

Anexo B
CUESTIONARIO

ANEXO B. CUESTIONARIO

CIES, S.L.

ENCUESTA DE SALUD DE NAVARRA. 1999.

Realizada para el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra
Pamplona, Diciembre de 1999

Nº CUESTIONARIO:

HORA DE INICIO: ,

FECHA:
Día Mes Año

Nº DE ENTREVISTADOR

CONTROL:	PERSONAL	<input type="checkbox"/>	TITULARES	<input type="checkbox"/>
	TELÉFONO	<input type="checkbox"/>	1º RESERVA	<input type="checkbox"/>
	2º CONTROL	<input type="checkbox"/>	2º RESERVA	<input type="checkbox"/>
			3º RESERVA	<input type="checkbox"/>

NOMBRE DEL ENTREVISTADO:	_____
CALLE Y Nº:	_____ <input type="text"/> <input type="text"/>
LOCALIDAD:	_____
TELÉFONO:	_____
ZONA:	Montaña 1 Media 2 Ribera 3 Pamplona y comarca 4
HÁBITAT:	Menos de 2.000 habitantes 1 De 2.000 a 5.000 habitantes 2 De 5.000 a 10.000 habitantes 3 De 10.000 a 50.000 habitantes 4 Capital 5
ESTOS DATOS SE TOMAN SÓLO A MODO DE COMPROBACIÓN DE LA CORRECTA REALIZACIÓN DEL CUESTIONARIO.	

De acuerdo con la normativa vigente, los datos que aquí se anotan serán absolutamente confidenciales estando acogidos al secreto estadístico.

SECCIÓN INFORMACIÓN PERSONAL

P.1. EDAD: AÑOS

P.2. SEXO: Hombre1
Mujer2

P.3. ¿Su estado civil actual (de hecho) es?

- Soltero/a1
- Casado/a2
- Separado/a, Divorciado/a.....3
- Viudo/a4
- Otros5
- NS/NC0

P.4. ¿Qué estudios ha realizado?. (**Sólo se contabilizarán los estudios terminados**).

- Analfabeto1
- Cultura general, saber leer y escribir, estudios primarios.....2
- Bachiller elemental, graduado escolar, E.G.B.3
- B.U.P., Formación Profesional, Bachiller Superior C.O.U.....4
- Escuelas Técnicas y equivalentes5
- Facultades universitarias, Escuelas Técnicas Superiores.....6

P.5. ¿Cuál ha sido la situación laboral en los últimos 12 meses?.

- He trabajado 6 ó más meses1
- He trabajado menos de 6 meses.....2
- He estado en paro estos 12 meses, habiendo trabajado anteriormente3
- He estado buscando el primer empleo4
- Jubilado por motivos de salud.....5
- Jubilado por edad o razón laboral6
- Estudia u oposita7
- Otros8
- Labores de hogar9
- NS/NC.....0

P.6. Tiempo de paro. (**Para los parados actuales**).

P.7. ¿Cuál es la ocupación actual?.

P.8. ¿Cuál es la ocupación del cabeza de familia o persona principal del hogar?.

P.9. ¿Cuál es la ocupación que más años ha ejercido a lo largo de su vida?.

SALUD Y CALIDAD DE VIDA

Nos gustaría que nos indicara cómo definiría su estado de salud en el día de HOY. Para ello, dígame qué afirmaciones describen mejor su estado de salud en el día de hoy.

P.10. Movilidad.

- No tengo problemas para caminar1
- Tengo algunos problemas para caminar2
- Tengo que estar en cama3

P.11. Cuidado Personal.

- No tengo problemas con el cuidado personal1
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo2
- Soy incapaz de lavarme o vestirme solo.....3

P.12. Actividades Cotidianas.

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas (ej. trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)1
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas.....2
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas3

P.13. Dolor / Malestar.

