

CUESTIONARIO DE ADULTO PRINCIPAL: SEGUNDO SEGUIMIENTO

A. REFERENCIA DE LA FAMILIA: _____

COMPOSICIÓN DE LA FAMILIA Y CONVIVENCIA

En el cuestionario anterior se preguntaba sobre la convivencia con personas de su familia y con personas que NO son de su familia. Si ha habido cambios en su familia, debemos anotarlos. Para esto, tendremos de referencia la tabla de familia del cuestionario basal (*fotocopia del basal*) y del cuestionario del primer seguimiento (para refrescar los cambios que ya se apuntaron), **donde podemos ver que cada miembro tiene asignado un Nº ID dentro de la familia.** (*Leer la fotocopia junto con el encuestado*).

1F. Desde la última entrevista ¿Hay nuevas personas en la familia?

- 1- Sí
2- No → **pasar a pregunta 7F**

2F. Nº ID	Nombre (3F)	Sexo (4F)	Edad (5F)	6F. Relación con entrevistado(*)

(*)

1 Adulto principal	2 Conyugue o pareja	3 Hij@/hijastr@	4 Yerno/Nuera	5 Niet@
6 Padre/madre/suegro/a	7 Otro pariente	8 Persona servicio doméstico	9 Sin parentesco	

7F. Desde la última entrevista ¿Hay personas de su familia que vivían con usted y han dejado de vivir en la misma casa?

- 1- Sí
2- No → **saltar siguiente pregunta**

8F ¿Quiénes han dejado de vivir con usted y por qué motivo?

- 8F.1A- Nº ID: _____ 8F.1B-Motivo: _____
8F.2A- Nº ID: _____ 8F.2B-Motivo: _____
8F.3A- Nº ID: _____ 8F.3B-Motivo: _____
8F.4A- Nº ID: _____ 8F.4B-Motivo: _____

- 1- Separación/divorcio
2- Se ha marchado a su país
3- Se ha marchado a otro país
4- Se ha independizado
5- Ha fallecido
6- Otro motivo

En la primera entrevista, se entrevistó a aquellos adultos que tenían entre **18 y 65 años** y menores de edad que tenían entre **12 y 17 años**. Actualmente pueden haber cumplido un año más (13-19; 19-67). **No se entrevistarán a los hijos que han cumplido 12 después de la primera entrevista del proyecto. Y a los que han cumplido 18, pero empezaron el proyecto con 17 años, se les sigue aplicando el cuestionario de adolescentes.** De las personas de su familia que viven con usted, **se va a entrevistar a las mismas que se entrevistaron la última vez. Estos serán un total de:**

9F. Total nº de adultos de la familia: _____

10F. Total nº de adolescentes de la familia: _____

A partir de aquí el cuestionario es igual para usted que para el resto de adultos de la familia.

El N° lo puede rellenar el entrevistador

1. N° ID en la tabla de familia: _____ (Mirar el número de ID que tiene en la tabla de familia del basal, que contesta el adulto principal)

SALUD GENERAL

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

2. ¿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*)

3. 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*)

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

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

9999- Ns/Nc (*no sugerir*)

SALUD VISUAL

5. ¿Cómo considera usted el estado de sus ojos o de su vista en general?

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

6. ¿Cuándo fue la última vez que acudió a un especialista en salud visual (un oftalmólogo o un óptico) para una revisión, consejo o tratamiento de problemas relacionados con sus ojos o con su vista?

- 1- Hace menos de 1 año
- 2- Hace más de 1 año y menos de 3
- 3- Hace más de 3 años
- 4- Nunca ha acudido a un especialista por este motivo → *ir a p.8, saltar la siguiente pregunta*
- 99- Ns/Nc (*no sugerir*)

7. ¿En alguna ocasión, el especialista le ha indicado que debía utilizar gafas o lentillas?

