istac | INSTITUTO CANARIO DE ESTADÍSTICA

Servicio Canario de la Salud

Documento protegido por: SECRETO estadístico. Ley 1/1991 de Estadística de Canarias

ENCUESTA DE SALUD DE CANARIAS 2015

Cuestionario de menores (Personas de 0 a 15 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 el Servicio Canario de la Salud y el Instituto Canario de Estadística, órgano central del sistema estadístico de la Comunidad Autónoma de Canarias. Esta encuesta 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). Así mismo, 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.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL MENOR SELECCIONADO

Provincia		Municipio			Distrito		Sección			Sección repetida	Nº vivienda		Nº selección		Nº hogar	Nº orden

Nombre (SC001A)

CONTACTE 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, puede ponerse en contacto con nosotros de cualquiera de las siguientes formas:

Por teléfono: Provincia de Las Palmas 928 290 062

Provincia de S/C de Tenerife 922 922 801

Por correo electrónico: sociales.istac@gobiernodecanarias.org

A través de nuestra web: http://www.gobiernodecanarias.org/istac/

INFORMACIÓN PERSONAL

P1. **Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)** ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

P2. **¿Cuál es la nacionalidad (país) del niño/a?** ☐☐☐

P3. **¿Cuál es el país de nacimiento del niño/a?** ☐☐☐

P4. **¿Quién/quienes son los cuidadores principales del/de la niño/a?**

Encuestador/a: Respuesta de opción múltiple. Señalar un máximo de 3 opciones.

- ☐ 01 Madre
- ☐ 02 Padre
- ☐ 03 Otro familiar
- ☐ 04 Otro cuidador
- ☐ 05 Permanece en residencia escolar durante al menos 5 días a la semana
- ☐ -09 NS/NC

P5. **¿En qué situación de las siguientes se encuentra en la actualidad el/la niño/a?**

- ☐ 01 Todavía no asiste a una guardería / Escuela infantil
- ☐ 02 Asiste a una guardería / Escuela infantil
- ☐ 03 Estudia primaria o equivalente
- ☐ 04 Estudia secundaria o equivalente
- ☐ 05 Otra situación
- ☐ -09 NS/NC

CARACTERÍSTICAS PERSONALES

P6. **¿Podría decirme cuánto pesa, aproximadamente, el/la niño/a sin zapatos ni ropa?**

Encuestador/a: Debe intentar obtener una respuesta del entrevistado, aunque sea un valor aproximado. Si no sabe o no contesta anotar -9.

Kilos: ☐☐☐ ☐ -09 NS/NC

P7. **¿Y cuánto mide el/la niño/a, aproximadamente, sin zapatos?**

Encuestador/a: Debe intentar obtener una respuesta del entrevistado, aunque sea un valor aproximado. Si no sabe o no contesta anotar -9.

Centímetros: ☐☐☐ ☐ -09 NS/NC

PRÁCTICAS PREVENTIVAS

P8. **¿Le han tomado la tensión arterial al niño/a, alguna vez, un/a profesional sanitario/a?**

- ☐ 01 Sí
- ☐ 06 No
- ☐ -09 NS/NC

P9. **¿Se vacuna el niño/a según el calendario vacunal oficial?**

- ☐ 01 Sí
- ☐ 06 No
- ☐ -09 NS/NC

CALIDAD DE VIDA (sólo para niños/as de 8 años o más)

(AUTOCUMPLIMENTADO)

A cumplimentar por el encuestador:

¿El módulo ha sido cumplimentado por la persona informante del menor? ☐ 01 Sí ☐ 06 No

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo se ha sentido el/la niño/a en los últimos 7 días. Por favor, conteste las preguntas pensando en qué contestaría el/la niño/a. Es decir, procure dar la respuesta que daría él o ella.

P10. Durante los últimos 7 días, ¿el/la chico/a se ha sentido bien y en forma?

- ☐ 01 Nunca
- ☐ 02 Casi nunca
- ☐ 03 Algunas veces
- ☐ 04 Casi siempre
- ☐ 05 Siempre
- ☐ -09 NS/NC

P11. Durante los últimos 7 días, ¿el/la chico/a se ha sentido lleno de energía?

- ☐ 01 Nunca
- ☐ 02 Casi nunca
- ☐ 03 Algunas veces
- ☐ 04 Casi siempre
- ☐ 05 Siempre
- ☐ -09 NS/NC

P12. Durante los últimos 7 días, ¿el/la chico/a se ha sentido triste?

