



CUESTIONARIO DE ADULTO SECUNDARIO: PRIMER SEGUIMIENTO

A. REFERENCIA DE LA FAMILIA: _____

Esta parte del cuestionario es igual para usted que para el resto de adultos de la familia.

El Nº lo puede rellenar el entrevistador

1. Nº ID en la tabla de familia: _____ (Mirar el número de ID que tiene en la tabla de familiar que contesta el adulto principal)

2. ¿Ha nacido en España?

- 1- Sí → **Saltar el módulo de proceso migratorio, IR A MÓDULO DE SITUACIÓN LABORAL, pregunta 7**
2- No

PROCESO MIGRATORIO

SOLO PARA LOS NACIDOS FUERA DE ESPAÑA:

3. ¿Tiene la nacionalidad española?

- 1- Sí → **IR A PREGUNTA 5**
2- No → **IR A PREGUNTA 4**
99- Ns/Nc (**No sugerir**) → **IR A PREGUNTA 4**

SOLO NACIDOS EN PAÍSES FUERA DE LA UNIÓN EUROPEA Y SIN NACIONALIDAD ESPAÑOLA:

4. ¿Actualmente, ¿cuál es su situación administrativa?:

No tiene permiso de residencia	1
Está tramitando su permiso	2
Permiso de residencia temporal	3
Permiso de residencia permanente	4
Permiso de trabajo	5
Visado de turista	6
Visado de estudios	7
Refugiado	8
Permiso de asilo	9
Otro, especificar:	10
Ns/Nc	99

5. ¿Tiene usted hijos menores de 18 años en su país de origen?

- 1- Sí
2- No
99- Ns/Nc (**No sugerir**)

SITUACIÓN LABORAL

6. Actualmente, ¿está usted trabajando? (Aquellas personas que, en los ÚLTIMOS SIETE DIAS hayan trabajado aunque sólo fuera UNA HORA A CAMBIO DE DINERO, se considerará que SI ESTÁN TRABAJANDO)

- 1- Sí → **ir a la pregunta 7**
- 2- No, estoy de baja por un problema de salud → **ir a módulo de carga de trabajo doméstico**
- 3- No, estoy de permiso por maternidad/paternidad → **ir a módulo de carga de trabajo doméstico**
- 4- No, estoy jubilado → **ir a módulo de carga de trabajo doméstico**
- 5- No, estoy en el paro (desempleado) → **ir a módulo de carga de trabajo doméstico**
- 6- No, por otra razón → **ir a módulo de carga de trabajo doméstico**
- 99- Ns/Nc (**no sugerir**)

SOLO PARA LOS QUE SÍ ESTÁN TRABAJANDO

7. ¿Cuál es su situación de trabajo actual?

- 1- Asalariado/a (a sueldo, comisión, jornal...) → **ir a la pregunta 7A**
- 2- Empresario/a con asalariados/as → **pasar a pregunta 8**
- 3- Empresario/a o trabajador/a independiente (sin asalariados) → **pasar a pregunta 8**
- 4- Ayuda familiar, sin remuneración reglamentada en la empresa o negocio familiar) → **pasar a pregunta 8**
- 5- Miembro de una cooperativa → **pasar a pregunta 8**
- 6- Otra situación: Cuál: _____ → **pasar a pregunta 8**
- 99- Ns/Nc (**no sugerir**)

7A. ¿Tiene contrato escrito?

- 1- Sí, tengo contrato fijo
- 2- Sí, tengo contrato temporal (*incluido obra o servicio*)
- 3- No, tengo contrato verbal u oral
- 4- No, no tengo contrato
- 99- Ns/Nc (**no sugerir**)

8. Por término medio, ¿cuántas horas trabaja a la semana? Por favor no tenga en cuenta el tiempo para comer:

_____ n^o horas (*horas reales*)

- 99- Ns/Nc (**no sugerir**)

9. Indique cuál es su horario habitual: (única respuesta)

- 1- Jornada Partida: mañana y tarde, realizando una parada de al menos una hora para la comida
- 2- Jornada Continua: Fijo de mañana
- 3- Jornada Continua: Fijo de tarde
- 4- Jornada Continua: Fijo de noche
- 5- Horario Rotativo (turnos): Mañana/Tarde
- 6- Horario Rotativo (turnos): Mañana/Tarde/Noche
- 7- Horario Rotativo (turnos): Otro tipo de turno
- 8- Horario variable o irregular
- 99- Ns/Nc (**no sugerir**)

10. ¿Con qué frecuencia realiza usted al menos tres horas de su jornada de trabajo entre las 10:00 de la noche y las 6:00 de la mañana? Le leo las opciones:

- 1- Diariamente
- 2- Más de la mitad de los días de trabajo
- 3- Ocasionalmente
- 4- Nunca
- 99- NS/Nc (**no sugerir**)

11. ¿Trabaja usted los sábados? (Una respuesta por línea)

Siempre o casi siempre	A menudo	A veces	Raramente	Casi nunca o nunca	Ns/Nc
1	2	3	4	5	99

12. ¿Trabaja usted los domingos y los días festivos?

