

INFORMACIÓN GENERAL

1. Actualmente, ¿realiza actividad física de manera organizada (gimnasio, actividades del ayuntamiento, club deportivo...)?

Sí (1)
 No (2)

2. ¿Qué tipo de actividad?

Natación (1) Acuagym (2) Gimnasia Mantenimiento (3)
 Yoga (4) Otra (5) Indique cuál: _____

3. ¿Cuántas horas a la semana? _____ horas

4. En su juventud, ¿practicó algún tipo deporte o hizo ejercicio físico de manera regular?

Si (1)
 No (0)

5. ¿Qué tipo de actividad?

Natación (1)
 Gimnasia Mantenimiento (2)
 Fútbol (3)
 Otro (4) Indique cuál: _____

6. ¿A qué nivel?

Élite (1)
 Competición (2)
 Recreación (3)
 Otro (4) Indique cuál: _____

7. Respecto a su vida laboral, ¿trabajó fuera del hogar? Sí (1) No (0)

8. ¿A qué se dedicaba?

- *Dirección de empresas y administraciones públicas (1)
- *Técnicos y profesionales científicos e intelectuales (2)
- *Técnicos y profesionales de apoyo (3)
- *Empleados de tipo administrativo (4)
- *Trabajadores de servicio de restauración, personales, protección y Vendedores de comercio (5)
- *Trabajadores cualificados en agricultura y en la pesca (6)
- *Artesanos y trabajadores cualificados de industrias manufactureras, Construcción, y minería, excepto operadores de instalación y Maquinaria (7)
- *Operadores instalaciones y maquinaria, y montadores (8)
- *Trabajadores no cualificados (9)
- *Fuerzas armadas (10)
- *Trabajo en el hogar (11)
- *Desempleado (12)
- *Otra (indicar): _____ (13)

9. Indique cuánto tiempo dedica al día a cada una de las siguientes actividades:

	Caminar <input type="text"/>	Estar sentado <input type="text"/>	Tareas del hogar <input type="text"/>
Menos de 1 hora (1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Entre 1 y 2 horas (2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Entre 2 y 3 horas (3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Entre 3 y 4 horas (4)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Entre 4 y 5 horas (5)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Más de 5 horas (6)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

10. ¿Toma medicación de manera habitual? Sí (1) No (0)

En caso afirmativo, por favor, indique cuál:

Nombre del medicamento y laboratorio fabricante	frecuencia de consumo			Dosis (número de pastillas)
	A veces	Todos los meses	A diario	

11. ¿Fuma? Sí (1) No (0)

12. ¿Cuántos cigarrillos al día?

Menos de 5 cigarrillos	<input type="text"/>	(1)
Entre 5 y 10 cigarrillos	<input type="text"/>	(2)
Entre 10 y 15 cigarrillos	<input type="text"/>	(3)
Entre 15 y 20 cigarrillos	<input type="text"/>	(4)
Más de una cajetilla diaria	<input type="text"/>	(5)

13. ¿Toma bebidas alcohólicas de manera habitual? (Incluye cerveza y vino)

Sí (1) No (0)

14. ¿Cuánta cantidad al día? _____

15. ¿Vive sólo? Sí (1) No (0)

16. ¿Con quién?

Cónyuge (1) Hijo/a (2)

Hermano/a (3) Otro (4)

Indique cuál: _____

17. ¿En su casa tiene ascensor? Sí (1) No (0)

18. ¿En qué piso vive? _____

19. ¿Qué estudios tiene?

No sabe leer ni escribir (1)

Estudios primarios (2)

Estudios secundarios (3)

Estudios universitarios (4)

20. ¿Cuál es su nivel de renta actual?

Menos de 600 €/mes (1)

Entre 600 y 900 €/mes (2)

Más de 900 €/mes (3)

CUESTIONARIO DE SALUD EUROQOL-5D (EQ-5D)

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de hoy.

21. MOVILIDAD:

- No tengo problemas para caminar.
Tengo algunos problemas para caminar.
Tengo que estar en la cama.

	(1)
	(2)
	(3)

22. CUIDADO PERSONAL:

- No tengo problemas con el cuidado personal.
Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme.
Soy incapaz de lavarme o vestirme.