- ☐ 01 Nunca
- ☐ 02 Casi nunca
- ☐ 03 Algunas veces
- ☐ 04 Casi siempre
- ☐ 05 Siempre
- ☐ -09 NS/NC

P13. Durante los últimos 7 días, ¿el/la chico/a se ha sentido solo/a?

- ☐ 01 Nunca
- ☐ 02 Casi nunca
- ☐ 03 Algunas veces
- ☐ 04 Casi siempre
- ☐ 05 Siempre
- ☐ -09 NS/NC

P14. Durante los últimos 7 días, ¿el/la chico/a ha tenido suficiente tiempo para él/ella?

- ☐ 01 Nunca
- ☐ 02 Casi nunca
- ☐ 03 Algunas veces
- ☐ 04 Casi siempre
- ☐ 05 Siempre
- ☐ -09 NS/NC

P15. Durante los últimos 7 días, ¿el/la chico/a ha podido hacer las cosas que quería en su tiempo libre?

- ☐ 01 Nunca
- ☐ 02 Casi nunca
- ☐ 03 Algunas veces
- ☐ 04 Casi siempre
- ☐ 05 Siempre
- ☐ -09 NS/NC

P16. Durante los últimos 7 días, ¿los padres del/de la chico/a le han tratado de forma justa?

- ☐ 01 Nunca
- ☐ 02 Casi nunca
- ☐ 03 Algunas veces
- ☐ 04 Casi siempre
- ☐ 05 Siempre
- ☐ -09 NS/NC

P17. Durante los últimos 7 días, ¿el/la chico/a se ha divertido con sus amigos/as?

- ☐ 01 Nunca
- ☐ 02 Casi nunca
- ☐ 03 Algunas veces
- ☐ 04 Casi siempre
- ☐ 05 Siempre
- ☐ -09 NS/NC

P18. Durante los últimos 7 días, ¿al/a el/la chico/a le ha ido bien en el colegio? Si no va a clase en estos días, piense en la última semana que ha ido al colegio.

- ☐ 01 Nunca
- ☐ 02 Casi nunca
- ☐ 03 Algunas veces
- ☐ 04 Casi siempre
- ☐ 05 Siempre
- ☐ -09 NS/NC

P19. Durante los últimos 7 días, ¿el/la chico/a ha podido prestar atención?

- ☐ 01 Nunca
- ☐ 02 Casi nunca
- ☐ 03 Algunas veces
- ☐ 04 Casi siempre
- ☐ 05 Siempre
- ☐ -09 NS/NC

SALUD MENTAL (sólo para niños/as de 4 años o más)

(AUTOCUMPLIMENTADO)

A cumplimentar por el encuestador:

¿El módulo ha sido cumplimentado por la persona informante del menor? ☐ 01 Sí ☐ 06 No

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo se ha sentido el/la niño/a en los últimos 6 meses. Por favor, conteste las preguntas pensando en qué contestaría el/la niño/a. Es decir, procure dar la respuesta que daría él o ella.

P20. A continuación le voy a leer una serie de frases que pueden describir las capacidades y dificultades del/de la niño/a. Después de cada frase, dígame si "no es cierto", si es "un tanto cierto" o "absolutamente cierto", dependiendo de cómo se ajusta al comportamiento del/de la niño/a. Por favor, responda basándose en el comportamiento del/de la niño/a durante los últimos 6 meses.

	01. No es cierto	02. Un tanto cierto	03. Absolutamente cierto
01. Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas			
02. Es inquieto/a , hiperactivo/ a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo			
03. Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas			
04. Comparte frecuentemente con otros niños/as chucherías, juguetes, lápices, …			
05. Frecuentemente tiene rabietas o mal genio			
06. Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a			
07. Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos			
08. Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a			
09. Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado o enfermo			
10. Está continuamente moviéndose y es revoltoso/a			
11. Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a			
12. Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/as			
13. Se siente a menudo infeliz, desanimado/a o lloroso/a			
14. Por lo general cae bien a los otros niños/as			
15. Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse			
16. Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a			
17. Trata bien a los/las niños/as más pequeños/as			
18. A menudo miente o engaña			
19. Los otros niños se meten con él/ella o se burlan de él/ella			
20. A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños)			
21. Piensa las cosas antes de hacerlas			
22. Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios			
23. Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as			
24. Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente			
25. Termina lo que empieza, tiene buena concentración			

RESTRICCIÓN EN LA ACTIVIDAD DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS

P21. Durante las últimas 2 semanas, ¿ha tenido que reducir el/la niño/a su actividad principal de ir al colegio o guardería, etc. por padecer algún dolor u otro síntoma?