- 1- Sí, las tiene y las lleva habitualmente
- 2- Sí, las tiene, pero no las suele llevar
- 3- Sí, pero no las tiene
- 4- Sí, pero se ha operado de los ojos y ya no las necesita
- 5- El especialista le dijo que NO las necesitaba
- 6- Es ciego/a no puede ver → *ir a p.9, saltar la siguiente pregunta, pasar a salud oral*
- 99- Ns/Nc (*no sugerir*)

8. ¿En cuál de las siguientes situaciones del día a día tiene dificultades con sus ojos o con su vista? (Los que llevan habitualmente gafas o lentillas (respuesta 1 de la pregunta 7) deben responder considerando que las llevan puestas)

1- Para ir por la calle	1- <input type="checkbox"/> Si	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc
2- Para conducir	1- <input type="checkbox"/> Si	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc
3- Para ver la televisión	1- <input type="checkbox"/> Si	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc
4- Para utilizar el ordenador	1- <input type="checkbox"/> Si	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc
5- Para leer o realizar tareas de cerca (coser, consultar el móvil, etc.)	1- <input type="checkbox"/> Si	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc

SALUD ORAL

9. ¿Cuánto tiempo hace que acudió al dentista, estomatólogo o higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?

- 1- Hace 3 meses o menos → **9.A. ¿Cuántas veces en los últimos 3 meses? / _ / _ / 99** Ns/Nc
 2- Hace más de 3 meses y menos de 12 meses
 3- Hace un año o más
 4- Nunca ha ido
 99- Ns/Nc (*no sugerir*)

10. ¿Cuál es el estado de sus dientes y muelas?

1. Tiene caries	1- <input type="checkbox"/> Si	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc
2. Le han extraído dientes/muelas	1- <input type="checkbox"/> Si	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc
3. Tiene dientes/muelas empastados (obturados)	1- <input type="checkbox"/> Si	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc
4. Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente	1- <input type="checkbox"/> Si	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc
5. Se le mueven los dientes/muelas	1- <input type="checkbox"/> Si	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc
6. Lleva fundas (coronas), puentes, otro tipo de prótesis o dentadura postiza	1- <input type="checkbox"/> Si	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc
7. Le faltan dientes/muelas que no han sido sustituidos por prótesis	1- <input type="checkbox"/> Si	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc
8. Tiene o conserva todos sus dientes/muelas naturales	1- <input type="checkbox"/> Si	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc

11. ¿Entrevistador/a: Dígame al entrevistado/a: “Voy a entregarle (leerle) una hoja con diferentes opciones de respuesta. Por favor, lea cada opción y dígame según las preguntas que le voy a formular el número de la respuesta que mejor refleja su situación”. OHIP (14): En el último año: (Señalar con una X)

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre	Ns/Nc
1-¿Ha tenido problemas para pronunciar alguna palabra debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	0	1	2	3	4	5	99

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre	Ns/Nc
2-¿Ha notado peor el sabor o el gusto de las comidas debido a problemas con su boca o con sus dientes?	0	1	2	3	4	5	99
3-¿Le han dolido sus dientes o boca en el último año?	0	1	2	3	4	5	99
4-¿Ha notado molestias para comer alguna comida por problemas en sus dientes o boca?	0	1	2	3	4	5	99
5-¿Ha estado preocupado debido a problemas con sus dientes o boca?	0	1	2	3	4	5	99
6-¿Se ha sentido nervioso debido a problemas con sus dientes o boca?	0	1	2	3	4	5	99
7-¿Ha tenido problemas para comer bien lo que quería por problemas con sus dientes o boca?	0	1	2	3	4	5	99
8-¿Ha tenido que parar de comer alguna vez por problemas con sus dientes o boca?	0	1	2	3	4	5	99
9-¿Ha tenido algún problema para descansar o dormir bien debido a problemas con sus dientes o boca?	0	1	2	3	4	5	99
10-¿Ha sentido vergüenza de sus dientes en el último año?	0	1	2	3	4	5	99
11-¿Ha estado un poco irritable y antipático con sus amigos y familia por problemas con sus dientes o boca?	0	1	2	3	4	5	99
12-¿Ha faltado a sus actividades cotidianas (Trabajo, reuniones sociales...) por problemas con sus dientes o boca?	0	1	2	3	4	5	99
13-¿Ha sentido que su vida es en general menos satisfactoria debido a problemas con sus dientes o boca?	0	1	2	3	4	5	99
14-¿En este último año las molestias o el dolor en su boca le han impedido hacer su vida normal?	0	1	2	3	4	5	99

