

**Alimentos congelados: verduras,
pescados y otros preparados**

Tabla 3.11. Frecuencia (%) de ingesta de alimentos congelados en la cohorte EPIC-Murcia según sexo.

		Hombres	Mujeres	Total
Verduras congeladas	Siempre	1,0	1,0	1,0
	Frecuentemente	11,9	9,4	10,2
	A veces	36,4	37,0	36,8
	Casi nunca	29,5	32,4	31,5
	Nunca	21,2	20,2	20,5
Pescado congelado	Siempre	2,0	3,0	2,7
	Frecuentemente	28,7	27,9	28,2
	A veces	48,3	48,2	48,2
	Casi nunca	14,9	15,5	15,3
	Nunca	6,1	5,3	5,6
Preparados congelados	Siempre	,1	,2	,2
	Frecuentemente	5,4	4,5	4,8
	A veces	23,0	22,2	22,4
	Casi nunca	39,9	41,3	40,9
	Nunca	31,7	31,8	31,8

Tabla 3.12. Frecuencia (%) de ingesta de alimentos congelados en la cohorte EPIC-Murcia según grupos de edad*.

		<40-44	45-54	55-65+
Verduras congeladas	Siempre	1,4	,9	,7
	Frecuentemente	11,3	10,6	8,3
	A veces	37,4	38,5	33,6
	Casi nunca	31,9	31,9	30,6
	Nunca	18,0	18,1	26,8
Pescado congelado	Siempre	3,1	2,5	2,5
	Frecuentemente	27,2	30,2	26,7
	A veces	46,9	47,5	50,8
	Casi nunca	16,5	15,1	14,2
	Nunca	6,3	4,8	5,8
Preparados congelados	Siempre	,2	,3	,0
	Frecuentemente	6,8	4,5	2,5
	A veces	28,3	22,4	15,0
	Casi nunca	40,5	41,5	40,4
	Nunca	24,2	31,3	42,0

*Ver el primer párrafo de la sección resultados para aclaración sobre los límites etarios de la cohorte.

Tabla 3.13. Frecuencia (%) de ingesta de alimentos congelados en la cohorte EPIC-Murcia según áreas de salud.

		Murcia	Cartagena	Lorca	Noroeste	Altiplano	V. del Segura
Verduras congeladas	Siempre	1,0	2,6	,9	,5	,3	,4
	Frecuentemente	10,2	18,3	6,9	4,9	3,0	8,7
	A veces	37,0	38,9	37,3	35,1	35,5	35,2
	Casi nunca	32,7	25,6	33,3	31,8	34,5	31,1
	Nunca	19,1	14,5	21,6	27,8	26,6	24,6
Pescado congelado	Siempre	3,2	2,3	,7	2,1	2,0	2,8
	Frecuentemente	29,2	25,6	11,7	28,0	22,0	35,1
	A veces	48,6	45,1	52,2	52,2	54,9	45,4
	Casi nunca	14,5	17,6	25,8	12,0	17,1	12,3
	Nunca	4,5	9,3	9,6	5,6	3,9	4,5
Preparados congelados	Siempre	,3	,2				,1
	Frecuentemente	5,0	7,1	2,4	2,8	2,3	4,4
	A veces	23,1	25,2	20,5	15,8	17,8	21,9
	Casi nunca	43,0	38,7	36,7	36,2	40,5	39,7
	Nunca	28,6	28,8	40,3	45,2	39,5	33,9

Tabla 3.14. Frecuencia (%) de ingesta de alimentos congelados en la cohorte EPIC-Murcia según nivel de estudios.

		Menos que primarios	Primarios	Secundarios
Verduras congeladas	Siempre	,7	1,0	1,9
	Frecuentemente	7,0	11,5	15,6
	A veces	34,8	37,5	40,1
	Casi nunca	31,8	32,2	29,9
	Nunca	25,7	17,9	12,6
Pescado congelado	Siempre	2,6	2,8	2,8
	Frecuentemente	25,7	28,8	32,8
	A veces	51,4	47,1	42,5
	Casi nunca	14,7	16,3	15,3
	Nunca	5,5	5,1	6,6
Preparados congelados	Siempre	,1	,3	,1
	Frecuentemente	3,9	4,6	7,0
	A veces	19,3	25,9	24,3
	Casi nunca	38,7	42,4	43,5
	Nunca	38,0	26,9	25,1

**Aceites y otras grasas de adición
(manteca, mantequilla y margarina)**

3.15. Frecuencia (%) de ingesta de aceites y grasas de adición en la cohorte EPIC-Murcia según sexo.

	Hombres	Mujeres	Total
Aceite de oliva	84,4	88,9	87,2
Otros aceites	44,4	38,5	40,7
Manteca	1,2	1,7	1,5
Mantequilla	8,7	9,0	8,9
Margarina	17,8	34,9	27,9

Tabla 3.16. Frecuencia (%) de ingesta de aceites y grasas de adición en la cohorte EPIC-Murcia según grupos de edad*.

	<40-44	45-54	55-65+
Aceite de oliva	90,9	90,6	88,5
Otros aceites	35,9	37,6	39,8
Manteca	9,7	7,2	4,1
Mantequilla	6,7	5,1	3,4
Margarina	29,7	22,7	18,3

*Ver el primer párrafo de la sección resultados para aclaración sobre los límites etarios de la cohorte.

Tabla 3.17. Frecuencia (%) de ingesta de aceites y grasas de adición en la cohorte EPIC-Murcia según áreas de salud.

	Murcia	Cartagena	Lorca	Caravaca	Altiplano	Vega del Segura
Aceite de oliva	90,5	85,8	93,4	95,5	96,7	88,1
Otros aceites	38,3	44,6	31,6	30,4	14,5	39,3
Manteca	10,0	2,9	4,8	,9	3,0	6,0
Mantequilla	5,3	8,1	5,2	3,3	3,0	4,0
Margarina	24,4	28,0	27,0	18,2	23,4	20,4

Tabla 3.18. Frecuencia (%) de ingesta de aceites y grasas de adición en la cohorte EPIC-Murcia según nivel de estudios.

	Menos que primarios	Primarios	Secundarios
Aceite de oliva	87,2	90,6	96,0
Otros aceites	42,4	37,9	26,2
Manteca	5,7	7,3	10,6
Mantequilla	3,9	5,4	8,0
Margarina	19,4	26,8	29,8

Suplementos vitamínicos

Tabla 3.19. Frecuencia (%) de suplementos vitamínicos en la cohorte EPIC-Murcia según sexo.

Suplementos	Hombres	Mujeres	Total
Cualquiera	1,9	4,8	3,9
Vitamínico	1,3	1,2	1,2
Mineral	0,4	3,5	2,5
Mixto	0,3	0,5	0,5

Tabla 3.20. Frecuencia (%) de suplementos vitamínicos en la cohorte EPIC-Murcia según grupos de edad*.

Suplementos	<40-44	45-54	55-65+
Cualquiera	4,0	3,7	4,1
Vitamínico	1,2	1,2	1,2
Mineral	2,2	2,5	3,0
Mixto	0,8	0,3	0,2

*Ver el primer párrafo de la sección resultados para aclaración sobre los límites etarios de la cohorte.

Tabla 3.21. Frecuencia (%) de suplementos vitamínicos en la cohorte EPIC-Murcia según nivel de estudios.

Suplementos	Menos que primarios	Primarios	Secundarios y mayor
Cualquiera	3,5	4,0	4,3
Vitamínico	0,9	1,0	1,9
Mineral	2,6	2,8	2,0
Mixto	0,3	0,5	0,7

ANTROPOMETRÍA

Tabla 4.1. Antropometría de la cohorte EPIC-Murcia según sexo: hombres.

	Media	DE	P5	P25	P50	P75	P95
Talla	168,1	6,3	158,1	163,6	168,0	172,1	178,7
Peso	80,3	11,4	64,0	72,8	79,5	86,4	99,4
Índice masa corporal	28,4	3,6	23,2	26,0	28,1	30,5	34,3
Cintura	100,8	10,7	88,0	95,0	101,0	106,5	116,3
Cadera	105,7	9,1	95,8	102,0	106,0	110,0	117,0
Razón cintura/cadera	1,0	,1	,9	,9	1,0	1,0	1,0

DE = Desviación estándar; P = Percentil.

Tabla 4.2. Antropometría de la cohorte EPIC-Murcia según sexo: mujeres.

	Media	DE	P5	P25	P50	P75	P95
Talla	156,3	5,8	147,0	152,4	156,3	160,1	165,9
Peso	69,3	11,5	53,4	61,2	68,0	76,0	90,0
Índice masa corporal	28,4	4,7	21,7	25,0	27,9	31,3	36,5
Cintura	89,9	11,2	73,0	82,0	89,0	97,0	109,0
Cadera	107,7	9,8	94,0	101,5	107,0	113,0	124,6
Razón cintura/cadera	,8	,1	,7	,8	,8	,9	,9

DE = Desviación estándar; P = Percentil.

Tabla 4.3. Antropometría de la cohorte EPIC-Murcia según grupos de edad: grupo <40-44*.

	Media	DE	P5	P25	P50	P75	P95
Talla	161,0	7,8	149,5	155,5	160,0	165,7	175,3
Peso	69,6	12,9	52,4	60,2	67,6	77,2	92,5
Índice masa corporal	26,8	4,3	21,1	23,9	26,2	29,1	34,3
Cintura	88,0	12,0	72,0	79,5	87,0	96,0	108,0
Cadera	104,7	9,3	93,0	99,5	104,5	109,0	119,0
Razón cintura/cadera	,8	,1	,7	,8	,8	,9	1,0

DE = Desviación estándar; P = Percentil.

*Ver el primer párrafo de la sección resultados para aclaración sobre los límites etarios de la cohorte.

Tabla 4.4. Antropometría de la cohorte EPIC-Murcia según grupos de edad: grupo 45-54.

	Media	DE	P5	P25	P50	P75	P95
Talla	160,2	8,1	148,1	154,3	159,3	165,8	175,0
Peso	74,2	12,3	55,6	65,8	73,2	81,4	95,3
Índice masa corporal	28,9	4,2	22,9	26,0	28,4	31,3	36,0
Cintura	94,5	11,6	77,5	87,0	95,0	101,5	113,0
Cadera	107,8	9,7	96,0	102,0	107,0	112,5	123,0
Razón cintura/cadera	,9	,1	,8	,8	,9	,9	1,0

DE = Desviación estándar; P = Percentil.

Tabla 4.5. Antropometría de la cohorte EPIC-Murcia según grupos de edad: grupo 55-65+*.

	Media	DE	P5	P25	P50	P75	P95
Talla	158,5	8,1	146,8	152,5	157,7	164,0	172,6
Peso	74,9	11,5	58,2	66,8	74,0	81,8	95,0
Índice masa corporal	29,8	4,1	23,9	27,0	29,4	32,1	37,1
Cintura	98,6	10,4	83,0	91,5	98,5	105,0	115,0
Cadera	109,2	9,4	96,5	103,0	108,0	114,0	126,0
Razón cintura/cadera	,9	,1	,8	,8	,9	1,0	1,0

DE = Desviación estándar; P = Percentil.

*Ver el primer párrafo de la sección resultados para aclaración sobre los límites etarios de la cohorte.

Tabla 4.6. Antropometría de la cohorte EPIC-Murcia ajustada por edad y sexo : total.

	Media	DE	P5	P25	P50	P75	P95
Talla	160,0	20,8	137,7	145,5	157,1	165,6	216,2
Peso	72,9	16,2	51,3	61,7	70,5	81,1	103,6
Índice masa corporal	28,5	5,8	20,4	24,0	27,7	32,3	38,7
Cintura	93,5	17,1	69,1	81,9	92,1	102,4	125,7
Cadera	107,2	16,4	86,1	94,5	105,0	117,7	137,3
Razón cintura/cadera	,9	,1	,8	,8	,9	,9	1,0

DE = Desviación estándar; P = Percentil.

Tabla 4.7. Antropometría de la cohorte EPIC-Murcia ajustada por edad y sexo según nivel de estudios.

	Menos que primarios		Primarios		Secundarios	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Talla	158,6	15,0	159,2	22,9	164,2	27,5
Peso	74,3	13,6	71,8	17,2	71,6	19,5
Índice masa corporal	30,0	5,5	27,6	5,7	26,3	5,9
Cintura	96,4	14,1	91,1	18,5	90,2	20,0
Cadera	110,1	14,9	104,9	16,7	104,1	18,1
Razón cintura/cadera	,9	,1	,9	,1	,9	,1

DE = Desviación estándar; P = Percentil.

Tabla 4.8. Proporción (%) de miembros de la cohorte EPIC-Murcia con sobrepeso y obesidad según sexo.

Índice masa corporal	Hombres	Mujeres	Total
Delgado	,5	1,0	,8
Normal	14,9	24,2	21,3
Sobrepeso	55,7	40,9	45,5
Obesidad	28,4	32,2	31,0
Obesidad mórbida	,5	1,8	1,4

Tabla 4.9. Proporción (%) de miembros de la cohorte EPIC-Murcia con sobrepeso y obesidad según grupos de edad*.

Índice masa corporal	<40-44	45-54	55-65+
Delgado	1,6	,5	,3
Normal	35,5	16,8	9,4
Sobrepeso	43,1	47,4	46,2
Obesidad	18,9	33,9	42,2
Obesidad mórbida	,9	1,4	1,9

*Ver el primer párrafo de la sección resultados para aclaración sobre los límites etarios de la cohorte.

Tabla 4.10. Proporción (%) de miembros de la cohorte EPIC-Murcia con sobrepeso y obesidad ajustada por edad y sexo según áreas de salud.

	Murcia	Cartagena	Lorca	Noroeste	Altiplano	Vega del Segura
Delgado	4,7	3,7	2,9	2,1	3,7	2,7
Normal	31,4	32,3	32,7	26,0	27,8	27,6
Sobrepeso	33,5	36,5	31,5	36,4	39,9	33,8
Obesidad	28,2	26,0	29,8	34,0	26,7	33,0
Obesidad mórbida	2,1	1,5	3,1	1,6	1,8	2,9

Tabla 4.11. Proporción (%) de miembros de la cohorte EPIC-Murcia con sobrepeso y obesidad ajustada por edad y sexo según nivel de estudios.

	Menos que primarios	Primarios	Secundarios
Delgado	1,0	4,5	10,6
Normal	19,2	37,2	49,6
Sobrepeso	34,1	37,1	29,5
Obesidad	42,3	19,8	9,8
Obesidad mórbida	3,4	1,4	,5

GASTO ENERGÉTICO: ACTIVIDAD FÍSICA LABORAL Y DEPORTIVA

Tabla 5.1. Actividad física laboral (%) de la cohorte EPIC-Murcia según sexo.

	Hombres	Mujeres	Total
Sedentaria	41,1	14,5	22,7
De pie	35,9	83,3	68,8
Manual	13,9	1,9	5,5
Manual pesado	9,1	,3	3,0

Tabla 5.2. Actividad física laboral (%) de la cohorte EPIC-Murcia según grupos de edad*.

	<40-44	45-54	54-65+
Sedentaria	25,2	23,2	18,8
De pie	67,9	67,2	72,1
Manual	5,1	5,9	5,6
Manual pesado	1,9	3,7	3,6

*Ver el primer párrafo de la sección resultados para aclaración sobre los límites etarios de la cohorte.

Tabla 5.3. Actividad física laboral (%) de la cohorte EPIC-Murcia ajustada por edad y sexo según áreas sanitarias.

	Murcia	Cartagena	Lorca	Noroeste	Altiplano	Vega del Segura
Sedentaria	25,8	27,6	13,9	18,6	12,9	17,5
De pie	68,1	58,9	74,4	70,9	74,9	73,3
Manual	4,5	8,9	6,6	4,6	6,1	5,7
Manual pesado	1,6	4,6	5,1	5,9	6,1	3,6

Tabla 5.4. Actividad física laboral (%) de la cohorte EPIC-Murcia ajustada por edad y sexo según nivel de estudios.

	Menos que primarios	Primarios	Secundarios
Sedentaria	9,7	20,8	54,4
De pie	79,9	68,4	44,5
Manual	6,0	8,0	,9
Manual pesado	4,5	2,8	,2

Tabla 5.5. Actividad física deportiva (horas/semana) de la cohorte EPIC-Murcia según sexo.

	Hombres	Mujeres	Total
0 - 1/2 h./sem.	74,9	82,7	80,3
>1/2-2 h./sem.	9,2	9,3	9,3
>2-3 h./sem.	4,3	3,5	3,8
>3 h./sem.	11,6	4,5	6,7

Tabla 5.6. Actividad física deportiva (horas/semana) de la cohorte EPIC-Murcia según grupos edad*.

	<44-44	45-54	55-65+
0 - 1/2 h./sem.	73,4	81,7	86,9
>1/2-2 h./sem.	12,2	8,5	6,5
>2-3 h./sem.	5,1	3,7	2,2
>3 h./sem.	9,2	6,1	4,4

*Ver el primer párrafo de la sección resultados para aclaración sobre los límites etarios de la cohorte.

Tabla 5.7. Actividad física deportiva (horas/semana) de la cohorte EPIC-Murcia ajustada por edad y sexo según áreas sanitarias.

	Murcia	Cartagena	Lorca	Noroeste	Altiplano	Vega del Segura
0 - 1/2 h./sem.	79,5	73,0	86,7	84,4	82,6	83,2
>1/2-2 h./sem.	9,6	10,8	6,3	9,2	11,5	8,1
>2-3 h./sem.	4,3	4,5	3,1	2,8	1,6	2,7
>3 h./sem.	6,6	11,7	3,9	3,5	4,3	6,0

Tabla 5.8. Actividad física deportiva (horas/semana) de la cohorte EPIC-Murcia ajustada por edad y sexo según nivel de estudios.

	Menos que primarios	Primarios	Secundarios
0 - 1/2 h./sem.	90,6	78,2	59,8
>1/2-2 h./sem.	5,9	10,0	15,8
>2-3 h./sem.	1,7	4,1	8,0
>3 h./sem.	1,8	7,8	16,3

An abstract graphic design featuring a dark, textured background. The composition is dominated by several overlapping, white, geometric shapes. At the top left, there is a bright white square with a slightly offset, semi-transparent white square behind it. Below this, a series of white, irregular, elongated shapes overlap each other, creating a sense of depth and movement. The shapes vary in length and orientation, some appearing as thin strips and others as more substantial blocks. The overall effect is a dynamic, layered composition of simple geometric forms.

ANEXOS

ANEXO I

CUESTIONARIO DE DIETA

NUTRICIÓN Y SALUD

IDENTIFICACIÓN INDIVIDUO:

N.I.E.:

Fecha de nacimiento:

Fecha entrevista:

IDENTIFICACIÓN ENTREVISTADORA

Nombre:

Número código:

HORA DE INICIO ENTREVISTA:

HORA FIN ENTREVISTA:

- ¿Cambió su dieta en el último año? Sí NO

- Si es así ¿por qué razón? _____

- ¿Con qué frecuencia come fuera de casa?

