

ENCUESTA DE SALUD DE CANARIAS 2021

Cuestionario de adultos (Personas de 16 o más años)

NATURALEZA, CARACTERÍSTICAS Y FINALIDAD

La Encuesta de Salud de Canarias es una fuente de información estadística a nivel de la comunidad autónoma de Canarias, diseñada en colaboración entre Servicio Canario de la Salud y el Instituto Canario de Estadística, órgano central del sistema estadístico de la comunidad autónoma de Canarias. Esta encuesta es de obligada participación por estar incluida en el Plan Estadístico de Canarias 2018-2022. Tiene la finalidad de identificar los principales problemas de salud que afectan a los diferentes sectores de la población canaria y conocer la frecuencia y distribución de aquellos hábitos de vida que pudieran actuar como factores de riesgo para el desarrollo de futuros problemas de salud.

DISPOSICIONES LEGALES:

Secreto estadístico: Serán objeto de protección y quedarán amparados por el secreto estadístico, la totalidad de los datos individuales suministrados. Todas las personas, organismos e instituciones de cualquier naturaleza que intervengan en el proceso estadístico tienen la obligación de preservar el secreto estadístico. Este deber se mantendrá aun después de que las personas obligadas a su cumplimiento concluyan sus actividades profesionales o su vinculación a los servicios estadísticos (art. 22. de la Ley 1/1991, de 28 de enero, de Estadística de la comunidad autónoma de Canarias). Asimismo, no se podrá actuar sobre la base del conocimiento de los datos que se recaban en esta Estadística.

Deber de facilitar los datos: Todas las personas que suministren datos, deberán contestar de forma veraz y dentro del plazo establecido al efecto, constituyendo infracción muy grave, conforme a lo dispuesto en el artículo 45.3.b) de la Ley 1/1991, de 28 de enero, de Estadística de la comunidad autónoma de Canarias, no suministrar la información requerida o suministrar datos falsos, cuando pueda ser imputada a malicia o negligencia grave.

Provincia		Municipio			Distrito		Sección			Sección repetida	Nº vivienda		Nº selección		Nº Hogar	Nº Orden

Nombre

Teléfono 1

Teléfono 2

E-mail

PÓNGASE EN CONTACTO CON NOSOTROS



Usted y los miembros de su hogar han sido seleccionados al azar para colaborar en el suministro de la información que se requiere en esta operación estadística. Para cualquier duda, consulta o respuesta a nuestras notificaciones, póngase en contacto con nosotros a través del

teléfono gratuito 900.26.46.92, en horario de 10:00 a 20:00 de lunes a viernes

o del correo electrónico esc.istac@gobiernodecanarias.org

FICHA DE COMPOSICIÓN DEL HOGAR

		Miembro 1	Miembro 2	Miembro 3	Miembro 4
P1	Nombre				
P2	Nº orden				
P3	Sujeto informante	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No
P4	Sexo biológico	1. Hombre 6. Mujer	1. Hombre 6. Mujer	1. Hombre 6. Mujer	1. Hombre 6. Mujer
P5	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
P6	A efectos de identificar a una persona de referencia, necesitaría conocer quién es la persona que más aporta al presupuesto del hogar	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No
P7	Relación con la persona de referencia	1. Persona de referencia 2. Cónyuge/pareja 3. Hijo/a 4. Yerno/Nuera 5. Padres/suegros 6. Nieto/a 7. Otro pariente 8. No emparentado	1. Persona de referencia 2. Cónyuge/pareja 3. Hijo/a 4. Yerno/Nuera 5. Padres/suegros 6. Nieto/a 7. Otro pariente 8. No emparentado	1. Persona de referencia 2. Cónyuge/pareja 3. Hijo/a 4. Yerno/Nuera 5. Padres/suegros 6. Nieto/a 7. Otro pariente 8. No emparentado	1. Persona de referencia 2. Cónyuge/pareja 3. Hijo/a 4. Yerno/Nuera 5. Padres/suegros 6. Nieto/a 7. Otro pariente 8. No emparentado
P8	¿Quién es su pareja?	Pareja:	Pareja:	Pareja:	Pareja:
	¿Quién es su padre?	Padre:	Padre:	Padre:	Padre:
	¿Quién es su madre?	Madre:	Madre:	Madre:	Madre:

INFORMACIÓN PARA LA SELECCIÓN DE INDIVIDUOS (NO PREGUNTAR)					
P9	Nº de orden para la selección	1. Adulto _____ 2. Menor _____	1. Adulto _____ 2. Menor _____	1. Adulto _____ 2. Menor _____	1. Adulto _____ 2. Menor _____
P10	Adulto seleccionado	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No
P11	Menor seleccionado	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No
P12	Persona informante del menor	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No

Tabla de números aleatorios para la selección del adulto y del menor

		Nº orden de la vivienda																			
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Nº de adultos o menores	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	2	1	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1
	3	3	2	1	3	2	3	2	1	2	2	1	1	2	1	1	2	3	1	3	1
	4	4	1	3	2	1	1	1	4	2	2	1	3	1	4	1	4	1	3	4	4
	5	2	5	1	1	4	2	3	2	3	1	2	4	4	2	3	5	3	2	3	1
	6	3	2	5	2	5	2	4	0	4	1	3	3	4	3	1	4	6	2	1	3
	7	2	5	4	1	1	5	3	1	2	3	6	6	6	3	1	5	7	2	1	3
	>=8	3	2	4	1	7	2	6	7	6	2	1	2	1	4	3	1	8	4	3	2

Miembro 5	Miembro 6	Miembro 7	Miembro 8	Miembro 9	Miembro 10
1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No
1. Hombre 6. Mujer	1. Hombre 6. Mujer	1. Hombre 6. Mujer	1. Hombre 6. Mujer	1. Hombre 6. Mujer	1. Hombre 6. Mujer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No
1. Persona de referencia 2. Cónyuge/pareja 3. Hijo/a 4. Yerno/Nuera 5. Padres/suegros 6. Nieto/a 7. Otro pariente 8. No emparentado	1. Persona de referencia 2. Cónyuge/pareja 3. Hijo/a 4. Yerno/Nuera 5. Padres/suegros 6. Nieto/a 7. Otro pariente 8. No emparentado	1. Persona de referencia 2. Cónyuge/pareja 3. Hijo/a 4. Yerno/Nuera 5. Padres/suegros 6. Nieto/a 7. Otro pariente 8. No emparentado	1. Persona de referencia 2. Cónyuge/pareja 3. Hijo/a 4. Yerno/Nuera 5. Padres/suegros 6. Nieto/a 7. Otro pariente 8. No emparentado	1. Persona de referencia 2. Cónyuge/pareja 3. Hijo/a 4. Yerno/Nuera 5. Padres/suegros 6. Nieto/a 7. Otro pariente 8. No emparentado	1. Persona de referencia 2. Cónyuge/pareja 3. Hijo/a 4. Yerno/Nuera 5. Padres/suegros 6. Nieto/a 7. Otro pariente 8. No emparentado
Pareja:	Pareja:	Pareja:	Pareja:	Pareja:	Pareja:
Padre:	Padre:	Padre:	Padre:	Padre:	Padre:
Madre:	Madre:	Madre:	Madre:	Madre:	Madre:

INFORMACIÓN PARA LA SELECCIÓN DE INDIVIDUOS (NO PREGUNTAR)					
1. Adulto _____	1. Adulto _____	1. Adulto _____	1. Adulto _____	1. Adulto _____	1. Adulto _____
2. Menor _____	2. Menor _____	2. Menor _____	2. Menor _____	2. Menor _____	2. Menor _____
1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No
1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No
1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No	1. Sí 6. No

i Si la persona de referencia del hogar = adulto seleccionado: **cuestionario individual adulto seleccionado**

i Si la persona de referencia del hogar es distinta al adulto seleccionado: **cuestionario de la persona de referencia y cuestionario individual adulto seleccionado**

INFORMACIÓN PERSONAL

P0 Identidad de género

- 1 Hombre 3 No binario
 2 Mujer -9 No sabe / No contesta

P1 Estado civil legal

- 1 Soltero/a 4 Separado/a o divorciado/a legalmente
 2 Casado/a 5 Pareja de hecho
 3 Viudo/a -9 No sabe / No contesta

P2 ¿Cuál es su nacionalidad (país)?

.....

P3 ¿Cuál es su país de nacimiento?

.....

P4 ¿Cuál es el nivel más alto de enseñanza reglada que ha completado?

Nota: Por favor, tenga en cuenta que el nivel indicado debe ser de estudios finalizados. Por ejemplo, si está cursando segundo curso de un Grado, el nivel más alto completado es Bachiller.