	(1)
	(2)
	(3)

23. ACTIVIDADES COTIDIANAS: (p.ej. trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o durante el tiempo libre).

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas.
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas.
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas.

	(1)
	(2)
	(3)

24. DOLOR/ MALESTAR:

- No tengo dolor ni malestar.
Tengo moderado dolor o malestar.
Tengo mucho dolor o malestar.

	(1)
	(2)
	(3)

25. ANSIEDAD/ DEPRESIÓN:

- No estoy ansioso o deprimido.
Estoy moderadamente ansioso o deprimido.
Estoy muy ansioso o deprimido.

	(1)
	(2)
	(3)

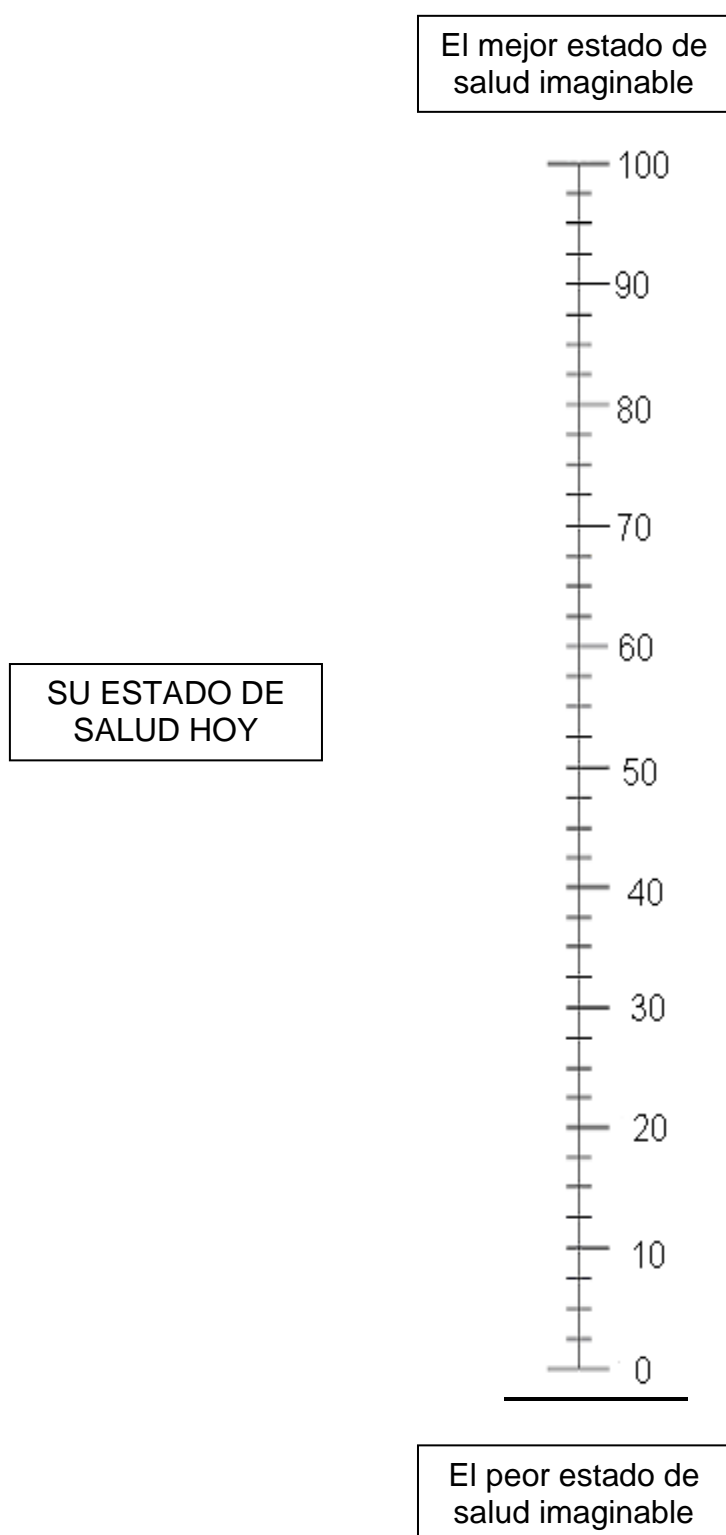
26. Comparado con mi estado general de salud durante los últimos 12 meses, mi estado de salud hoy es:

- Mejor. (1)
Igual. (2)
Peor. (3)

27. Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que se pueda imaginar y con un 0 el peor estado de salud que se pueda imaginar.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o lo malo que es su estado de 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 bueno o lo malo que es su estado de salud en el día de hoy.