SALUD NUTRICIONAL

12. ¿Con qué frecuencia consumió en los últimos 12 meses los siguientes alimentos? (Responda sólo una opción por cada grupo de alimentos)

Alimentos	Frecuencia de consumo de alimentos									
	+ 6 al día	4-5 por día	2-3 por día	1 por día	5-6 por semana	2-4 por semana	1 por semana	1-3 mes	Nunca o <1 mes	Ns/Nc (no sugerir)
1. Fruta fresca (excluyendo zumos) (1 pieza mediana)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	99
2. Carne (pollo, ternera, cerdo, cordero, etc) (1 plato o pieza)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	99
3. Huevos (uno)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	99
4. Pescado (1 plato o ración)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	99
5. Pasta, arroz (1 plato mediano), patatas (1 patata mediana)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	99
6. Pan (una pieza pequeña o 3 rodajas de molde), cereales (30 gramos)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	99
7. Verduras, ensaladas y hortalizas (1 plato)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	99
8. Legumbres (1 plato mediano)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	99
9. Embutidos y fiambres (1 ración, 50 g)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	99
10. Productos lácteos Leche (1 vaso, 200 ml) Queso (1 porción, 50 g) Yogur (1, 125 g)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	99
11. Dulces Galletas (1 galleta) Bollería (1, 50 g) Mermelada (1 cucharada) Cereales con azúcar (30 g) Caramelos (2, 30 g)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	99
12. Refrescos con azúcar (uno)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	99

	+ 6 al día	4-5 por día	2-3 por día	1 por día	5-6 por semana	2-4 por semana	1 por semana	1-3 mes	Nunca o <1 mes	Ns/Nc (no sugerir)
13. Comida rápida Pollo frito (1 plato o ración) Bocadillos (1) Pizza (1 ración, 200 g) Hamburguesa (1, 100 g)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	99
14. Aperitivos o comidas saladas de picar (patatas fritas, ganchitos, galletitas saladas) 1 bolsa, 50 g	0	1	2	3	4	5	6	7	8	99
15. Zumo natural de frutas o verduras (1 vaso, 200 ml)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	99

13. ¿Desayuna todos los días o casi todos los días?

- 1- Sí
2- No → *Saltar dos siguientes preguntas, pasar a pregunta p.16*
99- Ns/Nc (*no sugerir*)

14. ¿Dónde desayuna habitualmente (entre semana, los días laborales...)?

- 1- En casa, antes de salir
2- Fuera de casa
99- Ns/Nc (*no sugerir*)

15. ¿Habitualmente (entre semana, los días laborales...) consume estos alimentos en su desayuno?

1. Café, leche, té, chocolate, cacao, yogur, etc.	1- <input type="checkbox"/> Sí	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc
2. Pan, tostadas, galletas, cereales, bollería, etc.	1- <input type="checkbox"/> Sí	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc
3. Fruta y/o zumo	1- <input type="checkbox"/> Sí	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc
4. Alimentos como huevos, queso, jamon, etc.	1- <input type="checkbox"/> Sí	2- <input type="checkbox"/> No	99- <input type="checkbox"/> Ns/Nc

16. ¿Almuerza todos los días o casi todos los días? (El almuerzo es la acción de tomar algo a media mañana)

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

17. ¿Realiza la comida del mediodía todos los días o casi todos los días?

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

18. ¿Merienda todos los días o casi todos los días?

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

19. ¿Cena todos los días o casi todos los días?

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

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 del entrevistado
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)	H- Dirección
I.- Lugar de la entrevista: 1- <input type="checkbox"/> Asociación 2- <input type="checkbox"/> Domicilio privado 3- <input type="checkbox"/> Otros	J- Correo electrónico del entrevistado

En la base de datos se deben incluir los items: "DNI", "A", "C", "E", "F", "I" y "J"

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