- 1 No sabe leer ni escribir
 2 Sabe leer y escribir pero fue menos de 5 años a la escuela
 3 Sabe leer y escribir y fue a la escuela 5 o más años sin completar: EGB, 3º ESO, Bachillerato Elemental o certificado de escolaridad. En esta categoría se incluye la Formación Básica Inicial de adultos completada
 4 Cursado 3º curso o superior de ESO sin título de Graduado en ESO, cursada la EGB completa sin título de Graduado Escolar, certificado de escolaridad
 5 EGB terminada (Graduado Escolar), Graduado en ESO, Bachillerato Elemental, certificado de estudios primarios o de profesionalidad niveles 1 y 2. Se incluye Formación Básica Postinicial de adultos terminada
 6 Bachiller Superior, BUP, Bachiller, COU, PREU
 7 FP1, Ciclo Formativo de Grado Medio, título de técnico auxiliar o equivalente. Incluye enseñanzas profesionales de música y/o danza, certificado de nivel avanzado de la Escuela Oficial de Idiomas y certificado de profesionalidad de nivel 3, Oficialía Industrial y Formación Profesional Básica
 8 FP2, Ciclo Formativo de Grado Superior, Maestría Industrial. Título de técnico especialista o equivalente
 9 Diplomatura, Grado, títulos superiores de música y/o danza
 10 Licenciatura, Máster universitario u otros estudios de postgrado (especialistas, expertos)
 11 Doctorado
 -9 No sabe / No contesta

ACTIVIDADES NO REMUNERADAS. TRABAJO REPRODUCTIVO

P5 ¿Vive en su hogar algún menor de 15 años?

- 1 Sí 6 No ► Ir a P8 -9 No sabe / No contesta ► Ir a P8

P6 ¿Quién se ocupa principalmente del cuidado del/de los menores de 15 años?

- 1 Usted solo/a 4 Otra persona del hogar ► Ir a P8
 2 Usted compartiéndolo con su pareja 5 Una persona remunerada para ello ► Ir a P8
 3 Usted compartiéndolo con otra persona que no es su pareja 6 Otra situación ► Ir a P8
 -9 No sabe / No contesta ► Ir a P8

P7 ¿Cuántas horas dedica a su cuidado?

De lunes a viernes
(promedio diario)

Nº horas

-9 No sabe / No contesta

Sábado más domingo

Nº horas

-9 No sabe / No contesta

P8 ¿Conviven en su hogar personas que, por alguna limitación o discapacidad, no sean capaces de cuidarse por sí mismas y necesitan que las cuide otra persona?

Nota: Se pregunta por personas que convivan con usted, no se incluya a sí mismo. Solo se deben incluir los niños si tienen alguna discapacidad.

1 Sí

-1 Vive solo/a

► Ir a P12

6 No ► Ir a P12

-9 No sabe / No contesta

► Ir a P12

P9 ¿Quién se ocupa principalmente del cuidado de la/las persona/s con discapacidad o limitación?

1 Usted solo/a

4 Una persona remunerada para ello

► Ir a P12

2 Usted compartiéndolo con otra persona

5 Otra situación

► Ir a P12

3 Otra persona del hogar

► Ir a P12

-9 No sabe / No contesta

► Ir a P12

P10 ¿Cuántas horas dedica a su cuidado?

De lunes a viernes
(promedio diario)

Nº horas

-9 No sabe / No contesta

Sábado más domingo

Nº horas

-9 No sabe / No contesta

P11 ¿Cuánto tiempo hace, aproximadamente, que se encarga usted de su cuidado?

Nota: Por favor, anote la cantidad de años y meses. En caso de que hayan pasado menos de 12 meses, registre 0 en 'años'. Si hace menos de un mes que se encarga del cuidado, anotar 1 en 'meses'.

Años

-9 No sabe / No contesta

Meses

-9 No sabe / No contesta

P12 En su casa, ¿quién se ocupa principalmente de las tareas del hogar, como fregar, cocinar, planchar,...?

1 Usted solo/a

4 Otra persona del hogar

► Ir a P14

2 Usted compartiéndolo con su pareja

5 Una persona remunerada para ello

► Ir a P14

3 Usted compartiéndolo con otra persona que no es su pareja

6 Otra situación

► Ir a P14

-9 No sabe / No contesta

► Ir a P14

P13 ¿Cuántas horas dedica usted a las tareas del hogar?

De lunes a viernes
(promedio diario)

Nº horas

-9 No sabe / No contesta

Sábado más domingo

Nº horas

-9 No sabe / No contesta

TRABAJO PRODUCTIVO

P14 En relación a su actividad económica principal, ¿en qué situación estaba la semana pasada?

Nota: Si en su caso son posible varias categorías, por favor, elija la de menor numeración.

1 Trabajando (al menos 1 hora en la semana pasada)

2 Afectado/a por un Expediente de Regulación Temporal de Empleo (ERTE)

3 En desempleo

► Ir a P33

4 Jubilado/a o prejubilado/a

► Ir a P24

5 Estudiando

► Ir a P34

6 Incapacitado/a para trabajar

► Ir a P24

7 Dedicado/a a las labores del hogar

► Ir a P34

8 Otra situación (rentistas, realizando sin remuneración trabajos sociales, etc.)

► Ir a P34

-9 No sabe / No contesta

► Ir a P38

PARA PERSONAS OCUPADAS O AFECTADAS POR ERTE (P14 = 1, 2)

Las siguientes preguntas hacen referencia a su trabajo principal actual. En caso de duda, considere aquel al que dedique más horas semanales. Si usted está afectado/a por un Expediente de Regulación Temporal de Empleo (ERTE), las siguientes preguntas hacen referencia a su situación laboral antes de estar inmerso/a en esta situación.

P15 ¿Cuál es su situación profesional en el trabajo principal actual?

- 1 Asalariado/a del sector público 4 Otra situación **► Ir a P17**
 2 Asalariado/a del sector privado -9 No sabe / No contesta **► Ir a P17**
 3 Empresario/a, autónomo/a o miembro de cooperativa **► Ir a P17**

P16 ¿Qué tipo de contrato o relación laboral tiene en su trabajo principal?

- 1 Contrato de duración indefinida (permanente, fijo discontinuo o funcionario/a) 4 Algún otro acuerdo laboral
 2 Contrato eventual / temporal -9 No sabe / No contesta
 3 Sin contrato

P17 ¿Qué modalidad laboral tiene en su trabajo principal actualmente?

- 1 Presencial **► Ir a P19** 3 Teletrabajo
 2 Combina unos días de trabajo presencial con teletrabajo -9 No sabe / No contesta **► Ir a P19**

P18 ¿Hace teletrabajo como consecuencia de la situación generada por el covid-19?

- 1 Sí -9 No sabe / No contesta
 6 No

P19 ¿Qué tipo de jornada tiene en su trabajo principal?

- 1 Completa -9 No sabe / No contesta
 2 Parcial

P20 ¿Número de horas que trabaja a la semana?

Nota: Por favor, cuente las horas dedicadas en su trabajo principal y en su trabajo secundario si lo tuviera. Incluya las horas que trabaja realmente en jornada normal, y las extraordinarias que realice habitualmente.

- 9 No sabe / No contesta
Nº horas

Preguntar P21, P22 y P23 solo si la persona de referencia es el adulto seleccionado.

P21 ¿Cuál es la ocupación, profesión u oficio que desempeña en su trabajo principal?

Nota: Por favor, escriba con la mayor extensión y precisión posible. Por ejemplo, dependiente de comercio, mecánico/a de automóviles, peón de la construcción, recepcionista en un hotel, etc.

.....

P22 ¿Cuál es la tarea o función principal que realiza en su trabajo?

Nota: Por favor, escriba con la mayor extensión y precisión posible. Por ejemplo, reparar motores de automóviles, fabricar pinzas para la ropa, planificar y supervisar la construcción de edificios residenciales, etc.

.....

P23 ¿Cuál es la actividad del establecimiento en el que tiene su trabajo principal actualmente?

Nota: Por favor, escriba con la mayor extensión y precisión posible. Por ejemplo: academia de enseñanza de idiomas, venta de vehículos, empaquetado de frutas, gestión de nóminas y seguros, etc.

► Ir a P38

PARA PERSONAS JUBILADAS, PREJUBILADAS O INCAPACITADAS PARA TRABAJAR (P14 = 4, 6)

P24 ¿Desde hace cuánto tiempo está jubilado/a, prejubilado/a o incapacitado/a?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Menos de 6 meses | <input type="checkbox"/> 4 De 2 años a menos de 5 años |
| <input type="checkbox"/> 2 De 6 meses a menos de 1 año | <input type="checkbox"/> 5 5 o más años |
| <input type="checkbox"/> 3 De 1 año a menos de 2 años | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |

P25 ¿Cuál era la situación profesional en la ocupación que desempeñó en su último empleo?

- 1 No ha trabajado nunca o no ha cotizado el tiempo suficiente para percibir una pensión contributiva
- 2 Asalariado/a del sector público
- 3 Asalariado/a del sector privado
- 4 Empresario/a, autónomo/a o miembro de cooperativa
- 5 Otra situación
- 9 No sabe / No contesta

Si la persona de referencia es el adulto seleccionado y no ha trabajado nunca (P25 = 1), ir a P29. Si ha trabajado anteriormente, preguntar P26 a P28.

Si la persona de referencia no es el adulto seleccionado ir a P38.

P26 ¿Cuál era la ocupación, profesión u oficio que desempeñó en su último empleo?

Nota: Por favor, escriba con la mayor extensión y precisión posible. Por ejemplo, dependiente de comercio, mecánico/a de automóviles, peón de la construcción, recepcionista en un hotel, etc.

P27 ¿Cuál era la tarea o función principal que realizó en su último empleo?

Nota: Por favor, escriba con la mayor extensión y precisión posible. Por ejemplo, reparar motores de automóviles, fabricar pinzas para la ropa, planificar y supervisar la construcción de edificios residenciales, etc.

P28 ¿Cuál era la actividad del establecimiento en el que desempeñó su último empleo?

Nota: Por favor, escriba con la mayor extensión y precisión posible. Por ejemplo: academia de enseñanza de idiomas, venta de vehículos, empaquetado de frutas, gestión de nóminas y seguros, etc.

► Ir a P38

P29 ¿Recibe alguna pensión contributiva por cotización de otra persona (pensiones de viudedad, orfandad o a favor de familiares, etc.)?

- 1 Sí -9 No sabe / No contesta ► Ir a P38
- 6 No ► Ir a P38

P30 ¿Cuál era la ocupación, profesión u oficio que desempeñó en su último empleo la persona que generó su pensión?

Nota: Por favor, escriba con la mayor extensión y precisión posible. Por ejemplo, dependiente de comercio, mecánico/a de automóviles, peón de la construcción, recepcionista en un hotel, etc.

.....

P31 ¿Cuál era la tarea o función principal que realizó en su último empleo la persona que generó su pensión?

Nota: Por favor, escriba con la mayor extensión y precisión posible. Por ejemplo, reparar motores de automóviles, fabricar pinzas para la ropa, planificar y supervisar la construcción de edificios residenciales, etc.

.....

P32 ¿Cuál era la actividad del establecimiento en el que desempeñó su último empleo la persona que generó su pensión?

Nota: Por favor, escriba con la mayor extensión y precisión posible. Por ejemplo: academia de enseñanza de idiomas, venta de vehículos, empaquetado de frutas, gestión de nóminas y seguros, etc.

.....

► Ir a P38

PARA PERSONAS DESEMPLEADAS (P14 = 3)

P33 ¿Desde hace cuánto tiempo está desempleado?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Menos de 6 meses | <input type="checkbox"/> 4 De 2 años a menos de 5 años |
| <input type="checkbox"/> 2 De 6 meses a menos de 1 año | <input type="checkbox"/> 5 5 o más años |
| <input type="checkbox"/> 3 De 1 año a menos de 2 años | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |

PARA PERSONAS DESEMPLEADAS O EN OTRA SITUACIÓN (P14 = 3, 5, 7, 8)

P34 Aunque no estuviera trabajando la semana pasada, ¿cuál era su situación profesional anterior?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 No ha trabajado nunca ► Ir a P38 | <input type="checkbox"/> 4 Empresario/a, autónomo/a o miembro de cooperativa |
| <input type="checkbox"/> 2 Asalariado/a del sector público | <input type="checkbox"/> 5 Otra situación |
| <input type="checkbox"/> 3 Asalariado/a del sector privado | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |

Preguntar P35, P36 y P37 solo si la persona de referencia es el adulto seleccionado. Si no, ir a P38

P35 ¿Cuál era la ocupación, profesión u oficio que desempeñó en su último empleo?

Nota: Por favor, escriba con la mayor extensión y precisión posible. Por ejemplo, dependiente de comercio, mecánico/a de automóviles, peón de la construcción, recepcionista en un hotel, etc.

.....

P36 ¿Cuál era la tarea o función principal que realizó en su último empleo?

Nota: Por favor, escriba con la mayor extensión y precisión posible. Por ejemplo, reparar motores de automóviles, fabricar pinzas para la ropa, planificar y supervisar la construcción de edificios residenciales, etc.

.....

P37 ¿Cuál era la actividad del establecimiento en el que desempeñó su último empleo?

Nota: Por favor, escriba con la mayor extensión y precisión posible. Por ejemplo: academia de enseñanza de idiomas, venta de vehículos, empaquetado de frutas, gestión de nóminas y seguros, etc.

.....

PARA TODOS LOS ENCUESTADOS/AS

P38 Pensando en las fuentes de ingreso tuyas y de los otros miembros de su hogar, podría decirme qué intervalo representa mejor el ingreso mensual neto de todo su hogar, tras las deducciones de impuestos, Seguridad Social...

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Menos de 500€ | <input type="checkbox"/> 8 De 4.000 a menos de 5.000€ |
| <input type="checkbox"/> 2 De 500 a menos de 1.000€ | <input type="checkbox"/> 9 De 5.000 a menos de 6.000€ |
| <input type="checkbox"/> 3 De 1.000 a menos de 1.500€ | <input type="checkbox"/> 10 De 6.000 a menos de 7.000€ |
| <input type="checkbox"/> 4 De 1.500 a menos de 2.000€ | <input type="checkbox"/> 11 De 7.000 a menos de 9.000€ |
| <input type="checkbox"/> 5 De 2.000 a menos de 2.500€ | <input type="checkbox"/> 12 9.000 o más euros |
| <input type="checkbox"/> 6 De 2.500 a menos de 3.000€ | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |
| <input type="checkbox"/> 7 De 3.000 a menos de 4.000€ | |

CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LA PERSONA ENTREVISTADA

P39 ¿Podría decirme cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?

Nota: Si se trata de una mujer embarazada, por favor, indique cuánto pesaba antes del inicio del embarazo.

Kilos

- 9 No sabe / No contesta

P40 ¿Y cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?

Centímetros

- 9 No sabe / No contesta

PRÁCTICAS PREVENTIVAS

P41 ¿Cada cuánto tiempo le toma la tensión arterial un/a profesional sanitario/a?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Nunca me la han tomado | <input type="checkbox"/> 5 Cada 2 años |
| <input type="checkbox"/> 2 Cada 3 meses o menos | <input type="checkbox"/> 6 Ocasionalmente, sin frecuencia fija |
| <input type="checkbox"/> 3 Cada 6 meses | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |
| <input type="checkbox"/> 4 Cada año | |

P42 ¿Cada cuánto tiempo le revisan el nivel de colesterol en sangre?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Nunca me lo han revisado | <input type="checkbox"/> 5 Frecuencia superior a 2 años |
| <input type="checkbox"/> 2 Cada 6 meses o menos | <input type="checkbox"/> 6 Ocasionalmente, sin frecuencia fija |
| <input type="checkbox"/> 3 Cada año | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |
| <input type="checkbox"/> 4 Entre 1 y 2 años | |

P43 ¿Cada cuánto tiempo se revisa el nivel de azúcar en sangre?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Nunca me lo han revisado | <input type="checkbox"/> 6 Cada 6 meses |
| <input type="checkbox"/> 2 Diariamente | <input type="checkbox"/> 7 1 vez al año |
| <input type="checkbox"/> 3 Semanalmente | <input type="checkbox"/> 8 Frecuencia superior a 1 año |
| <input type="checkbox"/> 4 Cada mes | <input type="checkbox"/> 9 Ocasionalmente, sin frecuencia fija |
| <input type="checkbox"/> 5 Cada 3 meses | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |

P44 ¿Cada cuánto tiempo se vacuna de la gripe?

- 1 Nunca me he vacunado 4 Este año sí me he vacunado, aunque no suelo hacerlo habitualmente
 2 Cada año -9 No sabe / No contesta
 3 Ocasionalmente, sin frecuencia fija

P45 En relación a la vacuna frente al covid-19, ¿se ha vacunado ya?

- 1 Sí ► Ir a P47 -9 No sabe / No contesta ► Ir a P47
 6 No

P46 ¿Cuál es su actitud en relación a la vacuna para el covid-19?

- 1 No me he vacunado aún, pero pienso hacerlo
 2 No me he vacunado porque me preocupan los efectos secundarios
 3 No me he vacunado porque no creo que sea efectiva
 4 No me he vacunado porque no considero que el covid-19 sea un riesgo para mi salud
 5 No me he vacunado por otros motivos
 -9 No sabe / No contesta

Si la persona entrevistada es hombre ir a P51

P47 ¿Cada cuánto tiempo se hace normalmente una mamografía?

- 1 No me la he hecho nunca ► Ir a P49 5 Cada 3 años
 2 Solo se la ha realizado 1 vez 6 Con frecuencia superior a 3 años
 3 1 vez al año 7 Ocasionalmente, sin frecuencia fija
 4 Cada 2 años -9 No sabe / No contesta

P48 ¿Cuál fue la principal razón por la que se hizo la última mamografía?

- 1 Por algún problema, síntoma o enfermedad
 2 Porque recibió una carta o una llamada del programa de diagnóstico precoz de cáncer de mama del Servicio Canario de la Salud
 3 Por consejo de su médico/a de atención primaria o especialista, aunque no tenía ningún problema
 4 Otras razones
 -9 No sabe / No contesta

P49 ¿Cada cuánto tiempo se hace normalmente una citología vaginal?

- 1 No me la he hecho nunca ► Ir a P51 5 Cada 3 años
 2 Solo se la ha realizado 1 vez 6 Con frecuencia superior a 3 años
 3 1 vez al año 7 Ocasionalmente, sin frecuencia fija
 4 Cada 2 años -9 No sabe / No contesta

P50 ¿Cuál fue la principal razón por la que se hizo la última citología vaginal?

- 1 Por algún problema, síntoma o enfermedad
 2 Por consejo de su matron/a o médico/a de atención primaria o especialista, aunque no tenía ningún problema
 3 Otras razones
 -9 No sabe / No contesta

P51 ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una prueba de sangre oculta en heces?

- | | | |
|--|------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 No me la he hecho nunca | ▶ Ir a P53 | <input type="checkbox"/> 4 Hace más de 2 años pero no más de 3 años |
| <input type="checkbox"/> 2 En el último año | | <input type="checkbox"/> 5 Hace más de 3 años |
| <input type="checkbox"/> 3 Hace más de 1 año pero no más de 2 años | | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |

P52 ¿Cuál fue la principal razón por la que se hizo la última prueba de sangre oculta en heces?