- Nunca
- Raramente
- 1-2 veces por semana
- 3-4 veces por semana
- 5 veces por semana
- más de 5 veces por semana

- Aceite de aliño:

- Aceite para cocinar:

- Aceite para freír:

$$\text{Frecuencia} = \frac{\text{d/s} \times \text{meses/año}}{12}$$

AL LEVANTARSE

Meses	Días/ semana	ALIMENTO	Identificación	g, cc	Frecuencia

A MEDIA MAÑANA

Meses	Días/ semana	ALIMENTO	Identificación	g, cc	Frecuencia

ALMUERZO

ENTRANTE

Meses	Días/ semana	ALIMENTO	Identificación	g, cc	Frecuencia

ALMUERZO

PRIMER PLATO

Meses	Días/ semana	ALIMENTO	Identificación	g, cc	Frecuencia

ALMUERZO

SEGUNDO PLATO

Meses	Días/ semana	ALIMENTO	Identificación	g, cc	Frecuencia

ALMUERZO

ACOMPAÑAMIENTOS

Meses	Días/ semana	ALIMENTO	Identificación	g, cc	Frecuencia

ALMUERZO

POSTRE, PAN Y VINO

Meses	Días/ semana	ALIMENTO	Identificación	g, cc	Frecuencia

MERIENDA

Meses	Días/ semana	ALIMENTO	Identificación	g, cc	Frecuencia

CENA

ENTRANTE

Meses	Días/ semana	ALIMENTO	Identificación	g, cc	Frecuencia

CENA

PRIMER PLATO

Meses	Días/ semana	ALIMENTO	Identificación	g, cc	Frecuencia

CENA

SEGUNDO PLATO

Meses	Días/ semana	ALIMENTO	Identificación	g, cc	Frecuencia

CENA

POSTRE, PAN Y VINO

Meses	Días/ semana	ALIMENTO	Identificación	g, cc	Frecuencia

ANTES DE DORMIR

Meses	Días/ semana	ALIMENTO	Identificación	g, cc	Frecuencia

N.I.E.: _____

Fecha: _____

PREGUNTAS FINALES

- ¿Utiliza verduras congeladas?
 - Siempre
 - Frecuentemente
 - A veces
 - Casi nunca
 - Nunca

- ¿Utiliza pescados congelados?
 - Siempre
 - Frecuentemente
 - A veces
 - Casi nunca
 - Nunca

- ¿Utiliza platos preparados congelados (croquetas, etc.)?
 - Siempre
 - Frecuentemente
 - A veces
 - Casi nunca
 - Nunca

FIABILIDAD DE LA ENCUESTA:

Buena	<input type="checkbox"/>
Media	<input type="checkbox"/>
Baja	<input type="checkbox"/>

PREGUNTAS ADICIONALES

CONSUMO EN EL PASADO

- ¿Qué tipo de grasa se utilizaba en su casa cuando tenía entre 10 y 15 años?
 1. Aceite de oliva
 2. Aceite de semillas
 3. Manteca (grasa de cerdo)
 4. Mantequilla
 5. Margarina
 6. No sabe cuál
 7. Otros

Para condimentar:

Para cocinar:

N.I.E.: _____

Fecha: _____

CONSUMO DE VINO

Cuando tenía 20 años
Cuando tenía 30 años
Cuando tenía 40 años

1 – Nunca
2 – Ocasional
3 – Por semana
4 – Por día

Vasos / semana o día

CONSUMO DE CERVEZA

Cuando tenía 20 años
Cuando tenía 30 años
Cuando tenía 40 años

1 – Nunca
2 – Ocasional
3 – Por semana
4 – Por día

Vasos / semana o día

CONSUMO DE SIDRA

Cuando tenía 20 años
Cuando tenía 30 años
Cuando tenía 40 años

1 – Nunca
2 – Ocasional
3 – Por semana
4 – Por día

Vasos / semana o día

CONSUMO DE APERITIVOS

Cuando tenía 20 años
Cuando tenía 30 años
Cuando tenía 40 años

1 – Nunca
2 – Ocasional
3 – Por semana
4 – Por día

Vasos / semana o día

CONSUMO DE LICORES

Cuando tenía 20 años
Cuando tenía 30 años
Cuando tenía 40 años

1 – Nunca
2 – Ocasional
3 – Por semana
4 – Por día

Vasos / semana o día

A LO LARGO DE SU VIDA, los licores que ha consumido con más frecuencia han sido:

1. Claros (ginebra, ron blanco, orujo, vodka, etc.)
2. Oscuros (coñac, whisky, ron negro, etc.)
3. Indistintamente los dos tipos

CUESTIONARIO SOBRE HABITOS Y ANTECEDENTES PERSONALES

SEXO
FEMENINO

Consejería de Sanidad
y Servicios Sociales.
Asturias.

Servicio Andaluz de
Salud. Escuela
Andaluza de Salud
Pública. Granada.

Departamento de
Sanidad. Delegación de
Salud de Gipuzkoa.

Consejería de Sanidad
y Asuntos Sociales.
Región de Murcia.

Departamento de
Salud. Gobierno de
Navarra.

Instituto de
Investigación
Epidemiológica y
Clínica (IREC).
Mataró.



ESTUDIO PROSPECTIVO EUROPEO SOBRE DIETA, CÁNCER Y SALUD

IMPORTANTE:

LEER ANTES DE EMPEZAR A RELLENAR EL CUESTIONARIO

Antes de empezar, queremos agradecerle muy sinceramente su participación. Como ya le habrán informado, el objetivo de este estudio es conocer la relación de la alimentación con la salud. Además, a través de la información de este cuestionario, se estudiará la influencia de otros factores (como el consumo de tabaco, enfermedades y operaciones quirúrgicas, las condiciones laborales, la actividad física, etc.).

Toda la información que va a darnos es absolutamente **confidencial**, por lo tanto no debe temer que en los resultados de este estudio figure su nombre, ya que sólo se harán públicos los resultados globales (porcentajes, promedios, etc.).

El cuestionario ha sido diseñado para que usted tenga que hacer el menor esfuerzo posible en su cumplimentación. La mayoría de las respuestas exigen sólo colocar **una o varias cruces en las casillas** que correspondan a su caso.

A veces tendrá que escribir un número en una casilla, como por ejemplo, la edad que tenía cuando le ocurrió algún acontecimiento o los años en que realizó alguna actividad. Si tiene que poner un sólo número en un espacio en el que hay dos casillas, escríbalo siempre en la casilla de la derecha.

Ejemplo: Si fuma 5 cigarrillos al día, ponga

5

SI AL CONTESTAR EL CUESTIONARIO SE ENCUENTRA CON QUE NO SABE COMO RESPONDER UNA PREGUNTA SEÑALELA Y CONSULTELO CUANDO LO ENTREGUE. NO DEJE NINGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR.

Dirección _____ N.º de identificación

_____ Teléf. _____

Fecha nacimiento _____

SECCION 1 CONDICION SOCIOECONOMICA FAMILIAR

1. NIVEL DE ESTUDIOS

- 1.1. ¿A qué edad dejó o acabó usted de **estudiar**?
- 1.2. ¿Cuál es el **nivel de escolaridad o titulación más alta** que ha alcanzado? (señale con una X)
- Ninguno 1 B.U.P./Bachillerato Superior 4
- Educación General Básica/Bachillerato Elemental 2 Universidad 5
- Formación Profesional 3

2. OCUPACION DEL PADRE

2.1. A continuación le pedimos, por favor, que nos señale el **oficio u ocupación de su PADRE** cuando usted tenía aproximadamente 10 años de edad (cuando usted era un niño). **Seleccione primero una de las cuatro posibilidades: empleado, trabajador por cuenta propia, empleador o desempleado.** Después, señale con una X la casilla que más cercanamente se corresponda con el trabajo que realizaba su padre. Asimismo, le solicitamos que indique el **trabajo u ocupación que tiene actualmente su ESPOSO.** (Si se ha retirado o jubilado señale el último que ha tenido).

<u>Empleado</u>	PADRE	ESPOSO	<u>Trabajador por cuenta propia sin empleados</u>	PADRE	ESPOSO
Trabajador agrícola o ganadero, pescador	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	Granjero, ganadero, pescador	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 12
Trabajador manual no cualificado (albañil, personal de limpieza, etc.)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	Profesional, directivo (abogado, arquitecto, gerente, etc.)	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 13
Trabajador manual cualificado (lampista, carpintero, etc.)	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	Propietario de una tienda, comerciante	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 14
Capataz (de la industria, la construcción etc.)	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	Artesano (zapatero por cuenta propia, etc.)	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 15
Auxiliar administrativo, (conserje, etc.)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	Trabajador empresa familiar	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 16
Técnico administrativo (tareas organizativas, contable, etc.)	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<u>Trabajador por cuenta propia con empleados</u>		
Profesional, directivo (abogado, gerente, arquitecto, etc.)	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	Granjero, ganadero, pescador	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 17
Profesor de enseñanza primaria	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	Artesano (zapatero por cuenta propia, talleres, etc.)	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 18
Profesor de enseñanza secundaria	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	Empresario (en industria, servicios, etc.)	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 19
Profesor universitario	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	Profesional, directivo (abogado, arquitecto, gerente, etc.)	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 20
Vendedor, dependiente de tienda	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 11	Propietario tienda, comercio	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 21
			<u>Sin empleo remunerado</u>		
			Desempleado	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 22
			Estudiante	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 23

3. MIGRACION

- 3.1. ¿Ha **nacido** en esta comunidad autónoma? No 1 Si 2
- 3.2. Si la respuesta es No, escriba, por favor, la Comunidad Autónoma donde nació y extranjero si nació fuera del país.

Lista de Comunidades Autónomas:

Andalucía <input type="checkbox"/> 1	Cantabria <input type="checkbox"/> 6	Extremadura <input type="checkbox"/> 11	País Vasco <input type="checkbox"/> 16
Aragón <input type="checkbox"/> 2	Castilla/León <input type="checkbox"/> 7	Galicia <input type="checkbox"/> 12	La Rioja <input type="checkbox"/> 17
Asturias <input type="checkbox"/> 3	Castilla/La Mancha <input type="checkbox"/> 8	Madrid <input type="checkbox"/> 13	Ceuta/Melilla <input type="checkbox"/> 18
Baleares <input type="checkbox"/> 4	Catalunya <input type="checkbox"/> 9	Murcia <input type="checkbox"/> 14	Extranjero <input type="checkbox"/> 19
Canarias <input type="checkbox"/> 5	Comunidad Valenciana <input type="checkbox"/> 10	Navarra <input type="checkbox"/> 15	

- 3.3. Escriba, por favor, el número de **años de residencia** en la Comunidad Autónoma en la que **nació.** Años de residencia
- 3.4. Escriba, por favor, el número de **años de residencia** en esta Comunidad Autónoma en la que **vive actualmente** (sumando los años de residencia actual, a otros períodos anteriores si los hubiere). Años de residencia

SECCION 2 ACTIVIDAD FISICA

1. EN EL TRABAJO

Quisiéramos saber el tipo y la cantidad de actividad física que implica su trabajo. Por favor, señale cuál de las 4 posibilidades siguientes se corresponde mejor con su **trabajo actual**: (si tiene más de 1 trabajo, indique el que más horas por semana dedica. Si está jubilado, o no trabaja actualmente, deje la pregunta en blanco).

- **Ocupación sedentaria** Usted pasa la mayor parte de su tiempo sentada (por ejemplo trabajo de oficina, etc.) 1
- **Ocupación que implica estar de pie** Usted pasa la mayor parte de su tiempo de pie o andando. Pero su trabajo no requiere un esfuerzo físico intenso (por ejemplo, dependiente de una tienda, peluquera, guarda de seguridad, ama de casa, etc...). 2
- **Trabajo manual** Implica cierto esfuerzo físico que puede incluir el manejo de objetos pesados y la utilización de herramientas (por ejemplo, fontanero, electricista, carpintero, etc.) 3
- **Trabajo manual pesado** Implica una actividad física muy vigorosa que incluya el manejo de objetos muy pesados (por ejemplo, estibador, albañil, minero, peón en la construcción, etc.) 4

2. OTRAS ACTIVIDADES

En una semana habitual **durante el año pasado**, ¿cuántas horas por semana dedicó a cada una de las actividades siguientes?

- a) **Caminar** (incluyendo desplazamientos al lugar de trabajo, ir de compras y tiempo de ocio) En verano horas por semana
En invierno horas por semana
 - b) **Ir en bicicleta** (incluyendo desplazamientos al lugar de trabajo, y el tiempo libre) En verano horas por semana
En invierno horas por semana
 - c) **Jardinería** En verano horas por semana
En invierno horas por semana
 - d) **Bricolaje en casa** horas por semana
 - e) **Ejercicio físico** (por ejemplo, fútbol, aeróbic, natación, tenis, gimnasia, etc.) En verano horas por semana
En invierno horas por semana
 - f) **Trabajo de la casa** (por ejemplo, limpiar, lavar, cocinar, cuidar de los niños, etc.) horas por semana
3. La práctica vigorosa de alguna de estas actividades le quita la respiración o le da palpitaciones No 1 Si 2
- Si la respuesta es SI, ¿cuántas horas en total dedica cada semana a este tipo de actividades físicas vigorosas? horas por semana
4. ¿Cuántos pisos de escaleras sube cada día? pisos por día

SECCION 3 CUESTIONARIO DE CONSUMO DE TABACO

1. ¿Usted fuma **actualmente**? (señale con una X la/s casilla/s que correspondan a su caso. Si fuma cigarrillos y puros deberá marcar en las dos casillas) **(Debe contestar aunque no fume ni haya fumado nunca)**.

- Sí, fumo cigarrillos de forma habitual (al menos uno al día) 1
- Sí, fumo puros de forma habitual (al menos uno a la semana) 2
- Sí, fumo en pipa de forma habitual (al menos una a la semana) 3
- No fumo actualmente, pero fumé tiempo atrás 4
- No fumo actualmente, ni nunca he fumado 5 ➡ vaya a sección 4

SI AHORA NO FUMA PERO HABIA FUMADO ANTES, POR FAVOR, VAYA AL APARTADO 2 DE EX FUMADORES. SI USTED FUMA ACTUALMENTE, CONTINUE CUMPLIMENTANDO EL APARTADO 1 DE CONSUMO ACTUAL.

APARTADO 1: CONSUMO ACTUAL DE CIGARRILLOS

Conteste solo si fuma actualmente **de forma habitual**.

- 2. ¿Cuántos cigarrillos fuma **al día**?
- 3. ¿Fuma habitualmente cigarrillos? (señale con una X)
 - Predominantemente con filtro 1
 - Predominantemente sin filtro 2
 - Con y sin filtro 3
- 4. ¿Habitualmente **inhala** (se "traga") **el humo** de los cigarrillos? (señale con una X)
 - Si, profundamente hasta los pulmones 1
 - Si, pero no profundamente 2
 - No inhala el humo (sólo en la boca) 3

5. Señale, por favor, ¿cuál es el **tipo** de cigarrillos que fuma habitualmente?

- Habitualmente rubio 1
 Habitualmente negro 2
 Rubio y negro 3

6. ¿Fuma habitualmente cigarrillos **bajos en nicotina** y alquitrán (cigarrillos light o ultra light)? No 1 Si 2

7. ¿A qué **edad** aproximada **empezó** a fumar cigarrillos de forma habitual (al menos uno al día)? Años

8. Escriba cuántos cigarrillos por día **fumaba** habitualmente a las **edades** que se indican. Marque con una X el **tipo de tabaco** y si fumó principalmente cigarrillos con o sin **filtro**:

cuando tenía:	Número por día	Filtro			Tabaco		
		Con	Sin	Ambos	Rubio	Negro	Ambos
Unos 20 años	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Unos 30 años	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Unos 40 años	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Unos 50 años	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

APARTADO 2: EX FUMADORES DE CIGARRILLOS

Por favor, complete este apartado si **ha fumado cigarrillos** alguna vez en el **pasado de forma habitual**, pero **ha dejado de fumar**.

9. Si en la actualidad **NO** fuma cigarrillos, ¿a qué **edad** comenzó a fumar por primera vez en forma habitual? Años

10. ¿A qué **edad** dejó de fumar por última vez? Años

11. Escriba cuántos cigarrillos por día **fumaba** habitualmente a las **edades** que se indican. y marque con una X el **tipo de tabaco** y si fumó principalmente cigarrillos con o sin **filtro**:

cuando tenía:	Número por día	Filtro			Tabaco		
		Con	Sin	Ambos	Rubio	Negro	Ambos
Unos 20 años	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Unos 30 años	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Unos 40 años	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Unos 50 años	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

SECCION 4 ANTECEDENTES MEDICOS Y OPERACIONES QUIRURGICAS

Por favor, señale con una X la casilla correspondiente de la columna del "Si" aquellas enfermedades que **alguna vez un médico** le haya dicho que **sufre o ha sufrido**. En caso afirmativo escriba la **edad** aproximada que tenía usted cuando comenzó o las tuvo **por primera vez**. Debe señalar con una X la casilla "Si" o "No", según corresponda, para **todas** las enfermedades enumeradas.

Marque con una X si ha tenido o no cada una de las enfermedades y a qué edad apareció por primera vez.

ENFERMEDADES

	No	Si	Edad
1. Infarto de Miocardio (ataque al corazón)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>
2. Angina de pecho (problemas coronarios)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>
3. Ictus (Trombosis o derrame cerebral)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>
4. Otros problemas circulatorios cerebrales	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>
5. Tensión (presión sanguínea) alta	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>
5.1. Si es sí, recibe tratamiento por esta causa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
6. Hiperlipemia (colesterol o lípidos altos en la sangre)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>
7. Diabetes (Azúcar en la sangre)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>
7.1. Si es sí, recibe tratamiento con insulina?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
8. Piedras en la vesícula biliar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>
8.1. Si es sí, ¿fue operada por esta causa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>
9. Polipos en el intestino	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>
10. Cáncer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>
10.1. Si es sí, especifique en qué parte del cuerpo			<input type="text"/>

Código CIEO	<input type="text"/>
No utilizar	<input type="text"/>

	No	Si	Edad
11. Asma	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>
12. Ulcera de estómago y/o duodeno	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>
12.1 Si es sí, ¿fue operada por esta causa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>

- | | <u>No</u> | <u>Si</u> | <u>Edad</u> |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 13. Infección urinaria (excluyendo las ocurridas durante los embarazos) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 13.1 Si es sí, ¿recibió tratamiento médico? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | |

ENFERMEDADES EN LA FAMILIA (carnales, no de adopción)

14. ¿Su padre, madre o hermanos/as han tenido o no alguna de estas enfermedades?
(Marque con una X la casilla apropiada para todas las enfermedades presentadas)
- | | <u>No</u> | <u>Si</u> | <u>No sabe</u> |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| PADRE: | | | |
| — cáncer de intestino (colón, recto) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| — cáncer de mama | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| MADRE: | | | |
| — cáncer de intestino (colón, recto) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| — cáncer de mama | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| HERMANOS/AS: | | | |
| — cáncer de intestino (colón, recto) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| — cáncer de mama | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

OTRAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS

- Marque con una X si se ha tenido o no una de estas intervenciones quirúrgicas (operaciones)
- | | <u>No</u> | <u>Si</u> | <u>Edad</u> |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 15. ¿Le han quitado la matriz? (extirpación de útero) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 16. ¿Le han quitado uno o ambos ovarios? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 16.1 Uno <input type="checkbox"/> 1 Ambos <input type="checkbox"/> 2 No sabe <input type="checkbox"/> 3 | | | |
| 17. ¿Le han operado de la mama? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 18. ¿Le han hecho la ligadura de trompas? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

SECCION 5 CUESTIONARIO DE HISTORIA REPRODUCTIVA

HISTORIA DE LA MENSTRUACION (Período o regla)

1. ¿A qué edad tuvo la primera menstruación (período o regla)? (indique la edad en años)
- | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| 8 o menos | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 o más | nunca |

2. ¿Cómo tenía la regla entre los 30 y 40 años de edad? (Excluyendo el tiempo en que estuvo embarazada, dando el pecho o tomando anticonceptivos orales "la píldora").
- | | |
|--|----------------------------|
| — Irregularmente (a veces corto, a veces largo) | <input type="checkbox"/> 1 |
| — Regularmente cada 24 días o menos | <input type="checkbox"/> 2 |
| — Regularmente cada 25 a 26 días | <input type="checkbox"/> 3 |
| — Regularmente cada 27 a 29 días | <input type="checkbox"/> 4 |
| — Regularmente cada 30 a 31 días | <input type="checkbox"/> 5 |
| — Regularmente cada 32 días o más | <input type="checkbox"/> 6 |
| — No sé la periodicidad de mi ciclo menstrual | <input type="checkbox"/> 7 |
| — No he tenido la regla entre los 30 y los 40 años | <input type="checkbox"/> 8 |

3. ¿Cuál es su situación actual con respecto a la regla?
- ¿Tiene o ha tenido en los últimos 2 meses la regla? (Natural o por estar en tratamiento hormonal) No 1 Si 2
- SI LA RESPUESTA ES SI.
- 3.1. ¿Cuántos períodos ha tenido en los últimos 12 meses? 1 2 3 4
- 1-3 4-5 6-9 10 ó más
- SI LA RESPUESTA ES NO
- 3.2. ¿Qué edad tenía cuando dejó de tener la regla? Edad 1 2 3 4
- 3.3. ¿Ha tenido alguna regla durante los últimos 12 meses? No 1 Si 2
- 3.4. ¿Cuántas durante los últimos 12 meses? 1 2 3 4
- 1-3 4-5 6-9 10 ó más

