
Questionnaire on Health and Labour

(Spanish Version)

July 2002

CUESTIONARIO SOBRE SALUD Y TRABAJO

Este cuestionario pregunta sobre los efectos de los problemas de salud en el trabajo remunerado y no remunerado (tareas domésticas). La expresión 'problemas de salud' se refiere a las enfermedades físicas, síntomas o discapacidades físicas agudas o crónicas. La expresión también incluye otros problemas de salud como fatiga o dolor crónico. Se incluyen además los trastornos psicológicos.

Al final del cuestionario le preguntaremos algunos datos personales como, por ejemplo, su edad. Estos detalles nos ayudarán a comprender mejor sus respuestas. No hay respuestas 'correctas' ni 'incorrectas' a las preguntas en el cuestionario. Sólo nos interesa su opinión personal.

Por favor, antes de rellenar el cuestionario escriba la fecha.

Día.....Mes..... Año.....

Además de las preguntas sobre el trabajo remunerado, hay otras sobre el trabajo no remunerado como las tareas domésticas. Por favor, a lo largo de este cuestionario piense sólo en su situación personal en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS.

1. ¿Tiene usted un trabajo remunerado?

Sí, trabajo.....horas a la SEMANA, repartidas en.....DÍAS; mi profesión es....., y mi función es.....

Pase a la sección sobre Trabajo Remunerado

No
Pase a la pregunta 14 (página 4)

Si su respuesta a la pregunta anterior ha sido sí, por favor continúe respondiendo desde la pregunta 2 a la 13 (e incluso, si en este momento padece alguna enfermedad de corto plazo). Si su respuesta a la pregunta anterior ha sido no, por favor no responda de la pregunta 2 a la 13 y pase a la pregunta 14.

TRABAJO REMUNERADO

Por favor indique en qué días laborales durante las **últimas dos semanas** no pudo hacer su trabajo remunerado por problemas de salud. Por favor, utilice los siguientes códigos cuando conteste a la pregunta 2. Para rellenar la tabla de la pregunta 2 puede usar más de un código.

‘T’ = realizó trabajo remunerado

‘NP’ = no pudo realizar trabajo remunerado debido a problemas de salud

‘NT’ = no realizó trabajo remunerado por otros motivos (fin de semana, días festivos, vacaciones etc.)

Si usted trabaja a tiempo parcial ponga ‘NT’ para los días que no tuvo que trabajar. Cuando trabajó media jornada, por favor, indíquelo utilizando el código ‘T/NT’ si, por ejemplo, usted no trabajó por la tarde.

En caso de enfermedad durante el fin de semana, ponga ‘NT’ si no le tocaba trabajar y ‘NP’ si le tocaba hacerlo.

Ejemplo:

Imagínese que cada semana trabaja 4 días en un trabajo remunerado, pero que la semana anterior no pudo trabajar ni jueves ni viernes por problemas de salud. Y que usted nunca trabaja los miércoles. Entonces la tabla aparecerá así:

LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO	LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO
T	T	NT	T	T	NT	NT	T	T	NT	NP	NP	NT	NT

La penúltima semana *La semana pasada*

Esto ha sido un **ejemplo**

2. Por favor, complete la siguiente tabla de la misma manera. Recuerde que debe pensar en las últimas dos semanas enteras, contando hacia atrás desde el último fin de semana.

‘T’ = realizó trabajo remunerado

‘NP’ = no pudo realizar trabajo remunerado debido a problemas de salud

‘NT’ = no realizó trabajo remunerado por otros motivos (fin de semana, días festivos, vacaciones etc.)

LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO	LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO

La penúltima semana *La semana pasada*

Responda a la siguiente pregunta sólo si no ha podido hacer ningún trabajo remunerado por problemas de salud durante las dos últimas semanas.

3. ¿Cuándo empezó este período de enfermedad? Indique la fecha en que usted se dio de baja por enfermedad.

Día.....Mes..... Año.....

A veces, los problemas de salud obligan a las personas a ausentarse del trabajo. También es posible que las personas vayan al trabajo pero no puedan realizar sus tareas como de costumbre por problemas de salud. Las preguntas 4 a la 13 hacen referencia a este tema.

4. En las últimas dos semanas, ¿ha tenido dificultades para realizar su trabajo remunerado por algún problema de salud?

No, en absoluto TM Pase a la pregunta 13 (página 4)

Sí, hasta cierto punto

Sí, mucho

Abajo le indicamos unas afirmaciones que pueden aplicarse a personas que trabajan y tienen problemas de salud. Por favor, para cada afirmación indique cuántas veces podía aplicarse a usted en las dos últimas semanas.