- 1 Por algún problema, síntoma o enfermedad
- 2 Porque recibió una carta o una llamada del programa de diagnóstico precoz de cáncer de colon del Servicio Canario de la Salud
- 3 Por consejo de su médico/a de atención primaria o especialista, aunque no tenía ningún problema
- 4 Otras razones
- 9 No sabe / No contesta

AUTOVALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD



Estas preguntas se deben responder personalmente. Antes de dar una respuesta, lea detenidamente las preguntas y sus categorías de respuesta. Marque la casilla que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

De las siguientes situaciones, describa la que mejor se corresponde con su estado de salud a día de hoy:

P53 En relación con su movilidad:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 No tengo problemas para caminar | <input type="checkbox"/> 4 Tengo problemas graves para caminar |
| <input type="checkbox"/> 2 Tengo problemas leves para caminar | <input type="checkbox"/> 5 No puedo caminar |
| <input type="checkbox"/> 3 Tengo problemas moderados para caminar | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |

P54 En relación con su cuidado personal:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 No tengo problemas para lavarme o vestirme | <input type="checkbox"/> 4 Tengo problemas graves para lavarme o vestirme |
| <input type="checkbox"/> 2 Tengo problemas leves para lavarme o vestirme | <input type="checkbox"/> 5 No puedo lavarme o vestirme |
| <input type="checkbox"/> 3 Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |

P55 En relación con las actividades cotidianas (por ejemplo: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre):

- 1 No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- 2 Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas
- 3 Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas
- 4 Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas
- 5 No puedo realizar mis actividades cotidianas
- 9 No sabe / No contesta

P56 En relación con situaciones de dolor o malestar:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 No tengo dolor ni malestar | <input type="checkbox"/> 4 Tengo dolor o malestar fuerte |
| <input type="checkbox"/> 2 Tengo dolor o malestar leve | <input type="checkbox"/> 5 Tengo dolor o malestar extremo |
| <input type="checkbox"/> 3 Tengo dolor o malestar moderado | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |

P57 En relación con situaciones de ansiedad o depresión:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 No estoy ansioso/a ni deprimido/a | <input type="checkbox"/> 4 Estoy muy ansioso/a o deprimido/a |
| <input type="checkbox"/> 2 Estoy levemente ansioso/a o deprimido/a | <input type="checkbox"/> 5 Estoy extremadamente ansioso/a o deprimido/a |
| <input type="checkbox"/> 3 Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |

P58 Termómetro.

Para ayudarle a describir lo buena o mala que es su salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 la mejor salud que pueda imaginarse. **Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo buena o mala que es su salud en el día de HOY.** Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice "Su estado de salud hoy" hasta el punto del termómetro que, en su opinión, indique lo buena o mala que es su salud en el día de HOY.

Su estado de salud hoy:

P59 En los últimos 12 meses, su salud ha sido:

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Muy buena | <input type="checkbox"/> 4 Mala |
| <input type="checkbox"/> 2 Buena | <input type="checkbox"/> 5 Muy mala |
| <input type="checkbox"/> 3 Regular | <input type="checkbox"/> -9 Ns/Nc |

SALUD MENTAL



Estas preguntas se deben responder personalmente. Antes de dar una respuesta, lea detenidamente las preguntas y sus categorías de respuesta. Marque la casilla que mejor describa su respuesta a cada pregunta. Lo que nos gustaría saber es cómo se ha sentido, en general, durante los últimos 30 días. Por favor, conteste a todas las preguntas indicando la respuesta que, a su juicio, mejor pueden aplicarse a usted. Recuerde que solo debe responder sobre síntomas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado

P60 Durante los últimos 30 días, ¿ha podido concentrarse bien en lo que hacía?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Mejor que lo habitual | <input type="checkbox"/> 4 Mucho menos que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> 2 Igual que lo habitual | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |
| <input type="checkbox"/> 3 Menos que lo habitual | |

P61 Durante los últimos 30 días, ¿sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 No, en absoluto | <input type="checkbox"/> 4 Mucho más de lo habitual |
| <input type="checkbox"/> 2 No más que lo habitual | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |
| <input type="checkbox"/> 3 Algo más que lo habitual | |

P62 Durante los últimos 30 días, ¿ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Más útil que lo habitual | <input type="checkbox"/> 4 Mucho menos útil que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> 2 Igual que lo habitual | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |
| <input type="checkbox"/> 3 Menos útil que lo habitual | |

P63 Durante los últimos 30 días, ¿se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 4 Mucho menos que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> 2 Igual que lo habitual | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |
| <input type="checkbox"/> 3 Menos que lo habitual | |

P64 Durante los últimos 30 días, ¿se ha sentido constantemente agobiado/a y en tensión?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 No, en absoluto | <input type="checkbox"/> 4 Mucho más de lo habitual |
| <input type="checkbox"/> 2 No más que lo habitual | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |
| <input type="checkbox"/> 3 Algo más que lo habitual | |

P65 Durante los últimos 30 días, ¿ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 No, en absoluto | <input type="checkbox"/> 4 Mucho más de lo habitual |
| <input type="checkbox"/> 2 No más que lo habitual | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |
| <input type="checkbox"/> 3 Algo más que lo habitual | |

P66 Durante los últimos 30 días, ¿ha sido capaz de disfrutar de sus actividades de cada día?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 4 Mucho menos que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> 2 Igual que lo habitual | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |
| <input type="checkbox"/> 3 Menos que lo habitual | |

P67 Durante los últimos 30 días, ¿ha sido capaz de hacer frente, adecuadamente, a sus problemas?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 4 Mucho menos que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> 2 Igual que lo habitual | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |
| <input type="checkbox"/> 3 Menos que lo habitual | |

P68 Durante los últimos 30 días, ¿se ha sentido poco feliz y deprimido/a?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 No, en absoluto | <input type="checkbox"/> 4 Mucho más de lo habitual |
| <input type="checkbox"/> 2 No más que lo habitual | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |
| <input type="checkbox"/> 3 Algo más que lo habitual | |

P69 Durante los últimos 30 días, ¿ha perdido la confianza en sí mismo/a?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 No, en absoluto | <input type="checkbox"/> 4 Mucho más de lo habitual |
| <input type="checkbox"/> 2 No más que lo habitual | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |
| <input type="checkbox"/> 3 Algo más que lo habitual | |

P70 Durante los últimos 30 días, ¿ha pensado que es una persona que no sirve para nada?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 No, en absoluto | <input type="checkbox"/> 4 Mucho más de lo habitual |
| <input type="checkbox"/> 2 No más que lo habitual | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |
| <input type="checkbox"/> 3 Algo más que lo habitual | |

P71 Durante los últimos 30 días, ¿se siente razonablemente feliz, considerando todas las circunstancias?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Más que lo habitual | <input type="checkbox"/> 4 Mucho menos que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> 2 Igual que lo habitual | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |
| <input type="checkbox"/> 3 Menos que lo habitual | |

RESTRICCIÓN EN LA ACTIVIDAD DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS

P72 Durante las últimas 2 semanas, ¿ha tenido que reducir o limitar sus actividades habituales al menos la mitad de un día, por padecer algún dolor u otro síntoma?

Nota: Si el tiempo que ha tenido que reducir o limitar sus actividades habituales ha sido la mitad de un día, anote en días 1.

- | | |
|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Sí | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |
|-------------------------------|---|
- N° Días

- | | |
|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> 6 No | ► Ir a P74 |
| <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta | ► Ir a P74 |

P73 ¿Cuáles fueron las causas de esos dolores o síntomas, que le han obligado a limitar o reducir sus actividades habituales, al menos la mitad de un día, en las últimas 2 semanas?

	1 Sí	6 No	-9 Ns/Nc
1 Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Problemas de garganta, tos, catarro, gripe o covid-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Crisis asmática / Reagudización del EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Contusión, lesión o heridas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Diarrea o problemas intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Mareos o fatigas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Cansancio sin razón aparente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Otros dolores o síntomas (dolor de oídos, ronchas, molestias urinarias, dolor en el pecho,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACCIDENTES

P74. En los últimos 12 meses, ¿Ha sufrido algún accidente por el que haya resultado herido/a (interna o externamente) incluyendo una intoxicación o quemadura?	Preguntar si ha sufrido un accidente							
	1 Sí	6 No	-9 Ns/Nc	P75. ¿Consultó con algún/a profesional sanitario/a o acudió a un servicio de urgencias a consecuencia de ese accidente?				
				1. Ingresó en un hospital	2. Acudió a un centro de urgencias	3. Consultó a un/a médico/a o enfermero/a	4. No fue necesario hacer ninguna consulta ni intervención	-9 Ns/Nc
Accidente de tráfico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente de trabajo (solo ocupados (P14 = 1 o 2))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente en centro de estudios (solo a estudiantes (P14 = 5))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente en casa o en tiempo de ocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RIESGOS

Solo para trabajadores y personas cuya actividad principal sean las tareas domésticas (P14 = 1, 2 o 7)



Estas preguntas se deben responder personalmente. Antes de dar una respuesta, lea detenidamente las preguntas y sus categorías de respuesta. Marque la casilla que mejor describa su respuesta a cada pregunta

P76 En su lugar de trabajo (considerando su hogar si teletrabaja), ¿en qué medida está usted expuesto/a a...?