- No tengo dolor o malestar1
- Tengo moderado dolor o malestar2
- Tengo mucho dolor o malestar3

P.14. Ansiedad / Depresión.

No estoy ansioso o deprimido1
 Estoy moderadamente ansioso o deprimido2
 Estoy muy ansioso o deprimido3

(Leer tarjeta)

P.15. Su estado de salud hoy

P.16. ¿Cómo considera que ha sido su salud durante los últimos 12 meses?.

Buena1
 Regular2
 Mala3

ACTIVIDAD FÍSICA

P.17. ¿Qué frase describe mejor el trabajo que Vd. realiza, o la actividad que Vd. desarrolla habitualmente?. (Se incluyen labores de hogar y jubilados).

Estoy habitualmente sentado/a durante todo el día y me desplazo en pocas ocasiones1
 Trabajo de pie y/o me desplazo a menudo, pero no tengo que levantar pesos2
 Transporte cargas ligeras y/o debo subir y bajar escaleras o cuestas frecuentemente3
 Tengo un trabajo duro y/o transporto cargas muy pesadas4

P.18. ¿Habitualmente cuántas horas duerme al día (incluida la siesta)?.

P.19. a) ¿Durante las dos últimas semanas ha realizado alguna actividad física?.

No1 → PASAR A P.39
 Sí2
 NS/NC3 → PASAR A P.39

b) Habitualmente, ¿cuándo realiza el ejercicio físico?.

Fines de semana1
 Durante la semana2

c) Durante las 2 últimas semanas, ¿cuántas ocasiones y durante cuánto tiempo ha practicado las siguientes actividades físicas?.

	ACTIVIDAD	Nº OCA-SIONES	TIEMPO MEDIO (minutos)
P.20.	Andar		P.21.
P.22.	Footing		P.23.
P.24.	Deportes de equipo (fútbol, baloncesto, ...)		P.25.
P.26.	Gimnasia		P.27.
P.28.	Patinar, bicicleta		P.29.
P.30.	Deportes de pala y raqueta		P.31.
P.32.	Natación, lucha, judo, karate		P.33.
P.34.	Otros (especificar)		P.35.
P.36.			P.37.

INDICE DE ACTIVIDAD FISICA
 (No escribir)

P.38. Teniendo en cuenta su actividad principal y su tiempo libre, ¿cree Vd. que la actividad física que realiza para una persona de su edad y sexo es ...?.

Excesiva 1
 Suficiente 2
 Poca 3

TABACO

P.39. ¿Fuma Vd. todos los días?.

Sí2 → PARTE A
 No1 → PARTE B

PARTE "A"

P.40. ¿Qué fuma Vd. todos los días?. (Señale una sola respuesta).

- Pipa1
- Puro.....2
- Cigarrillo.....3
- Pipa y cigarrillo4
- Puro y cigarrillo.....5

P.41. ¿A qué edad comenzó a fumar todos los días?.

A la edad de

--	--

 años

¿Qué cantidad fuma Vd. todos los días?.

P.42. Pipa

--	--

 Al día

P.43. Puro

--	--

 Al día

P.44. Cigarrillos

--	--

 Al día

P.45. ¿Traga Vd. el humo?: No1
Sí2

P.46. ¿Qué frases describirían mejor su consumo de tabaco en los últimos 12 meses?.

	No	Sí		
Actualmente fumo más	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;">1</td></tr></table>	1	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;">2</td></tr></table>	2
1				
2				
Actualmente fumo menos	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;">1</td></tr></table>	1	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;">2</td></tr></table>	2
1				
2				
Fumo una marca más fuerte	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;">1</td></tr></table>	1	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;">2</td></tr></table>	2
1				
2				
Fumo una marca más suave	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;">1</td></tr></table>	1	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;">2</td></tr></table>	2
1				
2				
Mi hábito de fumar no ha cambiado	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;">1</td></tr></table>	1	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;">2</td></tr></table>	2
1				
2				

P.47. ¿Ha intentado Vd. dejar de fumar en los últimos 12 meses?.

