

ID del Participante											Nombre/Iniciales

Fecha entrevista: / /

Nº de identificación del entrevistador: _____

Iniciales del entrevistado: _____

"50 y más en Europa"

Encuesta de salud, envejecimiento y jubilación en Europa

2019

Cuestionario autoadministrado

Carrer Provença 392, 1^a
08025 Barcelona
Teléfono: 900.100.108

Cómo RELLENAR este cuestionario

La mayoría de las preguntas de las páginas siguientes se pueden responder marcando la casilla situada debajo o al lado de la respuesta correspondiente.

Por favor, marque UNA (1) casilla:

Correcto o

Incorrecto

Por favor, vaya pregunta por pregunta. Sátese una pregunta sólo si las instrucciones le piden explícitamente hacerlo.

Ejemplo:

¿Tiene usted hijos?

₁ Sí

₅ No



Vaya a la pregunta ...



Si marcase "Sí" en este ejemplo pasaría a la siguiente pregunta

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

Cómo DEVOLVER este cuestionario

Si el entrevistador está aún en su casa cuando haya completado el cuestionario, por favor, entrégueselo. Si no, por favor, envíe el cuestionario en el sobre pre-franqueado tan pronto como le sea posible. *Si necesita un sobre nuevo, llame al 900.100.108.*

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

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

Las siguientes preguntas están relacionadas con sus hábitos de sueño sólo durante EL ÚLTIMO MES. Sus respuestas deben reflejar lo que ha pasado la mayoría de días y noches del último mes.

1. Durante el último mes, ¿a qué hora se ha acostado normalmente? (use el formato de 24h) Apunte su hora habitual de acostarse: _____
2. ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, normalmente, las noches del último mes? Apunte el tiempo en minutos: _____
3. En el último mes, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente? (use el formato de 24h) Apunte su hora habitual de levantarse: _____
4. ¿Cuántas horas cree que debe de haber dormido verdaderamente cada noche durante el último mes? (El tiempo que ha dormido puede ser diferente del que ha permanecido en cama) Apunte las horas que cree que ha dormido: _____

Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso. Intente responder TODAS las preguntas.

5. Durante el último mes, cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de:	Nunca en el último mes	Menos de una vez por semana	Una o dos veces por semana	Tres veces o más por semana
a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora	<input type="checkbox"/> 1a	<input type="checkbox"/> 2a	<input type="checkbox"/> 3a	<input type="checkbox"/> 4a
b) Despertarse durante la noche o de madrugada	<input type="checkbox"/> 1b	<input type="checkbox"/> 2b	<input type="checkbox"/> 3b	<input type="checkbox"/> 4b
c) Tener que levantarse para ir al baño	<input type="checkbox"/> 1c	<input type="checkbox"/> 2c	<input type="checkbox"/> 3c	<input type="checkbox"/> 4c
d) No poder respirar bien	<input type="checkbox"/> 1d	<input type="checkbox"/> 2d	<input type="checkbox"/> 3d	<input type="checkbox"/> 4d
e) Toser o roncar ruidosamente	<input type="checkbox"/> 1e	<input type="checkbox"/> 2e	<input type="checkbox"/> 3e	<input type="checkbox"/> 4e
f) Tener frío	<input type="checkbox"/> 1f	<input type="checkbox"/> 2f	<input type="checkbox"/> 3f	<input type="checkbox"/> 4f
g) Tener demasiado calor	<input type="checkbox"/> 1g	<input type="checkbox"/> 2g	<input type="checkbox"/> 3g	<input type="checkbox"/> 4g
h) Tener pesadillas o malos sueños	<input type="checkbox"/> 1h	<input type="checkbox"/> 2h	<input type="checkbox"/> 3h	<input type="checkbox"/> 4h
i) Tener dolores	<input type="checkbox"/> 1i	<input type="checkbox"/> 2i	<input type="checkbox"/> 3i	<input type="checkbox"/> 4i
j) Otros motivos	<input type="checkbox"/> 1j	<input type="checkbox"/> 2j	<input type="checkbox"/> 3j	<input type="checkbox"/> 4j
Describalos: _____ _____ _____				

6. Durante el último mes, ¿cómo valoraría en general la calidad de su sueño?								
<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Muy buena</td> <td>Bastante buena</td> <td>Bastante mala</td> <td>Muy mala</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> </table>	Muy buena	Bastante buena	Bastante mala	Muy mala	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Muy buena	Bastante buena	Bastante mala	Muy mala					
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4					

7. Durante el último mes, cuántas veces ha tomado medicamentos para dormir (recetados o no por su médico)?								
<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Nunca en el último mes</td> <td>Menos de 1 vez por semana</td> <td>1 o 2 veces por semana</td> <td>3 o más veces por semana</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> </table>	Nunca en el último mes	Menos de 1 vez por semana	1 o 2 veces por semana	3 o más veces por semana	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Nunca en el último mes	Menos de 1 vez por semana	1 o 2 veces por semana	3 o más veces por semana					
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4					

8. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?								
<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Nunca en el último mes</td> <td>Menos de 1 vez por semana</td> <td>1 o 2 veces por semana</td> <td>3 o más veces por semana</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> </table>	Nunca en el último mes	Menos de 1 vez por semana	1 o 2 veces por semana	3 o más veces por semana	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Nunca en el último mes	Menos de 1 vez por semana	1 o 2 veces por semana	3 o más veces por semana					
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4					

9. Durante el último mes, ¿ha sido un problema para usted 'tener ánimos' para hacer las cosas que debía hacer?								
<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Ningún problema</td> <td>Un problema muy leve</td> <td>Un problema</td> <td>Un gran problema</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> </table>	Ningún problema	Un problema muy leve	Un problema	Un gran problema	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Ningún problema	Un problema muy leve	Un problema	Un gran problema					
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4					

10. ¿Duerme usted solo o acompañado?