Siempre o casi siempre	A menudo	A veces	Raramente	Casi nunca o nunca	Ns/Nc
1	2	3	4	5	99

13. Habitualmente, ¿suele usted prolongar su jornada laboral?

- 1- Sí, siempre →
 2- Sí, a veces →
 3- No, nunca
 99- Ns/Nc (*no sugerir*)

13A. ¿Con compensación económica o compensación en tiempo libre?
 1- Sí 2- No 99- Ns/Nc

14. En general, ¿su horario de trabajo le permite compaginar el trabajo con sus compromisos sociales y familiares?

- 1- Sí
 2- No
 99- Ns/Nc (*no sugerir*)

CARGA DE TRABAJO DOMÉSTICO/TRABAJO REPRODUCTIVO/CUIDADOS

Le voy a preguntar sobre el cuidado de las personas de la familia (del hogar):

15. ¿En su hogar viven personas de su familia que, por alguna limitación o discapacidad, no son capaces de cuidarse por sí mismas y necesitan que les cuide otra persona? (Solo se deben tener en cuenta los niños si tienen alguna discapacidad)

- 1- Sí → **15.A. Indique quién/es:** _____ →
 2- No → *pasar a pregunta 19*

Anotar nº ID del cuadro adulto principal del basal. Si es él mismo que se está entrevistando pasar a pregunta 19.

16. ¿Quién se ocupa del cuidado de esa persona, principalmente?

- 1- Usted solo
 2- Usted compartiéndolo con otra persona
 3- Otra persona de la casa → *pasar a pregunta 19*
 4- Una persona que **NO** reside en el hogar, remunerada por ello → *pasar a pregunta 19*
 5- Los servicios sociales → *pasar a pregunta 19*
 6- Otra situación → *pasar a pregunta 19*
 99- Ns/Nc (*no sugerir*)

17. De lunes a viernes ¿Cuántas horas dedica a su cuidado?

_____ horas de lunes a viernes (promedio diario) 99- Ns/Nc (*no sugerir*)

18. De sábado a domingo ¿Cuántas horas dedica a su cuidado?

_____ horas de sábado más domingo (suma de los dos días) 99- Ns/Nc (*no sugerir*)

19. ¿Quién se ocupa del cuidado de los menores de 17 años?

- 1- Usted solo
 2- Usted compartiéndolo con otra persona
 3- Otra persona de la casa
 4- Una persona que **NO** reside en el hogar, remunerada por ello
 5- Los servicios sociales
 6- Otra situación
 99- Ns/Nc

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

- 1- Usted solo
 2- Usted compartiéndolo con otra persona
 3- Otra persona de la casa
 4- Una persona que **NO** reside en el hogar, remunerada por ello
 5- Los servicios sociales
 6- Otra situación
 99- Ns/Nc

SALUD GENERAL

Ahora le haremos unas preguntas generales sobre su estado de salud:

21. ¿Diría que su estado de salud general actual, en este momento es?

- 1- Muy malo
- 2- Malo
- 3- Regular
- 4- Bueno
- 5- Muy bueno
- 99- Ns/Nc (*no sugerir*)

22. En los últimos dos años, ¿Ha sufrido algún accidente en su trabajo que requiera asistencia médica o tratamiento, o la aplicación de primeros auxilios?

- 1- Sí
- 2- No
- 99- Ns/Nc

23. Aproximadamente, ¿cuánto mide de alto (sin zapatos)?

_____ cm (entrevistador: si no sabe en cm indique cuál es la unidad de medida utilizada)

- 99- Ns/Nc (*no sugerir*)

24. Aproximadamente, ¿cuánto pesa (sin ropa ni zapatos)?

_____ kg (entrevistador: si no sabe en Kg indique cuál es la unidad de medida utilizada)

- 99- Ns/Nc (*no sugerir*)

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

- 1- Sí
- 2- No
- 99- Ns/Nc (*no sugerir*)

A continuación le voy a leer una lista con una serie de problemas de salud, por favor indíqueme si padece o ha padecido en los últimos 12 meses:

26. Tensión arterial alta	1- <input type="checkbox"/> Sí	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc
27. Colesterol alto	1- <input type="checkbox"/> Sí	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc
28. Diabetes	1- <input type="checkbox"/> Sí	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc
29. Anemia	1- <input type="checkbox"/> Sí	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc
30. Alergia crónica	1- <input type="checkbox"/> Sí	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc
31. Asma	1- <input type="checkbox"/> Sí	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc
32. Bronquitis crónica	1- <input type="checkbox"/> Sí	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc
33. Incontinencia urinaria (pérdidas involuntarias de orina)	1- <input type="checkbox"/> Sí	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc
34. Úlcera de estómago o duodeno	1- <input type="checkbox"/> Sí	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc
35. Problemas de tiroides	1- <input type="checkbox"/> Sí	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc
36. Embolia/ictus/AVC	1- <input type="checkbox"/> Sí	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc
37. Infarto de miocardio/ataque al corazón	1- <input type="checkbox"/> Sí	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc
38. Tumores malignos	1- <input type="checkbox"/> Sí	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc

39. Tuberculosis	1- <input type="checkbox"/> Si	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc
40. Hepatitis B	1- <input type="checkbox"/> Si	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc
41. Hepatitis C	1- <input type="checkbox"/> Si	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc
42. VIH	1- <input type="checkbox"/> Si	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc

Ahora nos gustaría saber cómo se ha sentido, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a todas las preguntas indicando la respuesta que, a su juicio, mejor puede aplicarse a usted. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante que intente contestar todas las preguntas. (Entrevistador: LEER UNA A UNA)

43.1	¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?	Mejor que lo habitual 1	Igual que lo habitual 2	Menos que lo habitual 3	Mucho menos que lo habitual 4	Ns/Nc 99
43.2	¿Sus preocupaciones le hacen perder mucho sueño?	No, nunca 1	Menos que antes 2	Igual que antes 3	Más que antes 4	Ns/Nc 99
43.3	¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	Más útil que lo habitual 1	Igual que lo habitual 2	Menos útil que lo habitual 3	Mucho menos útil que lo habitual 4	Ns/Nc 99
43.4	¿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 habitual 4	Ns/Nc 99
43.5	¿Se ha notado constantemente agobiado/a y en tensión?	No, nunca 1	Menos que antes 2	Igual que antes 3	Más que antes 4	Ns/Nc 99
43.6	¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?	No, nunca 1	Menos que antes 2	Igual que antes 3	Más que antes 4	Ns/Nc 99
43.7	¿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 habitual 4	Ns/Nc 99
43.8	¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?	Más capaz que lo habitual 1	Igual que lo habitual 2	Menos capaz que lo habitual 3	Mucho menos capaz que lo habitual 4	Ns/Nc 99
43.9	¿Se ha sentido poco feliz o deprimido/a?	No, nunca 1	Menos que antes 2	Igual que antes 3	Más que antes 4	Ns/Nc 99
43.10	¿Ha perdido confianza en sí mismo/a?	No, nunca 1	Menos que antes 2	Igual que antes 3	Más que antes 4	Ns/Nc 99
43.11	¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	No, nunca 1	Menos que antes 2	Igual que antes 3	Más que antes 4	Ns/Nc 99
43.12	¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	Más que lo habitual 1	Igual que lo habitual 2	Menos que lo habitual 3	Mucho menos que lo habitual 4	Ns/Nc 99

CONSUMO (autocumplimentar)

Por favor, indique la cantidad de consumo actual de cada una de las siguientes sustancias:

	Nunca	Esporádica mente	Una vez por semana	Los fines de semana	Varios días a la semana	Diaria mente	Ns/Nc
44. Alcohol (incluye vino, cerveza...)	0	1	2	3	4	5	99
45. Tabaco	0	1	2	3	4	5	99
46. Alucinógenos (LSD, mezcalina, hongos)	0	1	2	3	4	5	99
47. Cánnabis (hachís, marihuana...)	0	1	2	3	4	5	99
48. Cocaína	0	1	2	3	4	5	99
49. Estimulantes (éxtasis, anfetaminas...)	0	1	2	3	4	5	99
50. Opiáceos (opio, heroína...)	0	1	2	3	4	5	99
51. Sedantes/calmanes	0	1	2	3	4	5	99
52. Otros	0	1	2	3	4	5	99

FICHA DE LA ENTREVISTA

Rellenar por el entrevistador:

DNI. CÓDIGO INDIVIDUAL PARA UNIR LONGITUDINALMENTE:	
A.- Referencia de la familia	B.- Nombre del entrevistado
C.- Nº cuestionario	D.- Teléfono
E.- Fecha de la entrevista __ / __ / __	F.- Hora de inicio de la entrevista __ . __ (codificar como medida de escala. Anotar solo hora y minuto. Poner un punto en ved de dos puntos. Por ejemplo: 13.45)
G.- Hora final de la entrevista __ . __ (codificar como medida de escala. Anotar solo hora y minuto. Poner un punto en ved de dos puntos. Por ejemplo: 13.45)	"Duración" de la entrevista: __ (anotar los minutos, redondeando)
H- Dirección	I.- Lugar de la entrevista: 1- <input type="checkbox"/> Asociación 2- <input type="checkbox"/> Domicilio privado 3- <input type="checkbox"/> Otros

En la base de datos se deben incluir los ítems: A, C, E, F, Duración, I

Los nombres de las variables deben ser los mismos en ambas ciudades.