- No.....1 → **PASAR A P.49**
- Sí.....2
- NS/NC0

P.48. Si alguna vez ha intentado dejar de fumar en los últimos 12 meses, ¿cuántas veces lo ha intentado seriamente?.

P.49. ¿Le gustaría dejar de fumar?.

- No1
- Sí.....2
- NS/NC.....0

P.50. En sus visitas al Centro de Salud:

- Le han aconsejado dejar de fumar con frecuencia1
- Le han aconsejado dejar de fumar en alguna ocasión2
- Nunca le han aconsejado dejar de fumar.....3
- En los últimos 5 años no ha acudido al Centro de Salud4

P.51. ¿Es Vd. partidario/a de una normativa que prohíba fumar en lugares destinados al público, incluidos el transporte público y las empresas?.

- Soy muy favorable.....1
- Soy bastante favorable2
- Soy absolutamente indiferente / Me da igual.....3
- Soy bastante contrario4
- Soy muy contrario.....5

P.52. Cuando trabajan (o estudian) juntas personas fumadoras y no fumadoras, ¿es Vd. partidario/a de adoptar medidas que delimiten claramente dónde está permitido fumar y dónde no?.

- Soy muy favorable.....1
- Soy bastante favorable2
- Soy absolutamente indiferente / Me da igual.....3
- Soy bastante contrario4
- Soy muy contrario.....5

PARTE "B"

P.53. ¿Cuál de las frases siguientes describiría su comportamiento respecto al tabaco?.

- Jamás he fumado.....1 } **PASAR A**
- Fumo sólo en ocasiones.....2 } **PREGUNTA**
- Antes fumaba en ocasiones.....3 } **63**
- Antes fumaba todos los días.....4

P.54. ¿Qué fumaba Vd. todos los días?. (Señale una sola respuesta).

- Pipa.....1
- Puro2
- Cigarrillo3
- Pipa y cigarrillo4
- Puro y cigarrillo5

P.55. ¿A qué edad comenzó a fumar todos los días?.

A la edad de años

P.56. ¿A qué edad dejó Vd. de fumar todos los días?.

A la edad de años

Aproximadamente, ¿cuánto fumaba Vd. al día?.

P.57. Alrededor de Pipas al día

P.58. Alrededor de Puros al día

P.59. Alrededor de Cigarrillos al día

P.60. ¿Tragaba Vd. el humo?: No.....1
Sí.....2
NS/NC0

P.61. ¿Cuál fue el motivo principal que le llevó a dejar de fumar?.

Me lo aconsejó el médico1
Sentía molestias por causa del tabaco2
Porque tenía/tengo una enfermedad.....3
Aumentó mi preocupación por sus efectos nocivos (enfermedad de un familiar, ...).....4
Por motivos económicos5
Para sentirme mejor (no depender de algo externo para estar bien, eliminar algo que es nocivo para la salud, etc.).....6
Otros7

P.62. ¿Cómo dejó de fumar?.

Con ayuda del Centro de Salud.....1
Con ayuda del Servicio Médico de la empresa.....2
Con ayuda de otros profesionales de la salud (homeópatas, acupuntores, etc.)3
Por mi cuenta, con chicles, con parches de nicotina u otros productos farmacéuticos4
Por mi cuenta, yo solo, sin ninguna ayuda exterior5
De otra manera.....6

P.63. ¿Es Vd. partidario/a de una normativa que prohíba fumar en lugares destinados al público, incluidos el transporte público y las empresas?.

Soy muy favorable1
Soy bastante favorable.....2
Soy absolutamente indiferente / Me da igual..3
Soy bastante contrario.....4
Soy muy contrario.....5

P.64. Cuando trabajan (o estudian) juntas personas fumadoras y no fumadoras, ¿es Vd. partidario/a de adoptar medidas que delimiten claramente dónde está permitido fumar y dónde no?.

Soy muy favorable1
Soy bastante favorable.....2
Soy absolutamente indiferente / Me da igual..3
Soy bastante contrario.....4
Soy muy contrario.....5

ALCOHOL

LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES DE CADA APARTADO. SIGA LAS INDICACIONES DE LAS FLECHAS.

P.65. Durante el último mes, ¿en cuántas ocasiones ha consumido bebidas que contengan alcohol?.

En ninguna ocasión1→**PARTE B**
De 1 a 3 ocasiones al mes.....2→**PARTE B**
En 4 ó más ocasiones al mes.....3→**PARTE A**

PARTE "A"

P.66. Sin contar el número de veces en las que Vd. probó ocasionalmente el alcohol, ¿a qué edad empezó a beber habitualmente?.

A la edad de años

- a) Durante un día laborable (preferente ayer) (lunes a jueves), ¿cuántos vasos de vino, copas y consumiciones toma de ...?. **(Señale con una cruz las casillas correspondientes).**
 b) ¿Y durante el último fin de semana?. **(Sumar lo consumido durante viernes, sábado y domingo).**

		DÍA LABORABLE (1 DÍA)							DÍA LABORABLE (1 DÍA) (VIERNES+SÁBADO+DOMINGO)				
		P.67.	P.68.	P.69.	P.70.	P.71.			P.67.	P.68.	P.69.	P.70.	P.71.
Nº de vasos o consum.	Bebidas	Vasos sidra	Cañas cerveza	Vasos Vino Txacolí Champan Calimocho	Copas Anís Coñac Pacharán Whisky Carajillo	Combin. Cuba Gin tónico Etc.	Nº de vasos o consum.	Bebidas	Vasos sidra	Cañas cerveza	Vasos Vino Txacolí Champan Calimocho	Copas Anís Coñac Pacharán Whisky Carajillo	Combin. Cuba Gin tónico Etc.
Ninguno							Ninguno						
Uno							Uno						
De 2 a 3							De 2 a 3						
De 4 a 6							De 4 a 6						
De 7 a 11							De 7 a 11						
12 y más							12 y más						

NO RELLENAR

NO RELLENAR

P.77. ¿Qué frase describiría mejor su consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses?. **(Elija una sola respuesta).**

- Bebo más ahora que antes1
 Bebo menos que antes2
 Mi consumo no ha variado en los últimos 12 meses3

P.78. ¿Cuál de los siguientes términos refleja mejor la cantidad de alcohol que consume habitualmente?.

- Muy poco1
 Poco2
 Moderado3
 Bastante4
 Mucho5
 NS/NC6

PARTE "B"

P.79. ¿Qué frase describiría mejor su consumo de alcohol a lo largo de su vida?.

- No he bebido jamás1
 Bebo ocasionalmente2
 He bebido con regularidad, pero ahora no bebo o lo hago ocasionalmente3

PESO Y TALLA

P.80. ¿Podría decirme cuánto pesa aproximadamente sin zapatos ni ropa?.

- kilos.

P.81. ¿Y cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?.

- metros.

P.82. En relación a su estatura, diría Vd. que su peso es ...

- Bastante mayor de lo normal1
 Algo mayor de lo normal2
 Normal3
 Menos de lo normal4
 NS5
 NC6

P.83. En la actualidad, ¿hace Vd. algún régimen de comidas para mantener o disminuir su peso?.

- Sí1
 No2
 NS/NC3

SÓLO MUJERES

P.84. ¿Ha acudido en alguna ocasión al ginecólogo para "revisión"?

Sí1
No2
NS/NC3

P.85. ¿Cuánto tiempo hace que acudió por ese motivo al ginecólogo?

< de 1 año1
1-2 años2
2-3 años3
> de 3 años4
NS/NC5

P.86. ¿Le han realizado en alguna ocasión una citología vaginal de forma preventiva?