4. ¿Cuanto tiempo transcurrió desde su primera regla hasta que los períodos empezaron a ser regulares?
- | | |
|---|----------------------------|
| — Inmediatamente o después de pocos meses | <input type="checkbox"/> 1 |
| — Después de 1 año | <input type="checkbox"/> 2 |

2o. EMBARAZO DEL QUE HA NACIDO UN NIÑO VIVO

1. ¿Qué **edad** tenía entonces? Edad
2. ¿Cuántos niños nacieron en este parto?
Si tuvo más de uno (gemelos, trillizos, etc.) indique el número según el sexo Varón(es) Mujer(es)
3. ¿Les dio el **pecho**? No 1 Si 2
4. Si lo hizo, ¿durante cuánto **tiempo**?
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
 1 2-3 4-5 6-7 2 3 4-5 6-7 8-9 10-11 12 o más
 (semanas) (meses)

3er. EMBARAZO DEL QUE HA NACIDO UN NIÑO VIVO

1. ¿Qué **edad** tenía entonces? Edad
2. ¿Cuántos niños nacieron en este parto?
Si tuvo más de uno (gemelos, trillizos, etc.) indique el número según el sexo Varón(es) Mujer(es)
3. ¿Les dio el **pecho**? No 1 Si 2
4. Si lo hizo, ¿durante cuánto **tiempo**?
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
 1 2-3 4-5 6-7 2 3 4-5 6-7 8-9 10-11 12 o más
 (semanas) (meses)

RESPONDA SOLO SI HA TENIDO MAS DE 3 HIJOS**ULTIMO EMBARAZO DEL QUE HA NACIDO UN NIÑO VIVO**

1. ¿Qué **edad** tenía entonces? Edad
2. ¿Cuántos niños nacieron en este parto?
Si tuvo más de uno (gemelos, trillizos, etc.) indique el número según el sexo Varón(es) Mujer(es)
3. ¿Les dio el **pecho**? No 1 Si 2
4. Si lo hizo, ¿durante cuánto **tiempo**?
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
 1 2-3 4-5 6-7 2 3 4-5 6-7 8-9 10-11 12 o más
 (semanas) (meses)

12. ¿Ha visitado alguna vez a un médico por problemas de **infertilidad (no poder tener hijos)**? No 1 Si 2
- 12.1. Si ha contestado que sí, ¿le ha dicho alguna vez el médico que tenía problemas de infertilidad (esterilidad)? No 1 Si 2
- 12.2. ¿Ha tomado alguna vez **medicamentos** para tratar un problema de infertilidad? No 1 Si 2
- 12.3. ¿Le han **operado** a causa de la infertilidad? No 1 Si 2

SECCION 6 ANTICONCEPTIVOS Y TERAPIA HORMONAL SUSTITUTORIA**1. USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES**

- 1.1. ¿Ha tomado alguna vez anticonceptivos orales (la píldora para control del embarazo o por otra razón.)? No 1 Si 2
- SI HA CONTESTADO QUE SI
- 1.2. ¿Cuánto **tiempo "total"** la ha estado tomando? (sume todo el tiempo que haya estado tomando la píldora, sin contar los períodos de abandono de la toma de la píldora).

 (años) 1 o menos 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 o más
- 1.3. ¿Qué **edad** tenía cuando **empezó** a tomar la píldora?
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
 14 o menos 15-16 17-18 19-20 21-22 23-24 25-26 27-28 29-30 31-35 36-40 41 o más
- 1.4. ¿Toma actualmente la píldora? No 1 Si 2
- SI LA RESPUESTA ES NO
- 1.5. ¿A qué **edad** dejó de tomar la píldora? Edad

2. OTROS ANTICONCEPTIVOS

- 2.1. ¿Le han puesto alguna vez **inyecciones** anticonceptivas (para no quedarse embarazada o por otro motivo) No 1 Si 2
- SI LA RESPUESTA ES SI
- 2.2. ¿Qué **edad** tenía cuando se la pusieron por **primera** vez? Edad
- 2.3. ¿Durante **cuántos años** aproximadamente le han puesto inyecciones anticonceptivas? Años
- 2.4. ¿Qué **edad** tenía cuando se la pusieron por **última** vez? Edad
- 2.5. ¿Ha usado alguna vez un **dispositivo intrauterino (DIU)**? No 1 Si 2
- 2.6. ¿Está utilizando un DIU actualmente? No 1 Si 2

3. TRATAMIENTO SUSTITUTIVO CON HORMONAS (TRATAMIENTO PARA LA MENOPAUSIA)

3.1. ¿Ha tomado o toma hormonas (estrógenos/progestágenos) para el tratamiento de la **menopausia**? No 1 Si 2

SI LA RESPUESTA ES NO, PASE A LA SIGUIENTE SECCION

SI LA RESPUESTA ES SI

3.2. ¿Durante **cuánto tiempo** (en años) ha tomado hormonas para el tratamiento de la menopausia?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
 Menos de 6 meses De 6 meses a 1 año 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 o más

3.3. ¿Cuántos **años** tenía cuando **empezó** a tomar hormonas para el tratamiento de la menopausia?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
 40 ó menos 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 ó más

3.4. ¿Está tomando **actualmente** hormonas para el tratamiento de la menopausia? No 1 Si 2

3.5. ¿De qué **forma** ha tomado o está tomando las hormonas para el tratamiento de la menopausia? (*haga una X en las casillals que correspondan a su caso*)

- Vía oral (en forma de píldora) 1
- Vía intramuscular (inyección) 2
- Subcutánea (por implantación bajo la piel) 3
- Por cremas (vaginales o directamente en la piel) 4
- Apósitos adhesivos aplicados en la piel (parches) 5

3.6. ¿Podría escribir el nombre del **medicamento** que **está tomando actualmente** para el tratamiento de la menopausia?

.....

Código	<input type="text"/>
No utilizar	<input type="checkbox"/>

3.7. ¿Són estas las **únicas** hormonas que ha tomado para el tratamiento de la menopausia? No 1 Si 2

SECCION 7 OCUPACION

Si **actualmente desempeña o ha desempeñado alguna vez**, como mínimo **durante un año**, alguna de las ocupaciones que figuran a continuación, por favor, márkuelas. (No están todas las ocupaciones posibles, sólo algunas. Si usted no ha trabajado en ninguna de ellas, déjelo en blanco.)

- | | |
|--|---|
| 1.1. Ganadera o criadora <input type="checkbox"/> 1 | 9. Industria del vidrio <input type="checkbox"/> 19 |
| 1.2. Agricultora o granjera <input type="checkbox"/> 2 | 10. Imprenta, artes gráficas <input type="checkbox"/> 20 |
| Marque si ha empleado alguna vez pesticidas
o herbicidas <input type="checkbox"/> 3 | 11. Transportes <input type="checkbox"/> 21 |
| ¿Cuándo trabajó en la agricultura? | SI ES SI, TRABAJO DE: |
| — Solamente antes de 1960 <input type="checkbox"/> 4 | — Conductora de camión <input type="checkbox"/> 22 |
| — Antes, después o sólo después de 1960. <input type="checkbox"/> 5 | — Conductora de taxi o autobús <input type="checkbox"/> 23 |
| 2. Industria Química <input type="checkbox"/> 6 | 12. Industria nuclear <input type="checkbox"/> 24 |
| SI ES SI, TRABAJO EN: | 13. Industria papelera <input type="checkbox"/> 25 |
| — Refinería <input type="checkbox"/> 7 | 14. Producción de cementos con
asbesto (fibrocemento) <input type="checkbox"/> 26 |
| — Tintes <input type="checkbox"/> 8 | 15. Producción de aislantes
asbesto/amianto <input type="checkbox"/> 27 |
| — Laboratorio <input type="checkbox"/> 9 | 16. Fabricación de cemento <input type="checkbox"/> 28 |
| 3. Industria Goma/Caucho <input type="checkbox"/> 10 | 17. Fabricación de cerámica <input type="checkbox"/> 29 |
| 4. Industria Textil <input type="checkbox"/> 11 | 18. Carnicería <input type="checkbox"/> 30 |
| SI ES SI, TRABAJO EN: | 19. Peluquera <input type="checkbox"/> 31 |
| — Tintes <input type="checkbox"/> 12 | 20. Trabajadora de Gasolinera <input type="checkbox"/> 32 |
| — Preparación de fibras o tejidos <input type="checkbox"/> 13 | 21. Camarera de bar <input type="checkbox"/> 33 |
| 5. Industria de pieles y curtidos <input type="checkbox"/> 14 | 22. Trabajadora de Restaurante <input type="checkbox"/> 34 |
| 6. Fabricación de zapatos y marroquinería <input type="checkbox"/> 15 | 23. Médicos o Servicios de Salud
(Ej.: Enfermera, laboratorio, etc.) <input type="checkbox"/> 35 |
| 7. Industria de la madera <input type="checkbox"/> 16 | |
| SI ES SI, TRABAJO EN: | |
| — Fabricación de muebles <input type="checkbox"/> 17 | |
| 8. Industria eléctrica/electrónica <input type="checkbox"/> 18 | |

Este estudio está coordinado por la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC-OMS) y auspiciado por el Programa de Europa contra el Cáncer de la Comunidad Europea (CE), el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) y las Comunidades Autónomas participantes.

SEXO
MASCULINOConsejería de Sanidad
y Servicios Sociales.
Asturias.Servicio Andaluz de
Salud. Escuela
Andaluza de Salud
Pública. Granada.Departamento de
Sanidad. Delegación de
Salud de Gipuzkoa.Consejería de Sanidad
y Asuntos Sociales.
Región de Murcia.Departamento de
Salud. Gobierno de
Navarra.Instituto de
Investigación
Epidemiológica y
Clínica (IREC).
Mataró.CUESTIONARIO SOBRE HABITOS
Y ANTECEDENTES PERSONALESESTUDIO PROSPECTIVO EUROPEO
SOBRE DIETA, CÁNCER Y SALUD

IMPORTANTE:

LEER ANTES DE EMPEZAR A RELLENAR EL CUESTIONARIO

Antes de empezar, queremos agradecerle muy sinceramente su participación. Como ya le habrán informado, el objetivo de este estudio es conocer la relación de la alimentación con la salud. Además, a través de la información de este cuestionario, se estudiará la influencia de otros factores (como el consumo de tabaco, enfermedades y operaciones quirúrgicas, las condiciones laborales, la actividad física, etc.).

Toda la información que va a darnos es absolutamente **confidencial**, por lo tanto no debe temer que en los resultados de este estudio figure su nombre, ya que sólo se harán públicos los resultados globales (porcentajes, promedios, etc.).

El cuestionario ha sido diseñado para que usted tenga que hacer el menor esfuerzo posible en su cumplimentación. La mayoría de las respuestas exigen sólo colocar **una o varias cruces en las casillas** que correspondan a su caso.

A veces tendrá que escribir un número en una casilla, como por ejemplo, la edad que tenía cuando le ocurrió algún acontecimiento o los años en que realizó alguna actividad. Si tiene que poner un sólo número en un espacio en el que hay dos casillas, escríbalo siempre en la casilla de la derecha.

Ejemplo: Si fuma 5 cigarrillos al día, ponga

5

SI AL CONTESTAR EL CUESTIONARIO SE ENCUENTRA CON QUE NO SABE COMO RESPONDER UNA PREGUNTA SEÑALELA Y CONSULTELO CUANDO LO ENTREGUE. NO DEJE NINGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR.

Lista de Comunidades Autónomas:

Andalucía <input type="checkbox"/> 1	Cantabria <input type="checkbox"/> 6	Extremadura <input type="checkbox"/> 11	País Vasco <input type="checkbox"/> 18
Aragón <input type="checkbox"/> 2	Castilla/León <input type="checkbox"/> 7	Galicia <input type="checkbox"/> 12	La Rioja <input type="checkbox"/> 17
Asturias <input type="checkbox"/> 3	Castilla/La Mancha <input type="checkbox"/> 8	Madrid <input type="checkbox"/> 13	Ceuta/Melilla <input type="checkbox"/> 18
Baleares <input type="checkbox"/> 4	Cataluña <input type="checkbox"/> 9	Murcia <input type="checkbox"/> 14	Extranjero <input type="checkbox"/> 19
Canarias <input type="checkbox"/> 5	Comunidad Valenciana <input type="checkbox"/> 10	Navarra <input type="checkbox"/> 15	

3.3. Escriba, por favor, el número de **años de residencia** en la Comunidad Autónoma en la que **nació**. Años de residencia

3.4. Escriba, por favor, el número de **años de residencia** en esta Comunidad Autónoma en la que vive **actualmente** (sumando los años de residencia actual, a otros períodos anteriores si los hubiere). Años de residencia

SECCION 2 ACTIVIDAD FISICA

1. EN EL TRABAJO

Quisiéramos saber el tipo y la cantidad de actividad física que implica su trabajo. Por favor, señale cuál de las 4 posibilidades siguientes se corresponde mejor con su **trabajo actual**: (si tiene más de 1 trabajo, indique el que más horas por semana dedica. Si está jubilado, o no trabaja actualmente, deje la pregunta en blanco).

- **Ocupación sedentaria**
Usted pasa la mayor parte de su tiempo sentado (por ejemplo trabajo de oficina, etc.) 1
- **Ocupación que implica estar de pie**
Usted pasa la mayor parte de su tiempo de pie o andando. Pero su trabajo no requiere un esfuerzo físico intenso (por ejemplo, dependiente de una tienda, peluquero, guarda de seguridad, etc.) 2
- **Trabajo manual**
Implica cierto esfuerzo físico que puede incluir el manejo de objetos pesados y la utilización de herramientas (por ejemplo, fontanero, electricista, carpintero, etc.) 3
- **Trabajo manual pesado**
Implica una actividad física muy vigorosa que incluya el manejo de objetos muy pesados (por ejemplo, estibador, albañil, minero, peón en la construcción, etc.) 4

2. OTRAS ACTIVIDADES

En una semana habitual **durante el año pasado**, ¿cuántas horas por semana dedicó a cada una de las actividades siguientes?

- a) **Caminar** (incluyendo desplazamientos al lugar de trabajo, ir de compras y tiempo de ocio) En verano horas por semana
En invierno horas por semana
 - b) **Ir en bicicleta** (incluyendo desplazamientos al lugar de trabajo, y el tiempo libre) En verano horas por semana
En invierno horas por semana
 - c) **Jardinería** En verano horas por semana
En invierno horas por semana
 - d) **Bricolaje en casa** horas por semana
 - e) **Ejercicio físico** (por ejemplo, fútbol, aerobio, natación, tenis, gimnasia, etc.) En verano horas por semana
En invierno horas por semana
 - f) **Trabajo de la casa** (por ejemplo, limpiar, lavar, cocinar, cuidar de los niños, etc.) horas por semana
3. La práctica vigorosa de alguna de estas actividades le quita la respiración o le da palpitaciones No 1 Si 2
- Si la respuesta es SI, ¿cuántas horas en total dedica cada semana a este tipo de actividades físicas vigorosas? horas por semana
4. ¿Cuántos **pisos de escaleras** sube cada día? pisos por día

SECCION 3 CUESTIONARIO DE CONSUMO DE TABACO

1. ¿Usted fuma **actualmente**? (señale con una X la/s casilla/s que correspondan a su caso. Si fuma cigarrillos y puros deberá marcar en las dos casillas) (Debe contestar aunque no fume ni haya fumado nunca).

- Sí, fumo cigarrillos de forma habitual (al menos uno al día) 1
- Sí fumo puros de forma habitual (al menos uno a la semana) 2
- Sí fumo en pipa de forma habitual (al menos una a la semana) 3
- No fumo actualmente, pero fumé tiempo atrás 4
- No fumo actualmente, ni nunca he fumado 5

☛ vaya a sección 4

SI AHORA NO FUMA PERO **HABIA FUMADO ANTES**, POR FAVOR, VAYA AL APARTADO 2 DE **EX FUMADORES**. SI USTED FUMA ACTUALMENTE, CONTINUE CUMPLIMENTANDO EL APARTADO 1 DE CONSUMO ACTUAL.

APARTADO 1: CONSUMO ACTUAL DE CIGARRILLOS

Conteste solo si fuma actualmente **de forma habitual**. Si fuma de dos o tres maneras (por ejemplo, puros y cigarrillos) rellene todos los apartados que correspondan a su caso.

Si fuma CIGARRILLOS:

2. ¿Cuántos cigarrillos fuma **al día**?
3. ¿Fuma habitualmente cigarrillos? (señale con una X)
- Predominantemente con filtro 1
 - Predominantemente sin filtro 2
 - Con y sin filtro 3
4. ¿Habitualmente **inhala** (se "traga") **el humo** de los cigarrillos? (señale con una X)
- Si, profundamente hasta los pulmones 1
 - Si, pero no profundamente 2
 - No inhalo el humo (sólo en la boca) 3
5. Señale, por favor, ¿cuál es el **tipo** de cigarrillos que fuma habitualmente?
- Habitualmente rubio 1
 - Habitualmente negro 2
 - Rubio y negro 3
6. ¿Fuma habitualmente cigarrillos **bajos en nicotina** y alquitrán (cigarrillos light o ultra light)? No 1 Si 2
7. ¿A qué **edad** aproximada **empezó** a fumar cigarrillos de forma habitual (al menos uno al día)? Años
8. Escriba cuántos cigarrillos por día **fumaba** habitualmente a las **edades** que se indican. Marque con una X el **tipo de tabaco** y si fumó principalmente cigarrillos con o sin **filtro**:

cuando tenía:	Número por día	Filtro			Tabaco		
		Con	Sin	Ambos	Rubio	Negro	Ambos
Unos 20 años	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Unos 30 años	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Unos 40 años	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Unos 50 años	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Si fuma PUROS (CIGARROS):

9. ¿Cuántos puros a la semana?
- Habitualmente fuma puros grandes 1
 - Habitualmente fuma puros medianos 2
 - Habitualmente fuma puros pequeños 3
10. ¿Habitualmente **inhala** (se "traga") **el humo** de los puros? (señale sólo una casilla)
- Si, profundamente hasta los pulmones 1
 - Si, pero no profundamente 2
 - No inhalo el humo (sólo en la boca) 3

11. ¿A qué **edad empezó** a fumar puros de forma habitual (al menos uno a la semana)? Años
12. Señale cuantos puros **por semana fumaba habitualmente** a las edades que figuran a continuación?
- Cuando tenía unos 20 años
- Cuando tenía unos 30 años
- Cuando tenía unos 40 años
- Cuando tenía unos 50 años

Si fuma en PIPA:

13. ¿Cuántas pipas (enteras) fuma a la semana?
- ¿Cuánto tabaco (gramos por semana) fuma?
14. ¿Habitualmente **inhala** (se "traga") el **humo** del tabaco de pipa? (señale sólo una casilla)
- Si, profundamente hasta los pulmones 1
- Si, pero no profundamente 2
- No inhalo el humo (sólo en la boca) 3
15. ¿A qué **edad empezó** a fumar en pipa de forma habitual (al menos una pipa entera a la semana)? Años
16. Señale cuantas **pipas** enteras **por semana fumaba habitualmente** a las edades que figuran a continuación?
- Cuando tenía unos 20 años
- Cuando tenía unos 30 años
- Cuando tenía unos 40 años
- Cuando tenía unos 50 años

APARTADO 2: EX FUMADORES DE CIGARRILLOS

Por favor, complete este apartado si **ha fumado alguna vez** en el **pasado de forma habitual**, pero **ha dejado de fumar**.

17. Si en la actualidad **NO** fuma cigarrillos, ¿a qué **edad comenzó a fumar por primera vez** en forma habitual? Edad
18. ¿A qué **edad dejó de fumar** por última vez? Edad
19. Escriba cuántos cigarrillos por día **fumaba** habitualmente a las **edades** que se indican, y marque con una X el **tipo de tabaco** y si fumó principalmente cigarrillos con o sin **filtro**:

cuando tenía:	Número por día	Filtro			Tabaco		
		Con	Sin	Ambos	Rubio	Negro	Ambos
Unos 20 años	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Unos 30 años	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Unos 40 años	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Unos 50 años	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Puros (si fumaba puros)

20. Si actualmente no fuma puros, ¿a qué **edad comenzó** a fumarlos por **primera vez** de forma habitual? Edad
21. ¿A qué **edad dejó** de fumarlos? Edad
22. Señale cuantos puros **por semana fumaba habitualmente** a las edades que figuran a continuación?
- Cuando tenía unos 20 años
- Cuando tenía unos 30 años
- Cuando tenía unos 40 años
- Cuando tenía unos 50 años

Pipa (si fumaba en pipa)

23. Si en la actualidad ya no fuma en pipa, ¿a qué **edad comenzó** a fumar por **primera vez** de forma habitual? Edad
24. ¿A qué **edad dejó** de fumar de forma habitual? Edad

25. ¿Cuántas pipas enteras por semana fumaba habitualmente a las edades que figuran a continuación?

- Cuando tenía unos 20 años
- Cuando tenía unos 30 años
- Cuando tenía unos 40 años
- Cuando tenía unos 50 años

SECCION 4 ANTECEDENTES MEDICOS Y OPERACIONES QUIRURGICAS

Por favor, señale con una X la casilla correspondiente de la columna del "Si" aquellas enfermedades que alguna vez un médico le haya dicho que **sufre o ha sufrido**. En caso afirmativo escriba la **edad** aproximada que tenía usted cuando comenzó o las tuvo por primera vez. Debe señalar con una X la casilla "Si" o "No", según corresponda, para **todas** las enfermedades enumeradas.

Marque con una X si ha tenido o no cada una de las enfermedades y a qué edad apareció por primera vez.

ENFERMEDADES

	<u>No</u>	<u>Si</u>	<u>Edad</u>
1. Infarto de Miocardio (ataque al corazón)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Angina de pecho (problemas coronarios)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Ictus (Trombosis o derrame cerebral)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Otros problemas circulatorios cerebrales	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Tensión (presión sanguínea) alta	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.1. Si es sí, recibe tratamiento por esta causa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
6. Hiperlipemia (colesterol o lípidos altos en la sangre)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Diabetes (Azúcar en la sangre)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.1. Si es sí, recibe tratamiento con insulina?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
8. Piedras en la vesícula biliar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.1. Si es sí, ¿fue operada por esta causa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Polipos en el intestino	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Cáncer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10.1. Si es sí, especifique en qué parte del cuerpo			

Código CIEO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
No utilizar	

	<u>No</u>	<u>Si</u>	<u>Edad</u>
11. Asma	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Úlcera de estómago y/o duodeno	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12.1 Si es sí, ¿fue operada por esta causa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Infección urinaria	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13.1 Si es sí, ¿recibió tratamiento médico?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	

ENFERMEDADES EN LA FAMILIA (carnales, no de adopción)

14. ¿Su padre, madre o hermanos/as han tenido o no alguna de estas enfermedades?
(Marque con una X la casilla apropiada para todas las enfermedades presentadas)

	<u>No</u>	<u>Si</u>	<u>No sabe</u>
PADRE: — cáncer de intestino (colón, recto)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
— cáncer de mama	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
MADRE: — cáncer de intestino (colón, recto)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
— cáncer de mama	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
HERMANOS/AS: — cáncer de intestino (colón, recto)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
— cáncer de mama	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

SECCION 5 CUESTIONARIO DE HISTORIA REPRODUCTIVA

1. ¿Ha tenido algún hijo vivo? No 1 Si 2
 Si la respuesta es NO, pase a la pregunta 4.
2. ¿Cuántos hijos varones ha tenido? Número
3. ¿Cuántas hijas mujeres ha tenido? Número
4. ¿Se ha practicado la vasectomía? No 1 Si 2
5. ¿Si la respuesta es SI, ¿a qué edad? Edad
6. ¿Ha visitado alguna vez un médico por problemas de infertilidad? (no poder tener hijos) No 1 Si 2
7. ¿Si lo ha hecho, ¿le dijo el médico que era usted infértil (estéril)? No 1 Si 2
8. ¿Ha sido tratado con medicamentos por causa de la infertilidad? No 1 Si 2
9. ¿Ha sido operado a causa de la infertilidad? No 1 Si 2

SECCION 6 OCUPACION

Si actualmente desempeña o ha desempeñado alguna vez, como mínimo durante un año, alguna de las ocupaciones que figuran a continuación, por favor, márquelas. (No están todas las ocupaciones posibles, sólo algunas. Si usted no ha trabajado en ninguna de ellas, déjelo en blanco).

- 1.1. Ganadero o criador 1
- 1.2. Agricultor o granjero 2
 Marque si ha empleado alguna vez pesticidas o herbicidas 3
 ¿Cuándo trabajó en la agricultura:
 — Solamente antes de 1960 4
 — Antes y después o sólo después de 1960 5
2. En una mina o cantera 6
3. En una fundición 7
 SI ES SI, FUE FUNDICION DE:
 — Aceros 8
 — Aleaciones especiales 9
4. Electro galvanizado 10
5. Industria Química 11
 SI ES SI, TRABAJO EN:
 — Refinería 12
 — Tintes 13
 — Laboratorio 14
6. Industria Goma/caucho 15
7. Industria Textil 16
 SI ES SI, TRABAJO EN:
 — Tintes 17
 — Preparación de fibras o tejidos 18
8. Industria de pieles y curtidos 19
9. Fabricación de zapatos y marroquinería 20
10. Industria de la madera 21
 SI ES SI, TRABAJO EN:
 — Fabricación de muebles 22
11. Industria del metal 23
 SI ES SI, TRABAJO EN:
 — Tornero, fresador 24
 — Soldador 25
 — Cromados 26
12. Astilleros (construcción naval) 27
13. Industria eléctrica/electrónica 28
14. Industria del vidrio 29
15. Imprenta, artes gráficas 30
16. Industria de la construcción 31
 SI ES SI, TRABAJO DE:
 — Instalación de tejados 32
 — Asfaltado 33
 — Demoliciones 34
17. Transportes 35
 SI ES SI, TRABAJO DE:
 — Conductor de camión 36
 — Conductor de taxi o autobús 37
18. Industria nuclear 38
19. Industria papelera 39
20. Producción de cementos con asbesto (fibrocemento) 40
21. Producción de aislantes asbesto/amianto 41
22. Fabricación de cemento 42
23. Fabricación de cerámica 43
24. Carnicería 44
25. Pintor 45
26. Soldador 46
27. Peluquero 47
28. Trabajador de Gasolinera 48
29. Reparación de automóviles 49
30. Camarero de bar 50
31. Trabajador de Restaurante 51
32. Médicos o Servicios de Salud (Ej.: Enfermero, veterinario, etc.) 52

Este estudio está coordinado por la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC-OMS) y auspiciado por el Programa de Europa contra el Cáncer de la Comunidad Europea (CE), el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) y las Comunidades Autónomas participantes.

ANEXO IV

CUESTIONARIO PARA MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS



ESTUDIO PROSPECTIVO EUROPEO
SOBRE DIETA, CÁNCER Y SALUD

Nº de identificación
Pegar etiqueta identificativa

(Hora última micción: _____)

1. Día _____ Mes _____ Hora _____ Año _____

2. Talla de pie:
_____ , _____ cms.

3. Talla sentado:
_____ , _____ cms.

Marcar con una X si la medida es autoinformada 1 ___ Sí

4. Peso:
_____ , _____ grs.

Marcar con una X si la medida es autoinformada 1 ___ Sí

5. Circunferencia cintura:
_____ , _____ cms.

6. Circunferencia caderas:
_____ , _____ cms.

7. Entrevistador:

8. Tensión arterial:

Aparato utilizado:

1A __ Accutorr 1

2A __ Accutorr 2

1B __ Bosso 1

2B __ Bosso 2

Manguito normal _____

Manguito obeso _____

T.A. Sistólica.....

T.A. Diastólica.....

Frecuencia cardíaca.....

1ª Toma

2ª Toma

ANEXO V

CUESTIONARIO PARA MUESTRAS DE SANGRE



ESTUDIO PROSPECTIVO EUROPEO
SOBRE DIETA, CÁNCER Y SALUD

Nº de identificación
Pegar etiqueta identificativa

Extrac.:				
1. Hora	Día	Mes	Año	
Proc.:				
1. Hora	Día	Mes	Año	
Cong.:				
1. Hora	Día	Mes	Año	

2. Posición del sujeto:

Sentado ___1 Semi-sentado ___2 Echado ___3

3. ¿Ha consumido medicamentos, vitaminas o minerales en la semana pasada?

1___ SÍ 2___ NO

Si es SÍ, especificar:

Producto _____

Dosis _____

Última vez (día): _____ _____ _____

4. ¿Ha fumado la semana pasada?

1___ SÍ 2___ NO

Si es SÍ, tipo:

- cigarrillo: rubio 1___ - negro 2___

- filtro: con filtro 1___ - sin filtro 2___

- cigarro puro: 1___ - pipa 2___

Cantidad en las 24 horas anteriores: _____

Horas desde el último cigarrillo: _____

5. Mujeres que tienen la regla en la actualidad (hasta hace 2 meses).

Fecha inicio último ciclo menstrual: Día _____ Mes _____ Año _____

Fecha inicio del siguiente ciclo: Día _____ Mes _____ Año _____

(A completar posteriormente con la información remitida)

6. La extracción es en ayunas?

1___ SÍ 2___ NO

7. Si la extracción NO es en ayunas:

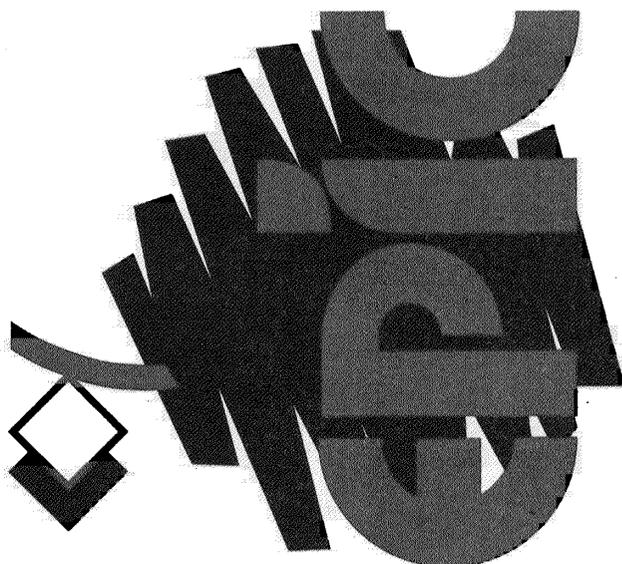
7.1. ¿Qué ha tomado para desayunar?

1___ Café 2___ Leche 3___ Bocadoillo
4___ Pasta 5___ Zumo/fruta 6___ Otro

7.2. ¿Ha comido al mediodía?

1___ SÍ 2___ NO

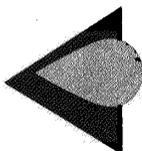
7.3. Horas desde la última ingesta (desayuno o comida): _____



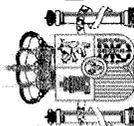
**ESTUDIO PROSPECTIVO
EUROPEO SOBRE
DIETA, CANCER
Y SALUD**



**EUROPA
CONTRA EL
CANCER**



**HERMANDADES DE DONANTES DE
SANGRE DE LA REGION DE MURCIA**



**MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
FONDO DE INVESTIGACIONES SANITARIAS**



**Región de Murcia
Consejería de Sanidad
y Asuntos Sociales**

Papel reciclado



Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Localidad _____ Código postal _____

Teléfonos de contacto: Casa _____ Trabajo _____ Otro _____

En _____, a _____ de _____ de 1.99 ____

Firma :

Enviar a: Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales (Proyecto EPIC), Ronda de Levante, 11 - 30008 Murcia;
o bien utilizar el sobre adjunto, que no necesita sello.

¿QUE ES EL PROYECTO EPIC?

Es el mayor estudio europeo de investigación para conocer el papel de la alimentación en la prevención de distintas enfermedades, sobre todo el **CANCER**.

Van a participar medio millón de personas de siete países, entre ellos España.

Este estudio ha sido promovido por la **COMUNIDAD EUROPEA** y la **Agencia Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer de la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**.

¿A QUIEN BENEFICIA?

Nos beneficiará a todos, ya que sabremos como prevenir el cáncer y otras enfermedades crónicas antes de que aparezcan.

¿QUIEN PUEDE PARTICIPAR?

Todas las personas residentes en la Región de Murcia, siempre que tengan:

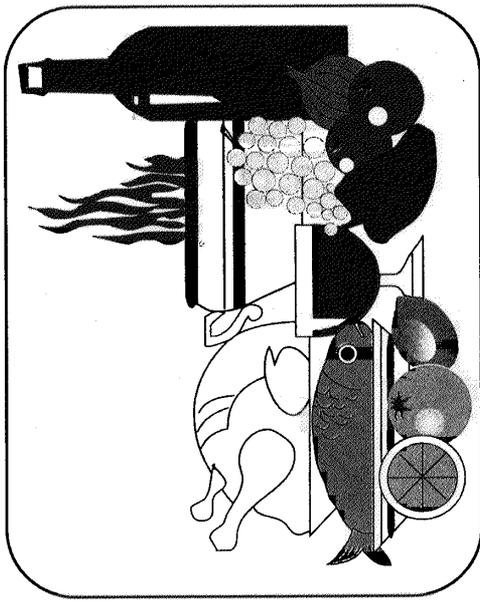
- Mujeres: entre 35 y 65 años.
- Hombres: entre 40 y 65 años.

que quieran colaborar en la prevención del cáncer.

¿QUE HACER PARA PARTICIPAR?

Recorte y envíe la ficha de inscripción. Le llamaremos para acordar el día y hora de la entrevista.

Para más información, llame al teléfono 241493

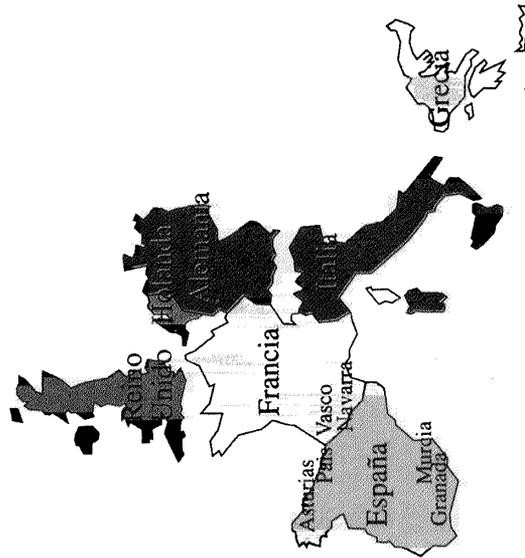


¿EN QUE CONSISTE LA PARTICIPACION?

Consiste en dos entrevistas, que se realizarán en el Consultorio o Centro de Salud de su localidad :

- ✓ Entrevista personal para conocer los alimentos que toma habitualmente (una hora).
 - ✓ Extracción de una muestra de sangre (diez minutos).
- Además, se le medirá peso y talla, y se le harán unas preguntas sobre su salud.

El éxito del estudio depende de su participación.



ANEXO VII

CENTROS COLABORADORES DEL PROYECTO EPIC

LOCALIDAD	CENTROS COLABORADORES
Abanilla	Centro de Salud INSALUD
Abarán	Ayuntamiento
Águilas	Centro de Salud INSALUD
Alberca, La	Ayuntamiento (Alcaldía)
Alcantarilla	Centros de Salud Alcantarilla-Centro, Alcantarilla-Sangonera INSALUD
Alcázares, Los	Centro de Salud INSALUD
Aledo	Centro de Salud INSALUD
Algar, El	Centro de Salud INSALUD
Algezares	Centro de Salud INSALUD
Alguazas	Centro de Salud INSALUD
Alhama de Murcia	Ayuntamiento
Aljorra, La	Centro de Salud INSALUD
Alquerías	Centro de Salud INSALUD
Archena	Ayuntamiento
Belones, Los	Centro de Salud INSALUD
Beniján	Centro de Salud INSALUD
Beniel	Centro de Salud, Ayuntamiento
Blanca	Centro de Salud INSALUD
Bullas	Ayuntamiento
Cabezo de Torres	Centro de Salud INSALUD
Calasparra	Ayuntamiento
Campos del Río	Centro de Salud INSALUD
Caravaca	Centro de Salud INSALUD
Cartagena	Centro de Área Cartagena, Hospital Santa M ^a del Rosell, Telefónica, Obras del Puerto
Casillas	Centro de Salud INSALUD
Cehégín	Ayuntamiento
Ceutí	Centro de Salud INSALUD, Ayuntamiento
Cieza	Ayuntamiento
Esparragal, El	Ayuntamiento (Alcaldía), Centro de Salud INSALUD
Espinardo	Centro de Salud INSALUD
Fortuna	Centro de Salud INSALUD
Fuente Álamo	Centro de Salud INSALUD
Garres, Los	Centro de Salud INSALUD
Guadalupe	Centro de Salud INSALUD
Javalí Nuevo	Ayuntamiento
Jumilla	Centro de Salud INSALUD
Librilla	Centro de Salud INSALUD
Lorca	Centro de Área Lorca
Lorquí	Centro de Salud INSALUD
Molina del Segura	Ayuntamiento
Monteagudo	Ayuntamiento (Alcaldía)
Mula	Centro de Salud INSALUD
Murcia	Centro Regional de Hemodonación, Concejalía de Sanidad, Hospital General Universitario, Telefónica
Ñora, La	Centro de Salud INSALUD
Palmar, El	Centro de Salud INSALUD
Pliego	Centro de Salud INSALUD
Pozo Estrecho	Centro de Salud INSALUD
Puente Tocinos	Centro de Salud INSALUD, Ayuntamiento (Alcaldía)
Puerto Lumbreras	Ayuntamiento
Raal, El	Centro de Salud INSALUD
Roldán	Centro de Salud INSALUD
San Javier	Centro de Salud INSALUD
San Pedro del Pinatar	Centro de Salud INSALUD
Sangonera la Verde	Centro de Salud INSALUD
Santa Cruz	Ayuntamiento (Alcaldía)
Santomera	Centro de Salud INSALUD
Torre Pacheco	Centro de Salud INSALUD
Torres de Cotillas	Centro de Salud INSALUD, Ayuntamiento
Totana	Centro de Salud INSALUD
Unión, La	Centro de Salud INSALUD
Villanueva del Río Segura	Centro de Salud INSALUD
Yecla	Centro de Salud INSALUD
Zeneta	Ayuntamiento (Alcaldía)

ANEXO VIII



Región de Murcia
Consejería de Sanidad
y Asuntos Sociales



CONSENTIMIENTO ACCESO A INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Yo, _____

Deseo participar en el Estudio Prospectivo Europeo sobre Dieta, Cáncer y Salud.

Autorizo a la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales a solicitar los datos sobre mi estado de salud necesarios para la realización del estudio, entendiendo que toda la información es confidencial.

Murcia, a _____ de _____ de 199 ____

Firma: _____

Nombre de mi médico: _____

Dirección de mi Centro de Salud: _____

ANEXO IX



Región de Murcia
Consejería de Sanidad
y Asuntos Sociales



DATOS COMPLEMENTARIOS

NOMBRE: _____

CENTRO DE TRABAJO: _____ TELÉFONO C. TRABAJO: _____

DIRECCIÓN C. TRABAJO: _____

LOCALIDAD: _____ PROFESIÓN: _____

PUESTO QUE OCUPA O TRABAJO QUE DESEMPEÑA: _____

DATOS DE UN FAMILIAR CON DISTINTO DOMICILIO:

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____ CÓD. POSTAL: _____

LOCALIDAD: _____ TELÉFONO: _____

NOTAS



NOTAS

[The page contains approximately 25 horizontal lines, most of which are obscured by large, irregular grey redaction blocks.]

NOTAS

[REDACTED]

NOTAS





Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Consumo
Dirección General de Salud Pública