Encuestador/a: si el tiempo que ha tenido que reducir o limitar el/la niño/a sus actividades habituales ha sido la mitad de un día, anote en días 1. Si no sabe o no contesta anotar -9.

☐ 01 Sí → Nº días: ☐

☐ 06 No

☐ -09 NS/NC

P22. Durante las últimas 2 semanas, ¿ha tenido que reducir el/la niño/a las actividades que normalmente realiza en su tiempo libre (por ejemplo: diversiones, paseos, visitas, juegos, etc.) por padecer algún dolor u otro síntoma?

Encuestador/a: si el tiempo que ha tenido que reducir o limitar el/la niño/a sus actividades habituales ha sido la mitad de un día, anote en días 1. Si no sabe o no contesta anotar -9.

☐ 01 Sí → Nº días: ☐

☐ 06 No

☐ -09 NS/NC

La siguiente pregunta P23 se hará sólo si el niño ha reducido su actividad en las últimas 2 semanas (P21 = 1 o P22 = 1)
En caso contrario, ir a P24.

P23. ¿Cuáles fueron las causas de esos dolores o síntomas, que han obligado al/a la niño/a a limitar o reducir sus actividades habituales, al menos la mitad de un día, en las últimas 2 semanas?

Encuestador/a: Mostrar la 'Tarjeta Menores 1' a la persona encuestada.

	01. Sí	06. No
Problemas de garganta, tos, catarro o gripe		
Dolor de cabeza		
Contusión, lesión o heridas		
Diarrea o problemas intestinales		
Fiebre		
Vómitos		
Otros dolores o síntomas (dolor de huesos o articulaciones, problemas de nervios, dolor de oidos, ...)		

ACCIDENTES

P24 y P25.

	P24. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido el/la niño/a algún accidente por el que haya resultado herido/a (interna o externamente) incluyendo una intoxicación o quemadura?		**Preguntar si ha sufrido un accidente** **P25. ¿Consultó el/la niño/a con algún/a profesional sanitario/a o acudió a un servicio de urgencias a consecuencia de ese accidente?**				
	01. Sí	06. No	01 Ingresó en un hospital	02 Acudió a un centro de urgencias	03 Consultó a un/a médico/a o enfermera/o	04 No fue necesario hacer ninguna consulta ni intervención	-09 NS/NC
Accidente de tráfico							
Accidente en centro de estudios, guardería **Sólo niños escolarizados (P5>1)**							
Accidente en casa o en tiempo de ocio							

Solamente si se ha sufrido algún accidente. (P24 = Sí para alguno de los accidentes considerados)

P26. ¿Qué efectos o daños le han producido los accidentes de estos últimos 12 meses?
Encuestador/a: Respuesta de opción múltiple. Señalar un máximo de 2 motivos

- ☐ 01 Contusiones, hematomas, esguinces- luxaciones o heridas superficiales
- ☐ 02 Fracturas o heridas profundas
- ☐ 03 Envenenamiento o intoxicación
- ☐ 04 Quemaduras
- ☐ 05 Otros efectos
- ☐ 06 No le produjo daños
- ☐ -09 NS/NC

MORBILIDAD

P27. En los últimos 12 meses, la salud del/la niño/a ha sido:

- ☐ 01 Muy Buena
- ☐ 02 Buena
- ☐ 03 Regular
- ☐ 04 Mala
- ☐ 05 Muy Mala
- ☐ -09 NS/NC

P28. Ahora le voy a enumerar una lista de enfermedades crónicas o de larga evolución, para que usted señale, en cada una de ellas si el/la niño/a la padece o ha padecido alguna vez.

Encuestador/a: Mostrar la 'Tarjeta menores 2' al entrevistado. Leer cada una de las enfermedades al entrevistado. En el caso de que conteste Sí a alguna de las opciones de P28.A formule las correspondientes P28.B y P28.C.

	P28.A ¿Ha padecido alguna vez alguna de ellas?		**En caso de afirmativa la P28A preguntar P28B y P28C**			
			P28.B ¿La ha padecido en los últimos 12 meses?		**P28.C ¿Le ha dicho algún médico que la padece?**	
	01 Sí	**06 No**	**01 Sí**	**06 No**	**01 Sí**	**06 No**
01. Problemas de columna, escoliosis						
02. Problemas de nervios (depresión, ansiedad)						
03. Problema mental crónico						
04. Problemas del corazón						
05. Tensión alta						
06. Diabetes o azúcar en sangre						
07. Tumores malignos, cáncer, leucemias						
08. Asma, bronquitis crónica						
09. Dolor de cabeza, jaquecas, migrañas						
10. Problemas digestivos crónicos						
11. Colesterol alto						
12. Hernias						
13. Alergias						
14. Infecciones de orina						
15. Déficit o retraso mental						
16. Alteraciones del sueño						
17. Eneuresis nocturna (hacerse pis en la cama)						
18. Tumores benignos, quistes						
19. Problemas en la vista que le impidan ver bien o le obliguen a utilizar gafas o lentillas						
20. Problemas para oír						
21. Lesiones o defectos permanentes causados por un accidente						
22. Otros problemas o enfermedades crónicas						

LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD

Sólo para niños/as de 6 o más años

P29. ¿El/la niño/a tiene alguna dificultad o problema de salud que le impida o dificulte realizar actividades de la vida diaria? (comunicarse, moverse, asearse, relacionarse con otras personas).

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

☐ 01 Sí ☐ 06 No ····· Ir a P36 ☐ -09 NS/NC ····· Ir a P36

P30. A continuación voy a nombrarle una serie de actividades de la vida diaria cuya realización puede verse limitada por problemas de salud y discapacidades. Dígame, por favor, si el/la niño/a 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

	01 Sí	06 No
1. Experiencias sensoriales		
1.1. Mirar (percibir imágenes y objetos, ver un acontecimiento deportivo..)		
1.2. Escuchar (escuchar la radio, música, conversaciones)		
2. Comunicarse		
2.1. Comunicarse a través del habla (comprender y producir palabras, frases, historias)		
2.2. Comunicarse a través de lenguajes alternativos (comprender y usar gestos, lenguaje de sordos, símbolos o dibujos)		
2.3. Comunicarse a través de la lectura-escritura (leer libros, periódicos, escribir cartas)		
3. Aprender y desarrollar tareas		
3.1. Reconocer personas, objetos y orientarse en el espacio y el tiempo		
3.2. Recordar informaciones y episodios recientes y/o pasados		
3.3. Llevar a cabo tareas (iniciar, organizar y terminar una o varias tareas)		
4. Utilizar brazos y manos		
4.1. Levantar y llevar objetos		
4.2. Uso de la mano y el brazo (utilizar utensilios y herramientas)		
4.3. Uso fino de la mano (manipular objetos pequeños con manos y dedos)		
5. Movilidad		
5.1. Cambiar y mantener distintas posiciones del cuerpo (mantenerse acostado, sentado)		
5.2. Andar (avanzar a pie, paso a paso)		
5.3. Desplazarse por distintos lugares (andar y moverse por la casa o por la calle)		
5.4. Utilizar medios de transporte como pasajero		
6. Autocuidado		
6.1. Lavarse y cuidar su cuerpo		
6.2. Controlar las necesidades y utilizar sólo el servicio		
6.3. Vestirse		
6.4. Comer y beber		
7. Relaciones sociales		
7.1. Relacionarse con extraños (preguntar una dirección, comprar, etc.)		
7.2. Relacionarse con amigos, vecinos, compañeros del colegio, etc.		
7.3. Relacionarse con familiares		

P31. ¿Cuál es o será la duración del problema del/de la niño/a?

Encuestador/a: 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. Si no sabe o no contesta anotar -9.

☐ Limitación permanente Años: ☐☐ Meses: ☐☐ ☐ -09 NS/NC

P32. Debido a esta dificultad, ¿necesita el/la niño/a algún tipo de ayuda o cuidado de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria?

☐ 01 Sí ☐ 06 No ····· Ir a P35 ☐ -09 NS/NC ····· Ir a P35

P33. ¿Recibe el/la niño/a la ayuda que necesita de otras personas?

☐ 01 Sí ☐ 06 No ····· Ir a P35 ☐ -09 NS/NC ····· Ir a P35

P34. ¿Qué persona se ocupa principalmente del cuidado del/de la niño/a?

- ☐ 01 Familiar
- ☐ 02 Servicio doméstico
- ☐ 03 Servicios Sociales
- ☐ 04 Otro tipo de cuidador
- ☐ -09 NS/NC

P35. ¿Qué ha originado el problema del/de la niño/a?

- ☐ 01 Congénito y/o problema en el parto
- ☐ 02 Enfermedad
- ☐ 03 Accidente
- ☐ 04 Otras causas
- ☐ -09 NS/NC

CONSUMO DE MEDICAMENTOS

P36. Durante las últimas 2 semanas, ¿ha consumido el/la niño/a alguno de los siguientes medicamentos?; ¿Le fueron recetados por el médico, independientemente de que no hayan sido consumidos?