En el caso de que se dedique principalmente a las tareas del hogar: "A la hora de realizar las tareas del hogar, ¿en qué medida está expuesto/a a...?"

	1. Muy expuesto/a	2. Algo expuesto/a	3. No expuesto/a	-9 Ns/Nc
1 Riesgo de accidente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Productos químicos, polvo, humos o gases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Ruidos o vibraciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Posturas forzadas, movimientos o manejo de cargas pesadas en el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Estrés debido a la necesidad de simultanear el trabajo con el cuidado de niños o dependientes durante la jornada laboral (solo personas que teletrabajan (P17 = 2 o 3) o dedicadas a las labores del hogar (P14 = 7))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Acoso o intimidación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Discriminación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Violencia o trato violento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P77 Teniendo en cuenta las características de su trabajo, indique en qué medida considera su trabajo satisfactorio según una escala de 1 (nada satisfactorio) a 7 (muy satisfactorio)

En el caso de que se dedique principalmente a las labores del hogar: "Teniendo en cuenta las características de las tareas del hogar que realiza, indique en qué medida considera su trabajo satisfactorio según una escala de 1 (nada satisfactorio) a 7 (muy satisfactorio)?"



-9 No sabe / No contesta

1

2

3

4

5

6

7

P78 Globalmente y teniendo en cuenta las condiciones en las que realiza su trabajo, indique cómo considera el nivel de estrés que tiene usted en su trabajo según una escala de 1 (nada estresante) a 7 (muy estresante)

En el caso de que se dedique principalmente a las labores del hogar: "Globalmente y teniendo en cuenta las condiciones en las que realiza las tareas del hogar, indique cómo considera usted el nivel de estrés de su trabajo según una escala de 1 (nada estresante) a 7 (muy estresante)"



-9 No sabe / No contesta

1

2

3

4

5

6

7

MORBILIDAD

P79 A continuación se muestra una lista de enfermedades crónicas o de larga evolución, para que usted señale, en cada una de ellas si la padece o ha padecido alguna vez. Entendemos por larga duración si el problema de salud o enfermedad ha durado o se espera que dure 6 meses o más.

	Preguntar si ha padecido la enfermedad								
	P79A. ¿Alguna vez ha padecido...?			P79B. ¿La ha padecido en los últimos 12 meses?			P79C. ¿Le ha dicho algún/a médico/a que la padece?		
	1 Sí	6 No	-9 Ns/Nc	1 Sí	6 No	-9 Ns/Nc	1 Sí	6 No	-9 Ns/Nc
1 Dolores reumáticos, dolores en las articulaciones por artritis o artrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Dolor de espalda por lumbago, ciática o hernia discal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Dolor de espalda cervical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Problemas de salud mental como ansiedad o depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Problema mental crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Problemas del corazón (angina de pecho, infarto, insuficiencia cardiaca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Tensión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Diabetes o azúcar en sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Tumores malignos, cáncer, leucemias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Bronquitis crónica, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Ictus, trombosis, embolia cerebral/ accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Dolor de cabeza frecuente, jaquecas, migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Acidez, dolor de estómago por gastritis, úlceras de estómago o duodeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Alergia crónica como rinitis, conjuntivitis o dermatitis alérgica, alergia alimentaria o de otro tipo (excluir asma alérgica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Asma (incluida asma alérgica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Problemas crónicos de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 (Para hombres) Alteraciones de la próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 (Para mujeres) Alteraciones en el periodo o menstruación. Problemas del periodo menopáusico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Mala circulación, varices en las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Estreñimiento crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Hemorroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Déficit o retraso mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Insomnio crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 Otros problemas o enfermedades crónicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD

P80 ¿Tiene alguna dificultad o problema de salud que le impida o dificulte realizar actividades de la vida diaria? (comunicarse, moverse, asearse, realizar las tareas del hogar, relacionarse con otras personas)

Estos problemas debe padecerlos y/o espera padecerlos por más de 6 meses.

1 Sí -9 No sabe / No contesta **► Ir a P87**

6 No **► Ir a P87**

P81 A continuación se muestra una serie de actividades de la vida diaria cuya realización puede verse limitada por problemas de salud y discapacidades. Diga, por favor, si tiene problemas para realizar estas actividades en la actualidad, siempre que estos problemas los lleve padeciendo y/o espere padecerlos por más de 6 meses.

	1 Sí	6 No	-9 Ns/Nc
1. Experiencias sensoriales			
1.1. Mirar (percibir imágenes y objetos, ver un acontecimiento deportivo..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2. Escuchar (escuchar la radio, música, conversaciones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Comunicarse			
2.1. Comunicarse a través del habla (comprender y producir palabras, frases, historias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. Comunicarse a través de lenguajes alternativos (comprender y usar gestos, lenguaje de sordos, símbolos o dibujos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3. Comunicarse a través de la lectura-escritura (leer libros, periódicos, escribir cartas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Aprender y desarrollar tareas			
3.1. Reconocer personas, objetos y orientarse en el espacio y el tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2. Recordar informaciones y episodios recientes y/o pasados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3. Llevar a cabo tareas (iniciar, organizar y terminar una o varias tareas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Utilizar brazos y manos			
4.1. Levantar y llevar objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2. Uso de la mano y el brazo (utilizar utensilios y herramientas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3. Uso fino de la mano (manipular objetos pequeños con manos y dedos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Movilidad			
5.1. Cambiar y mantener distintas posiciones del cuerpo (mantenerse acostado, sentado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2. Andar (avanzar a pie, paso a paso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3. Desplazarse por distintos lugares (andar y moverse por la casa o por la calle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4. Utilizar medios de transporte como pasajero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5. Conducir vehículo propio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Autocuidado			
6.1. Lavarse y cuidar su cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2. Controlar las necesidades y utilizar solo el servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3. Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4. Comer y beber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Realizar tareas del hogar			
7.1. Encargarse de las compras de bienes y servicios para la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2. Preparar comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3. Encargarse de la limpieza y cuidado de la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4. Ayudar a los demás en las tareas del hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Relaciones sociales			
8.1. Relacionarse con extraños (preguntar una dirección, comprar, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2. Relacionarse con amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3. Relacionarse con familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4. Crear y mantener relaciones íntimas (relaciones sentimentales, conyugales y sexuales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P82 ¿Cuál es o será la duración de su problema?

Nota: Se refiere a la suma del tiempo que lleva padeciéndolo más el que espera que le dure el problema. Si la limitación es permanente, marcar la celda correspondiente. Si la duración de la limitación es inferior a un año, anote 0 en años y la cantidad en meses en la casilla correspondiente.

- 1 Incapacidad permanente -9 No sabe / No contesta
 2 Transitoria -9 No sabe / No contesta
(indique años y meses respectivamente)
- | | |
|------|-------|
| _ | _ |
| Años | Meses |

P83 Debido a esta dificultad, ¿necesita algún tipo de ayuda o cuidado de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria?

- 1 Sí -9 No sabe / No contesta ▶ Ir a P86
 6 No ▶ Ir a P86

P84 ¿Recibe la ayuda que necesita de otras personas?

- 1 Sí -9 No sabe / No contesta ▶ Ir a P86
 6 No ▶ Ir a P86

P85 ¿Quién se ocupa de su cuidado?

Nota: Puede marcar hasta 3 opciones.

- 1 Familiar 4 Otro tipo de cuidador
 2 Servicio doméstico -9 No sabe / No contesta
 3 Servicios Sociales

P86 ¿Qué ha originado su problema?

- 1 Congénito y/o problema en el parto 4 Senilidad (edad avanzada)
 2 Enfermedad 5 Otras causas
 3 Accidente -9 No sabe / No contesta

CONSUMO DE MEDICAMENTOS

P87 Durante las últimas 2 semanas, ¿ha consumido alguno de los siguientes medicamentos?; ¿le fueron recetados por el/la médico/a, independientemente de que no hayan sido consumidos?

Nota: Anote si ha consumido o no los siguientes medicamentos en las últimas dos semanas, y anote si le fue o no recetado por algún/a médico/a (independientemente de que haya tomado o no las medicinas).

	Consumido			Recetado		
	1 Sí	6 No	-9 Ns/Nc	1 Sí	6 No	-9 Ns/Nc
1 Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios (excepto antibióticos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Medicinas para el dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Medicinas para bajar la fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Laxantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Medicamentos para la alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Medicamentos para la diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Medicinas para el reuma, artrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Medicinas para el corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Medicinas para la tensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Medicinas para el estómago y/o alteraciones digestivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Medicamentos para tratar la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Antidepresivos, estimulantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 (Para mujeres) Píldoras anticonceptivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Medicamentos hormonales sustitutivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Medicamentos para adelgazar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Medicamentos para bajar el colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Medicamentos para la diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Productos de terapias alternativa (homeopática, naturista, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

P88 ¿Cuándo fue la última vez que realizó una consulta de medicina general, tanto presencial como telefónica, en un centro de salud del Servicio Canario de la Salud (incluyendo mutualidad obligatoria de funcionarios: MUFACE, MUGEJU, ISFAS)?

Incluir también las consultas a enfermería, matrn/a tanto en el centro de salud como si se realizaron en domicilio...

- | | | |
|--|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 En las últimas 4 semanas | <input type="checkbox"/> 4 Nunca | ► Ir a P90 |
| <input type="checkbox"/> 2 Hace más de 1 mes pero menos de 1 año | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta | ► Ir a P90 |
| <input type="checkbox"/> 3 Hace 1 año o más | | ► Ir a P90 |

P89 ¿Cómo considera, en general, la calidad de la atención recibida en el centro de salud del que ha hecho uso?

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Muy buena | <input type="checkbox"/> 3 Regular | <input type="checkbox"/> 5 Muy mala |
| <input type="checkbox"/> 2 Buena | <input type="checkbox"/> 4 Mala | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |

P90 ¿Cuándo fue la última vez que realizó una consulta de medicina general, tanto presencial como telefónica, en una consulta privada o particular? Incluir también las consultas a enfermería, matrn/a y consultas realizadas en domicilio.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 En las últimas 4 semanas | <input type="checkbox"/> 4 Nunca |
| <input type="checkbox"/> 2 Hace más de 1 mes pero menos de 1 año | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |
| <input type="checkbox"/> 3 Hace 1 año o más | |

P91 ¿Cuándo fue la última vez que realizó, tanto presencial como telefónica, una consulta médica a especialistas en ambulatorios, clínicas u hospitales públicos o concertados? Incluir mutualidad obligatoria de funcionarios: MUFACE, MUGEJU, ISFAS. Incluir también las consultas a enfermería, matrón/a...

Nota: Se entiende por concertado si la consulta ha sido financiada o subvencionada por el Servicio Canario de la Salud

- | | | |
|--|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 En las últimas 4 semanas | <input type="checkbox"/> 4 Nunca | ► Ir a P93 |
| <input type="checkbox"/> 2 Hace más de 1 mes pero menos de 1 año | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta | ► Ir a P93 |
| <input type="checkbox"/> 3 Hace 1 año o más | | ► Ir a P93 |

P92 ¿Cómo considera, en general, la calidad de la atención médica especializada recibida en los ambulatorios, centros de especialidades, clínicas u hospitales públicos o concertados de los que ha hecho uso?

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Muy buena | <input type="checkbox"/> 4 Mala |
| <input type="checkbox"/> 2 Buena | <input type="checkbox"/> 5 Muy mala |
| <input type="checkbox"/> 3 Regular | <input type="checkbox"/> -9 Ns/Nc |

P93 ¿Cuándo fue la última vez que realizó una consulta médica, tanto presencial como telefónica, a un especialista en clínicas u hospitales privados no concertados, o consultas particulares? Incluir también las consultas a enfermería, matrón/a...

Nota: Se entiende por no concertado si la consulta no ha sido financiada o subvencionada por el Servicio Canario de la Salud

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 En las últimas 4 semanas | <input type="checkbox"/> 4 Nunca |
| <input type="checkbox"/> 2 Hace más de 1 mes pero menos de 1 año | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |
| <input type="checkbox"/> 3 Hace 1 año o más | |

P94 ¿Está actualmente en alguna lista de espera para ser atendido/a en relación a alguna de las siguientes situaciones? En caso afirmativo, indique, aproximadamente, el número de meses que lleva en lista de espera.

	1 Sí	6 No	-9 Ns/Nc	Nº meses en lista de espera
1 Primera consulta con un/a médico/a especialista para un problema nuevo de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Meses
2 Consulta de seguimiento con el/la médico/a especialista (ya ha tenido al menos una consulta en esa especialidad para ese problema de salud)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Meses
3 Realización de prueba diagnóstica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Meses
4 Aplicación de tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Meses
5 Intervención quirúrgica ambulatoria, sin ingreso hospitalario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Meses
6 Intervención quirúrgica con ingreso hospitalario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Meses

HOSPITALIZACIONES

P95 En los últimos 12 meses, ¿ha tenido que ingresar en un hospital como paciente al menos durante una noche?

- | | | |
|-------------------------------|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Sí | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta | ► Ir a P102 |
| <input type="checkbox"/> 6 No | | ► Ir a P102 |

P96 ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado/a en los últimos 12 meses en clínicas u hospitales públicos o concertados (incluyendo mutualidad obligatoria de funcionarios: MUFACE, MUGEJU, ISFAS)?

Nota: Se entiende por concertado si la hospitalización ha sido financiada o subvencionada por el Servicio Canario de la Salud. En el caso de que usted no haya estado ingresado/a en hospitales públicos o concertados anotar 0.

Nº veces

-9 No sabe / No contesta

Si no ha estado ingresado/a en hospitales públicos (P96 = 0) ir a P99

P97 Considerando todas las veces que ha estado hospitalizado/a en los últimos 12 meses en clínicas u hospitales públicos o concertados (incluyendo mutualidad obligatoria de funcionarios: MUFACE, MUGEJU, ISFAS), ¿cuántos días estuvo hospitalizado/a en total?

Nota: Se entiende por concertado si la hospitalización ha sido financiada o subvencionada por el Servicio Canario de la Salud.

Nº de días

-9 No sabe / No contesta

P98 ¿Cómo considera, en general, la calidad de la atención recibida en los hospitales públicos o concertados, a los que usted acudió?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Muy buena | <input type="checkbox"/> 4 Mala |
| <input type="checkbox"/> 2 Buena | <input type="checkbox"/> 5 Muy mala |
| <input type="checkbox"/> 3 Regular | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |

P99 ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado/a en los últimos 12 meses en clínicas u hospitales privados no concertados?

Nota: Se entiende por no concertado si la hospitalización no ha sido financiada o subvencionada por el Servicio Canario de la Salud. En el caso de que usted no haya estado ingresado/a en hospitales privados NO concertados anotar 0.

Nº veces

-9 No sabe / No contesta

Si no ha estado ingresado/a en hospitales privados no concertados (P99 = 0) ir a P101

P100 Considerando todas las veces que ha estado hospitalizado/a en los últimos 12 meses en clínicas u hospitales privados no concertados, ¿cuántos días estuvo hospitalizado/a en total?

Nota: Se entiende por no concertado si la hospitalización no ha sido financiada o subvencionada por el Servicio Canario de la Salud.

Nº de días

-9 No sabe / No contesta

P101 En relación a su último ingreso hospitalario, ¿cuál fue el motivo de su ingreso?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Intervención quirúrgica | <input type="checkbox"/> 4 Parto (incluye cesáreas) |
| <input type="checkbox"/> 2 Estudio médico diagnóstico | <input type="checkbox"/> 5 Otros motivos |
| <input type="checkbox"/> 3 Tratamiento médico sin intervención quirúrgica | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |

HOSPITAL DE DÍA

P102 En los últimos 12 meses, ¿ha sido atendido/a en un Hospital de día para una intervención, tratamiento o hacerse una prueba, es decir, permaneciendo durante todo o parte del día pero sin tener que pasar allí la noche? (Incluya ingresos en cama o sillón cama, no incluya estancias en urgencias ni en observación)

- 1 Sí, en un hospital público o concertado, incluyendo mutualidades obligatorias de funcionarios
 2 Sí, en un hospital privado no concertado ▶ Ir a P104
 3 No ▶ Ir a P105 -9 No sabe / No contesta ▶ Ir a P105

P103 ¿Cómo considera, en general, la calidad de la atención recibida en los hospitales de día públicos o concertados a los que usted acudió?

- 1 Muy buena 4 Mala
 2 Buena 5 Muy mala
 3 Regular -9 No sabe / No contesta

P104 ¿Cuál fue la razón del último ingreso que ha tenido en un Hospital de día?

- 1 Tratamiento médico sin intervención quirúrgica 4 Otros motivos
 2 Intervención quirúrgica -9 No sabe / No contesta
 3 Prueba

URGENCIAS

P105 En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha tenido que utilizar los servicios de urgencias presenciales o telefónicos por un problema de salud suyo?

Nota: Por favor, anote la cantidad de veces que ha hecho uso de estos servicios según el centro donde haya realizado la visita. En caso de que no haya usado los servicios de urgencia en los últimos 12 meses, anotar 0 en todas las casillas.

	Número de veces que ha hecho uso de los servicios de urgencias	-9 Ns/Nc
P105A Asistencia presencial en un centro de salud	<input type="text"/> N° veces	<input type="checkbox"/>
P105B Asistencia presencial en ambulatorios, clínicas u hospitales públicos o concertados (incluyendo mutualidad obligatoria de funcionarios: MUFACE, MUGEJU, ISFAS).	<input type="text"/> N° veces	<input type="checkbox"/>
P105C Asistencia presencial en clínicas u hospitales privados no concertados	<input type="text"/> N° veces	<input type="checkbox"/>
P105D Asistencia presencial con medios públicos o concertados (incluyendo mutualidad obligatoria de funcionarios: MUFACE, MUGEJU, ISFAS) en el lugar donde me encontraba (domicilio, lugar de trabajo, etc,...) sin necesidad de desplazarme.	<input type="text"/> N° veces	<input type="checkbox"/>
P105E Asistencia presencial con medios privados no concertados en el lugar donde me encontraba (domicilio, lugar de trabajo, etc,...) sin necesidad de desplazarme.	<input type="text"/> N° veces	<input type="checkbox"/>
P105F Asistencia telefónica con medios públicos o concertados (incluyendo mutualidad obligatoria de funcionarios: MUFACE, MUGEJU, ISFAS) en el lugar donde me encontraba (domicilio, lugar de trabajo, etc.) sin necesidad de desplazarme a un centro de urgencias	<input type="text"/> N° veces	<input type="checkbox"/>
P105G Asistencia telefónica, a través de un servicio privado no concertado sin necesidad de desplazarme a un centro de urgencias	<input type="text"/> N° veces	<input type="checkbox"/>

Si P105A = 0, P105B = 0, P105D = 0 y P105F = 0, ir a P107

P106 ¿Cómo considera, en general, la calidad de la atención recibida en los servicios de urgencias presenciales o no presenciales de la sanidad pública o concertada de los que ha hecho uso?

- 1 Muy buena 4 Mala
- 2 Buena 5 Muy mala
- 3 Regular -9 No sabe / No contesta

OTROS RECURSOS

P107 Durante los últimos 12 meses, ¿ha realizado alguna consulta a los siguientes profesionales por motivos de salud?

- | | 1 Sí | 6 No | -9 Ns/Nc |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| P107A Fisioterapeuta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| P107B Psicólogo/a o psicoterapeuta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

P108 Durante los últimos 12 meses, ¿se ha realizado alguna de las siguientes pruebas?

- | | 1 Sí, en un centro público o concertado | 2 Sí, en un centro privado no concertado | 6 No | -9 Ns/Nc |
|---------------------------------|---|--|--------------------------|--------------------------|
| P108A TAC o escáner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| P108B Ecografía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| P108C Resonancia magnética | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| P108D PCR o prueba de antígenos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PREFERENCIAS DE LA POBLACIÓN

P109 Las preferencias de la población se pueden utilizar para la gestión de las listas de espera. A la hora de decidir qué paciente en lista de espera debería ser tratado antes, ¿podría indicar su grado de acuerdo o desacuerdo con los siguientes criterios?

- | | 1 Muy en desacuerdo | 2 En desacuerdo | 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo | 4 De acuerdo | 5 Muy de acuerdo | -9 Ns/Nc |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Priorizar a los pacientes con menos edad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Priorizar a los pacientes más graves | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Priorizar a los pacientes con otras personas a su cargo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Dar menos prioridad a los pacientes con estilos de vida perjudiciales para la salud (tabaco, alcohol, drogas...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 Priorizar a los pacientes que llevan más tiempo en lista de espera | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 Priorizar a los pacientes que más van a mejorar su salud | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 Priorizar a los pacientes según el criterio del médico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

P110 Vamos a pensar en general, y no en su situación en particular. ¿Qué le parecería que, en lugar de listas de espera para cada hospital, existiera una lista de espera de cirugía única? Es decir, que para ser atendido antes, los pacientes pudieran elegir ser intervenidos por otros médicos en un hospital que no sea el suyo habitual, pero con la misma calidad y garantía de resultados. ¿Estaría usted...?

- 1 Muy en desacuerdo 4 De acuerdo
- 2 En desacuerdo 5 Muy de acuerdo
- 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo -9 No sabe / No contesta

SEGURO SANITARIO

P111 ¿Podría decirme ahora de cuál/cuáles de las siguientes modalidades de seguro sanitario (público y/o privado) es usted titular o beneficiario/a?

Nota: Respuesta de opción múltiple. Puede señalar un máximo de 2 opciones.

- 1 Sanidad Pública (Seguridad Social)
- 2 Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) acogidas a la Seguridad Social
- 3 Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) acogidas a un seguro privado
- 4 Seguro médico privado, concertado individualmente (sociedades médicas, Colegios Profesionales, etc.)
- 5 Seguro médico concertado por la empresa
- 6 No tengo seguro médico
- 7 Otras situaciones
- 9 No sabe / No contesta

MEDICINA ALTERNATIVA

P112 Durante los últimos 12 meses, ¿ha realizado alguna consulta a los siguientes profesionales por motivos de salud?

	1 Sí	6 No	-9 Ns/Nc
P112A Homeópata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P112B Osteópata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P112C Acupuntor/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P112D Otros profesionales de medicina alternativa (naturista, curandero/a,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NECESIDAD DE ASISTENCIA MÉDICA NO SATISFECHA

P113 En los últimos 12 meses, ¿hubo alguna vez en la que necesitó consultar a un/a médico/a por un problema de salud suyo, pero no lo hizo o no pudo hacerlo?

- 1 Sí
- 9 No sabe / No contesta **► Ir a P115**
- 6 No **► Ir a P115**

P114 ¿Cuál fue la causa principal por la que no consultó a un/a médico/a?

- 1 No pudo conseguir cita telefónica
- 2 No pudo conseguir cita presencial
- 3 Obligaciones laborales o familiares
- 4 Era demasiado caro/ no tenía dinero
- 5 El seguro no lo cubría o no tenía seguro
- 6 Había que esperar demasiado
- 7 Demasiado lejos para viajar/ sin medio de transporte
- 8 Quiso esperar y ver si el problema mejoraba por si solo
- 9 No se atrevió por miedo a ser contagiado de covid-19
- 10 Decidió retrasar la consulta porque los servicios estaban destinados a cubrir la crisis por el covid-19
- 11 Otra causa
- 9 No sabe / No contesta

HÁBITOS HIGIÉNICOS, VISITAS A LA CONSULTA DENTAL

P115 ¿Con qué frecuencia se lava los dientes?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Después de cada comida | <input type="checkbox"/> 5 Ocasionalmente |
| <input type="checkbox"/> 2 Más de 1 vez al día, pero no después de cada comida. | <input type="checkbox"/> 6 Nunca |
| <input type="checkbox"/> 3 1 vez al día | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |
| <input type="checkbox"/> 4 Varias veces a la semana, pero no todos los días | |

P116 ¿Ha acudido alguna vez a una consulta dental?

- | | | |
|-------------------------------|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Sí | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta | ► Ir a P119 |
| <input type="checkbox"/> 6 No | | ► Ir a P119 |

P117 ¿Cuánto tiempo hace que acudió a la consulta dental, por última vez?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Hace 3 meses o menos | <input type="checkbox"/> 4 Entre 2 y menos de 5 años |
| <input type="checkbox"/> 2 Hace más de 3 meses y menos de 1 año | <input type="checkbox"/> 5 5 y más años |
| <input type="checkbox"/> 3 Entre 1 y menos de 2 años | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |

P118 ¿Cuál fue el motivo de la última visita a la consulta dental?

Nota: Respuesta de opción múltiple. Puede señalar un máximo de 4 motivos.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Revisión o chequeo | <input type="checkbox"/> 5 Colocación de fundas, puentes, prótesis, implantes de dientes |
| <input type="checkbox"/> 2 Limpieza de dientes | <input type="checkbox"/> 6 Otros |
| <input type="checkbox"/> 3 Empastes, endoncias | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |
| <input type="checkbox"/> 4 Extracción de dientes o muelas | |

P119 ¿Cuál es el estado de sus dientes y muelas?

	1 Sí	6 No	-9 Ns/Nc
Tiene caries sin empastar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le han extraído dientes/muelas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene dientes/muelas empastados (obturados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se le mueven los dientes/muelas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lleva fundas (coronas), puentes, otro tipo de prótesis o dentadura postiza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le faltan dientes/muelas que no han sido sustituidos por prótesis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene o conserva todos sus dientes/muelas naturales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HÁBITOS DE VIDA: ALIMENTACIÓN

P120 En relación con sus hábitos alimentarios, ¿qué suele desayunar habitualmente?

Nota: Respuesta de opción múltiple. Puede señalar un máximo de 5 opciones.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Agua | <input type="checkbox"/> 6 Bollos, galletas |
| <input type="checkbox"/> 2 Leche y derivados (yogur, queso blanco, etc.) | <input type="checkbox"/> 7 Embutidos |
| <input type="checkbox"/> 3 Pan, cereales, gofio | <input type="checkbox"/> 8 Otro tipo de alimentos |
| <input type="checkbox"/> 4 Fruta, zumo, etc. | <input type="checkbox"/> 9 Nada, no suele desayunar |
| <input type="checkbox"/> 5 Café, te, otras infusiones | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |

P121 ¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos?

	1 A diario	2 3 o más veces por semana	3 1 o 2 veces por semana	4 Menos de 1 vez a la semana	5 Nunca o casi nunca	-9 Ns/Nc
A Zumos o jugos envasados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Zumo natural de frutas o verduras frescas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Fruta fresca entera (excluyendo zumos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Verduras, ensaladas y hortalizas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Productos lácteos (leche, yogur, queso,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F Pan, gofio, cereales (no azucarados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G Pasta, arroz, papas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H Legumbres (lentejas, judías,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I Pescado incluyendo cefalópodos (pulpo, calamares,...) y mariscos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J Carne (pollo, ternera, cerdo, cordero,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K Huevos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L Dulces o bollería (galletas, mermeladas,...), cereales azucarados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M Refrescos con azúcar o con gas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N Embutidos, fiambres, mantequilla, beicon,...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ñ Comida rápida (pollo frito, bocadillos, pizza, hamburguesas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O Aperitivos o comidas saladas de picar (papas fritas, galletitas saladas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P122 (Si P121C = 1) ¿Cuántas piezas de fruta consume a diario?

-9 No sabe / No contesta

Nº de piezas

P123 (Si P121B = 1) ¿Cuántas vasos de zumo natural consume a diario?

-9 No sabe / No contesta

Nº vasos de zumo natural

HÁBITOS DE VIDA: DESCANSO Y ACTIVIDAD FÍSICA

P124 ¿Qué tipo de actividad física realiza, habitualmente, en su trabajo, estudio o labores de casa?

- 1 Está básicamente sentado/a y anda poco (administrativo/a, taxista,...)
- 2 De pie la mayor parte de la jornada sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos
- 3 Anda bastante pero no realiza ningún esfuerzo vigoroso (vendedor/a, industrial,...)
- 4 Anda y hace esfuerzos vigorosos frecuentemente (cartero/a, transportista, agricultor/a,...)
- 5 Básicamente hace esfuerzos vigorosos y de mucha actividad (construcción, cargadores, trabajo industrial vigoroso,...)
- 9 No sabe / No contesta

Solo para personas de 70 y más años

P125 ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que realiza alguna actividad física en su tiempo libre?

- 1 No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.)
- 2 Hago alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear, bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas que requieren un ligero esfuerzo, etc.)
- 3 Hago actividad física varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.)
- 4 Hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana
- 9 No sabe / No contesta

Solo para personas entre 16 y 69 años

Para concluir este apartado sobre el ejercicio físico y por su importancia para la salud, le pedimos que conteste también las siguientes preguntas acerca del tiempo que usted dedicó a actividades físicas en los últimos 7 días. Por favor, responda cada una de las preguntas aunque no se considere una persona activa. Piense en las actividades que hace como parte del trabajo, en la casa, para ir de un sitio a otro y también las que hace en su tiempo libre de descanso, ejercicio o deporte.

En primer lugar piense en las actividades intensas que usted realizó en los últimos 7 días. Actividades intensas son las que requieren gran esfuerzo físico y le hacen respirar mucho más fuerte de lo normal, como levantar objetos pesados, cavar, ejercicios aeróbicos o pedalear rápido en bicicleta. Piense solamente en aquellas que realizó por lo menos durante 10 minutos seguidos.

P126 Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días realizó usted actividades físicas intensas?

Nota: Por favor, si no ha realizado actividades físicas intensas en los últimos 7 días anotar 0.

- 9 No sabe / No contesta Ningún día con actividad física intensa **► Ir a la P128**
- Días por semana**

P127 En uno de esos días, ¿cuánto tiempo en total le dedicó a actividades físicas intensas?

- 9 No sabe / No contesta
- Horas por días** **Minutos por día**

Ahora piense por favor en todas aquellas actividades moderadas que usted realizó en los últimos 7 días. Actividades moderadas son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que le hace respirar algo más fuerte de lo normal, como llevar pesos ligeros, andar en bicicleta a velocidad regular o jugar dobles de tenis. Piense solamente en aquellas que realizó por lo menos durante 10 minutos seguidos.

P128 Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días realizó usted actividades físicas moderadas? Por favor, no incluya caminar.

Nota: Por favor, si no ha realizado actividades físicas moderadas en los últimos 7 días anotar 0.

- 9 No sabe / No contesta Ningún día con actividad física moderada **► Ir a la P130**
- Días por semana**

P129 En uno de esos días, ¿cuánto tiempo en total le dedicó a actividades físicas moderadas?

- 9 No sabe / No contesta
- Horas por días** **Minutos por día**

P130 Ahora piense acerca del tiempo que dedicó a caminar en los últimos 7 días. Esto incluye caminar en el trabajo, en la casa, para ir de un sitio a otro, o lo que paseó por deporte, ejercicio o placer. Piense solamente en aquellas ocasiones en que caminó por lo menos durante 10 minutos seguidos.

Nota: Por favor, si no ha caminado más de 10 minutos seguidos en los últimos 7 días anotar 0.

- 9 No sabe / No contesta Ningún día más de 10 minutos seguidos **► Ir a la P132**
- Días por semana**

P131 En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en un día normal de la semana?

Horas por días

Minutos por día

-9 No sabe / No contesta

La última pregunta se refiere al tiempo que permaneció sentado/a en los últimos 7 días. Incluya el tiempo sentado/a en el trabajo, la casa, en clase, estudiando, leyendo y en el transporte, tiempo libre o viendo la televisión.

P132 En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo permaneció sentado/a en un día normal de la semana?

Horas por días

Minutos por día

-9 No sabe / No contesta

Para todos los encuestados/as

P133 ¿Cuántas horas duerme usted habitualmente? Incluir las horas de siesta

Horas

-9 No sabe / No contesta

HÁBITOS DE VIDA: CONSUMO DE TABACO

P134 ¿Podría decirme si actualmente fuma?

- 1 Sí, fuma diariamente
- 2 Sí fuma, pero no diariamente
- 3 No fuma actualmente, pero ha fumado antes
- 4 No fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual **► Ir a P144**
- 9 No sabe / No contesta **► Ir a P144**

P135 ¿A qué edad comenzó a fumar de manera habitual?

Edad en años

-9 No sabe / No contesta

Para fumadores (P134 = 1, 2)

P136 Con respecto a su consumo actual, ¿diría que fuma más, menos o igual que hace 2 años?

- 1 Más 3 Menos
- 2 Igual -9 No sabe / No contesta

P137 ¿Ha intentado dejar de fumar en alguna ocasión?

- 1 No, nunca lo ha intentado 3 Sí, en 3 o más ocasiones
- 2 Sí, en menos de 3 ocasiones -9 No sabe / No contesta

P138 ¿Se plantea actualmente dejar de fumar?

- 1 Sí, en los próximos 6 meses 4 No me lo he planteado
- 2 Sí, en el próximo mes -9 No sabe / No contesta
- 3 Sí, pero no tengo fecha prevista

Para personas que fuman a diario (P134 = 1)**P139 ¿Qué tipo de tabaco fuma y en qué cantidad diaria?**

Por favor: Anote el número de veces que fuma diariamente cada uno de los siguientes tipos de tabaco. Anotar 0 en caso de que no fume ese tipo de tabaco. Para el cigarrillo electrónico con nicotina anotar número de cápsulas de nicotina al día, si fuera menos de una cápsula al día anotar 0,5.

- | | | |
|---|--------------------------------|---|
| P139A Cigarrillos | <input type="text"/>
Al día | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |
| P139B Puros | <input type="text"/>
Al día | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |
| P139C Tabaco de liar | <input type="text"/>
Al día | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |
| P139D Cigarrillo electrónico con nicotina | <input type="text"/>
Al día | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |
| P139E Otros | <input type="text"/>
Al día | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |

Para fumadores no diarios (P134 = 2)**P140 ¿Con qué frecuencia suele consumir tabaco?**

- 1 Al menos 3 o 4 veces por semana 3 Menos de 1 vez a la semana
 2 1 o 2 veces por semana -9 No sabe / No contesta

Para exfumadores (P134 = 3)**P141 ¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar?**

Nota: Por favor, anote la cantidad de años y meses. En caso de que hayan pasado menos de 12 meses, registre 0 en 'años'. Si hace menos de un mes que dejó de fumar, anotar 1 en 'meses'.

- | | | |
|------------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="text"/>
Años | <input type="text"/>
Meses | <input type="checkbox"/> -9 No sabe / No contesta |
|------------------------------|-------------------------------|---|

P142 ¿Cuáles fueron los dos principales motivos que le llevaron a tomar esa decisión?

Nota: Pregunta de respuesta múltiple. Puede señalar 2 opciones como máximo.

- 1 Por consejo de un/a profesional sanitario/a
 2 Para mejorar mi estado de salud (por notar síntomas relacionados con el consumo de tabaco)
 3 Aumentó su grado de preocupación por los efectos nocivos del tabaco (riesgo para la salud)
 4 Sintió que disminuía su rendimiento psíquico y/o físico en general
 5 Para mejorar los síntomas de alguna enfermedad que ya padece
 6 Otros motivos
 -9 No sabe / No contesta

HÁBITOS DE VIDA: HÁBITOS DE JUEGO DE AZAR O APUESTAS

P148 ¿Con qué frecuencia juega usted con dinero a los siguientes juegos? Ya sea de manera presencial, telefónica u online.

	1 Diariamente	2 Semanalmente	3 Mensualmente	4 Anualmente	5 Nunca	-9 Ns/Nc
Lotería (nacional, ONCE, bonoloto, primitiva, etc.), quiniela o apuestas deportivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bingo, casino o salas de apuestas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máquinas tragaperras o de azar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros juegos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APOYO AFECTIVO Y PERSONAL

P149 A continuación se muestran diferentes situaciones de apoyo afectivo y personal que suelen ocurrir en la vida cotidiana. Al lado de cada situación hay un conjunto de respuestas. Por favor, lea cada situación y marque el número de la respuesta que mejor refleje su situación.

	1 Mucho menos de lo que deseo	2 Menos de lo que deseo	3 Ni mucho ni poco	4 Casi como lo deseo	5 Tanto como deseo	-9 Ns/Nc
Recibo visitas de mis amigos y familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibo amor y afecto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P150 En algún momento de su vida ¿ha llegado a pensar seriamente en la posibilidad de suicidarse, de quitarse la vida?

- 1 Sí -9 No sabe / No contesta **FIN DEL CUESTIONARIO**
 6 No **FIN DEL CUESTIONARIO**

P151 Estos pensamientos, ¿los ha tenido en los últimos 12 meses?

- 1 Sí -9 No sabe / No contesta
 6 No

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN