INSTITUTO CANARIO DE ESTADÍSTICA

Servicio Canario de la Salud

Gobierno de Canarias

DOCUMENTO PROTEGIDO POR: SECRETO ESTADÍSTICO. LEY 1/1991 DE ESTADÍSTICA DE CANARIAS

# 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<br>6. No | 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No |
| P4 | Sexo biológico | 1. Hombre<br>6. Mujer | 1. Hombre<br>6. Mujer | 1. Hombre<br>6. Mujer | 1. Hombre<br>6. Mujer |
| P5 | Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) | | | | |
| 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<br>6. No | 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No |
| P7 | Relación con la persona de referencia | 1. Persona de referencia<br>2. Cónyuge/pareja<br>3. Hijo/a<br>4. Yerno/Nuera<br>5. Padres/suegros<br>6. Nieto/a<br>7. Otro pariente<br>8. No emparentado | 1. Persona de referencia<br>2. Cónyuge/pareja<br>3. Hijo/a<br>4. Yerno/Nuera<br>5. Padres/suegros<br>6. Nieto/a<br>7. Otro pariente<br>8. No emparentado | 1. Persona de referencia<br>2. Cónyuge/pareja<br>3. Hijo/a<br>4. Yerno/Nuera<br>5. Padres/suegros<br>6. Nieto/a<br>7. Otro pariente<br>8. No emparentado | 1. Persona de referencia<br>2. Cónyuge/pareja<br>3. Hijo/a<br>4. Yerno/Nuera<br>5. Padres/suegros<br>6. Nieto/a<br>7. Otro pariente<br>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 _____<br>2. Menor _____ | 1. Adulto _____<br>2. Menor _____ | 1. Adulto _____<br>2. Menor _____ | 1. Adulto _____<br>2. Menor _____ |
| P10 | Adulto seleccionado | 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No |
| P11 | Menor seleccionado | 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No |
| P12 | Persona informante del menor | 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No |

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

| Nº de adultos o menores | 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 |
| 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<br>6. No | 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No |
| 1. Hombre<br>6. Mujer | 1. Hombre<br>6. Mujer | 1. Hombre<br>6. Mujer | 1. Hombre<br>6. Mujer | 1. Hombre<br>6. Mujer | 1. Hombre<br>6. Mujer |
| | | | | | |
| 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No |
| 1. Persona de referencia<br>2. Cónyuge/pareja<br>3. Hijo/a<br>4. Yerno/Nuera<br>5. Padres/suegros<br>6. Nieto/a<br>7. Otro pariente<br>8. No emparentado | 1. Persona de referencia<br>2. Cónyuge/pareja<br>3. Hijo/a<br>4. Yerno/Nuera<br>5. Padres/suegros<br>6. Nieto/a<br>7. Otro pariente<br>8. No emparentado | 1. Persona de referencia<br>2. Cónyuge/pareja<br>3. Hijo/a<br>4. Yerno/Nuera<br>5. Padres/suegros<br>6. Nieto/a<br>7. Otro pariente<br>8. No emparentado | 1. Persona de referencia<br>2. Cónyuge/pareja<br>3. Hijo/a<br>4. Yerno/Nuera<br>5. Padres/suegros<br>6. Nieto/a<br>7. Otro pariente<br>8. No emparentado | 1. Persona de referencia<br>2. Cónyuge/pareja<br>3. Hijo/a<br>4. Yerno/Nuera<br>5. Padres/suegros<br>6. Nieto/a<br>7. Otro pariente<br>8. No emparentado | 1. Persona de referencia<br>2. Cónyuge/pareja<br>3. Hijo/a<br>4. Yerno/Nuera<br>5. Padres/suegros<br>6. Nieto/a<br>7. Otro pariente<br>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 _____<br>2. Menor _____ | 1. Adulto _____<br>2. Menor _____ | 1. Adulto _____<br>2. Menor _____ | 1. Adulto _____<br>2. Menor _____ | 1. Adulto _____<br>2. Menor _____ | 1. Adulto _____<br>2. Menor _____ |
| 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No |
| 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No |
| 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No | 1. Sí<br>6. No |