Encuestador/a: Mostrar Tarjeta Menores 3 a la persona entrevistada. Léale cada tipo de medicamento, anote si el/la niño/a lo ha consumido o no en las últimas 2 semanas, y en ambos casos anote si le fue o no recetado por algún médico (independientemente de que haya tomado o no las medicinas)

	Consumido		Recetado	
	01. Sí	06. No	01. Sí	06. No
01. Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios (excepto antibióticos)				
02. Medicinas para el dolor y/o para bajar la fiebre				
03. Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos				
04. Laxantes				
05. Antibióticos				
06. Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir				
07. Medicamentos para el asma				
08. Medicamentos para la alergia				
09. Medicamentos para la diarrea				
10. Medicamentos para los vómitos				
11. Medicamentos para la diabetes				
12. Productos de medicina alternativa (homeopática, naturista, etc.)				
13. Otros				

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

P37. ¿Cuándo fue la última vez que realizó el/la niño/a una consulta de pediatría o medicina general 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 y si las consultas se realizaron en domicilio)

- ☐ 01 Últimas 4 semanas
- ☐ 02 Hace más de 1 mes pero menos de un año
- ☐ 03 Hace 1 año o más ..... Ir a P39
- ☐ 04 Nunca ..... Ir a P39
- ☐ -09 NS/NC ..... Ir a P39

P38. ¿Cómo considera, en general, la calidad de la atención recibida por el/la niño/a en el centro de salud al que acude?

- ☐ 01 Muy Buena
- ☐ 02 Buena
- ☐ 03 Regular
- ☐ 04 Mala
- ☐ 05 Muy Mala
- ☐ -09 NS/NC

P39. ¿Cuándo fue la última vez que realizó el/la niño/a una consulta de pediatría o medicina general en una consulta privada o particular? (Incluir también las consultas a enfermería y si las consultas se realizaron en domicilio)

- ☐ 01 Últimas 4 semanas
- ☐ 02 Más de 1 mes pero menos de un año
- ☐ 03 Hace 1 año o más
- ☐ 04 Nunca
- ☐ -09 NS/NC

P40. ¿Cuándo fue la última vez que realizó el/la niño/a una consulta médica a especialistas en ambulatorios, clínicas u hospitales públicos o concertados (incluyendo Mutualidad obligatoria de funcionarios: MUFACE, MUGEJU, ISFAS)? (Incluir también las consultas a enfermería)

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

- ☐ 01 Últimas 4 semanas
- ☐ 02 Hace más de 1 mes pero menos de un año
- ☐ 03 Hace 1 año o más ..... Ir a P42
- ☐ 04 Nunca ..... Ir a P42
- ☐ -09 NS/NC ..... Ir a P42

P41. ¿Cómo considera, en general, la asistencia especializada ofrecida al/a el/la niño/a en los ambulatorios o centros de especialidades públicos a los que ha acudido ?

- ☐ 01 Muy Buena
- ☐ 02 Buena
- ☐ 03 Regular
- ☐ 04 Mala
- ☐ 05 Muy Mala
- ☐ -09 NS/NC

P42. ¿Cuándo fue la última vez que realizó el/la niño/a una consulta médica a un especialista en clínicas u hospitales privados NO concertados, o consultas particulares? (Incluir también las consultas a enfermería)

Encuestador/a: Se entiende por NO concertado si la consulta NO ha sido financiada o subvencionada por el Servicio Canario de la Salud

- ☐ 01 Últimas 4 semanas
- ☐ 02 Más de 1 mes pero menos de un año
- ☐ 03 Hace 1 año o más
- ☐ 04 Nunca
- ☐ -09 NS/NC

HOSPITALIZACIONES

P43. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido que ingresar el/la niño/a en un hospital como paciente al menos durante una noche?

- ☐ 01 Sí
- ☐ 06 No ..... Ir a P50
- ☐ -09 NS/NC ..... Ir a P50

P44. ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado el/la niño/a en los últimos 12 meses en clínicas u hospitales públicos o concertados (incluyendo Mutualidad obligatoria de funcionarios: MUFACE, MUGEJU, ISFAS)?

Encuestador/a: Se entiende por concertado si la hospitalización ha sido financiada o subvencionada por el Servicio Canario de la Salud. En caso de que no haya estado ingresado en hospitales públicos o concertados anotar 0. Si no sabe o no contesta anotar -9.

Nº de veces: ☐ ☐ -09 NS/NC

Si no ha estado ingresado en hospitales públicos ir a P47

P45. Considerando todas las veces que ha estado hospitalizado el/la niño/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 en total?

Encuestador/a: Se entiende por concertado si la hospitalización ha sido financiada o subvencionada por el Servicio Canario de la Salud. Si no sabe o no contesta anotar -9

Nº de días: ☐ ☐ -09 NS/NC

P46. ¿Cómo considera, en general, la calidad de la atención recibida en los hospitales públicos, a los que el/la niño/a ha acudido?

- ☐ 01 Muy Buena
- ☐ 02 Buena
- ☐ 03 Regular
- ☐ 04 Mala
- ☐ 05 Muy Mala
- ☐ -09 NS/NC

P47. ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado el/la niño/a en los últimos 12 meses en clínicas u hospitales privados NO concertados?

Encuestador/a: 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 la persona entrevistada no haya estado ingresado en hospitales privados NO concertados anotar 0. Si no sabe o no contesta anotar -9

Nº de veces: ☐ ☐ -09 NS/NC

Si no ha estado ingresado en hospitales privados no concertados ir a P49

P48. Considerando todas las veces que ha estado hospitalizado el/la niño/a en los últimos 12 meses en clínicas u hospitales privados NO concertados, ¿cuántos días estuvo hospitalizado en total?

Encuestador/a: Se entiende por NO concertado si la hospitalización NO ha sido financiada o subvencionada por el Servicio Canario de la Salud. Si no sabe o no contesta anotar -9

Nº de días: ☐ ☐ -09 NS/NC

P49. En relación al último ingreso hospitalario del/de la niño/a, ¿cuál fue el motivo de su ingreso?

- ☐ 01 Intervención quirúrgica
- ☐ 02 Estudio médico diagnóstico
- ☐ 03 Tratamiento médico sin intervención quirúrgica
- ☐ 04 Otros motivos
- ☐ -09 NS/NC

URGENCIAS

P50. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha acudido el/la niño/a a los servicios de urgencias por tener un problema de salud?

Encuestador/a: Anote la cantidad de visitas indicada según el centro donde el/la niño/a haya realizado la visita. Anotar 0 en caso de que el/la niño/a no haya visitado los servicios de urgencia en los últimos 12 meses.

	Nº de visitas a servicios de urgencias	
A) Centros de Salud	..... veces	☐ -09 NS/NC
B) Ambulatorios, clínicas u hospitales públicos o concertados (incluyendo Mutualidad obligatoria de funcionarios: MUFACE, MUGEJU, ISFAS).	..... veces	☐ -09 NS/NC
C) Clínicas u hospitales privados no concertados	..... veces	☐ -09 NS/NC

Si P50A = 0 y P50B = 0, entonces ir a P52

P51. ¿Cómo considera, en general, la atención que ha recibido el/la niño/a en las unidades de urgencias de la sanidad pública?

☐ 01 Muy Buena ☐ 03 Regular ☐ 05 Muy Mala
☐ 02 Buena ☐ 04 Mala ☐ -09 NS/NC

OTROS RECURSOS

P52. Durante los últimos 12 meses, ¿le han realizado al niño/a alguna de las siguientes pruebas?

	01. Sí	06. No	-09. NS/NC
A. Análisis de sangre			
B. Radiografía			
E. Otras pruebas (TAC, ecografía, resonancia magnética)			

SEGURO SANITARIO

P53. ¿Podría decirme ahora de cuál/cuáles de las siguientes modalidades de Seguro Sanitario (público y/o privado) es el niño/a titutlar o beneficiario?

Encuestador/a: Respuesta de opción múltiple. Señalar un máximo de 2 opciones

☐ 01 Sanidad Pública (Seguridad Social)
☐ 02 Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) acogidas a la Seguridad Social
☐ 03 Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) acogidas a un seguro privado
☐ 04 Seguro médico privado, concertado individualmente (sociedades médicas, Colegios Profesionales, etc.)
☐ 05 Seguro médico concertado por la empresa
☐ 06 No tengo seguro médico
☐ 07 Otras situaciones
☐ -09 NS/NC

MEDICINA ALTERNATIVA

P54. ¿Han realizado en los últimos 12 meses alguna consulta a los siguientes profesionales por motivos de salud del/de la niño/a?

	01. Sí	06. No	-09. NS/NC
A. Homeópata			
B. Osteópata			
C. Acupuntor			
D. Otros profesionales de medicina alternativa (Naturista, curandero...)			

NECESIDAD DE ASISTENCIA MÉDICA NO SATISFECHA

P55. En los últimos 12 meses, ¿hubo alguna vez en la que necesitó consultar a un médico/a por un problema de salud del/de la niño/a, pero no lo hizo o no pudo hacerlo?

☐ 01 Sí ☐ 06 No ..... Ir a P57 ☐ -09 NS/NC ..... Ir a P57

P56. ¿Cuál fue la causa principal por la que no consultó a un médico/a el problema de salud del/de la niño/a?

Encuestador/a: No debe leer a la persona entrevistada las alternativas de respuesta sino señalar aquélla que le facilite espontáneamente, siempre que coincida con alguna de las opciones 1 a 7. Si la respuesta no coincide con ninguna de estas opciones, señale la alternativa 8, 'Otra causa'.

- ☐ 01 No pudieron conseguir cita
- ☐ 02 No pudieron dejar el trabajo y llevar al niño/a
- ☐ 03 Era demasiado caro/ no tenía dinero
- ☐ 04 El seguro no lo cubría
- ☐ 05 No tenía seguro
- ☐ 06 Había que esperar demasiado
- ☐ 07 No pudo por sus obligaciones familiares
- ☐ 08 Otra causa
- ☐ -09 NS/NC

HÁBITOS HIGIÉNICOS, VISITAS A LA CONSULTA DENTAL

Si el/la niño/a tiene menos de 3 años ir a P62

P57. ¿Con qué frecuencia se lava el/la niño/a los dientes?

- ☐ 01 Después de cada comida
- ☐ 02 Más de una vez al día, pero no después de cada comida
- ☐ 03 Una vez al día
- ☐ 04 Varias veces a la semana, pero no todos los días
- ☐ 05 Ocasionalmente
- ☐ 06 Nunca
- ☐ -09 NS/NC

P58. ¿Ha acudido alguna vez el/la niño/a a una consulta dental?

☐ 01 Sí ☐ 06 No ..... Ir a P61 ☐ -09 NS/NC ..... Ir a P61

P59. ¿Cuánto tiempo hace que el/la niño/a acudió a la consulta dental, por última vez?

- ☐ 01 Hace 3 meses o menos
- ☐ 02 Hace más de 3 meses y menos de 1 año
- ☐ 03 Entre 1 y menos de 2 años
- ☐ 04 Entre 2 y menos de 5 años
- ☐ 05 5 y más años
- ☐ -09 NS/NC

P60. ¿Cuál fue el motivo de la última visita a la consulta dental?

Encuestador/a: Respuesta de opción múltiple. Señalar un máximo de 4 opciones.

- ☐ 01 Revisión o chequeo
- ☐ 02 Limpieza de dientes
- ☐ 03 Empastes, endodoncias
- ☐ 04 Extracción de dientes o muelas
- ☐ 05 Ortodoncia
- ☐ 06 Otros
- ☐ -09 NS/NC

P61. ¿Cuál es el estado de dientes y muelas del niño/a?

	01. Sí	06. No	-09. NS/NC
Tiene caries sin empastar			
Le han extraído dientes/ muelas			
Tiene dientes/ muelas empastados (obturados) o sellados			
Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente...			
Los dientes que tiene están sanos			

HÁBITOS DE VIDA: ALIMENTACIÓN

P62. ¿Qué tipo de lactancia tuvo el/la niño/a en los siguientes periodos: natural, mixta o artificial?

Encuestador/a: En el caso de que el/la niño/a tenga menos edad que el periodo de referencia marcar "No procede"

	Menos de 6 semanas	6 semanas a 3 meses	3 a 6 meses	Más de 6 meses
01. Natural: leche materna como único alimento y bebida				
02. Mixta: combinación de leche materna y otros alimentos				
03. Artificial: no toma leche materna				
-01. No procede: tiene menos edad que el periodo de referencia				
-09. NS/NC				

Si el/la niño/a tiene menos de 1 año ir a P69

P63. ¿Dónde desayuna el niño/a habitualmente?

- ☐ 01 En su casa o en la de un familiar
- ☐ 02 Comedor escolar
- ☐ 03 Otro lugar
- ☐ 04 No suele desayunar ..... Ir a P65
- ☐ -09 NS/NC

P64. En relación con los hábitos alimentarios, ¿qué suele desayunar el/la niño/a habitualmente?

Encuestador/a: Respuesta de opción múltiple. Señalar un máximo de 5 opciones.

- ☐ 01 Agua
- ☐ 02 Leche y derivados (yogur, queso blanco, etc.)
- ☐ 03 Pan, cereales, gofio
- ☐ 04 Fruta, zumo, etc.
- ☐ 05 Café, te, cacao, otras infusiones.
- ☐ 06 Bollos, galletas
- ☐ 07 Embutidos, huevos
- ☐ 08 Otro tipo de alimentos.
- ☐ -09 NS/NC

P65. ¿Dónde almuerza el niño/a habitualmente?

- ☐ 01 En su casa o en la de un familiar
- ☐ 02 Comedor escolar
- ☐ 03 Otro lugar
- ☐ 04 No suele almorzar
- ☐ -09 NS/NC

P66. ¿Con qué frecuencia consume el/la niño/a los siguientes alimentos?

Encuestador/a: Muestre a la persona entrevistada la 'tarjeta menores 4' y anote las frecuencias de consumo de alimentos que se relacionan

	01 A diario	02 Tres o más veces por semana	03 Una o dos veces por semana	04 Menos de una vez a la semana	05 Nunca o casi nunca	-09 NS/NC
Zumos o jugos envasados						
Zumo natural de frutas o verduras frescas						
Fruta fresca entera (excluyendo zumos)						
Verduras, ensaladas y hortalizas						
Productos lácteos (leche, yogur, queso,…)						
Pan, cereales, gofio						
Pasta, arroz, papas						
Legumbres, lentejas, judías,…						
Pescado incluyendo cefalópodos (pulpo, calamares,…) y mariscos						
Carne (pollo, ternera, cerdo, cordero, etc.)						
Huevos						
Dulces (galletas, mermeladas, caramelos,....)						
Refrescos con azúcar o con gas						
Embutidos, fiambres, mantequilla, beicon,...						
Comida rápida (bocadillos, pizzas, hamburguesas, pollo frito,…)						
Aperitivos o comidas saladas de picar (papas fritas, galletitas saladas)						

P67. ¿Considera que, en general, la alimentación de su hijo/a es ...?

- ☐ 01 Muy adecuada ..... Ir a P69
- ☐ 02 Adecuada ..... Ir a P69
- ☐ 03 Moderadamente adecuada
- ☐ 04 Poco adecuada
- ☐ 05 Muy poco adecuada
- ☐ -09 NS/NC

P68. ¿Cuál es el motivo principal por el que considera que su hijo/a no tiene una alimentación más adecuada?

- ☐ 01 Porque al niño/a no le gustan algunos alimentos
- ☐ 02 Porque el niño/a no come en casa
- ☐ 03 Porque la situación económica de su hogar no le permite la compra de determinados alimentos
- ☐ 04 Porque tiene alguna enfermedad que no le permite tener una alimentación variada
- ☐ 05 Otros motivos
- ☐ -09 NS/NC

HÁBITOS DE VIDA: DESCANSO Y ACTIVIDAD FÍSICA

P69. ¿Cuántas horas duerme el/la niño/a habitualmente? Incluya las horas de siesta

Encuestador/a: Si no sabe o no contesta anotar -9

Horas: ☐☐ ☐ -09 NS/NC

Si el/la niño/a tiene menos de 1 año, FIN DEL CUESTIONARIO

P70. ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que el/la niño/a realiza alguna actividad física en su tiempo libre?

- ☐ 01 No hace ejercicio. Su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente en realizar actividades sedentarias (leer, ver la televisión, ir al cine, tumbado en la cama o cuna, …)
- ☐ 02 Hace alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, gimnasia suave, actividades recreativas de ligero esfuerzo,…)
- ☐ 03 Hace actividades físicas, varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo,…)
- ☐ 04 Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana
- ☐ -09 NS/NC

P71. ¿Cuánto tiempo al día suele el/la niño/a dedicar a ver la televisión (incluyendo tanto la programación como vídeo y DVD)?

Encuestador/a: Si no sabe o no contesta anotar -9

De lunes a viernes ☐☐ Número de horas diarias (en promedio) ☐ -09 NS/NC

En fin de semana ☐☐ Número de horas diarias (en promedio) ☐ -09 NS/NC

Si el/la niño/a tiene menos de 5 años, FIN DEL CUESTIONARIO

P72. ¿Cuánto tiempo al día suele el/la niño/a conectarse a Internet, jugar con videoconsolas, juegos electrónicos, ...?

Encuestador/a: Si no sabe o no contesta anotar -9

De lunes a viernes ☐☐ Número de horas diarias (en promedio) ☐ -09 NS/NC

En fin de semana ☐☐ Número de horas diarias (en promedio) ☐ -09 NS/NC

Si el/la niño/a tiene menos de 7 años, FIN DEL CUESTIONARIO

P73. ¿Cuánto tiempo al día suele el/la niño/a dedicar a la lectura como actividad de ocio?

Encuestador/a: Si no sabe o no contesta anotar -9

De lunes a viernes ☐☐ Número de horas diarias (en promedio) ☐ -09 NS/NC

En fin de semana ☐☐ Número de horas diarias (en promedio) ☐ -09 NS/NC

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN