

Nº Identificación del hogar										Nº de identificación de la persona		
1	5	0								0		

Fecha entrevista: / /

Nº de identificación del entrevistador: _____

Nombre del entrevistado: _____

"50 y más en Europa"

Encuesta de salud, envejecimiento y jubilación en Europa

2006

Questionario auto-administrado

A

Cómo RELLENAR este cuestionario

La mayoría de las preguntas de las páginas siguientes pueden responderse marcando la casilla que se encuentra debajo o al lado de la respuesta correspondiente.

Por favor, marque UNA (1) casilla:

Correcto o

Incorrecto

Por favor, vaya pregunta por pregunta. Salte una pregunta sólo si una instrucción le pide explícitamente hacerlo.

Ejemplo:

¿Tiene Ud. hijos?

₁ Sí

₅ No



Vaya a la pregunta...



Si marcara "Sí" en este ejemplo, pasaría a la siguiente pregunta.

Si marcara "No" en este ejemplo, pasaría a la pregunta indicada en el recuadro.

Cómo DEVOLVER este cuestionario.

Si el entrevistado se encuentra todavía en su domicilio cuando haya completado el cuestionario, por favor, entrégueselo a él o a ella. Si no, por favor, envíe el cuestionario relleno en el sobre prefranqueado tan pronto como le sea posible. *Si necesita un sobre nuevo, por favor, llame a Demoscopia al número de teléfono gratuito 900 50 63 64.*

POR FAVOR, COMIENCE EL CUESTIONARIO CON LA PREGUNTA 1 DE LA PÁGINA SIGUIENTE.

TODAS SUS RESPUESTAS SON ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIALES. GRACIAS DE NUEVO POR SU COLABORACIÓN.

1. En primer lugar, le presentamos algunas frases que la gente suele usar para describir sus vidas y cómo se sienten. Por favor, díganos su grado de acuerdo o desacuerdo con cada frase aplicada a Ud. personalmente.

(Por favor, marque una casilla de cada fila)

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
	▼	▼	▼	▼	▼
a) Persigo mis objetivos con mucha energía	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) En períodos de incertidumbre, por lo general, espero lo mejor	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c) Soy siempre optimista con respecto a mi futuro	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d) Casi nunca espero que las cosas salgan a mi manera	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
e) Encuentro formas de resolver un problema incluso cuando otros ya han desistido	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
f) Raramente cuento con que me ocurran cosas buenas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
g) Dada mi experiencia pasada, me siento bien preparado/a para el futuro	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

2. Las siguientes frases hacen referencia a las obligaciones que las personas puedan tener en sus familias. Por favor, díganos su grado de acuerdo o desacuerdo con cada frase.

(Por favor, marque una casilla de cada fila)

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
	▼	▼	▼	▼	▼
a) El deber de los padres es hacer todo lo que puedan por sus hijos incluso a expensas de su propio bienestar.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) El deber de los abuelos es estar al lado de los nietos en caso de dificultad (como en un divorcio o una enfermedad).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c) El deber de los abuelos es contribuir a la seguridad económica de los nietos y sus familias.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d) El deber de los abuelos es ayudar a sus hijos en el cuidado de los nietos pequeños.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

3. En su opinión, ¿quién – la familia o el Estado -- tiene la responsabilidad de...

(Por favor, marque una casilla de cada fila)

	Sólo la familia	Principalmente la familia	Ambos por igual	Principalmente el Estado	Sólo el Estado
	▼	▼	▼	▼	▼
a) ayudar económicamente a los ancianos con necesidades?.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) ayudar en las tareas domésticas a los ancianos con necesidades como, por ejemplo, a realizar la limpieza o la colada?.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c) ayudar en los cuidados personales a los ancianos con necesidades como, por ejemplo, de enfermería o a lavarse o vestirse?.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

4. En ocasiones hay temas importantes en los que no estamos de acuerdo con las personas cercanas y estos desacuerdos pueden generar conflictos. Por favor, díganos con qué frecuencia ha experimentado este tipo de conflicto con cada una de las siguientes personas. (Por favor, marque una casilla de cada fila)

→ Si sus padres ya no viven o si no tiene suegros, pareja, o hijos, etc., marque "No aplica".