STAGES OF CHANGE QUESTIONNAIRE

“Cuestionario de los estados de cambio”

La **Actividad Física moderada** se refiere a aquellas actividades físicas tales como andar deprisa, subir escaleras, practicar algún deporte, realizar las tareas domésticas, etc. en las que nuestra temperatura corporal se eleva y nuestro ritmo respiratorio se acelera. Resumiendo, al realizar dichas actividades *podemos hablar al mismo tiempo pero nos cuesta*.

Por favor marca un Sí o NO para cada respuesta.

28. Actualmente participo en actividades físicas moderadas Sí ⁽¹⁾ No ⁽⁰⁾

29. Pretendo incrementar mi participación en actividades físicas moderadas durante los próximos 6 meses Sí ⁽¹⁾ No ⁽⁰⁾

Para que la actividad física moderada sea **regular** debe realizarse al menos 5 días por semana y llegar a acumular 30 minutos al día.

30. Actualmente participo en actividad física moderada regular. Sí ⁽¹⁾ No ⁽⁰⁾

31. Llevo participando en actividad física moderada regular desde hace 6 meses o más. Sí ⁽¹⁾ No ⁽⁰⁾

32. En el pasado, fui regular en mi práctica de actividad física moderada por un periodo de al menos 3 meses. Sí ⁽¹⁾ No ⁽⁰⁾

Responda las frases que leerá a continuación y que describen como usted se podría haber sentido durante **la semana pasada**.

Durante la semana pasada Rodee con un círculo la respuesta con la que está más de acuerdo.	Casi nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi siempre
	< 1 día/sem	1-2 días/sem	3-4 días/sem	5-7 días/sem
1. Le molestaron cosas que normalmente no le molestan.	0	1	2	3
2. No tenía ganas de comer, poco apetito.	0	1	2	3
3. Sentía que no podía quitarse de encima la tristeza, ni siquiera con la ayuda de su familia o amigos.	0	1	2	3
4. Sentía que Ud. era tan bueno como cualquiera	3	2	1	0
5. Tenía dificultad en mantener su mente concentrada en lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
6. Se sentía deprimido/a	0	1	2	3
7. Sentía que lo que hacía era un gran esfuerzo.	0	1	2	3
8. Se sentía optimista sobre el futuro.	3	2	1	0
9. Pensó que su vida había sido un fracaso.	0	1	2	3
10. Se sentía con miedo.	0	1	2	3
11. Su sueño era inquieto.	0	1	2	3
12. Estaba contento/a.	3	2	1	0
13. Habló menos de lo que suele hablar.	0	1	2	3
14. Se sintió solo/a.	0	1	2	3
15. Sintió que la gente no era amistosa.	0	1	2	3
16. Disfrutó de la vida.	3	2	1	0
17. Pasó ratos llorando.	0	1	2	3
18. Se sintió triste.	0	1	2	3
19. Sentía que no le caía bien a la gente.	0	1	2	3
20. No tenía ganas de hacer nada, desganado/a	0	1	2	3

Responda a cada una de las 12 frases que leerá a continuación, **marque con una X** para asignar una puntuación comprendida entre 1 y 6, y que su valor se expone a continuación.

NUNCA ó Completamente en desacuerdo	Bastante, muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Bastante, muy de acuerdo	SIEMPRE ó Completamente de acuerdo
1	2	3	4	5	6

FRASES	1	2	3	4	5	6
1. Hay una persona que está cerca cuando estoy en situación difícil						
2. Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir mis penas y alegrías						
3. Mi familia realmente intenta ayudarme						
4. Obtengo de mi familia el apoyo emocional que necesito						
5. Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí						
6. Mis amigos realmente tratan de ayudarme						
7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal						
8. Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia						
9. Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y alegrías						
10. Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos						
11. Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones						
12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos						

PAR-Q (Cuestionario de aptitud a la actividad física)

Si = 1

No = 2

1. **¿Alguna vez le han diagnosticado una enfermedad cardíaca y le han recomendado que sólo haga actividad física supervisada por personal médico?**
SI (1) NO (2)
2. **¿Ha tenido dolores en el pecho desencadenados por la actividad física?**
SI (1) NO (2)
3. **¿Ha tenido dolores en el pecho durante el último mes?**
SI (1) NO (2)
4. **¿Tiende a perder el equilibrio como resultado de mareos?**
SI (1) NO (2)
5. **¿Tiende a perder el conocimiento?**
SI (1) NO (2)
6. **¿Alguna vez le ha prescrito su médico medicación para la tensión arterial alta?**
SI (1) NO (2)
7. **Alguna vez le ha prescrito su médico medicación para algún problema cardíaco?**
SI (1) NO (2)
8. **¿Tiene algún problema en huesos y/o en articulaciones que podría empeorar con la actividad física?**
SI (1) NO (2)

Cervical	Lumbar	Caderas	Rodilla	Tobillo	Otros
----------	--------	---------	---------	---------	-------

9. **¿Tiene conocimiento, por experiencia propia o por consejo médico, de cualquier otra razón física que le impida hacer ejercicio sin supervisión médica?**
SI (1) NO (2)

Nota: Documento traducido y adaptado de Sephard y col. The Canadian Home Fitness Test.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ha sido usted invitado/a a participar en una investigación financiada por el IMSERSO (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) que incluye la realización de una serie de test para evaluar su condición física y su composición corporal. Su participación es totalmente voluntaria. Si usted accede a participar, se le pedirá que realice una serie de test diseñados para la evaluación de su fuerza (extremidades superiores e inferiores), resistencia aeróbica, flexibilidad, agilidad y composición corporal. Estas evaluaciones incluyen actividades como andar, permanecer de pie y estirarse. El riesgo de llevar a cabo estas actividades es similar al riesgo de desarrollar ejercicios moderados y por tanto podría llegar a provocar fatiga, agujetas, esguinces, lesión muscular, mareos o desvanecimientos. Así mismo, existe el riesgo de sufrir una parada cardíaca, infarto o muerte súbita.

Si actualmente sufre alguno de los siguientes casos, usted no debería tomar parte en los test físicos a menos que un facultativo le autorizara por escrito a hacerlo:

- 1.- Su médico le ha desaconsejado la realización de ejercicio como consecuencia de alguna enfermedad.
- 2.- Ha sufrido recientemente un fallo cardíaco
- 3.- Actualmente cuando realiza ejercicio sufre dolor articular, dolor en el pecho, mareos o angina de pecho (incluyendo los siguientes síntomas: rigidez-opresión en el pecho, dolor o sensación de pesadez)
4. Tiene presión arterial descontrolada (160/100 o superior)

Durante la realización de los test se le pedirá que los realice dentro de su “zona de confort” y nunca se le presionará hasta un punto de sobre-solicitud o por encima de lo que usted crea es seguro. Comuníquese a la persona que le evalúa si tiene algún síntoma o sensación extraña como pérdida de aliento, mareo, dolor en el pecho, taquicardias, entumecimiento, pérdida de equilibrio, náuseas o visión borrosa.

Si como consecuencia de la realización de los test sufriera cualquier lesión, el personal que lleva a cabo los test únicamente está autorizado a darle los

primeros auxilios y atenciones básicas. Posteriormente será usted mismo quien deberá buscar tratamiento en su propio medico si lo necesitara.

Recuerde que siempre puede dejar de realizar las pruebas en el momento que usted lo desee y así lo solicite. Mediante la firma de este consentimiento usted asume:

1.- Que ha leído el contenido completo de este documento. Que conoce el propósito de los test y los posibles riesgos que puede sufrir.

2.- Está de acuerdo en controlar su esfuerzo físico durante la realización de los test y está de acuerdo en parar y comunicar al instructor cualquier anomalía o síntoma inusual.

La información y datos recogidos en los diferentes cuestionarios realizados durante este estudio respetarán siempre lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Mi firma abajo indica que he tenido la oportunidad de preguntar y recibir contestación a cualquier pregunta y que libremente decido dar consentimiento para realizar las pruebas anteriormente citadas.

Nombre y Firma del participante _____

Nombre y Firma del Investigador Principal del Proyecto en Gran Canaria:

Dr. Luis Espino Torón

Nota: Documento traducido y adaptado de Rickly & Jones (2001)