Solo	Con alguien en otra habitación	Misma habitación pero en otra cama	En la misma cama
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

POR FAVOR, CONTESTE SOLAMENTE A LAS PREGUNTAS SIGUIENTES SI DUERME ACOMPAÑADO, SINÓ, VAYA A LA PREGUNTA 12.

11. Si tiene pareja o compañero de habitación pregúntele si durante el último mes usted:

	Nunca en el último mes	Menos de 1 vez por semana	1 o 2 veces por semana	3 o más veces por semana
a) ¿Ha roncado ruidosamente?	<input type="checkbox"/> 1a	<input type="checkbox"/> 2a	<input type="checkbox"/> 3a	<input type="checkbox"/> 4a
b) ¿Ha hecho grandes pausas entre respiraciones al dormir?	<input type="checkbox"/> 1b	<input type="checkbox"/> 2b	<input type="checkbox"/> 3b	<input type="checkbox"/> 4b
c) ¿Ha hecho sacudidas o espasmos de piernas mientras duerme?	<input type="checkbox"/> 1c	<input type="checkbox"/> 2c	<input type="checkbox"/> 3c	<input type="checkbox"/> 4c
d) ¿Ha tenido episodios de confusión o de desorientación mientras dormía?	<input type="checkbox"/> 1d	<input type="checkbox"/> 2d	<input type="checkbox"/> 3d	<input type="checkbox"/> 4d
e) ¿Ha tenido otros inconvenientes mientras dormía?	<input type="checkbox"/> 1e	<input type="checkbox"/> 2e	<input type="checkbox"/> 3e	<input type="checkbox"/> 4e
Describalos:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			

	Nunca o casi nunca	A veces	Normalmente o siempre
12. ¿Está satisfecho de su sueño?	<input type="checkbox"/> 1a	<input type="checkbox"/> 2a	<input type="checkbox"/> 3a
13. ¿Está todo el día despierto sin tener somnolencia?	<input type="checkbox"/> 1b	<input type="checkbox"/> 2b	<input type="checkbox"/> 3b
14. ¿Tiene sueño o intenta dormir entre las 2 y las 4 del mediodía?	<input type="checkbox"/> 1c	<input type="checkbox"/> 2c	<input type="checkbox"/> 3c
15. ¿Pasa menos de 30 minutos despierto durante la noche (incluye el tiempo que tarda en dormirse y si se despierta durante la noche)	<input type="checkbox"/> 1d	<input type="checkbox"/> 2d	<input type="checkbox"/> 3d
16. ¿Duerme normalmente entre 6 y 8 horas cada noche?	<input type="checkbox"/> 1e	<input type="checkbox"/> 2e	<input type="checkbox"/> 3e

A continuación hay una serie de preguntas sobre varios aspectos de la vida. Cada pregunta tiene 7 posibles respuestas. Por favor, indique el número que mejor exprese su respuesta.

1. ¿Tiene la impresión de que no le importan de verdad las cosas que pasan a su alrededor?

Casi nunca o nunca 1 2 3 4 5 6 7 Muy a menudo

2. ¿Le ha sorprendido alguna vez lo que han hecho personas que usted creía que conocía bien?		
Nunca me ha pasado	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Siempre me pasa
3. ¿Le ha pasado alguna vez que personas con las que contaba le hayan decepcionado?		
Nunca me ha pasado	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Siempre me pasa
4. Hasta ahora su vida		
No ha tenido en absoluto objetivos o hitos claros	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Ha tenido objetivos o hitos claros
5. ¿Tiene usted la impresión de que le están tratando de modo injusto?		
Muy a menudo	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Casi nunca o nunca
6. ¿Tiene usted la impresión de estar en una situación a la que no está acostumbrado/a y no sabe qué hacer?		
Muy a menudo	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Casi nunca o nunca
7. Hacer las cosas que usted hace cada día		
Me produce gran alegría y satisfacción	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Me produce malestar y aburrimiento
8. ¿Tiene usted sentimientos o ideas muy confusas?		
Muy a menudo	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Casi nunca o nunca
9. ¿Le pasa que tiene sentimientos que preferiría no tener?		
Muy a menudo	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Casi nunca o nunca
10. Muchas personas, hasta aquellas que tienen un carácter fuerte, se sienten a veces desgraciadas. ¿Cuántas veces se ha sentido usted así en su vida?		
Casi nunca o nunca	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Muy a menudo
11. Cuando algo le ha pasado, al final usted ha visto que:		
Le dio más importancia o menos de la que en verdad tenía	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Dio a las cosas la importancia justa
12. ¿Cuántas veces tiene la impresión de que las cosas que hace cada día significan muy poco o tienen poca importancia?		
Muy a menudo	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Casi nunca o nunca
13. ¿Cuántas veces tiene la impresión de no estar seguro/a de poder controlarse?		
Muy a menudo	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Casi nunca o nunca

POR FAVOR, INDIQUE AHORA SU GÉNERO Y EL AÑO DE NACIMIENTO

	Hombre	Mujer
Soy	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Nací el año	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN