguna enfermedad o problema de salud crónicos o de larga duración? (Entendemos por larga duración si el problema de salud o enfermedad ha durado o se espera que dure 6 meses o más)

- Sí 1
- No2
- No sabe8
- No contesta9

C2. ¿Me podría decir si su médico le ha dicho que padece alguno de los trastornos que le voy a leer? (Sí / No / NS/NC)

	Sí	No	NS/NC
Varices.....	1	2	9
Hipertensión arterial (tensión elevada)	1	2	9
Colesterol elevado.....	1	2	9
Diabetes	1	2	9
Asma o bronquitis crónica	1	2	9
Angina de pecho/infarto.....	1	2	9

Otras enfermedades del corazón.....	1	2	9
Problemas del estómago (úlceras de estómago o duodeno, gastritis) ..	1	2	9
Alergia	1	2	9
Artrosis, artritis o reumatismos	1	2	9
Depresión	1	2	9
Ansiedad.....	1	2	9
Cataratas	1	2	9
Accidentes cerebrovasculares, embolia, ataque cerebral.....	1	2	9
Estreñimiento crónico	1	2	9
Osteoporosis	1	2	9
Enfermedad de Alzheimer o demencia.....	1	2	9
Trastornos de la próstata (sólo hombres).....	1	2	9
Problemas del periodo menopáusico (sólo mujeres).....	1	2	9
Otros (especificar)	1	2	9

FILTRO: SOLO SI "SÍ" en alguna de C2.

C3. Durante los últimos 12 MESES, ¿ha tenido que limitar o reducir la realización de sus actividades habituales a causa de este u otros problemas crónicos?

Sí.....1

No.....2

C4. En las últimas DOS SEMANAS, ¿ha utilizado algún tipo de medicamento (gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, pomadas, etc.)?

Sí.....1

No.....2

NS/NC.....9

C5. ¿Quién le recomendó tomar esos medicamentos?

Mi médico o mi enfermera.....1

Dependiente de la herboristería.....2

Familiares o amigos que lo consumen.....3

Los medios de comunicación.....4

NS/NC.....9

ACCIDENTALIDAD

A continuación nos gustaría saber si....

C6. En los últimos doce meses, ¿ha tenido algún tipo de accidente (incluye intoxicaciones, quemaduras), cuyas heridas necesitaron tratamiento médico para curarlas?

Sí.....1

No.....2

FILTRO: SOLO SI C6=1.

C7. En el último accidente, ¿qué tipo de asistencia médica requirió?

Estuvo ingresado más de 24 horas en un hospital.....1

Estuvo en urgencias de ese hospital.....2

Otro tipo de asistencia médica.....3

FILTRO: SOLO SI C6=1.

C8. Y refiriéndonos en concreto al último accidente que haya tenido (si es que ha tenido varios en los últimos doce meses), ¿dónde tuvo lugar?

En casa, escaleras, portal, etc.1

Accidentes de tráfico en calle o carretera.....2

En la calle, pero no fue un accidente de tráfico.....3

En el trabajo	4
En el lugar de estudio	5
En instalación deportiva, zona recreativa o de ocio	6
En otro lugar	7
No sabe	8
No contesta	9

D. DEPENDENCIA FUNCIONAL

(SÓLO PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS y los menores que respondan "SI" a la siguiente pregunta:)

Ahora nos gustaría conocer si usted...

D1. ¿Tiene reconocida una discapacidad?

Sí	1
No	2

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

D2. Si lo sabe, díganos qué grado de discapacidad tiene reconocido:

_____ %

NS/NC |__|

D3. ¿Puede leer normalmente el periódico o ver la televisión (con gafas o lentillas si las utiliza)?

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

D4. ¿Puede oír lo que se dice en una conversación normal de tres o cuatro personas (con audífono si utiliza)?

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

D5. ÍNDICE DE KATZ (SÓLO PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS):

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre actividades corrientes de la vida de cualquier persona. Dígame si usted es capaz de...

D5.1 Bañarse (con esponja, ducha o bañera)

Independiente. Necesita ayuda para lavarse una sola parte (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda..... 1

Dependiente. Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo; necesita ayuda para salir o entrar en la bañera o no se lava solo 0

D5.2 Vestirse

Independiente: Coge la ropa de armarios y cajones, se pone la ropa, se pone adornos y abrigos; utiliza cremalleras, se excluye el atarse los zapatos 1

Dependiente: No se viste solo o permanece vestido parcialmente 0

D5.3 Usar el retrete

Independiente: Accede al retrete, entra y sale en él; se arregla la ropa; se limpia los órganos excretores (puede utilizar o no soportes mecánicos) 1

Dependiente: Usa orinal o cuña o precisa ayuda para acceder y utilizar el retrete 0

D5.4 Movilidad

Independiente: Entra y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla independientemente (puede usar o no soportes mecánicos) 1

Dependiente: Precisa ayuda para utilizar la cama y/o la silla; no realiza uno o más desplazamientos 0

D5.5 Continencia

Independiente: Control completo de micción y defecación 1

Dependiente: Incontinencia urinaria o fecal parcial o total; control total o parcial mediante enemas, sondas, o el uso reglado de orinales y/o cuñas 0

D5.6 Alimentación

Independiente: Lleva la comida del plato o su equivalente a la boca (se excluye de la evaluación el cortar la carne y la preparación de la comida, como untar mantequilla en pan) 1

Dependiente: Precisa ayuda para el acto de alimentarse (véase arriba); no come en absoluto o nutrición parenteral..... 0

E. SALUD MENTAL

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

E1. ¿DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS HA PODIDO CONCENTRARSE BIEN EN LO QUE HACÍA?

Mejor que lo habitual1

Igual que lo habitual.....2

Menos que lo habitual.....3

Mucho menos que lo habitual.....4

E2. ¿SUS PREOCUPACIONES LE HAN HECHO PERDER MUCHO SUEÑO?

No, en absoluto.....1

No más que lo habitual2

Algo más que lo habitual3

Mucho más que lo habitual4

E3. ¿HA SENTIDO QUE ESTÁ JUGANDO UN PAPEL ÚTIL EN LA VIDA?

Más útil que lo habitual1

Igual que lo habitual.....2

Menos que lo habitual.....3

Mucho menos que lo habitual4

E4. ¿SE HA SENTIDO CAPAZ DE TOMAR DECISIONES?

Más que lo habitual.....1

Igual que lo habitual.....2

Menos que lo habitual.....3

Mucho menos que lo habitual4

E5. ¿SE HA NOTADO CONSTANTEMENTE AGOBIADO Y EN TENSIÓN?

No, en absoluto.....1

No más que lo habitual2

Algo más que lo habitual3

Mucho más que lo habitual4

E6. ¿HA TENIDO LA SENSACIÓN DE QUE NO PUEDE SUPERAR SUS DIFICULTADES?

No, en absoluto.....1

No más que lo habitual2

Algo más que lo habitual3

Mucho más que lo habitual4

E7. ¿HA SIDO CAPAZ DE DISFRUTAR DE SUS ACTIVIDADES NORMALES DE CADA DÍA?

Más que lo habitual.....1

Igual que lo habitual.....2

Menos que lo habitual.....3

Mucho menos que lo habitual4

E8. ¿HA SIDO CAPAZ DE HACER FRENTE ADECUADAMENTE A SUS PROBLEMAS?

Más capaz que lo habitual1

Igual que lo habitual.....2

Menos capaz que lo habitual3

Mucho menos capaz que lo habitual4

E9. ¿SE HA SENTIDO POCO FELIZ O DEPRIMIDO?

No, en absoluto.....1

No más que lo habitual2

Algo más que lo habitual3

Mucho más que lo habitual4

E10. ¿HA PERDIDO CONFIANZA EN SÍ MISMO?

No, en absoluto.....1

No más que lo habitual2

Algo más que lo habitual3

Mucho más que lo habitual4

E11. ¿HA PENSADO QUE USTED ES UNA PERSONA QUE NO SIRVE PARA NADA?

No, en absoluto.....1

No más que lo habitual2

Algo más que lo habitual3

Mucho más que lo habitual4

E12. ¿SE SIENTE RAZONABLEMENTE FELIZ CONSIDERANDO TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS?

Mucho más que lo habitual1

Algo más que lo habitual2

No más que lo habitual3

No, en absoluto.....4

F. HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA Y COBERTURA SANITARIA

ESTADO FÍSICO, EJERCICIO FÍSICO, OCIO Y TIEMPO LIBRE

A continuación le vamos a hacer unas preguntas sobre hábitos de vida que tienen relación con la salud, como las horas de sueño, el consumo de alimentos, la actividad física, etc.

F1. Aproximadamente, ¿cuánto pesa sin zapatos ni ropa?

_____Kg

F2. Aproximadamente, ¿cuánto mide sin zapatos?

_____cm

F3. ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas duerme habitualmente al día? Incluya las horas de siesta.

Nº de horas diarias | _ _ |

F4. Considera que ese número de horas son:

Excesivas1

Muchas2

Las necesarias.....3

Pocas.....4

Muy pocas5

NS/NC9

F5. ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que realiza alguna actividad física en su tiempo libre?

No hago ejercicio, el tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la tele, ir al cine, etc....)1

Hago alguna actividad física o deportiva2
NS/NC9

F6. ¿Normalmente practica usted 30 minutos cada día de actividad física en el trabajo y/o en su tiempo libre (incluida la actividad física normal)? (FINDRISC)

Sí1
No2
NS/NC9

F7. ¿Con cuanta frecuencia come usted vegetales o frutas? (FINDRISC)

Todos los días1
No todos los días2
NS/NC9

CONSUMO DE TABACO

F8. ¿Podría decirme si fuma actualmente?

Sí, diariamente.....1
No actualmente, pero ha fumado antes2
Sí, pero no diariamente3
No fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual4

COBERTURA SANITARIA Y TIPO

**F9. ¿Qué tipo o tipos de cobertura sanitaria posee como titular o beneficiario?
(Entrevistador/a: admite respuesta múltiple)**

Sanidad Pública (Seguridad Social)1
Mutualidades del Estado acogidas a un seguro privado.....2
Mutualidades acogidas a Seguridad Social3
Seguro Privado individual4
Seguro privado a través de su empresa5
No tiene ningún tipo de cobertura médica6
Otros (indicar cuál)7
NS/NC9

G. ACTIVIDADES PREVENTIVAS (A TODOS)

Las próximas preguntas van referidas a ciertos problemas de salud y exámenes médicos.

G1. ¿Se ha vacunado de la gripe en la última campaña?

Sí1
No2
NS/NC9

G2. ¿Ha tomado usted medicación para la Hipertensión con regularidad?

Sí1
No2
NS/NC9

G3. ¿Le han encontrado alguna vez niveles altos de glucosa en sangre, por ejemplo, en un examen médico, durante una enfermedad, durante el embarazo?

Sí1
No2
NS/NC9

G4. ¿A algún miembro de su familia le han diagnosticado diabetes?

No 3

	<u>TIPO I</u>	<u>TIPO II</u>
Sí Abuelos / tíos / primos / hermanos.....	1	2
Sí Padres / hermanos / hijos propios.....	1	2

G5a.1 ¿Se ha realizado Vd. el control de la tensión arterial?

- Sí1
- No2
- NS/NC9

G5b.1 ¿Con que periodicidad se lo ha realizado? (La tensión arterial)

- Alguna vez en la vida.....1
- Al menos cada 5 año2
- Al menos 1 vez cada 1-2 años3
- Con más frecuencia.....4
- NS/NC9

G5a.2 ¿Se ha realizado Vd. el control del colesterol?

- Sí1
- No2
- NS/NC9

G5b.2 ¿Con que periodicidad se lo ha realizado? (El colesterol)

- Alguna vez en la vida.....1
- Al menos cada 5 años2
- Al menos 1 vez cada 1-2 años3
- Con más frecuencia.....4
- NS/NC9

G5a.3 ¿Se ha realizado Vd. el control de la glucosa? (azúcar)

- Sí1
- No2
- NS/NC9

G5b.3 ¿Con que periodicidad se lo ha realizado? (La glucosa (azúcar))

- Alguna vez en la vida.....1
- Al menos cada 5 años2
- Al menos 1 vez cada 1-2 años3
- Con más frecuencia.....4
- NS/NC9

Ahora vamos a hablar de la prueba de detección de sangre oculta en heces, esta prueba es utilizada para descubrir signos de cáncer u otros problemas de salud.

G6. ¿Cuándo se hizo una prueba o examen de sangre oculta en heces por última vez?

- Nunca1
- Hace menos de 1 año.....2
- De 1 a 2 años3
- De 3 a 4 años4
- 5 o más años5

La sigmoidoscopia y la colonoscopia son exámenes en los que se inserta un tubo en el recto para descubrir signos de cáncer u otros problemas de salud.

G7. ¿Cuándo se hizo una sigmoidoscopia o una colonoscopia por última vez?

- Nunca1
- Hace menos de 1 año.....2
- De 1 a 2 años3
- De 3 a 4 años4
- 5 o más años5

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

H0. ¿Trabaja actualmente?

- Sí1
No2

H1. ¿Cuánto tiempo tarda en todos sus desplazamientos para ir y volver del trabajo cada día?

- ___ Minutos
Es variable (p.ej., comercial)1
NS/NC9

H2. Teniendo en cuenta las características de su trabajo indique en qué medida considera su trabajo satisfactorio según escala: 1 – Satisfactorio a 7 – Muy insatisfactorio

- Escala de 1 a 7 [__]
NS/NC9

H3. ¿Cómo se desplaza habitualmente para ir a trabajar?

- Andando1
Transporte público2
Transporte empresa3
Coche privado4
Moto5
Bicicleta6
Trabajo en casa7
Otro8
NS/NC9

J. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

J1. ¿Cuál es su estado civil?

- Casado/a, convive en pareja1
Soltero/a2
Separado/a3
Divorciado/a4
Viudo/a5
NS/NC9

J2. Lugar de nacimiento

- Municipio de Madrid1
Comunidad de Madrid2
Otras comunidades autónomas3 (*Pasar a J3*)
Extranjero4
(País de Nacimiento **J4a**) (*Pasar a J4b*)

J3 ¿Cuánto tiempo lleva residiendo en el municipio de Madrid?

___ años ___ meses

J4b ¿Cuánto tiempo lleva residiendo en España?

___ años ___ meses

J4.2 ¿Es usted el cabeza de familia o sustentador principal del hogar?

- Sí1
No2

J5 ¿Cuál es el mayor nivel de estudios que ha completado?

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

- No sabe leer o escribir 1
Sin estudios 2
Estudios primarios incompletos 3
Estudios de 1er grado (estudios primarios, EGB hasta 5º) 4
Estudios de 2º grado, 1er ciclo (Graduado Escolar, EGB hasta 8º, Bachiller Elemental, etc.) 5

Educación Secundaria Obligatoria (ESO)	6
Estudios de 2º grado, 2º ciclo (Bachiller Superior, BUP, Formación Profesional, Aprendizaje y Maestría Industrial)	7
Estudios de 3er grado, 1er ciclo (Perito, Ingeniero Técnico, Escuelas Universitarias, Magisterio, etc.).....	8
Estudios de 3er grado, 2º y 3er ciclo (Ingeniero Superior, Licenciado, Doctorado, etc.).....	9

SITUACIÓN LABORAL.

J6 ¿Trabaja actualmente? (filtrar por H1)

- Sí1
- No2 (*pasar a J7*)

J7 ¿Ha trabajado anteriormente?

- Sí1
- No2 →(***)
- NS/NC9

(*)Fin: pasamos a preguntar directamente por el sustentador principal, (ocupación actual o última, y nivel de estudios)**

J8 ¿Cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad o la última que ha desempeñado?

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

J9. ¿Cuál es la categoría profesional que tiene o tenía en la empresa donde trabaja o trabajaba?

TRABAJADOR O EMPRESARIO POR CUENTA PROPIA

- Sin asalariados1
- Con 10 o más asalariados2
- Con menos de 10 asalariados3

TRABAJADOR POR CUENTA AJENA

- Gerente de una empresa con 10 o más asalariados4
- Gerente de una empresa con menos de 10 asalariados5
- Capataz, supervisor o encargado6
- Otro asalariado7

J10 ¿Qué tipo de contrato tiene usted?

- Trabaja por su cuenta o no es asalariado1
- Funcionario o estatutario2
- Contrato indefinido3
- Contrato temporal (menos de 6 meses)4
- Contrato temporal (6 meses a 1 año)5
- Contrato temporal (más de 1 año)6
- Contrato temporal (no sabe duración)7
- Sin contrato8
- NS/NC9