	A menudo	A veces	Raramente	Nunca	No aplica
a) Padres	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
b) Suegros	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
c) Pareja/cónyuge	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
d) Hijos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
e) Otros familiares	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
f) Amigos, compañeros de trabajo, conocidos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈

5. ¿Con qué frecuencia experimenta conflictos con sus hijos/as o yernos/nueras sobre la educación y crianza de sus nietos? (Por favor, marque sólo una casilla)

→ Si no tiene ningún hijo/a o nieto/a, marque "No aplica"

	A menudo	A veces	Raramente	Nunca	No aplica
	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈

6. ¿Comparte o ha compartido alguna vez el hogar con un marido, mujer o pareja?

₁ Sí

₅ No



Vaya a la pregunta 8.



7. Dentro de la pareja, ¿quién tiene, o tenía, la responsabilidad principal sobre las siguientes tareas? (Por favor, marque una casilla de cada fila)

	Sólo yo	Principalmente yo	Yo y mi pareja por igual	Principalmente mi pareja	Sólo mi pareja	No aplica
a) Criar a los hijos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
b) Ganar dinero	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
c) Cocinar, limpiar la casa, hacer la colada y planchar	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
d) Cuidar de los ancianos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈

8. En las siguientes preguntas, estamos interesados en ciertos aspectos de las consultas médicas. ¿Con qué frecuencia su médico o enfermero/a habitual... (Por favor, marque una casilla de cada fila)

	En cada visita	En algunas visitas	Nunca
	▼	▼	▼
a) ...le pregunta cuánta actividad física realiza?.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b) ...le dice que tiene que hacer ejercicio físico regularmente?.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c) ...le pregunta sobre caídas?.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d) ...comprueba su equilibrio o la forma en que anda?.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
e) ...le pregunta sobre los medicamentos que toma, bien por su cuenta o recetados por otro médico?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

9. ¿En qué grado se siente Ud. animado para hablar con su médico o enfermero/a habitual sobre...

(Por favor, marque una casilla de cada fila)

	Muy animado ▼	Bastante animado ▼	Bastante desanimado ▼	Muy desanimado ▼
a) ...problemas de salud en su estado físico , tales como dolor, movilidad reducida, etc.?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) ... problemas emocionales, nerviosos o psíquicos , tales como estrés, tristeza, ansiedad, etc.?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) ...problemas de salud delicados , tales como los relacionados con la vida sexual, problemas de incontinencia, etc.?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d) ...problemas sociales que influyen en su salud , tales como problemas familiares, laborales, etc.?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

10. En general, ¿con qué frecuencia su médico o enfermero/a habitual...

(Por favor, marque una casilla de cada fila)

	Siempre ▼	Casi siempre ▼	Raramente ▼	Nunca ▼
a) ...le explica los resultados de los exámenes médicos (laboratorio, radiología, etc.)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) ...le explica los diferentes tratamientos opcionales?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) ...escucha su opinión y considera sus preferencias en el momento de elegir un tratamiento?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

11. Las siguientes preguntas tratan sobre prevención. ¿Durante los doce últimos meses... (Por favor, marque una casilla de cada fila)

	Sí ▼	No ▼
a) ...se ha vacunado contra la gripe?.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
b) ...le ha tomado un médico o un/a enfermero/a la tensión arterial?.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
c) ...le ha revisado un médico o un/a enfermero/a el colesterol?.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
d) ...le ha revisado un médico o un/a enfermero/a el azúcar en sangre (para un revisión de diabetes)?.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅

12. Durante los dos últimos años, ¿le ha realizado un profesional, oftalmólogo u óptico, un examen de vista?

₁ Sí

₅ No

13. Si es Ud. una mujer: Durante los dos últimos años, ¿le han hecho una mamografía (radiografía del pecho)?

₁ Sí

₅ No

₈ No aplica (para hombres)

14. ¿Tiene en estos momentos alguna de las siguientes mascotas en su hogar? (Por favor marque todas las casillas que sean pertinentes)

	Sí ▼	No ▼
a) Perros	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
b) Gatos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
c) Pájaros	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
d) Peces	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
e) Otras mascotas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅

15. Finalmente, díganos su sexo y edad:

a) **Soy...**

Hombre

 ₁

Mujer

 ₂

b) **Nací en** **(año)**

Muchas gracias por dedicar su tiempo a responder a nuestras preguntas. Por favor, devuelva el cuestionario al entrevistador o mándelo por correo en el sobre que le hemos entregado.