Fui a trabajar pero debido a los problemas de salud.....

	(casi) nunca	a veces	a menudo	(casi) siempre
5. ..me costaba concentrarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ..tenía que trabajar a un ritmo más lento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ..he querido aislarme de los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ..me costaba más tomar decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ..tuve que dejar algo de trabajo para más adelante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ..otras personas tuvieron que hacerse cargo de parte de mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ..tuve otros problemas como.....(por favor, indíquelos)				
12. ¿Cuántas horas extras tendría que trabajar para finalizar aquellas tareas que no pudo realizar en horario laboral en las últimas dos semanas debido a los problemas de salud? NOTA: por favor, no tenga en cuenta los días que estuvo de bajahoras				

13. Ahora nos gustaría saber cuáles son sus ingresos **netos** por su trabajo remunerado.
NOTA: esto se refiere a sus ingresos, sin incluir los de su pareja (si la hubiere). Rellene únicamente **una** de las siguientes opciones.

- Mis ingresos netos del trabajo remunerado son aproximadamente:
- €.....por SEMANA
- €.....por 4 SEMANAS
- €.....por MES
- €.....por AÑO

No sé cuáles son mis ingresos o prefiero no decirlo

Ahora pase a la pregunta 15.

Responda a la pregunta 14 si en la actualidad no tiene trabajo remunerado o, también, si no tiene trabajo remunerado, pero sí lo había tenido anteriormente.

14. Si en la actualidad usted no tiene trabajo remunerado, ¿cuál de las siguientes situaciones se parece más a la suya?

- Cada día me tengo que hacer cargo de las tareas domésticas y de llevar la casa (lo cual puede incluir el cuidado de las/los niñas/niños)
- Recibo una pensión o me he jubilado anticipadamente
- Sigo en el colegio o soy estudiante
- No puedo realizar ningún trabajo remunerado por problemas de salud (si tenía antes un trabajo remunerado indique su profesión y la función que desempeñaba:
Profesión....., función que desempeñaba.....)
- No tengo trabajo remunerado por otras razones (por ejemplo cojo el subsidio involuntario o trabajo de voluntariado, etc.)

A RELLENAR POR TODOS LOS ENCUESTADOS

Las siguientes preguntas se refieren a trabajo no remunerado. Aquí se distingue entre las tareas domésticas, las compras, algún trabajo esporádico y labores y actividades para los niños o con ellos. Por favor, nos gustaría que **cada uno de ustedes** respondiera a estas preguntas. Primero le preguntaremos cuántas horas a la semana dedicó a cada actividad. Si no realizó ninguna actividad concreta ponga solo "0" horas.

En segundo lugar nos gustaría saber si algún problema de salud le ha dificultado realizar alguna de las actividades mencionadas.

Por favor, recuerde que sus respuestas deben referirse a las **ÚLTIMAS DOS SEMANAS**.

15. ¿Cuántas horas a la semana ha dedicado usted a:

- Tareas domésticas (p.ej., preparar las comidas, limpiar la casa, lavar la ropa)horas **a la semana**
- Hacer la compra (p.ej., ir al supermercado u otras tiendas, ir al banco o a la oficina de correos)horas **a la semana**
- Recados y tareas diversas (p.ej., hacer arreglos en casa, jardinería, arreglar el coche, moto o bicicleta, etc)horas **a la semana**
- Haciendo cosas para o con las/los niñas/niños que viven con usted (p.ej., cuidarles, jugar con ellos, llevarles a la escuela, ayudarles con los deberes)horas **a la semana**

16. Puede que las personas con problemas de salud que normalmente hacen las tareas domésticas (limpiar la casa, hacer la compra, cuidar de los niños) tengan que dejar que otros hagan estas tareas debido a sus problemas de salud.

¿Otras personas se han hecho cargo de alguna de sus tareas domésticas debido a sus problemas de salud?

(Puede marcar más de una casilla si es preciso).

- Sí, miembros de mi familia (pareja, niñas/os) se han hecho cargo de mis tareas domésticas durantehoras **a la semana**
- Sí, otras personas (miembros de mi familia más lejanos, vecinos o voluntarios) se han hecho cargo de mis tareas domésticas durantehoras **a la semana**
- Sí, he tenido alguna persona pagada que me ha ayudado en las tareas domésticas (incluyendo hacer la compra) durantehoras **a la semana**
- Sí, he tenido otro tipo de ayuda profesional (p.ej., para limpiar, para arreglar cosas en casa) durantehoras **a la semana**
- No, he sido yo mismo/a quien ha realizado las tareas domésticas.