Sí1
No2
NS/NC3

P.87. ¿Cuánto tiempo hace de la última?

< de 1 año1
1-2 años2
2-3 años3
3-5 años4
> de 5 años5
NS/NC6

P.88. ¿Cada cuánto tiempo le dice su ginecólogo que tiene que hacerse una citología vaginal preventiva?

Una vez al año1
Entre 1 y 2 años (cada 2 años)2
Entre 2 y 3 años (cada 3 años)3
Más de 3 años4
Ocasionalmente, sin frecuencia fija5
NS/NC6

P.89. ¿Cada cuánto tiempo cree Vd. que se debería hacer una citología vaginal preventiva?

Una vez al año1
Entre 1 y 2 años (cada 2 años)2
Entre 2 y 3 años (cada 3 años)3
Más de 3 años4
Ocasionalmente, sin frecuencia fija5
NS/NC6

PROBLEMAS DE SALUD

P.90. ¿Tiene Vd. alguna enfermedad o problema por el que acuda a algún profesional sanitario con periodicidad por lo menos una vez al año?

No1→(PASAR RESTRICCIÓN DE ACTIVIDAD)

Sí2
NS/NC3→(PASAR RESTRICCIÓN DE ACTIVIDAD)

P.91. ¿Cuál es la enfermedad o problema?
(No leer).

	No	Sí
1. Hipertensión.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2. Colesterol	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3. Obesidad.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4. Diabetes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5. Anemia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6. Problema respiratorio crónico...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
7. Infarto cardíaco anterior	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
8. Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
9. Por ataque cerebral (ictus).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
10. Epilepsia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
11. Problemas de tiroides.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
12. Insomnio	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
13. Problemas de Salud Mental:		
- Depresión	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
- Ansiedad.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
- Otros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
14. Cáncer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
15. Otros. Especificar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

PRIMER PROBLEMA

P.92. ¿Quién le controla?

Médico/Enfermera del Centro de Salud1
Médico especialista del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.....2
Otro médico general privado.....3
Otro especialista privado.....4
Otro profesional sanitario.....5

P.93. ¿Está Vd. satisfecho con la atención recibida?

No1
Sí2
NS/NC3

SEGUNDO PROBLEMA	
P.94. ¿Quién le controla?.	
Médico/Enfermera del Centro de Salud	1
Médico especialista del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea	2
Otro médico general privado	3
Otro especialista privado	4
Otro profesional sanitario	5
P.95. ¿Está Vd. satisfecho con la atención recibida?.	
No	1
Sí	2
NS/NC	3

QUINTO PROBLEMA	
P.100. ¿Quién le controla?.	
Médico/Enfermera del Centro de Salud	1
Médico especialista del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea	2
Otro médico general privado	3
Otro especialista privado	4
Otro profesional sanitario	5
P.101. ¿Está Vd. satisfecho con la atención recibida?.	
No	1
Sí	2
NS/NC	3

TERCER PROBLEMA	
P.96. ¿Quién le controla?.	
Médico/Enfermera del Centro de Salud	1
Médico especialista del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea	2
Otro médico general privado	3
Otro especialista privado	4
Otro profesional sanitario	5
P.97. ¿Está Vd. satisfecho con la atención recibida?.	
No	1
Sí	2
NS/NC	3

RESTRICCIÓN DE ACTIVIDAD

P.102. Durante los últimos 14 días, ¿ha tenido que quedarse en la cama, contando también los días pasados en el hospital, por motivos de salud?.

No1
 Sí2
 NS/NC3

P.103. ¿Cuántos días ha tenido que quedarse en la cama durante la mayor parte del día (al menos _ día)?.

CUARTO PROBLEMA	
P.98. ¿Quién le controla?.	
Médico/Enfermera del Centro de Salud	1
Médico especialista del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea	2
Otro médico general privado	3
Otro especialista privado	4
Otro profesional sanitario	5
P.99. ¿Está Vd. satisfecho con la atención recibida?.	
No	1
Sí	2
NS/NC	3

P.104. Sin contar los días indicados anteriormente, durante los últimos 14 días, ¿ha dejado de trabajar, hacer las labores de casa, ir al colegio por algún motivo de salud?.

No1
 Sí2
 NS/NC3

P.105. ¿Cuántos días?.

P.106. Sin contar los días indicados anteriormente, durante los últimos 14 días, ¿ha tenido que suspender o moderar sus actividades habituales por motivos de salud?.

No.....1
 Sí.....2
 NS/NC.....3

P.107. ¿Cuántos días ha tenido que moderar o suspender sus actividades habituales?.

La siguiente pregunta se dirige a Vd. y a las personas que viven con Vd., familiares o compañeros de vivienda y se refiere a la limitación crónica de la actividad.

P.108. ¿Vd. o alguna persona de su familia se encuentra limitado de alguna forma por motivos de salud para trabajar, acudir al colegio, hacer las labores del hogar o realizar alguna actividad frecuente en las personas de su edad y sexo?. (Recordar actividad según características de cada persona).

No1 →FIN ENTREVISTA. GRACIAS
 Sí.....2 POR SU COLABORACIÓN.
 NS/NC.....3

P.109. ¿Cuál o cuáles son los problemas de salud que le ha causado esa limitación?.

FAMILIAR O CONVIVIENTE 1.

P.110. ¿Cuál o cuáles son problemas de salud que le ha causado esa limitación?.

Edad: _____ años Sexo: Hombre1
 Mujer2

FAMILIAR O CONVIVIENTE 2.

P.111. ¿Cuál o cuáles son problemas de salud que le ha causado esa limitación?.

Edad: años Sexo: Hombre1
 Mujer2

FAMILIAR O CONVIVIENTE 3.

P.112. ¿Cuál o cuáles son problemas de salud que le ha causado esa limitación?.

Edad: años Sexo: Hombre1
 Mujer2

FAMILIAR O CONVIVIENTE 4.

P.113. ¿Cuál o cuáles son problemas de salud que le ha causado esa limitación?.

Edad: años Sexo: Hombre1
 Mujer2

APOYOS A INCAPACITADOS

Las siguientes preguntas se realizan única y exclusivamente a las personas de edad igual o superior a 16 años, que han contestado afirmativamente a la pregunta 7. (Si no están, se llamará por teléfono).

AYUDA FAMILIAR

P.114. ¿Habitualmente alguna persona de este hogar le presta ayuda por esta limitación crónica de la actividad?

- No1 **→PASAR A PREGUNTA 120**
 Sí2
 NS/NC3

P.115. ¿Quién le ayuda?

- Su pareja1
 Su hijo/a2
 Su nuera/yerno3
 Su hermano/a4
 Una persona contratada5
 Otros6

P.116. ¿Qué edad tiene?

años

P.117. Sexo: Hombre1
 Mujer2

P.118. ¿Qué tipo de ayuda recibe?

- Cuidados personales1
 Tareas domésticas2
 Compañía3
 Otros4

P.119. En los últimos 14 días, ¿cuánta ayuda ha recibido?. **(Transformar en horas/semana).**

AYUDA EXTRAFAMILIAR

P.120. ¿Habitualmente le prestan ayuda otras personas que no viven en este domicilio, por esta limitación crónica de la actividad?

- No1 **→PASAR A PREGUNTA 126**
 Sí2
 NS/NC3

P.121. ¿Quién le ayuda?

- Su hijo/a1
 Su nuera/yerno2
 Otro familiar3
 Un amigo/a o vecino/a4
 Una persona contratada5
 Otros6

P.122. ¿Qué edad tiene?

años

P.123. Sexo: Hombre1
 Mujer2

P.124. ¿Qué tipo de ayuda recibe?

- Cuidados personales1
 Tareas domésticas2
 Compañía3
 Otros4

P.125. En los últimos 14 días, ¿cuánta ayuda ha recibido?. **(Transformar en horas/semana).**

AYUDA INSTITUCIONAL Y VOLUNTARIADO

P.126. Por esta limitación crónica de la actividad, habitualmente, ¿recibe Vd. ayuda institucional por parte del Servicio de Atención al domicilio, del Gobierno de Navarra, del Ayuntamiento, INSERSO, ONCE, Cruz Roja, etc.?

- No1
 Sí2
 NS/NC3

P.127. ¿De qué tipo?.

	No	Sí
Económica	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Asistencial.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

P.128. Por esta limitación crónica de la actividad, habitualmente, ¿recibe Vd. atención del Centro de Salud.?

No1→FIN DE ENTREVISTA
Sí2

P.129. ¿Dónde?.

En el Centro de Salud.....1
En el domicilio2

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

REFERENCIAS

1. ANDERSON RN (1998) United States Abridged Life Tables, 1996. National statistics Reports 47, 13. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics.
2. BADIA X, ROSET M et al. (1999) La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Medicina Clínica* 112 (supl 1): 79-96.
3. BADIA X, ROSET M, MONSERRAT S, HERDMAN M. The spanish VAS tariff based on valuations of EQ-5D health states from the general population. Rabin RE, Busschbach JJV, de Charro FT, Essink-Bot ML, Bonsel GJ (eds). EuroQol Plenary Meeting, Rotterdam 1997. Discussion paper.
4. BONE MR, BEBBINGTON AC, JAGGER C, MORGAN K & NICOLAS G (1995) Health Expectancy and its uses. London: HMSO
5. BROOKS R, with the EuroQol Group. EuroQol: the current state of play. *Health Policy* 1996; 37: 53-72.
6. BROOKS RG. EuroQoL. The current state of play. *Health Policy* 1996; 37: 53-7
7. Canadian tobacco use monitoring survey documentation 1999. <http://hcs-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bc/ctmus/index.html#survey>
8. Departamento de Economía y Hacienda. Estadística de Población de Navarra 1996. Población por edades y sexos. Volumen 1. Pamplona 1997.
9. Departamento de Salud. ¿Cómo estamos de Salud? Encuesta de Salud 1990-1991. Pamplona 1993
10. Departamento de Sanidad del Gobierno vasco. Encuesta de Salud 1997. Datos relevantes. Vitoria-Gasteiz 1998.
11. Erickson, P, Wilson, R & Shannon, I. (1995) Years of Healthy Life. Hyattsville, Maryland: US Department of Health and Human services, CDC, National Center for Health Statistics (Healthy People 2000 statistical Notes n 7)
12. Fundación Bartolomé de Carranza. Juventud en Navarra 98. Avance de contenidos y resultados de la IV encuesta sobre la juventud de Navarra. 1998
13. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. La medición de la clase social en ciencias de la salud. Barcelona: SD Editores, 1995
14. Health survey for England: Trend data for adults 1993-1999. <http://www.doh.gov.uk/stats/trends1.htm>
15. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999. INE 2000
16. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 1997. Ministerio de Sanidad y Consumo.
17. National health interview survey of United States 2000. <http://www.cdc.gov/nchs/series/sr 02/sr2 130.pdf>
18. National Population Health Survey Highlights of Canada 1996/1997. <http://www.hcs-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bc/nphs>
19. Robine, JM, Romieu, I. & Cambois, E. (1999) Health Expectancy Indicators. *Bulletin of the World Health Organization* 77 (2) :181-185
20. Sanders BS (1964) Measuring community health levels. *American Journal of Public Health* 54: 1063-1070.
21. Servei Catala de la Salut. Els catalans parlen de la seva salut. Enquesta de salut de Catalunya. Servei Catala de la Salut 1998.