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

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
- ☐ 2 Mujer
- ☐ 3 No binario
- ☐ -9 No sabe / No contesta

### P1 Estado civil legal

- ☐ 1 Soltero/a
- ☐ 2 Casado/a
- ☐ 3 Viudo/a
- ☐ 4 Separado/a o divorciado/a legalmente
- ☐ 5 Pareja de hecho
- ☐ -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
- ☐ 2 Usted compartiéndolo con su pareja
- ☐ 3 Usted compartiéndolo con otra persona que no es su pareja
- ☐ 4 Otra persona del hogar ► **Ir a P8**
- ☐ 5 Una persona remunerada para ello ► **Ir a P8**
- ☐ 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
☐ 6 No ► **Ir a P12**
☐ -1 Vive solo/a ► **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
☐ 2 Usted compartiéndolo con otra persona
☐ 3 Otra persona del hogar ► **Ir a P12**
☐ 4 Una persona remunerada para ello ► **Ir a P12**
☐ 5 Otra situación ► **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
☐ 2 Usted compartiéndolo con su pareja
☐ 3 Usted compartiéndolo con otra persona que no es su pareja
☐ 4 Otra persona del hogar ► **Ir a P14**
☐ 5 Una persona remunerada para ello ► **Ir a P14**
☐ 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
- ☐ 2 Asalariado/a del sector privado
- ☐ 3 Empresario/a, autónomo/a o miembro de cooperativa ► **Ir a P17**
- ☐ 4 Otra situación ► **Ir a P17**
- ☐ -9 No sabe / No contesta ► **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)
- ☐ 2 Contrato eventual / temporal
- ☐ 3 Sin contrato
- ☐ 4 Algún otro acuerdo laboral
- ☐ -9 No sabe / No contesta

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

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

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

- ☐ 1 Sí
- ☐ 6 No
- ☐ -9 No sabe / No contesta

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

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

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.

|_|_|

**Nº horas**

☐ -9 No sabe / No contesta

**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, depediente 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?

- ☐ 1 Menos de 6 meses
- ☐ 2 De 6 meses a menos de 1 año
- ☐ 3 De 1 año a menos de 2 años
- ☐ 4 De 2 años a menos de 5 años
- ☐ 5 5 o más años
- ☐ -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, depediente 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
- ☐ 6 No **► Ir a P38**
- ☐ -9 No sabe / No contesta **► 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, depediente 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?

- ☐ 1 Menos de 6 meses
- ☐ 2 De 6 meses a menos de 1 año
- ☐ 3 De 1 año a menos de 2 años
- ☐ 4 De 2 años a menos de 5 años
- ☐ 5 5 o más años
- ☐ -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?

- ☐ 1 No ha trabajado nunca **► Ir a P38**
- ☐ 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

**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, depediente 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 suyas 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...

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

## 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?

- ☐ 1 Nunca me la han tomado
- ☐ 2 Cada 3 meses o menos
- ☐ 3 Cada 6 meses
- ☐ 4 Cada año
- ☐ 5 Cada 2 años
- ☐ 6 Ocasionalmente, sin frecuencia fija
- ☐ -9 No sabe / No contesta

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

- ☐ 1 Nunca me lo han revisado
- ☐ 2 Cada 6 meses o menos
- ☐ 3 Cada año
- ☐ 4 Entre 1 y 2 años
- ☐ 5 Frecuencia superior a 2 años
- ☐ 6 Ocasionalmente, sin frecuencia fija
- ☐ -9 No sabe / No contesta

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

- ☐ 1 Nunca me lo han revisado
- ☐ 2 Diariamente
- ☐ 3 Semanalmente
- ☐ 4 Cada mes
- ☐ 5 Cada 3 meses
- ☐ 6 Cada 6 meses
- ☐ 7 1 vez al año
- ☐ 8 Frecuencia superior a 1 año
- ☐ 9 Ocasionalmente, sin frecuencia fija
- ☐ -9 No sabe / No contesta

P44 ¿Cada cuánto tiempo se vacuna de la gripe?

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

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

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

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**
- ☐ 2 Solo se la ha realizado 1 vez
- ☐ 3 1 vez al año
- ☐ 4 Cada 2 años
- ☐ 5 Cada 3 años
- ☐ 6 Con frecuencia superior a 3 años
- ☐ 7 Ocasionalmente, sin frecuencia fija
- ☐ -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**
- ☐ 2 Solo se la ha realizado 1 vez
- ☐ 3 1 vez al año
- ☐ 4 Cada 2 años
- ☐ 5 Cada 3 años
- ☐ 6 Con frecuencia superior a 3 años
- ☐ 7 Ocasionalmente, sin frecuencia fija
- ☐ -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 matrón/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?

- ☐ 1 No me la he hecho nunca ► **Ir a P53**
- ☐ 2 En el último año
- ☐ 3 Hace más de 1 año pero no más de 2 años
- ☐ 4 Hace más de 2 años pero no más de 3 años
- ☐ 5 Hace más de 3 años
- ☐ -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:

- ☐ 1 No tengo problemas para caminar
- ☐ 2 Tengo problemas leves para caminar
- ☐ 3 Tengo problemas moderados para caminar
- ☐ 4 Tengo problemas graves para caminar
- ☐ 5 No puedo caminar
- ☐ -9 No sabe / No contesta

P54 En relación con su cuidado personal:

- ☐ 1 No tengo problemas para lavarme o vestirme
- ☐ 2 Tengo problemas leves para lavarme o vestirme
- ☐ 3 Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme
- ☐ 4 Tengo problemas graves para lavarme o vestirme
- ☐ 5 No puedo lavarme o vestirme
- ☐ -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:

- ☐ 1 No tengo dolor ni malestar
- ☐ 2 Tengo dolor o malestar leve
- ☐ 3 Tengo dolor o malestar moderado
- ☐ 4 Tengo dolor o malestar fuerte
- ☐ 5 Tengo dolor o malestar extremo
- ☐ -9 No sabe / No contesta

P57 En relación con situaciones de ansiedad o depresión:

- ☐ 1 No estoy ansioso/a ni deprimido/a
- ☐ 2 Estoy levemente ansioso/a o deprimido/a
- ☐ 3 Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a
- ☐ 4 Estoy muy ansioso/a o deprimido/a
- ☐ 5 Estoy extremadamente ansioso/a o deprimido/a
- ☐ -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:

- ☐ 1 Muy buena
- ☐ 2 Buena
- ☐ 3 Regular
- ☐ 4 Mala
- ☐ 5 Muy mala
- ☐ -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?

- ☐ 1 Mejor que lo habitual
- ☐ 2 Igual que lo habitual
- ☐ 3 Menos que lo habitual
- ☐ 4 Mucho menos que lo habitual
- ☐ -9 No sabe / No contesta

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

- ☐ 1 No, en absoluto
- ☐ 2 No más que lo habitual
- ☐ 3 Algo más que lo habitual
- ☐ 4 Mucho más de lo habitual
- ☐ -9 No sabe / No contesta

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

- ☐ 1 Más útil que lo habitual
- ☐ 2 Igual que lo habitual
- ☐ 3 Menos útil que lo habitual
- ☐ 4 Mucho menos útil que lo habitual
- ☐ -9 No sabe / No contesta

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

- ☐ 1 Más que lo habitual
- ☐ 2 Igual que lo habitual
- ☐ 3 Menos que lo habitual
- ☐ 4 Mucho menos que lo habitual
- ☐ -9 No sabe / No contesta

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

- ☐ 1 No, en absoluto
- ☐ 2 No más que lo habitual
- ☐ 3 Algo más que lo habitual
- ☐ 4 Mucho más de lo habitual
- ☐ -9 No sabe / No contesta

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

- ☐ 1 No, en absoluto
- ☐ 2 No más que lo habitual
- ☐ 3 Algo más que lo habitual
- ☐ 4 Mucho más de lo habitual
- ☐ -9 No sabe / No contesta

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

- ☐ 1 Más que lo habitual
- ☐ 2 Igual que lo habitual
- ☐ 3 Menos que lo habitual
- ☐ 4 Mucho menos que lo habitual
- ☐ -9 No sabe / No contesta

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

- ☐ 1 Más que lo habitual
- ☐ 2 Igual que lo habitual
- ☐ 3 Menos que lo habitual
- ☐ 4 Mucho menos que lo habitual
- ☐ -9 No sabe / No contesta

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

- ☐ 1 No, en absoluto
- ☐ 2 No más que lo habitual
- ☐ 3 Algo más que lo habitual
- ☐ 4 Mucho más de lo habitual
- ☐ -9 No sabe / No contesta

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

- ☐ 1 No, en absoluto
- ☐ 2 No más que lo habitual
- ☐ 3 Algo más que lo habitual
- ☐ 4 Mucho más de lo habitual
- ☐ -9 No sabe / No contesta

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

- ☐ 1 No, en absoluto
- ☐ 2 No más que lo habitual
- ☐ 3 Algo más que lo habitual
- ☐ 4 Mucho más de lo habitual
- ☐ -9 No sabe / No contesta

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

- ☐ 1 Más que lo habitual
- ☐ 2 Igual que lo habitual
- ☐ 3 Menos que lo habitual
- ☐ 4 Mucho menos que lo habitual
- ☐ -9 No sabe / No contesta

## 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.

- ☐ 1 Sí ⌊__⌋ **Nº Días**
- ☐ -9 No sabe / No contesta

- ☐ 6 No ► **Ir a P74**
- ☐ -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 | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2 | Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3 | Problemas de garganta, tos, catarro, gripe o covid-19 | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4 | Crisis asmática / Reagudización del EPOC | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5 | Dolor de cabeza | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6 | Contusión, lesión o heridas | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7 | Diarrea o problemas intestinales | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8 | Fiebre | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9 | Mareos o fatigas | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10 | Cansancio sin razón aparente | ☐ | ☐ | ☐ |
| 11 | Otros dolores o síntomas (dolor de oidos, ronchas, molestias urinarias, dolor en el pecho,...) | ☐ | ☐ | ☐ |

## 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**<br>P75. ¿Consultó con algún/a profesional sanitario/a o acudió a un servicio de urgencias a consecuencia de ese accidente? | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 Sí | 6 No | -9 Ns/Nc | 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 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Accidente de trabajo (solo ocupados (P14 = 1 o 2)) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Accidente en centro de estudios (solo a estudiantes (P14 = 5)) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Accidente en casa o en tiempo de ocio | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

## 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 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2 | Productos químicos, polvo, humos o gases | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3 | Ruidos o vibraciones | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4 | Posturas forzadas, movimientos o manejo de cargas pesadas en el trabajo | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 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)) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6 | Acoso o intimidación | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7 | Discriminación | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8 | Violencia o trato violento | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

### 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 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2 | Dolor de espalda por lumbago, ciática o hernia discal | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3 | Dolor de espalda cervical | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4 | Osteoporosis | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5 | Problemas de salud mental como ansiedad o depresión | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6 | Demencia | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7 | Problema mental crónico | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8 | Problemas del corazón (angina de pecho, infarto, insuficiencia cardiaca) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9 | Tensión alta | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10 | Diabetes o azúcar en sangre | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 11 | Tumores malignos, cáncer, leucemias | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 12 | Bronquitis crónica, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 13 | Ictus, trombosis, embolia cerebral/ accidente cerebrovascular | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 14 | Dolor de cabeza frecuente, jaquecas, migrañas | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 15 | Acidez, dolor de estómago por gastritis, úlceras de estómago o duodeno | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 16 | Colesterol alto | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 17 | Alergia crónica como rinitis, conjuntivitis o dermatitis alérgica, alergia alimentaria o de otro tipo (excluir asma alérgica) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 18 | Asma (incluida asma alérgica) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 19 | Problemas crónicos de piel | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 20 | (**Para hombres**) Alteraciones de la próstata | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 21 | (**Para mujeres**) Alteraciones en el periodo o menstruación. Problemas del periodo menopáusico | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 22 | Mala circulación, varices en las piernas | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 23 | Incontinencia urinaria | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 24 | Estreñimiento crónico | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 25 | Hemorroides | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 26 | Anemia | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 27 | Problemas de tiroides | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 28 | Déficit o retraso mental | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 29 | Cataratas | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 30 | Insomnio crónico | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 31 | Otros problemas o enfermedades crónicas | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

## 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..) | ☐ | ☐ | ☐ |
| 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 | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5.5. Conducir vehículo propio | ☐ | ☐ | ☐ |
| **6. Autocuidado** | | | |
| 6.1. Lavarse y cuidar su cuerpo | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6.2. Controlar las necesidades y utilizar solo el servicio | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6.3. Vestirse | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6.4. Comer y beber | ☐ | ☐ | ☐ |
| **7. Realizar tareas del hogar** | | | |
| 7.1. Encargarse de las compras de bienes y servicios para la casa | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7.2. Preparar comidas | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7.3. Encargarse de la limpieza y cuidado de la casa | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7.4. Ayudar a los demás en las tareas del hogar | ☐ | ☐ | ☐ |
| **8. Relaciones sociales** | | | |
| 8.1. Relacionarse con extraños (preguntar una dirección, comprar, etc.) | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8.2. Relacionarse con amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8.3. Relacionarse con familiares | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8.4. Crear y mantener relaciones íntimas (relaciones sentimentales, conyugales y sexuales) | ☐ | ☐ | ☐ |

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

☐ 2 Transitoria
(indique años y meses respectivamente) ☐☐ **Años** ☐☐ **Meses**

☐ -9 No sabe / No contesta

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

☐ 6 No ► **Ir a P86**

☐ -9 No sabe / No contesta ► **Ir a P86**

P84 ¿Recibe la ayuda que necesita de otras personas?

☐ 1 Sí

☐ 6 No ► **Ir a P86**

☐ -9 No sabe / No contesta ► **Ir a P86**

P85 ¿Quién se ocupa de su cuidado?

Nota: Puede marcar hasta 3 opciones.

☐ 1 Familiar

☐ 2 Servicio doméstico

☐ 3 Servicios Sociales

☐ 4 Otro tipo de cuidador

☐ -9 No sabe / No contesta

P86 ¿Qué ha originado su problema?

☐ 1 Congénito y/o problema en el parto

☐ 2 Enfermedad

☐ 3 Accidente

☐ 4 Senilidad (edad avanzada)

☐ 5 Otras causas

☐ -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) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2 | Medicinas para el dolor | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3 | Medicinas para bajar la fiebre | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4 | Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5 | Laxantes | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6 | Antibióticos | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7 | Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8 | Medicamentos para la alergia | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9 | Medicamentos para la diarrea | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10 | Medicinas para el reuma, artrosis | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 11 | Medicinas para el corazón | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 12 | Medicinas para la tensión arterial | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 13 | Medicinas para el estómago y/o alteraciones digestivas | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 14 | Medicamentos para tratar la tiroides | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 15 | Antidepresivos, estimulantes | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 16 | (**Para mujeres**) Píldoras anticonceptivas | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 17 | Medicamentos hormonales sustitutivos | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 18 | Medicamentos para adelgazar | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 19 | Medicamentos para bajar el colesterol | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 20 | Medicamentos para la diabetes | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 21 | Productos de terapias alternativa (homeopática, naturista, etc.) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 22 | Otros | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

## 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, matrón/a tanto en el centro de salud como si se realizaron en domicilio...

☐ 1 En las últimas 4 semanas
☐ 2 Hace más de 1 mes pero menos de 1 año
☐ 3 Hace 1 año o más ► **Ir a P90**
☐ 4 Nunca ► **Ir a P90**
☐ -9 No sabe / No contesta ► **Ir a P90**

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

☐ 1 Muy buena
☐ 2 Buena
☐ 3 Regular
☐ 4 Mala
☐ 5 Muy mala
☐ -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, matrón/a y consultas realizadas en domicilio.

☐ 1 En las últimas 4 semanas
☐ 2 Hace más de 1 mes pero menos de 1 año
☐ 3 Hace 1 año o más
☐ 4 Nunca
☐ -9 No sabe / No contesta

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

- ☐ 1 En las últimas 4 semanas
- ☐ 2 Hace más de 1 mes pero menos de 1 año
- ☐ 3 Hace 1 año o más ► **Ir a P93**
- ☐ 4 Nunca ► **Ir a P93**
- ☐ -9 No sabe / No contesta ► **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?

- ☐ 1 Muy buena
- ☐ 2 Buena
- ☐ 3 Regular
- ☐ 4 Mala
- ☐ 5 Muy mala
- ☐ -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

- ☐ 1 En las últimas 4 semanas
- ☐ 2 Hace más de 1 mes pero menos de 1 año
- ☐ 3 Hace 1 año o más
- ☐ 4 Nunca
- ☐ -9 No sabe / No contesta

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 | ☐ | ☐ | ☐ | ⌊_⌋ 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) | ☐ | ☐ | ☐ | ⌊_⌋ Meses |
| 3 | Realización de prueba diagnóstica | ☐ | ☐ | ☐ | ⌊_⌋ Meses |
| 4 | Aplicación de tratamiento | ☐ | ☐ | ☐ | ⌊_⌋ Meses |
| 5 | Intervención quirúrgica ambulatoria, sin ingreso hospitalario | ☐ | ☐ | ☐ | ⌊_⌋ Meses |
| 6 | Intervención quirúrgica con ingreso hospitalario | ☐ | ☐ | ☐ | ⌊_⌋ Meses |

## HOSPITALIZACIONES

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

- ☐ 1 Sí
- ☐ 6 No ► **Ir a P102**
- ☐ -9 No sabe / No contesta ► **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.

☐ -9 No sabe / No contesta

**Nº veces**

**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.

☐ -9 No sabe / No contesta

**Nº de días**

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

☐ 1 Muy buena
☐ 2 Buena
☐ 3 Regular
☐ 4 Mala
☐ 5 Muy mala
☐ -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.

☐ -9 No sabe / No contesta

**Nº veces**

**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.

☐ -9 No sabe / No contesta

**Nº de días**

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

☐ 1 Intervención quirúrgica
☐ 2 Estudio médico diagnóstico
☐ 3 Tratamiento médico sin intervención quirúrgica
☐ 4 Parto (incluye cesáreas)
☐ 5 Otros motivos
☐ -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 ingesos 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
☐ 2 Buena
☐ 3 Regular
☐ 4 Mala
☐ 5 Muy mala
☐ -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
☐ 2 Intervención quirúrgica
☐ 3 Prueba
☐ 4 Otros motivos
☐ -9 No sabe / No contesta

## 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 | ⌊_⌋ **Nº veces** | ☐ |
| P105B | Asistencia presencial en ambulatorios, clínicas u hospitales públicos o concertados (incluyendo mutualidad obligatoria de funcionarios: MUFACE, MUGEJU, ISFAS). | ⌊_⌋ **Nº veces** | ☐ |
| P105C | Asistencia presencial en clínicas u hospitales privados no concertados | ⌊_⌋ **Nº veces** | ☐ |
| 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. | ⌊_⌋ **Nº veces** | ☐ |
| P105E | Asistencia presencial con medios privados no concertados en el lugar donde me encontraba (domicilio, lugar de trabajo, etc,...) sin necesidad de desplazarme. | ⌊_⌋ **Nº veces** | ☐ |
| 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 | ⌊_⌋ **Nº veces** | ☐ |
| P105G | Asistencia telefónica, a través de un servicio privado no concertado sin necesidad de desplazarme a un centro de urgencias | ⌊_⌋ **Nº veces** | ☐ |

**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
☐ 2 Buena
☐ 3 Regular
☐ 4 Mala
☐ 5 Muy mala
☐ -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 | ☐ | ☐ | ☐ |
| P107B | Psicólogo/a o psicoterapeuta | ☐ | ☐ | ☐ |

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 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| P108B | Ecografía | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| P108C | Resonancia magnética | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| P108D | PCR o prueba de antígenos | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

## 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 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2 | Priorizar a los pacientes más graves | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3 | Priorizar a los pacientes con otras personas a su cargo | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4 | Dar menos prioridad a los pacientes con estilos de vida perjudiciales para la salud (tabaco, alcohol, drogas...) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5 | Priorizar a los pacientes que llevan más tiempo en lista de espera | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6 | Priorizar a los pacientes que más van a mejorar su salud | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7 | Priorizar a los pacientes según el criterio del médico | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

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
☐ 2 En desacuerdo
☐ 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
☐ 4 De acuerdo
☐ 5 Muy de acuerdo
☐ -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 | ☐ | ☐ | ☐ |
| P112B | Osteópata | ☐ | ☐ | ☐ |
| P112C | Acupuntor/a | ☐ | ☐ | ☐ |
| P112D | Otros profesionales de medicina alternativa (naturista, curandero/a,...) | ☐ | ☐ | ☐ |

## 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
- ☐ 6 No ► **Ir a P115**
- ☐ -9 No sabe / No contesta ► **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?

- ☐ 1 Después de cada comida
- ☐ 2 Más de 1 vez al día, pero no después de cada comida.
- ☐ 3 1 vez al día
- ☐ 4 Varias veces a la semana, pero no todos los días
- ☐ 5 Ocasionalmente
- ☐ 6 Nunca
- ☐ -9 No sabe / No contesta

P116 ¿Ha acudido alguna vez a una consulta dental?

- ☐ 1 Sí
- ☐ 6 No ►**Ir a P119**
- ☐ -9 No sabe / No contesta ►**Ir a P119**

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

- ☐ 1 Hace 3 meses o menos
- ☐ 2 Hace más de 3 meses y menos de 1 año
- ☐ 3 Entre 1 y menos de 2 años
- ☐ 4 Entre 2 y menos de 5 años
- ☐ 5 5 y más años
- ☐ -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.

- ☐ 1 Revisión o chequeo
- ☐ 2 Limpieza de dientes
- ☐ 3 Empastes, endodoncias
- ☐ 4 Extracción de dientes o muelas
- ☐ 5 Colocación de fundas, puentes, prótesis, implantes de dientes
- ☐ 6 Otros
- ☐ -9 No sabe / No contesta

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

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

## 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.

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

P121 ¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos?

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

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

☐☐ **Nº de piezas**

☐ -9 No sabe / No contesta

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

☐☐ **Nº vasos de zumo natural**

☐ -9 No sabe / No contesta

## 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.

☐☐ **Días por semana**

☐ -9 No sabe / No contesta

☐ Ningún día con actividad física intensa ► **Ir a la P128**

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

☐☐ **Horas por días** ☐☐ **Minutos por día**

☐ -9 No sabe / No contesta

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.

☐☐ **Días por semana**

☐ -9 No sabe / No contesta

☐ Ningún día con actividad física moderada ► **Ir a la P130**

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

☐☐ **Horas por días** ☐☐ **Minutos por día**

☐ -9 No sabe / No contesta

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.

☐☐ **Días por semana**

☐ -9 No sabe / No contesta

Ningún día más de 10 minutos seguidos ► **Ir a la P132**

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 cigarrilllo electrónico con nicotina anotar número de cápsulas de nicotina al día, si fuera menos de una cápsula al día anotar 0,5.

| | | | |
|---|---|---|---|
| P139A | Cigarrillos | ⌊_⌋ **Al día** | ☐ -9 No sabe / No contesta |
| P139B | Puros | ⌊_⌋ **Al día** | ☐ -9 No sabe / No contesta |
| P139C | Tabaco de liar | ⌊_⌋ **Al día** | ☐ -9 No sabe / No contesta |
| P139D | Cigarrillo electrónico con nicotina | ⌊_⌋ **Al día** | ☐ -9 No sabe / No contesta |
| P139E | Otros | ⌊_⌋ **Al día** | ☐ -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
☐ 2 1 o 2 veces por semana
☐ 3 Menos de 1 vez a la 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'.

⌊_⌋ **Años** ⌊_⌋ **Meses** ☐ -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

P143 ¿Utilizó algún tratamiento para dejar de fumar?

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

- ☐ 1 Consejo o educación sanitaria individual ofrecida por un/a profesional sanitario/a
- ☐ 2 Educación sanitaria grupal
- ☐ 3 Chicles o parches de nicotina
- ☐ 4 Medicamentos recetados por médico/a (bupropion, vareniclina, ansiolíticos,...)
- ☐ 5 Terapia psicológica
- ☐ 6 Acupuntura, homeopatía, hipnosis
- ☐ 7 Láser terapia
- ☐ 8 Cigarrillo electrónico con nicotina
- ☐ 9 Otros
- ☐ 10 No utilicé ningún tratamiento
- ☐ -9 No sabe / No contesta

**Para no fumadores (P134 = 3, 4 y -9)**

P144 Considere aquellas situaciones en las que son otras personas las que están fumando, ¿con qué frecuencia está expuesto/a al humo del tabaco dentro de su casa?

- ☐ 1 Nunca o casi nunca
- ☐ 2 Menos de 1 hora al día
- ☐ 3 Entre 1 y 5 horas al día
- ☐ 4 Más de 5 horas al día
- ☐ -9 No sabe / No contesta

## HÁBITOS DE VIDA: CONSUMO DE ALCOHOL

P145 Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado bebidas alcohólicas de cualquier tipo (es decir, cerveza, vino, licores, bebidas destiladas y combinados u otras bebidas alcohólicas)?

- ☐ 1 Diariamente
- ☐ 2 Entre 4 y 6 veces a la semana
- ☐ 3 Entre 2 y 3 veces a la semana
- ☐ 4 1 vez a la semana
- ☐ 5 Entre 1 y 3 veces al mes ▶ **Ir a P148**
- ☐ 6 Menos de 1 vez al mes ▶ **Ir a P148**
- ☐ 7 Nada en los últimos 12 meses ▶ **Ir a P148**
- ☐ 8 Nunca he tomado alcohol ▶ **Ir a P148**
- ☐ -9 No sabe / No contesta ▶ **Ir a P148**

P146 Durante una semana normal, ¿cuántos vasos o copas ha tomado usted en cada uno de los días?

Nota: Considere una semana normal, aquella en la que se realizan las actividades habituales, sin estar condicionada por vacaciones, festividades o otras situaciones extraordinarias. Por favor, anote la cantidad en cada uno de los días en todos los tipos de bebida. Anotar 0 en el caso de que no consuma estas bebidas en el día indicado.

| | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cerveza con alcohol | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ |
| Vino, cava, sidra, carajillo | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ |
| Anís, licores, whisky, ginebra, ron, combinados, pacharán. Aperitivos con alcohol: vermut, fino, jerez | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ |

P147 ¿A qué edad empezó a consumir bebidas con alcohol de forma habitual?

⌊_⌋ **Años**

☐ -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 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Bingo, casino o salas de apuestas | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Máquinas tragaperras o de azar | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Otros juegos | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

## 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 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Recibo amor y afecto | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Tengo posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

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

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

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

☐ 1 Sí
☐ 6 No
☐ -9 No sabe / No contesta

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**