En la siguiente tabla por favor indique cuáles de las siguientes actividades no remuneradas ha realizado y cuáles no ha realizado en las **ÚLTIMAS DOS SEMANAS** y si le afectaron o no los problemas de salud.

Primero le daremos dos ejemplos:

Ejemplo 1

Durante las **ÚLTIMAS DOS SEMANAS** la Sra. Pérez no fue de compras a la ciudad por problemas de salud. A pesar de sus problemas consiguió ir a la tienda de la esquina.

Lo indica de esta manera:

	LO HICE		NO LO HICE	
	Tenía dificultades a causa de sus problemas de salud	No tenía dificultades por problemas de salud	Por problemas de salud	Otra razón
Hacer la compra	X			

Ejemplo 2

El Sr. García nunca barre. Su hijo siempre hace esta tarea porque el Sr. García odia hacerla. El Sr. García respondió a la pregunta acerca de barrer así:

	LO HICE		NO LO HICE	
	Tenía dificultades a causa de sus problemas de salud	No tenía dificultades por problemas de salud	Por problemas de salud	Otra razón
Barrer				X

Estos eran dos **ejemplos**. La pregunta real está en la siguiente página.

17. Por favor, ahora complete la siguiente tabla tal y como se explicó en los dos ejemplos anteriores. Ponga una cruz al lado de cada actividad que usted haya realizado y que no haya realizado en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS. Si su respuesta es “LO HICE”, indique si ha tenido o no dificultades por problemas de salud. Si su respuesta es “NO LO HICE”, indique si fue o no por problemas de salud.

	LO HICE		NO LO HICE	
	Tenía dificultades a causa de sus problemas de salud	No tenía dificultades por problemas de salud	Por problemas de salud	Otra razón
Tareas domésticas dentro de la casa (por ejemplo, preparar las comidas, limpiar, lavar la ropa)				
Hacer la compra (por ejemplo, ir al supermercado u otras tiendas, ir al banco o a la oficina de correos)				
Recados y tareas diversas (p.ej., hacer arreglos en casa, jardinería, arreglar el coche, moto o bicicleta, etc)				
Haciendo cosas para o con las/los niñas/niños que viven con usted (p.ej., cuidarles, jugar con ellos, llevarles a la escuela, ayudarles con los deberes)				

Las siguientes preguntas son más generales

1. Es usted:

Hombre

Mujer

2. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? Día.....Mes..... Año.....

3. ¿Qué grado/nivel de educación ha finalizado? (Puede marcar más de una respuesta)

Ninguna

Educación Primaria o Educación General Básica (EGB)

Educación Secundaria (ESO) o BUP Formación Profesional (I y II)

Bachillerato o Curso Orientativo Universitario (COU)

Estudios universitarios (Diplomatura, Licenciatura)

4. ¿Cuántas personas viven en su casa?

Vivo solo

Vivo con una o más personas

5. ¿Hay niñas/os en la casa?

Sí TM la/el niña/o más pequeña/o de la casa tiene.....años.

No

6. A continuación encontrará una lista de enfermedades y afecciones crónicas. Por favor, indique si padece o ha padecido alguna de estas enfermedades en los ÚLTIMOS 12 MESES.

En los ÚLTIMOS 12 MESES he padecido o
estoy padeciendo:

	SÍ	NO
Asma o bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno grave del corazón o infarto cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una embolia, o algún daño cerebral, o sus consecuencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlcera de estómago o del intestino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno intestinal grave que ha durado más de tres meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cálculo biliar (piedra en el hígado) o infección de vesícula (de la bilis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno hepático (del hígado) o cirrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piedras en el riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno grave del riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afección de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afección de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas persistentes de la espalda, hernia discal o ciática (dolor agudo que empieza en la espalda y que se extiende a las nalgas o a las piernas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis de las rodillas, las caderas o las manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reumatismo en las manos, los pies o ambos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras molestias reumáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enfermedades del sistema nervioso como la enfermedad de Parkinson o la esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuertes dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migraña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad maligna o cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SÍ	NO
Esfuerzo excesivo, depresión, nerviosismo grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad crónica de la piel o eccema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prolapso (caída o salida de una parte o víscera, por ejemplo vejiga, útero, recto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varices de las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herida o lesión por accidente en casa o cerca de casa, accidente de tráfico, en la práctica de algún deporte, en la escuela o en el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Este es el fin del cuestionario. Muchas gracias por su cooperación. El espacio de abajo es para que usted haga cualquier comentario que considere oportuno acerca de este cuestionario.

.....

.....

.....

.....

.....

.....