



AJUNTAMENT DE VALÈNCIA

OFICINA D'ESTADÍSTICA



BARÒMETRE MUNICIPAL D'OPINIÓ CIUTADANA

Avance de resultados. Enero - Febrero 2024

24. SALUD

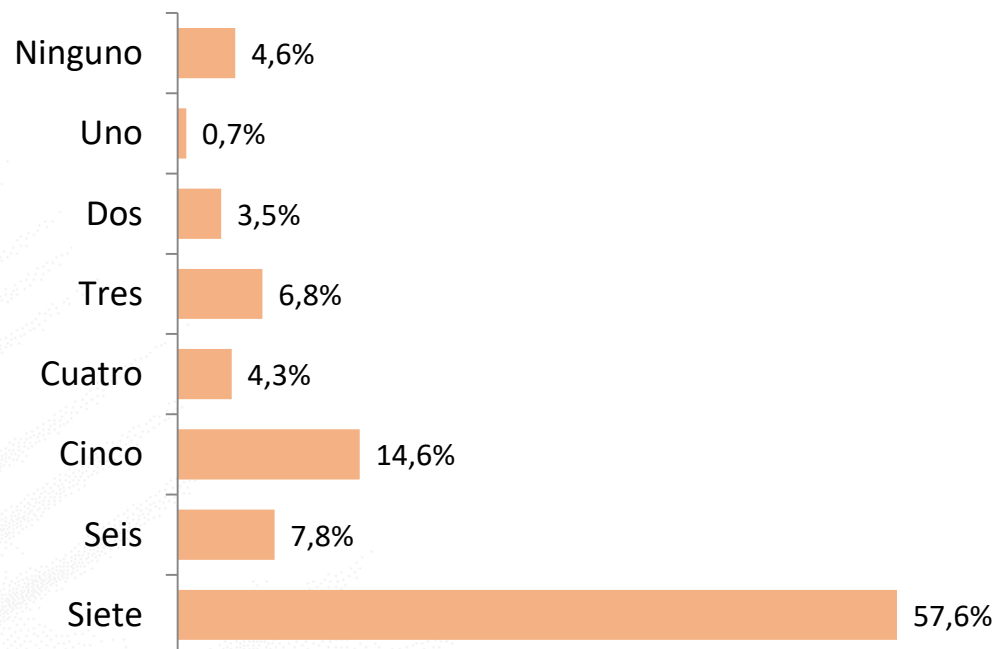


FICHA TÉCNICA

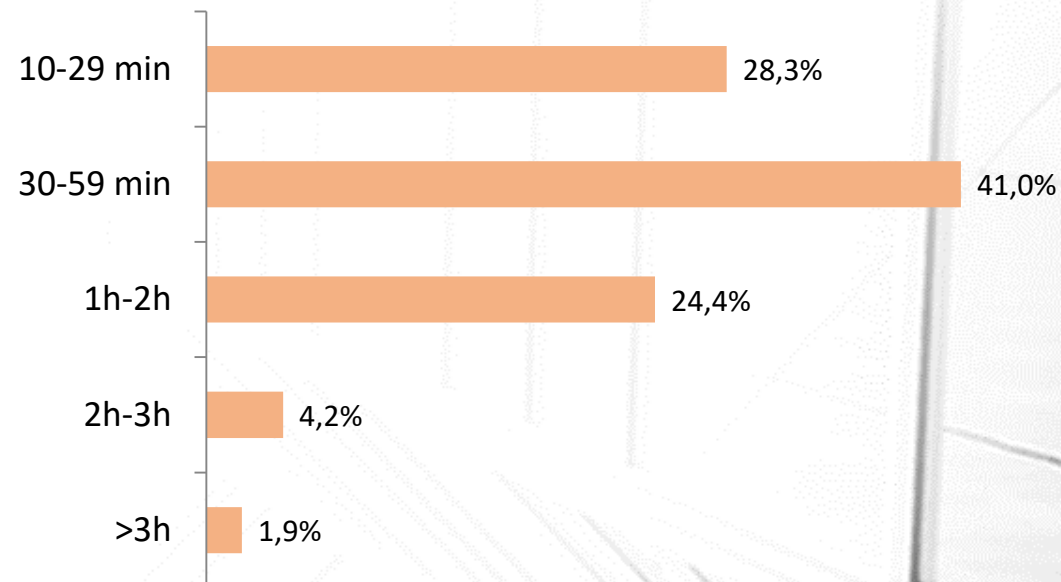
- **Ámbito:** Ciutat de València
- **Universo:** Población de 18 y más años empadronada a la ciudad; 672.742 personas
- **Tamaño de la muestra:**
 - Teórica: 2.350 entrevistas
 - Real: 2.357 entrevistas
- **Metodología:**
 - Entrevista Presencial
- **Diseño muestral:**
 - Aleatorio por cuotas de sexo, edad, relación con la actividad económica y nacionalidad
- **Error teórico de muestreo para la ciudad:** 2,0%
- **Trabajo de campo:**
 - Fecha: Enero 2024
 - Empresa: GFK

ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE

P.1. EN UNA SEMANA DE ACTIVIDAD NORMAL, ¿CUÁNTOS DÍAS ANDA, VA EN BICI O CUALQUIER OTRO TRANSPORTE SIN MOTOR AL MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS PARA DESPLAZARSE (ir a trabajar, hacer compras, llevar a los niños a la escuela, ir a al centro de estudios...)?

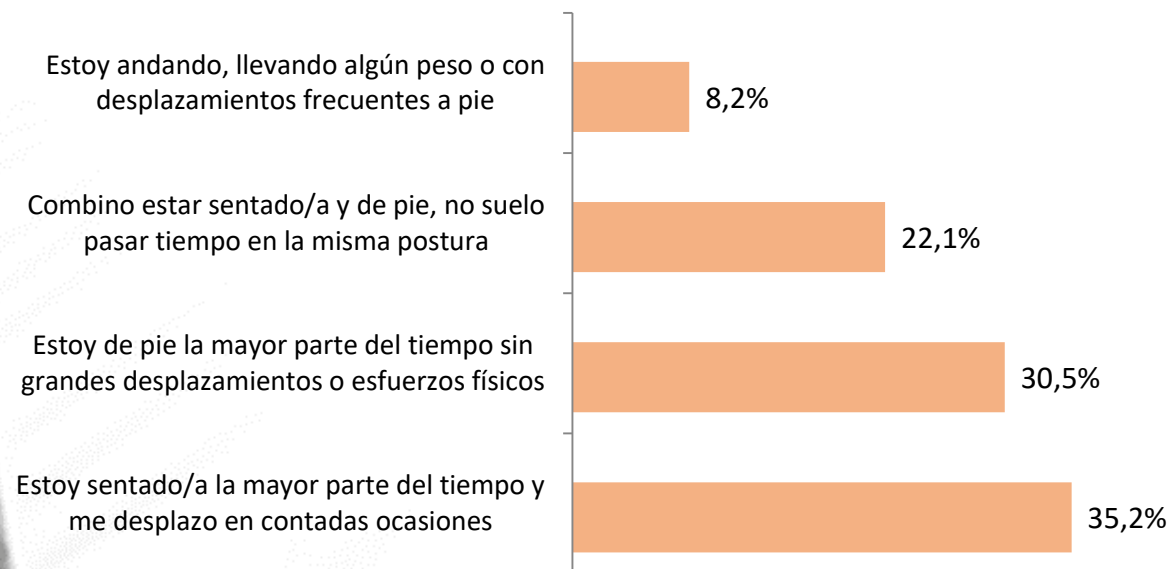


P.2. Y EN UN DÍA NORMAL, ¿CUÁNTO TIEMPO EMPLEA EN DESPLAZARSE (ir y volver)?

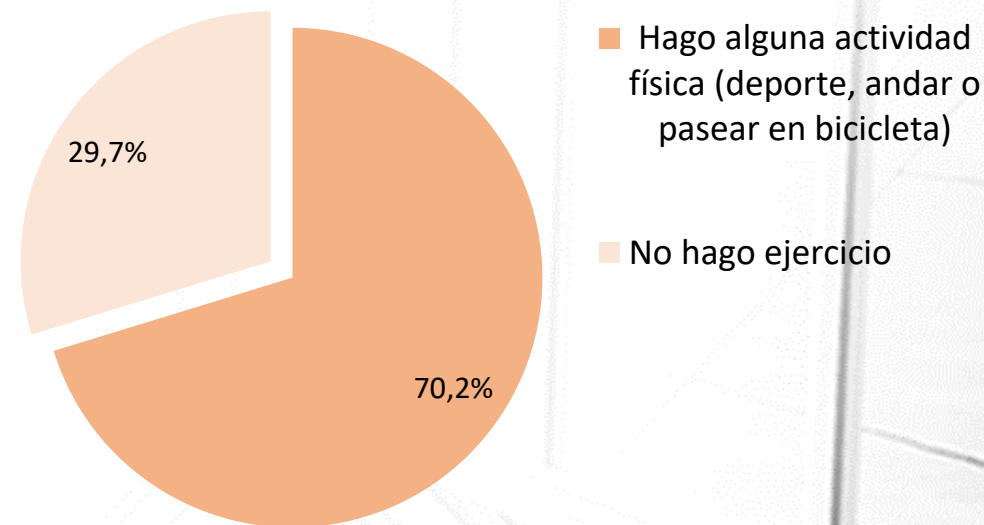


ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE

P.3. ¿CUÁL DE ESTAS POSIBILIDADES DESCRIBE MEJOR SU ACTIVIDAD PRINCIPAL EN EL CENTRO DE TRABAJO, CENTRO DE ENSEÑANZA, HOGAR (LABORES DOMÉSTICAS)...?

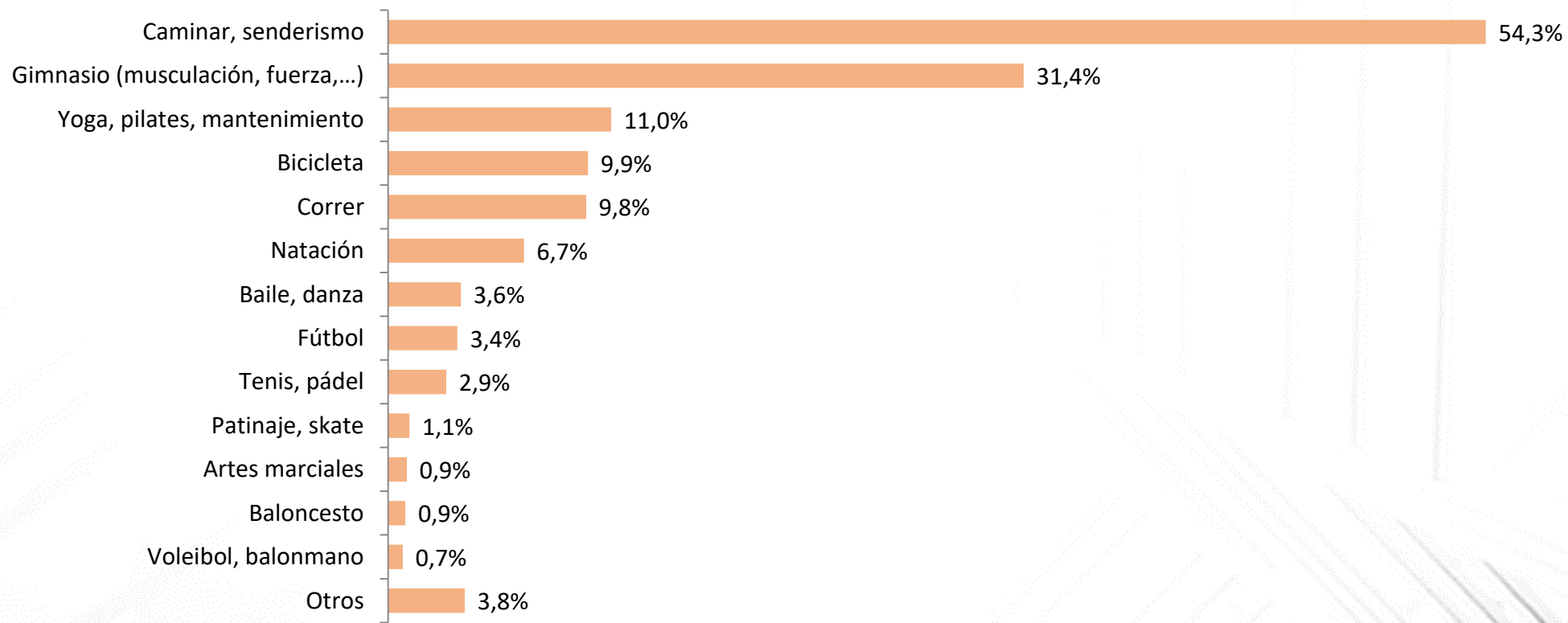


P.4. Y EN SU TIEMPO LIBRE, ¿USTED HACE EJERCICIO O ALGUNA ACTIVIDAD FÍSICA?



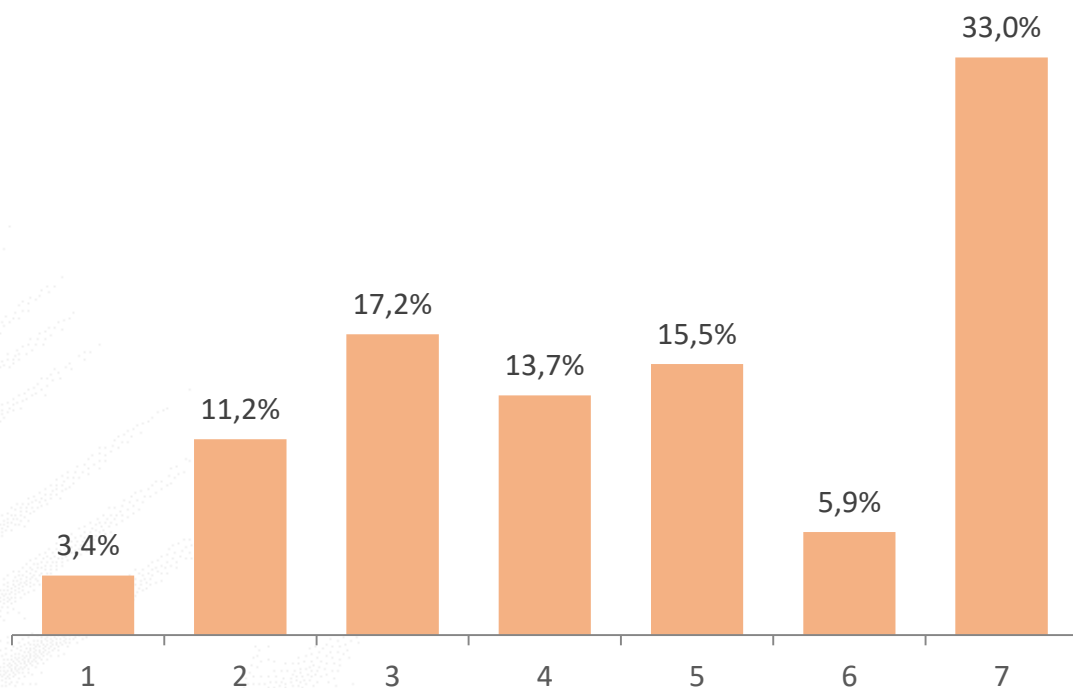
ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE

P.5. ¿QUÉ ACTIVIDADES FÍSICAS O DEPORTIVAS PRACTICA CON MÁS FRECUENCIA? (Sólo si hace actividad física n= 1.654)

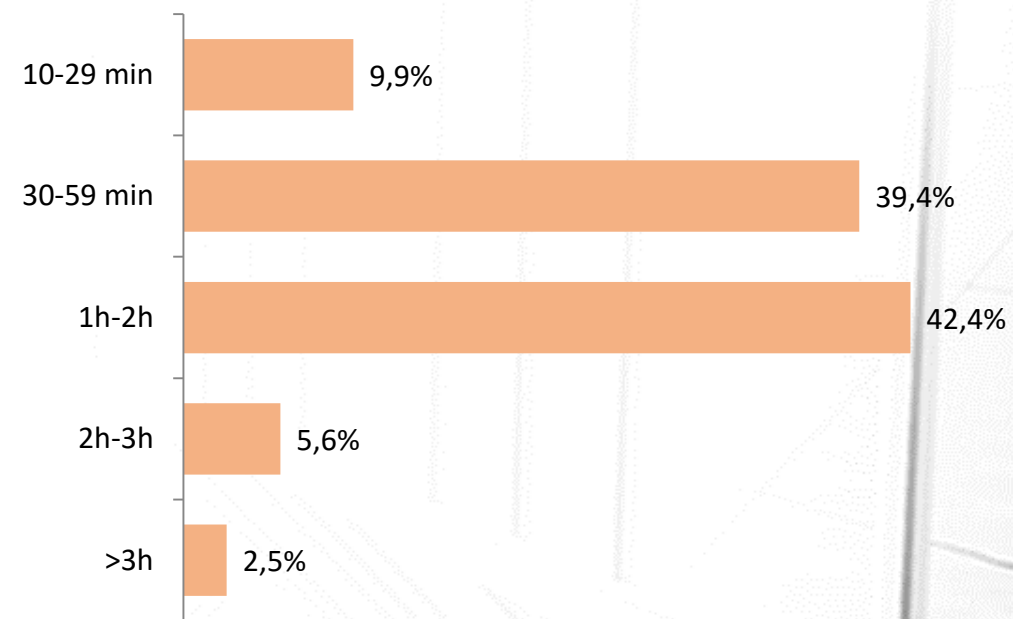


ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE

P.6.1. EN UNA SEMANA NORMAL, ¿CUÁNTOS DÍAS HACE EJERCICIO AL MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS? (Hacen actividad física. N=1.654)



P.6.2. ¿Y CUÁNTO TIEMPO HACE EJERCICIO ESTE DÍA/ESTOS DÍAS? (sin contar tiempo de desplazamiento) (Hacen actividad física. N=1.654)



ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE

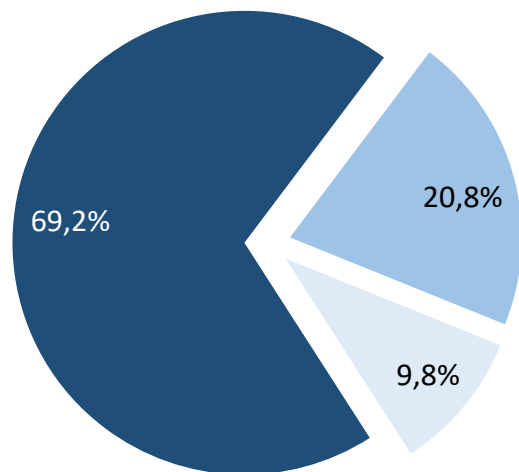
P.7. ¿ME PODRÍA DECIR CUÁL O CUÁLES SON LOS MOTIVOS POR LOS QUE NO PRACTICA DEPORTE O NO HACE MÁS ACTIVIDAD FÍSICA?
(Máximo 2 respuestas) (No hacen ejercicio. N=700)



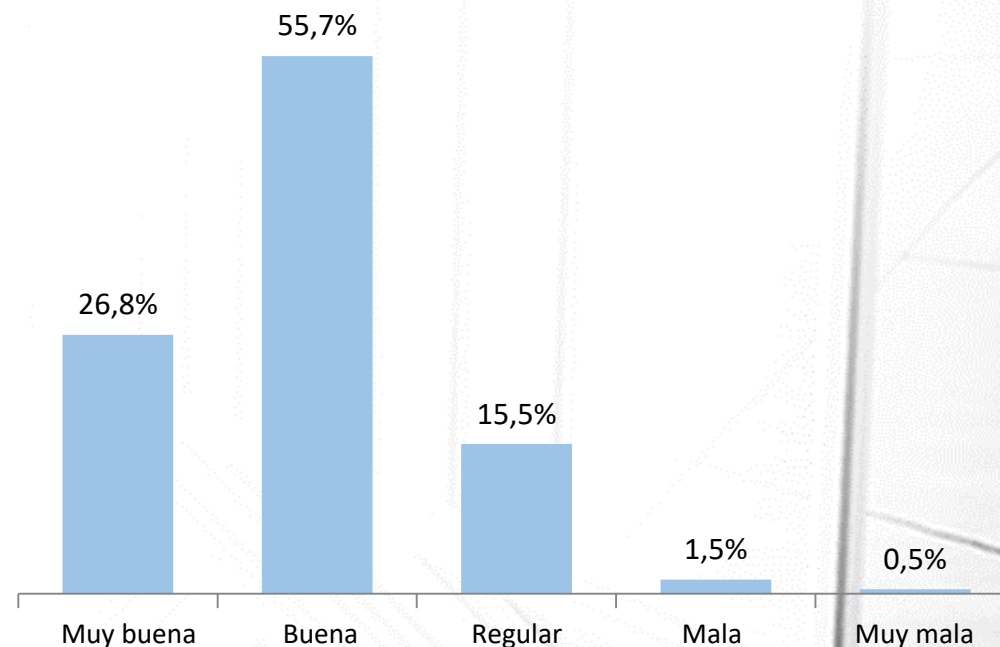
SALUD Y AUTOPERCEPCIÓN

P.8. POR FAVOR, DÍGAME CON QUÉ FRASE DE LAS SIGUIENTES SE SIENTE MÁS IDENTIFICADO/A:

- Creo que me pongo enfermo/a más fácilmente que otras personas
- Tengo tanta salud como cualquiera
- Mi salud es excelente, mejor que la de la mayoría

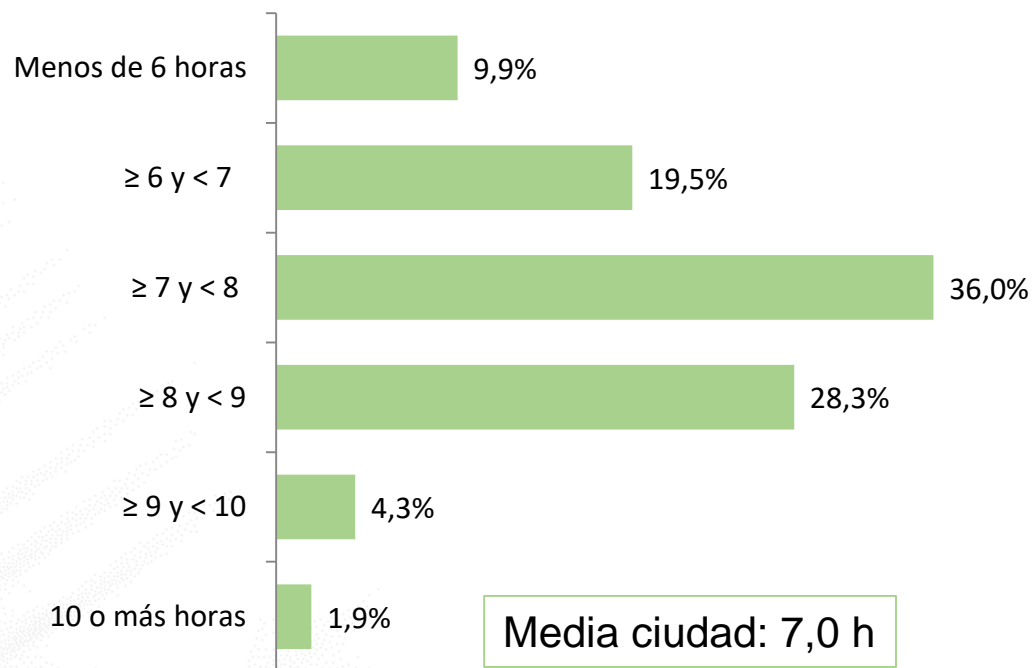


P.9. ¿CÓMO ES SU SALUD EN GENERAL?

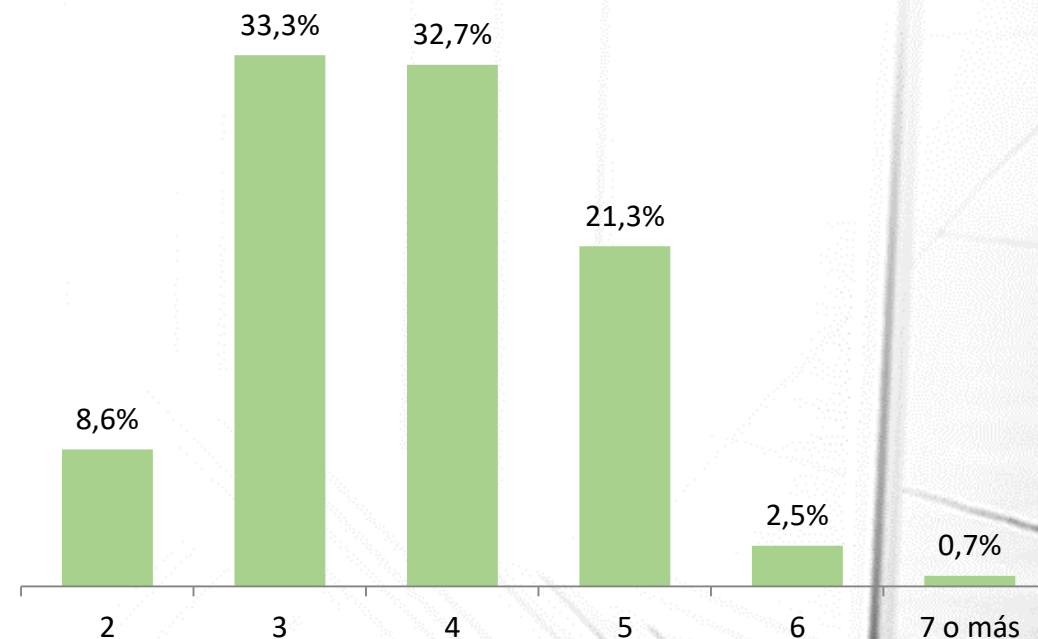


HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y PESO

P.10. PODRÍA INDICARME, APROXIMADAMENTE, ¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA DUERME USTED HABITUALMENTE?

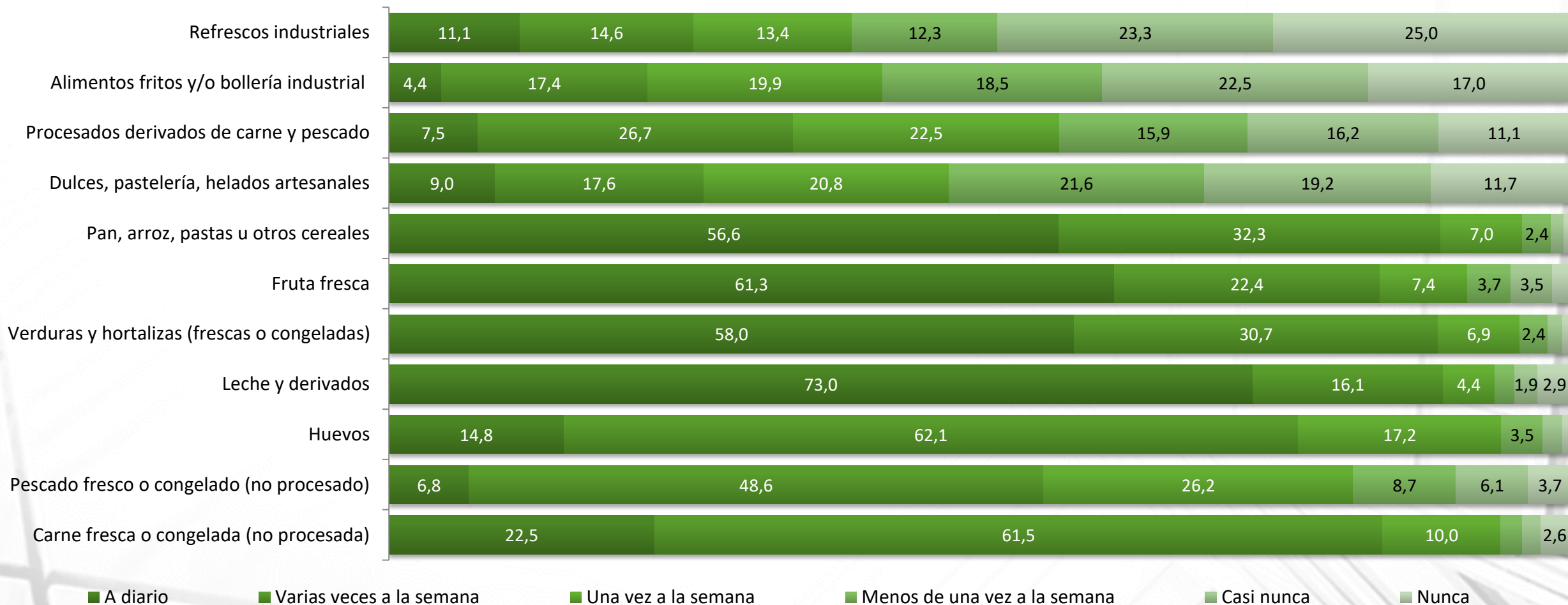


P.11. EN UN DÍA LABORABLE NORMAL, ¿CUÁNTAS VECES COME, INCLUYENDO "PICAR" O APERITIVO (galletas, rosquilletas, fruta, frutos secos, dulces...)?



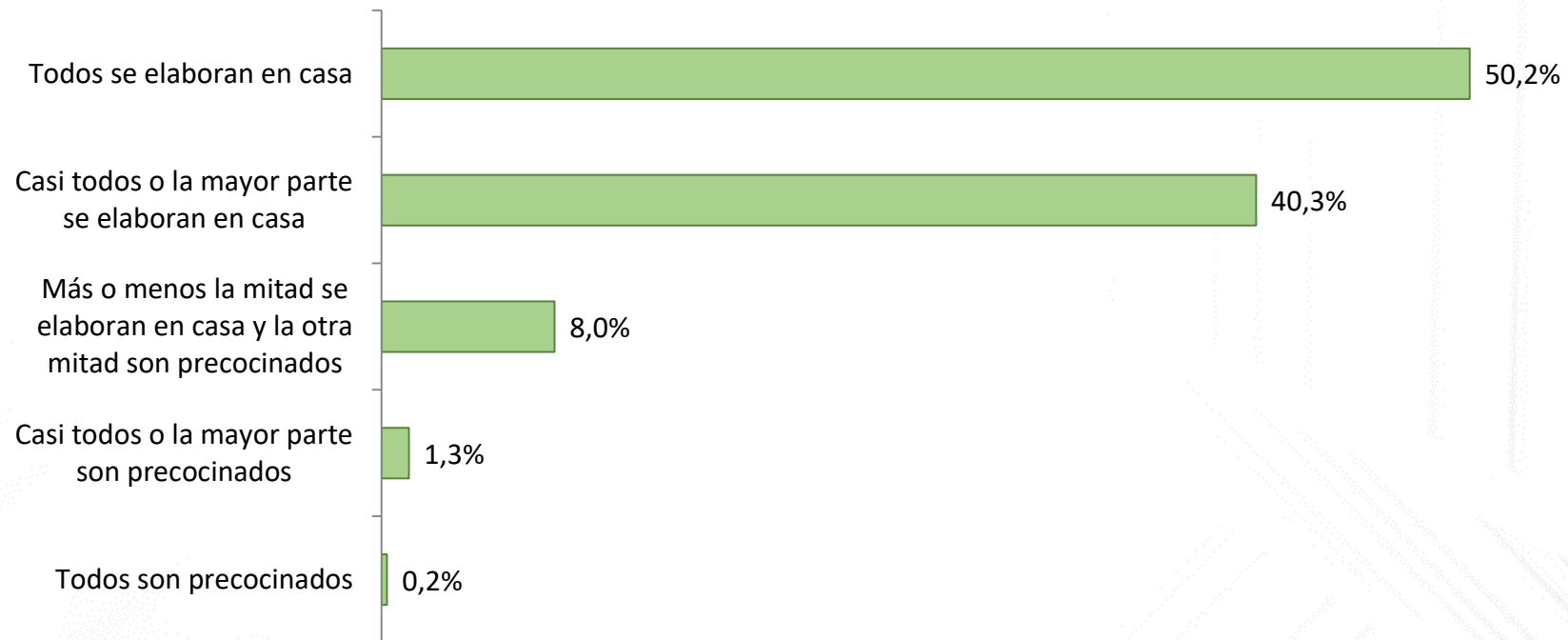
HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y PESO

P.12. LE VOY A LEER UNA LISTA DE ALIMENTOS Y DÍGAME SI LOS CONSUME: A DIARIO, VARIAS VECES A LA SEMANA, UNA VEZ A LA SEMANA, CASI NUNCA O NUNCA.



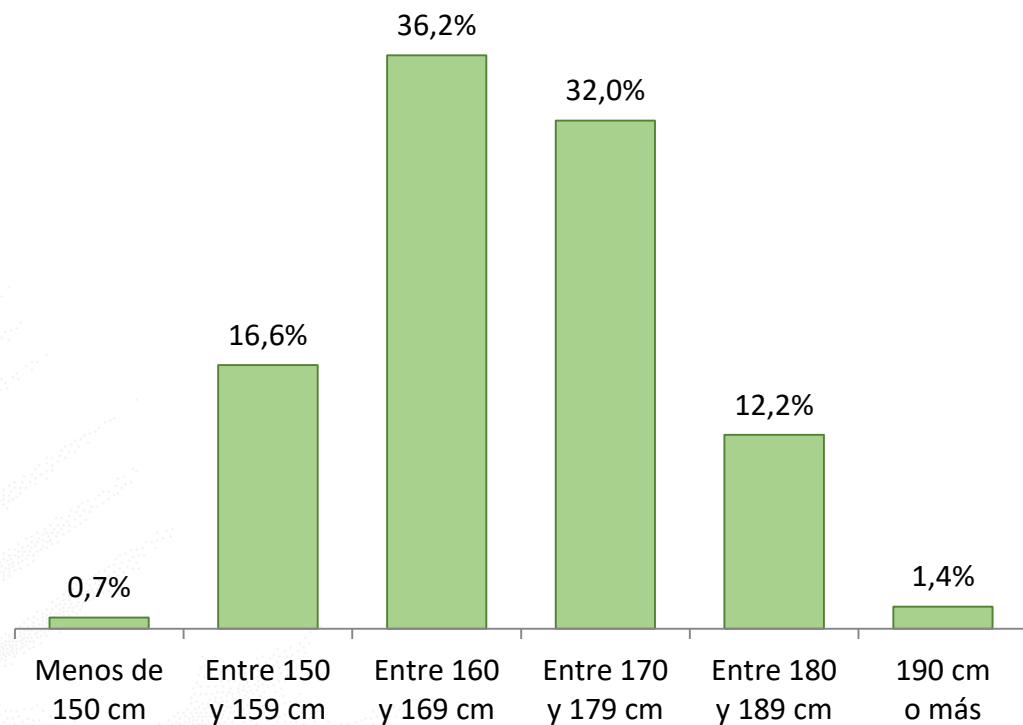
HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y PESO

P.13. EN GENERAL, LOS ALIMENTOS QUE CONSUME EN CASA, ¿SON PREPARADOS POR USTED O ALGUNA OTRA PERSONA DE SU HOGAR, O SON PRODUCTOS QUE ESTÁN YA ELABORADOS O PRECOCINADOS?



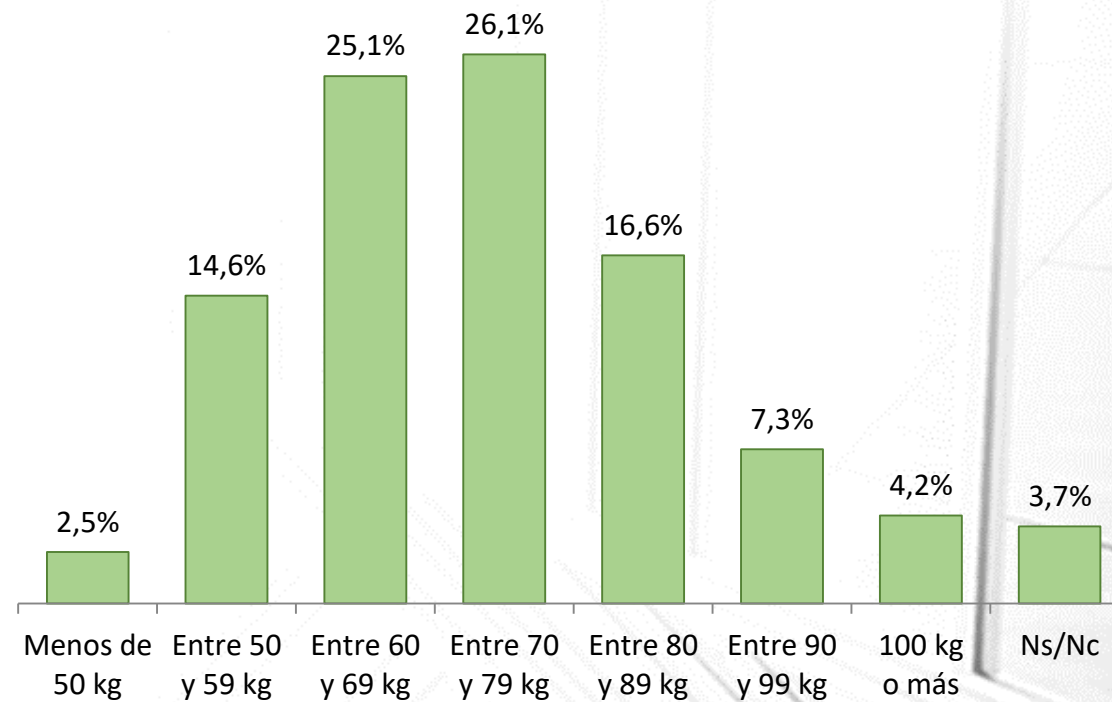
HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y PESO

P.14.1. ¿ME PODRÍA DECIR CUÁL ES SU ALTURA?



Media ciudad: 168,3 cm

P.14.2. ¿Y SU PESO?



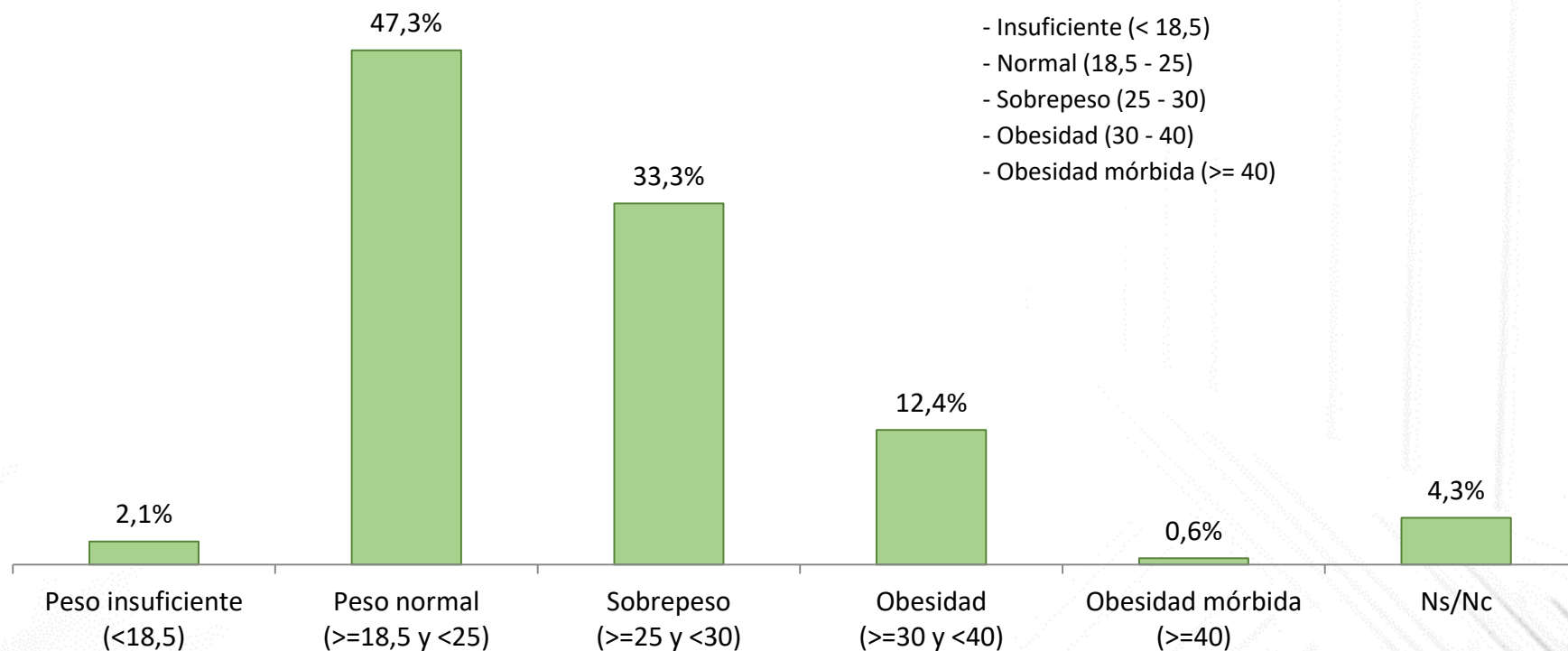
Media ciudad: 72,2 kg

HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y PESO

P.14.3. ÍNDICE DE MASA CORPORAL (calculado)

$$IMC = \text{peso (Kg)} / \text{altura}^2 (\text{m}^2)$$

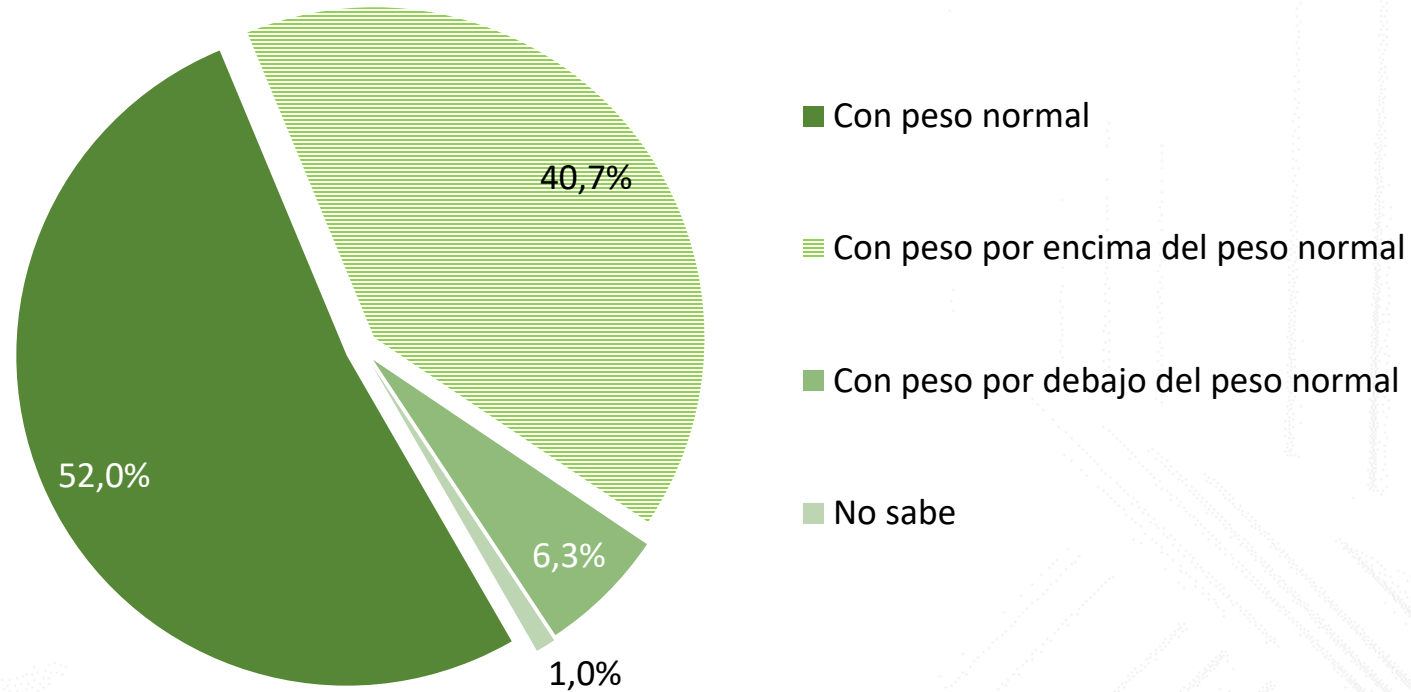
- Insuficiente (< 18,5)
- Normal (18,5 - 25)
- Sobrepeso (25 - 30)
- Obesidad (30 - 40)
- Obesidad mórbida (>= 40)





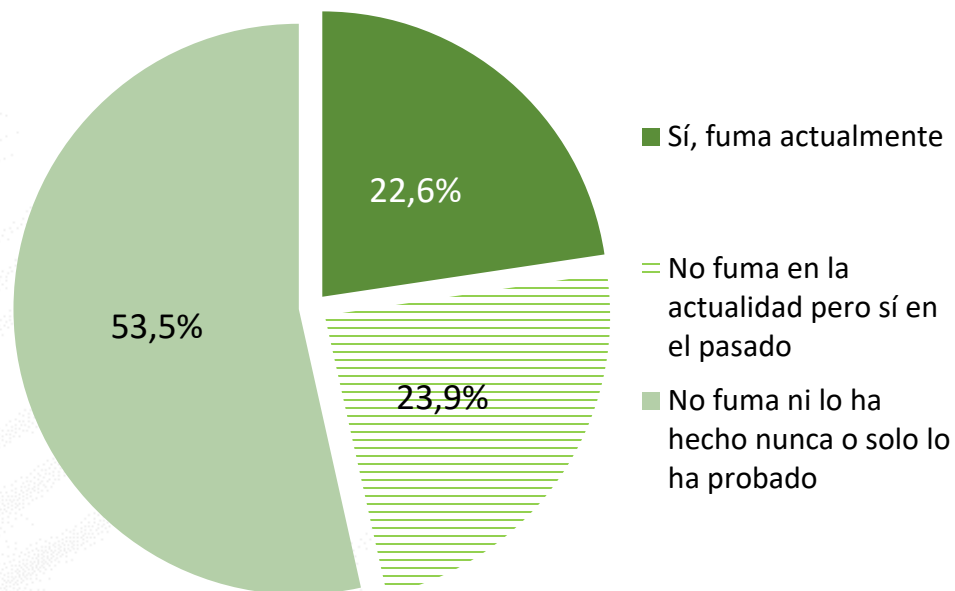
HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y PESO

P.15. ¿CUÁL ES LA PERCEPCIÓN QUE TIENE USTED SOBRE SU CUERPO?

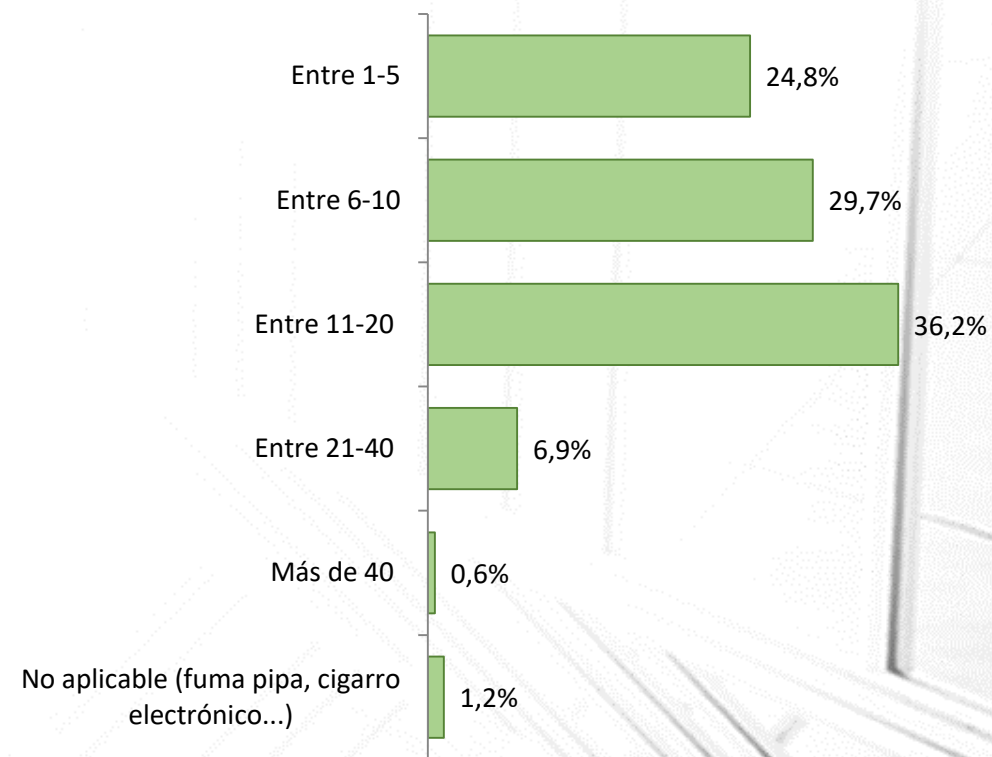


HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y PESO

P.16. ¿FUMA TABACO O HA FUMADO EN EL PASADO?

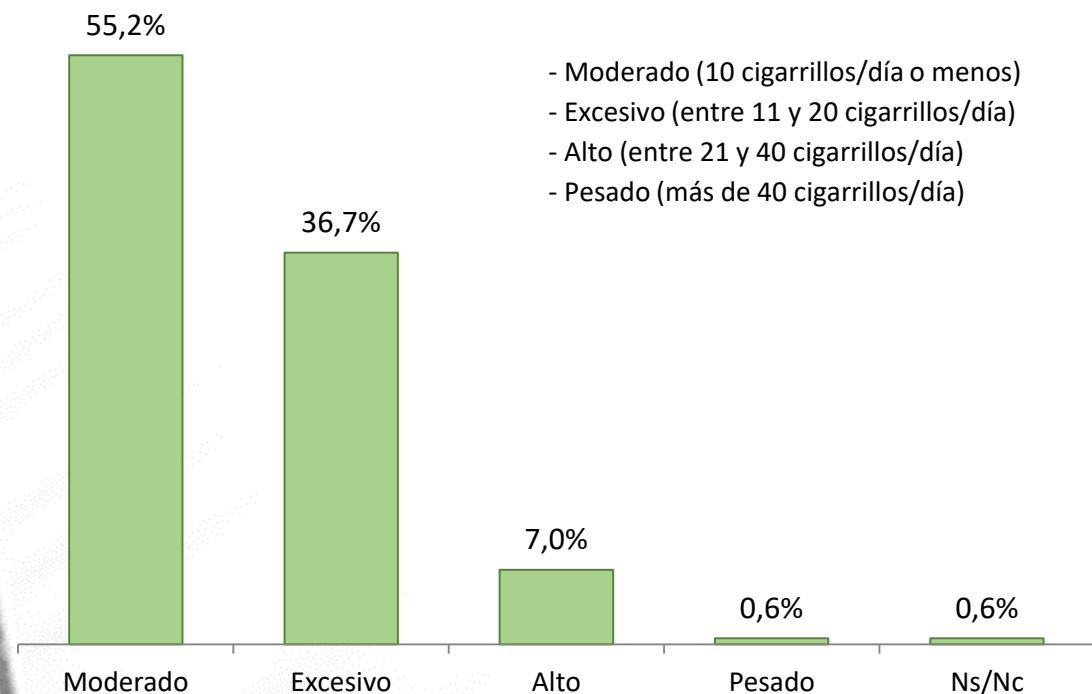


P.17. ¿CUÁNTOS CIGARROS FUMA DE MEDIA AL DÍA APROXIMADAMENTE? *(Solo si fuma actualmente. N=533)*

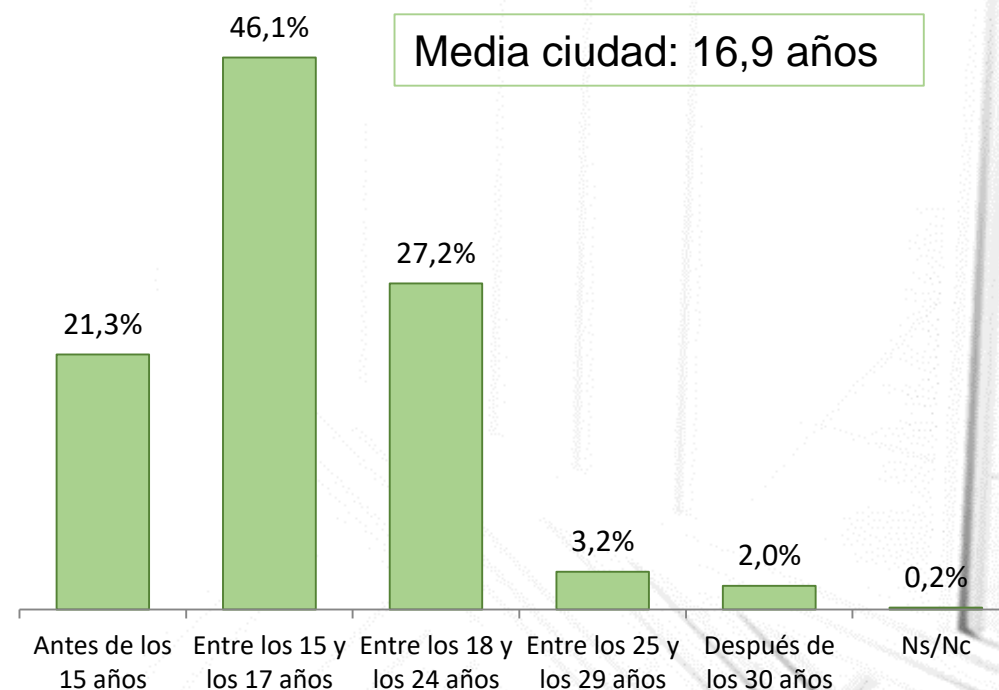


HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y PESO

P.17b. ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS SE FUMA EN UN DÍA NORMAL, APROXIMADAMENTE? DISTRIBUCIÓN SEGÚN INTENSIDAD (CIGARRILLOS/DÍA) (Solo si fuma actualmente. N=527)

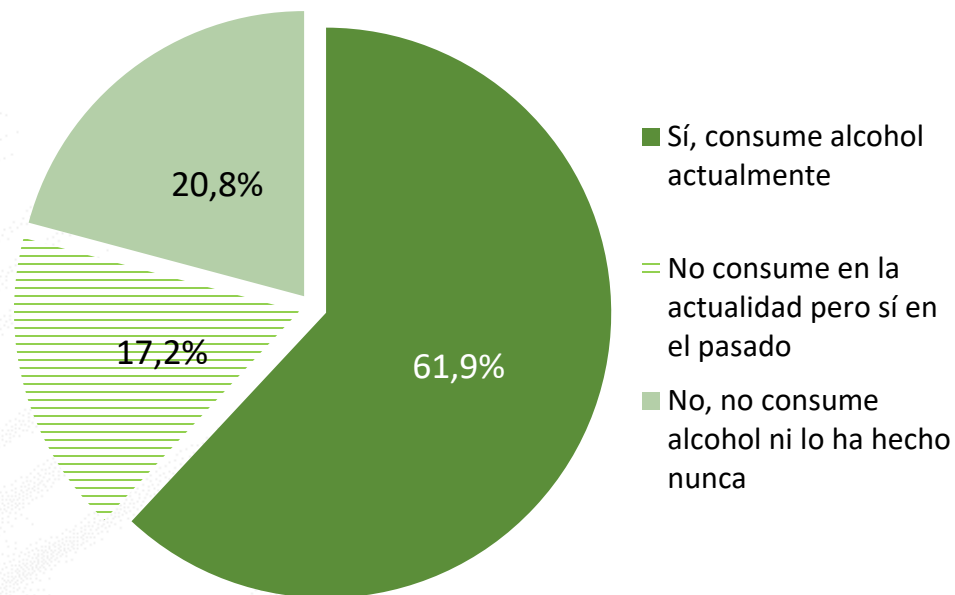


P.18. SIN CONTAR LAS VECES EN LAS QUE USTED PROBÓ OCASIONALMENTE EL TABACO, ¿A QUÉ EDAD EMPEZÓ A FUMAR? (Fuma actualmente o ha fumado. N=1.096)

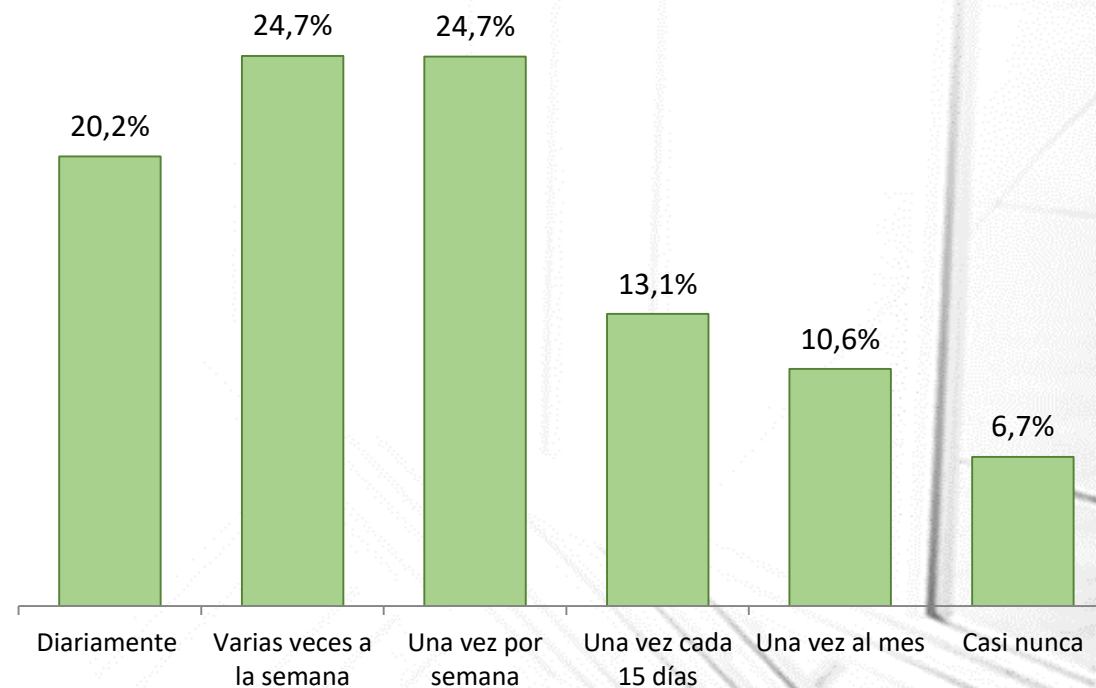


HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y PESO

P.19. ¿USTED CONSUME O HA CONSUMIDO ALCOHOL?

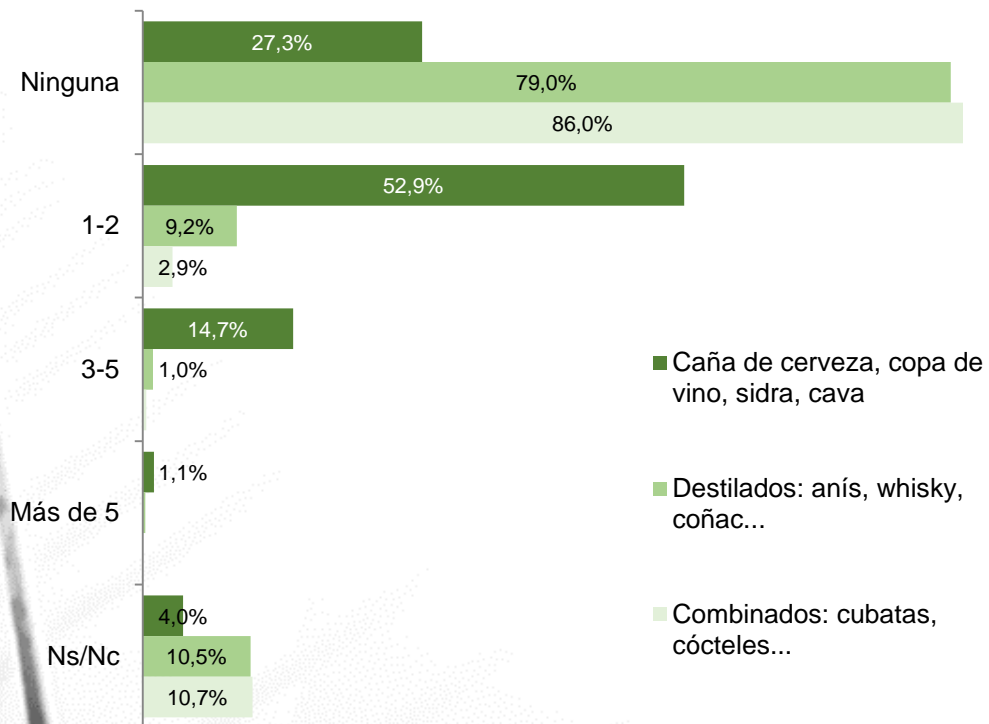


P.20. DURANTE LOS ÚLTIMOS DOCE MESES ¿CON QUÉ FRECUENCIA HA CONSUMIDO BEBIDAS QUE CONTENGAN ALCOHOL? (Consumen alcohol actualmente. N=1.458)

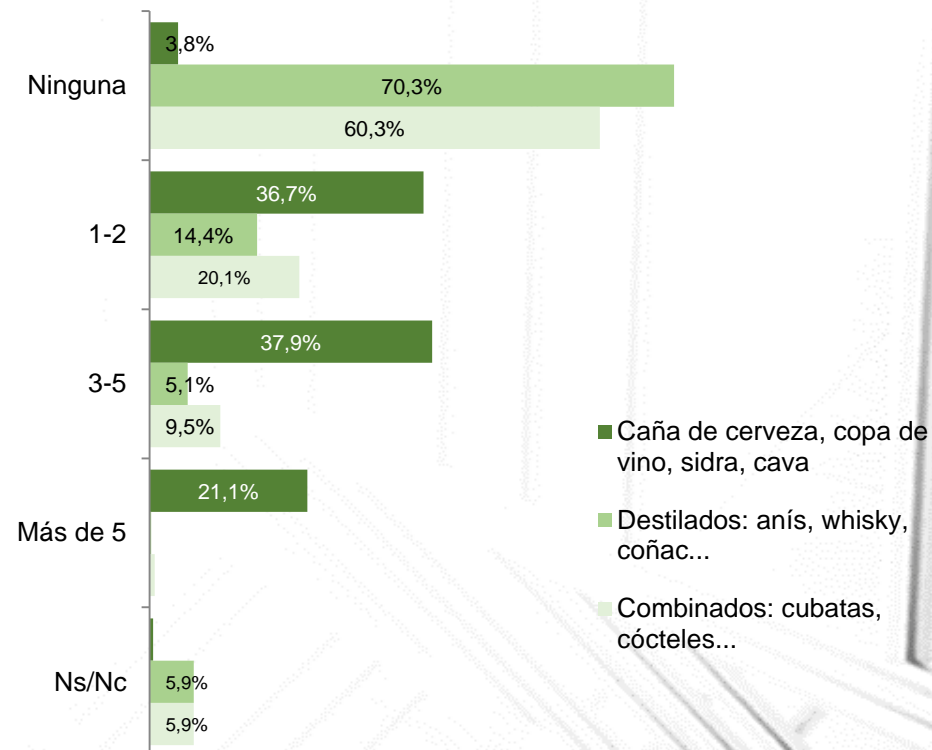


HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y PESO

P.21.1. ¿ME PODRÍA DECIR QUÉ CANTIDAD DE ESTAS BEBIDAS TOMA EN UN DÍA ENTRE SEMANA NORMAL? *(Solo si consume al menos una vez por semana. N=1.014)*



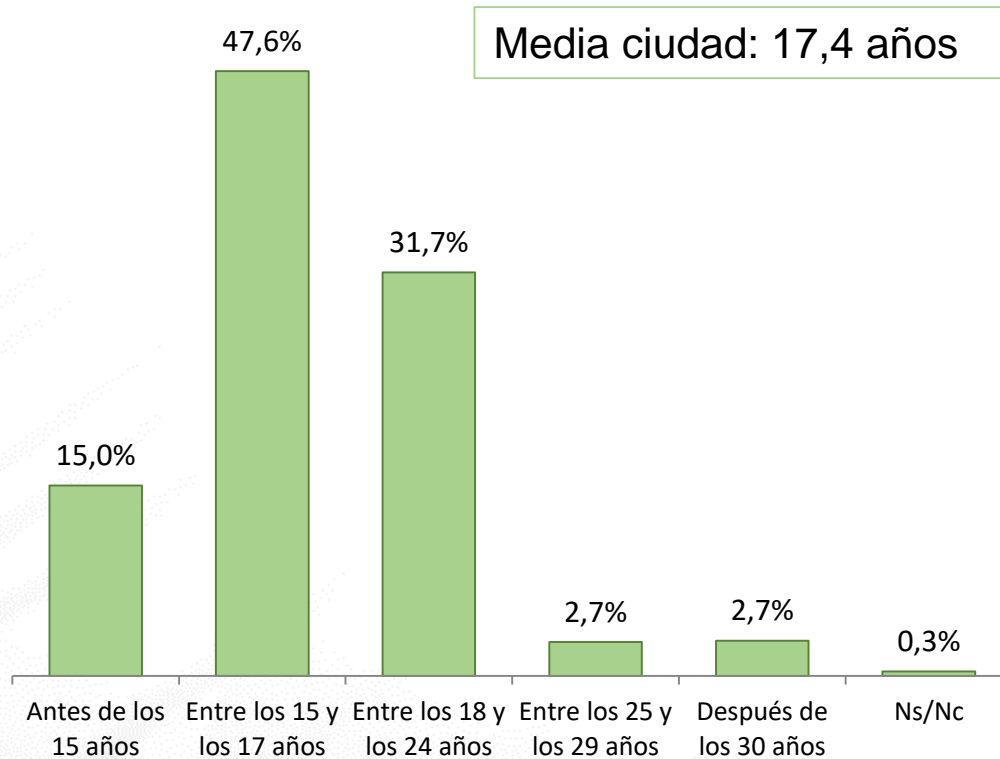
P.21.2. ¿Y UN FIN DE SEMANA NORMAL? (DESDE VIERNES POR LA NOCHE). *(Solo si consume al menos una vez por semana. N=1.014)*



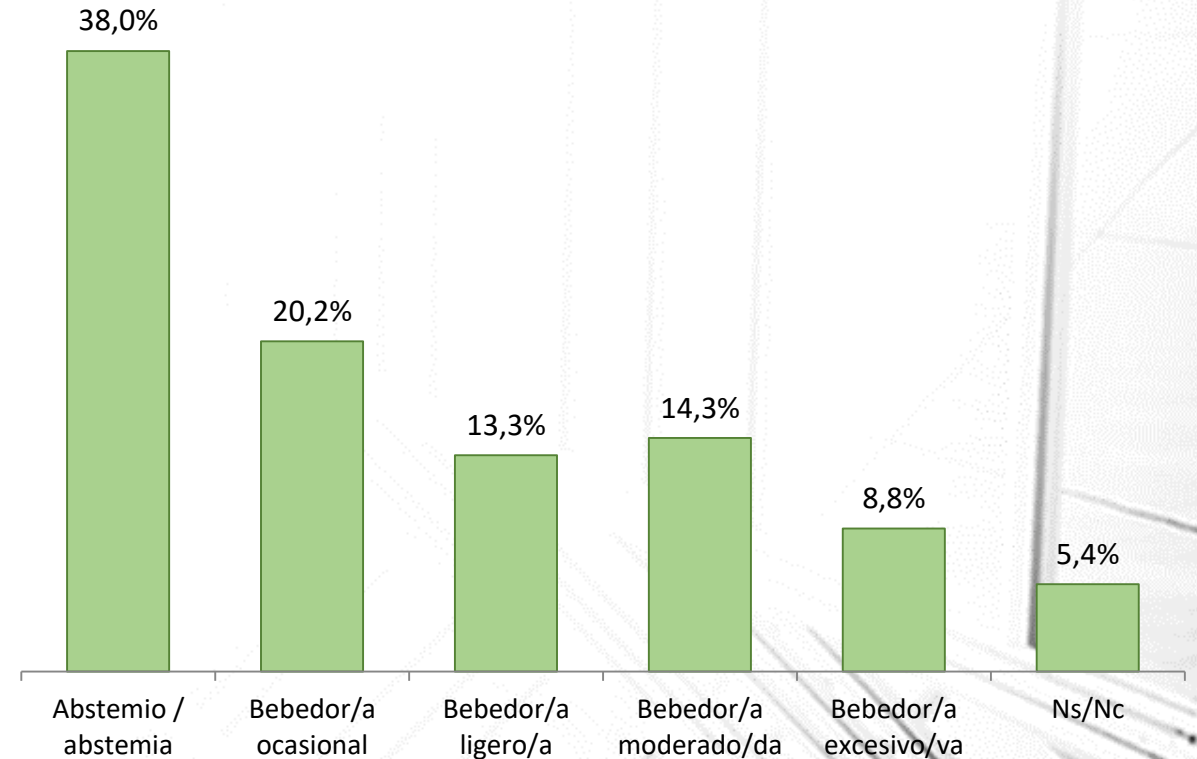


HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y PESO

P.22. SIN CONTAR LAS VECES EN LAS QUE USTED PROBÓ OCASIONALMENTE EL ALCOHOL, ¿A QUÉ EDAD EMPEZÓ A BEBER? *(Beben o han bebido. N=1.863)*

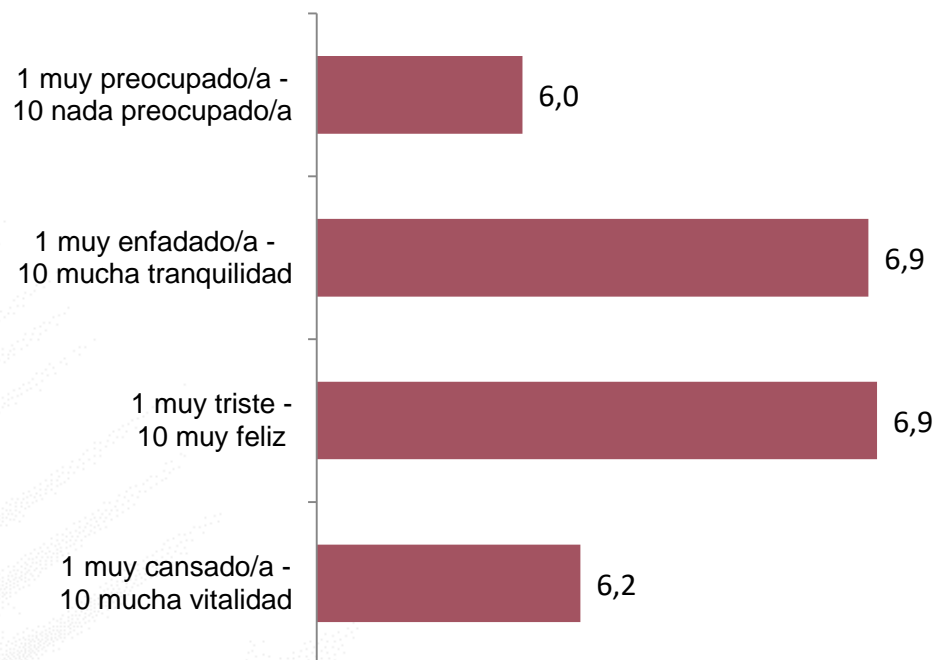


P.21.3 DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONSUMO DE ALCOHOL (g/día)

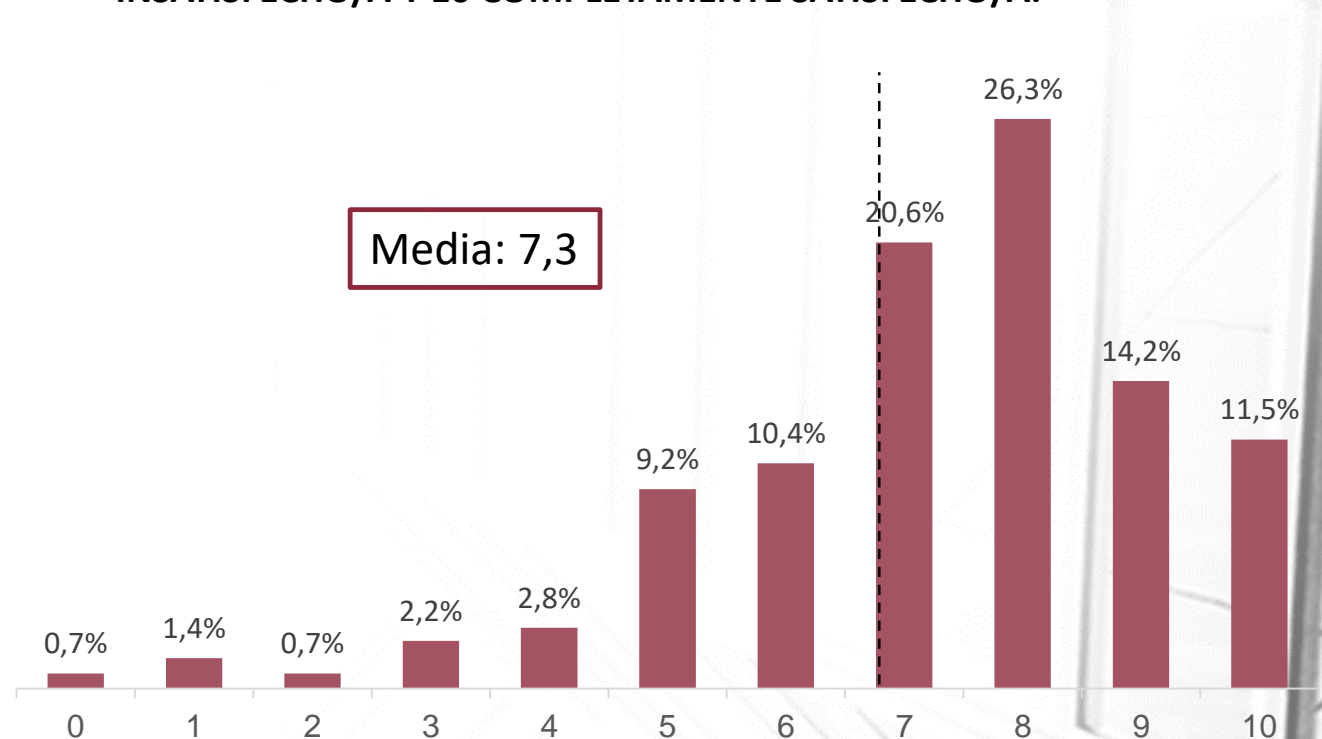


SALUD MENTAL Y REDES DE APOYO

P.23. VALORE CÓMO SE HA SENTIDO MÁS FRECUENTEMENTE DURANTE EL ÚLTIMO MES. (ESCALA DEL 1 AL 10).

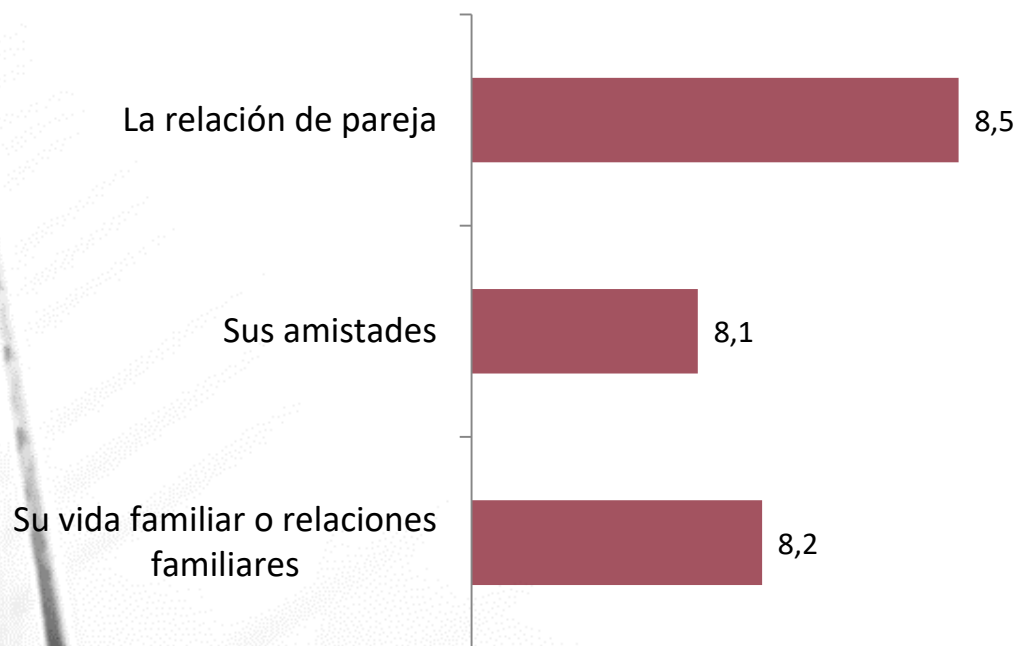


P.24. ¿EN QUÉ MEDIDA SE HA SENTIDO USTED SATISFECHO/A CON SU VIDA EN GENERAL A LO LARGO DEL ÚLTIMO MES? ESCALA 0 COMPLETAMENTE INSATISFECHO/A Y 10 COMPLETAMENTE SATISFECHO/A.

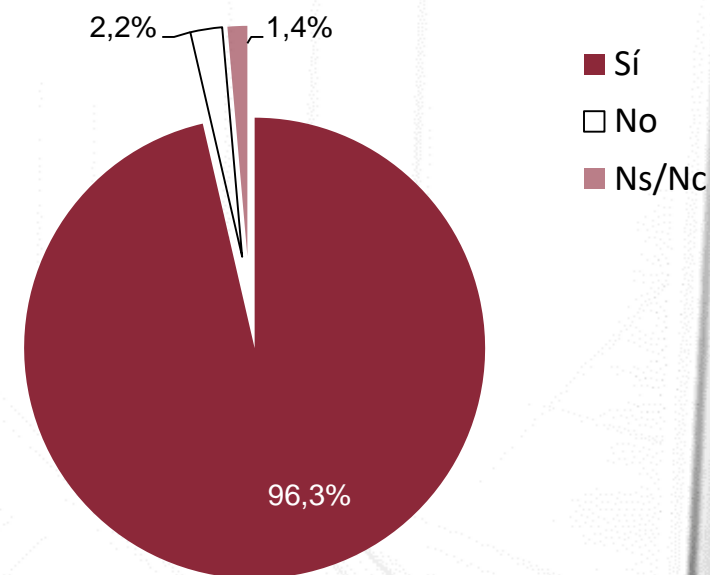


SALUD MENTAL Y REDES DE APOYO

P.25. ¿EN QUÉ MEDIDA SE SIENTE SATISFECHO/A CON CADA UNO DE LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE SU VIDA? ESCALA 0 "COMPLETAMENTE INSATISFECHO/A" Y 10 "COMPLETAMENTE SATISFECHO/A".

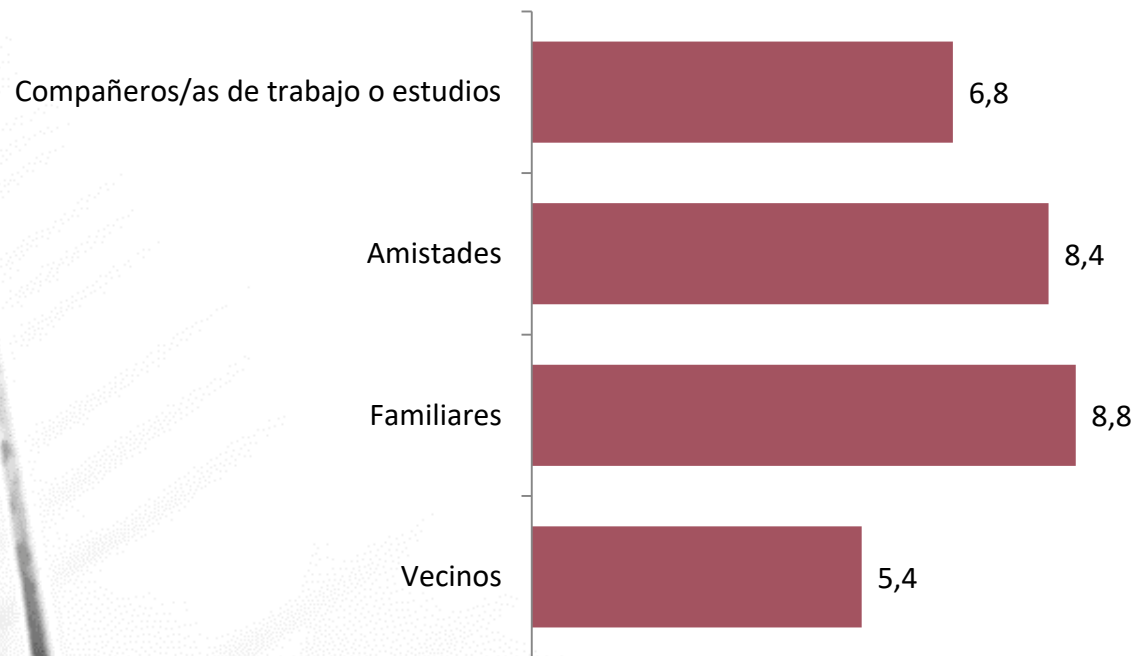


P.26. SI ALGUNA VEZ USTED TIENE UN PROBLEMA, ¿PODRÍA CONTAR CON EL APOYO Y AYUDA DE FAMILIARES O AMIGOS?

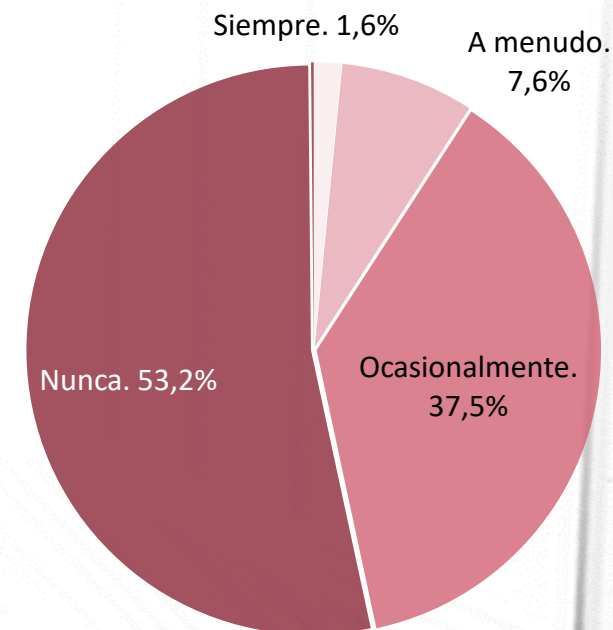


SALUD MENTAL Y REDES DE APOYO

P.27. ¿EN QUÉ MEDIDA PIENSA USTED QUE CADA UNO DE LOS SIGUIENTES GRUPOS LE AYUDARÍA EN CASO DE QUE LO NECESITARA? ESCALA DE 1 “CON TODA SEGURIDAD NO LE AYUDARÍAN” Y EL 10 “CON TODA SEGURIDAD LE AYUDARÍAN”.

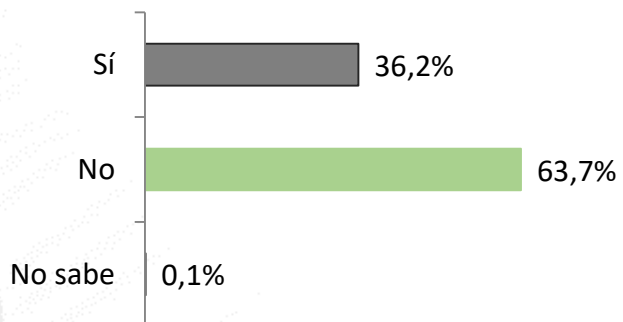


P.28. ¿SE SIENTE USTED SOLO/A SIEMPRE, A MENUDO, OCASIONALMENTE O NUNCA?



ENFERMEDADES, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO

P.29.1. ¿USTED SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA DIAGNOSTICADA?

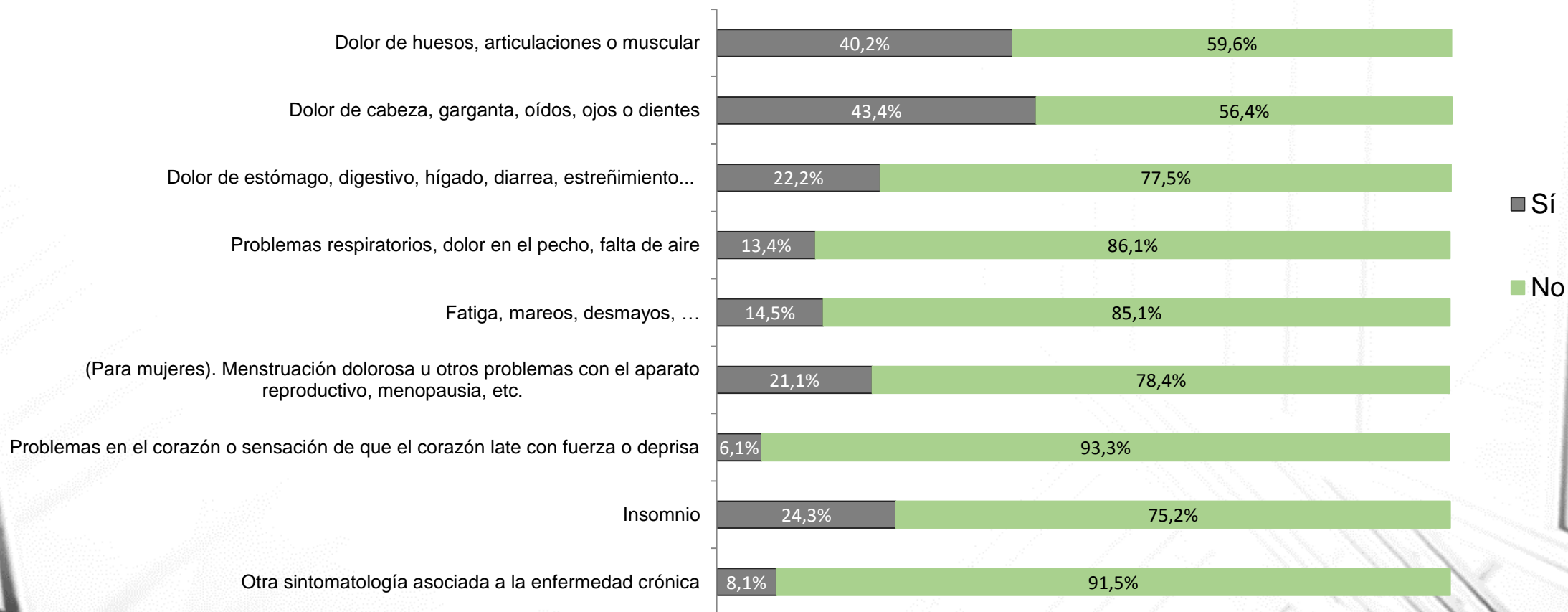


P.29.2. (Solo si sufre alguna enfermedad. N=852) ¿CUÁL?



ENFERMEDADES, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO

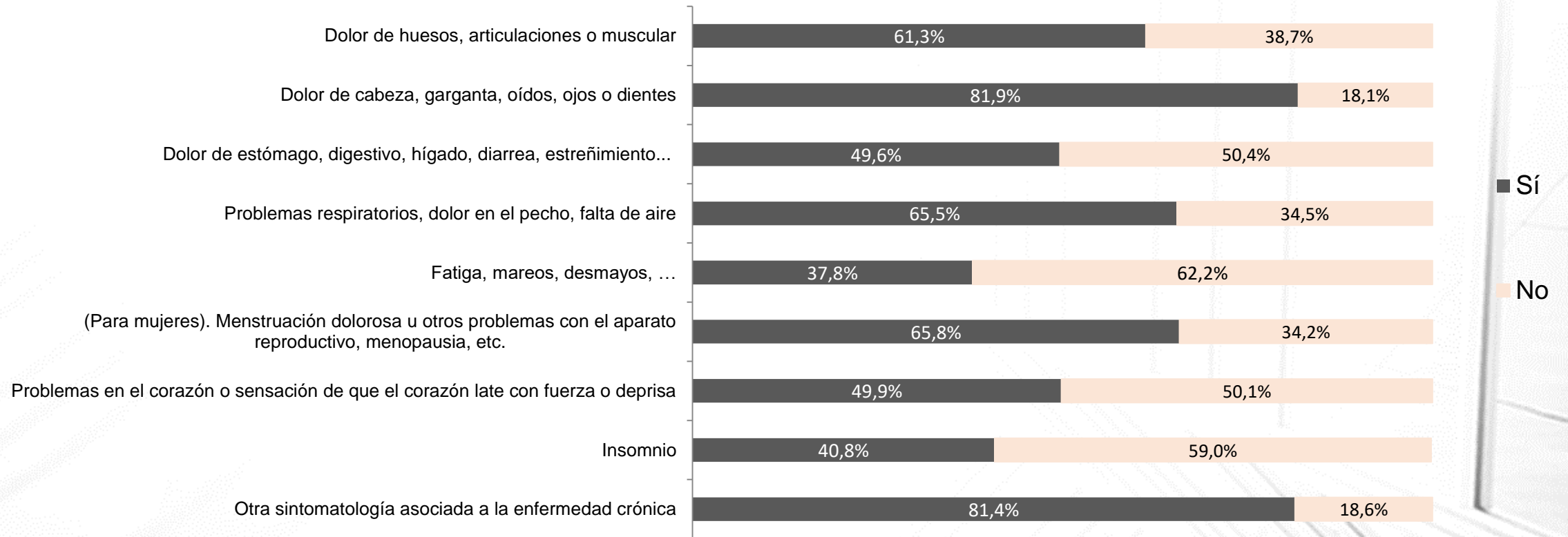
P.30.1. DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿DE ESTOS SÍNTOMAS CUÁLES HA SUFRIDO?





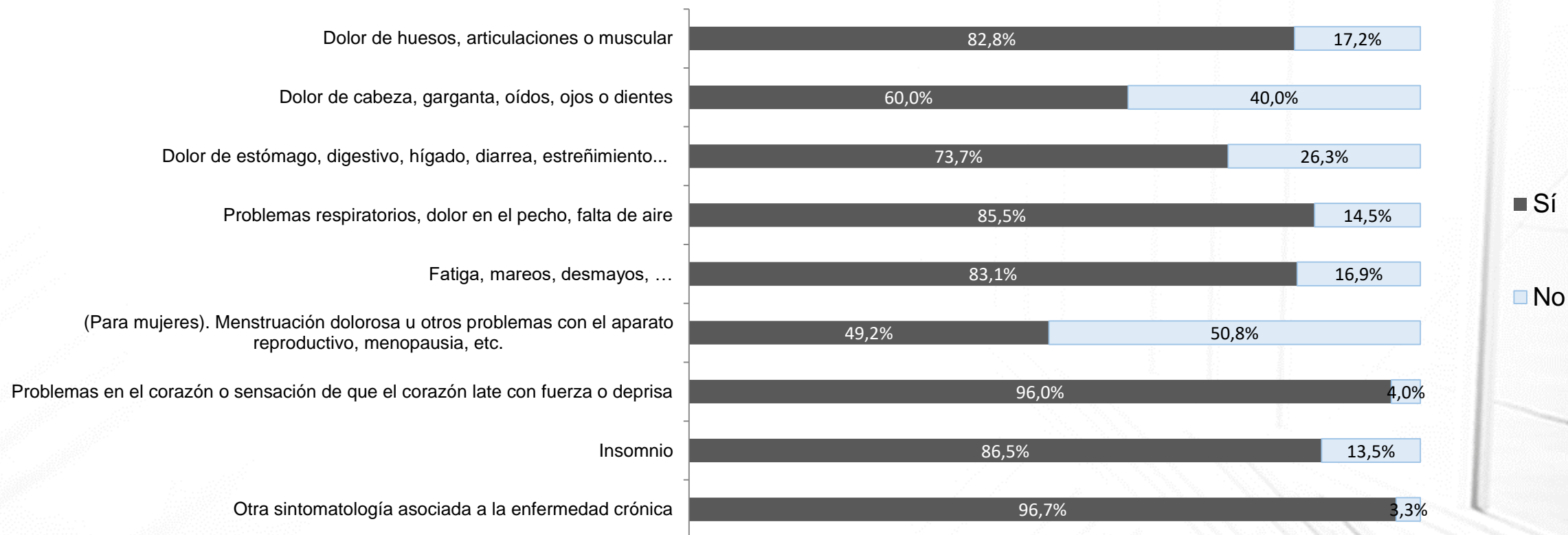
ENFERMEDADES, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO

P.30.2. (Solo si tiene los síntomas) ¿SE MEDICA PARA PALIAR ESTOS SÍNTOMAS?



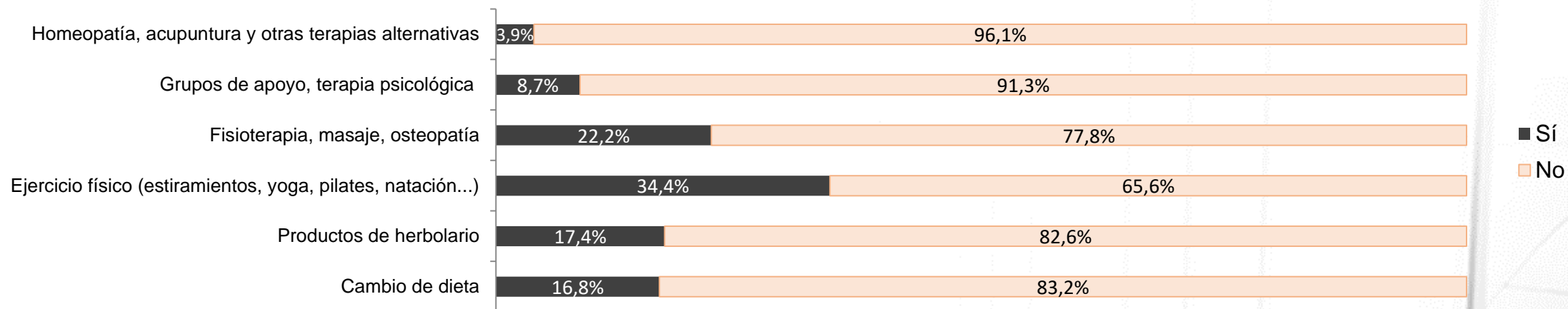
ENFERMEDADES, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO

P.30.3. (Solo si se medica) ¿ESTE MEDICAMENTO TIENE PRESCRIPCIÓN MÉDICA?

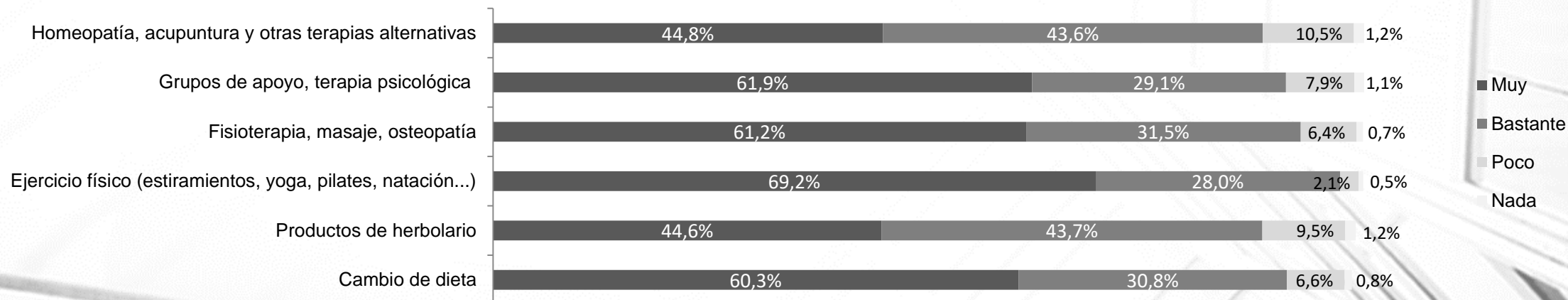


ENFERMEDADES, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO

P.31.1. DE LOS SIGUIENTES MÉTODOS O TRATAMIENTOS ¿CUÁL UTILIZA O HA UTILIZADO PARA PALIAR SÍNTOMAS EN EL ÚLTIMO AÑO?

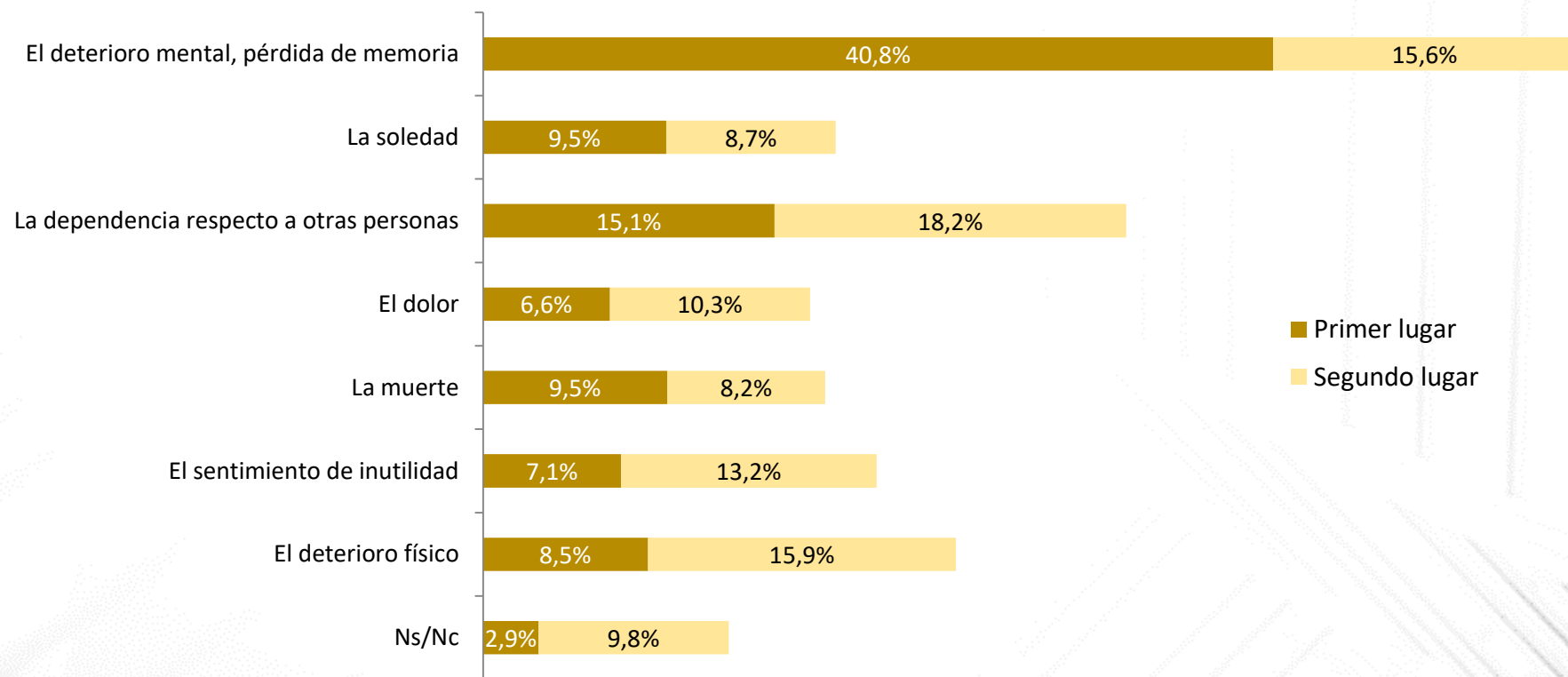


P.31.2. ¿EL USO DE ESTE TRATAMIENTO HA SIDO MUY, BASTANTE, POCO O NADA EFECTIVO?



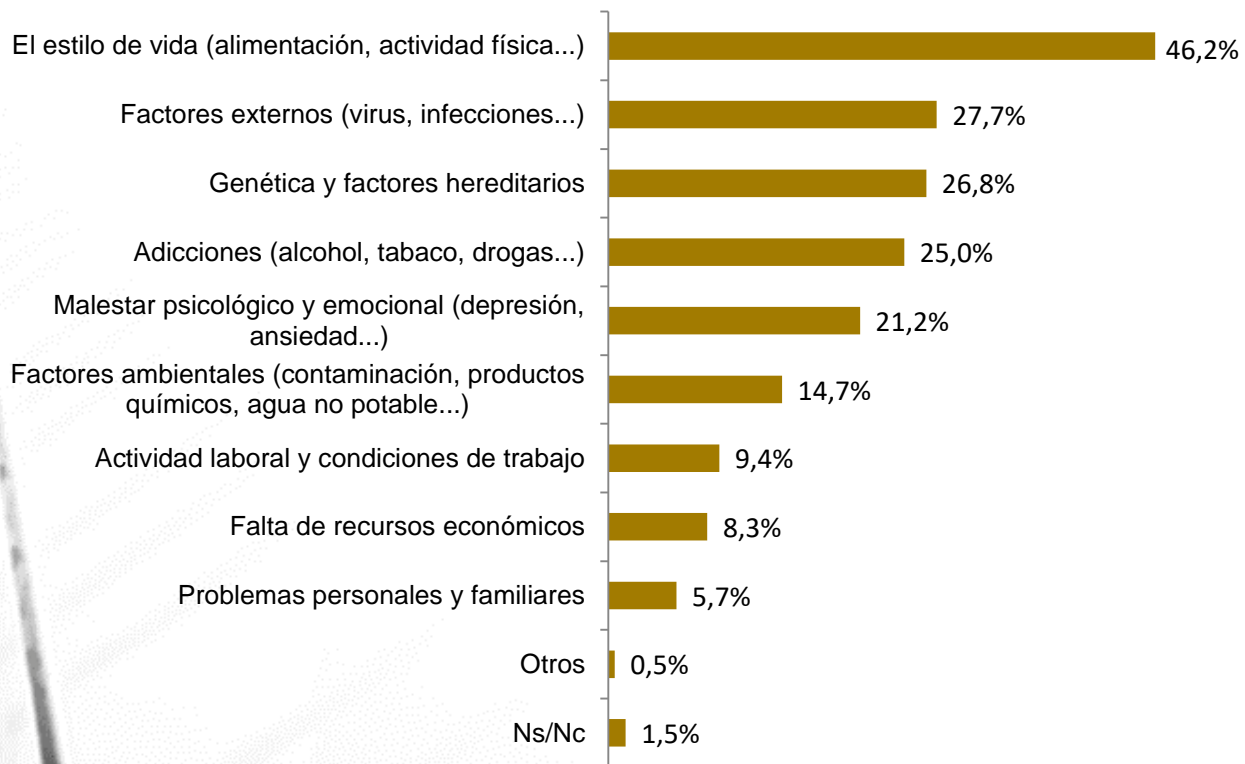
ÉTICA, VALORES Y SALUD

P.32. ¿A CUÁL DE LAS SIGUIENTES POSIBLES SITUACIONES RESPECTO DE SU FUTURO TIENE USTED MÁS TEMOR? ¿Y EN SEGUNDO LUGAR?

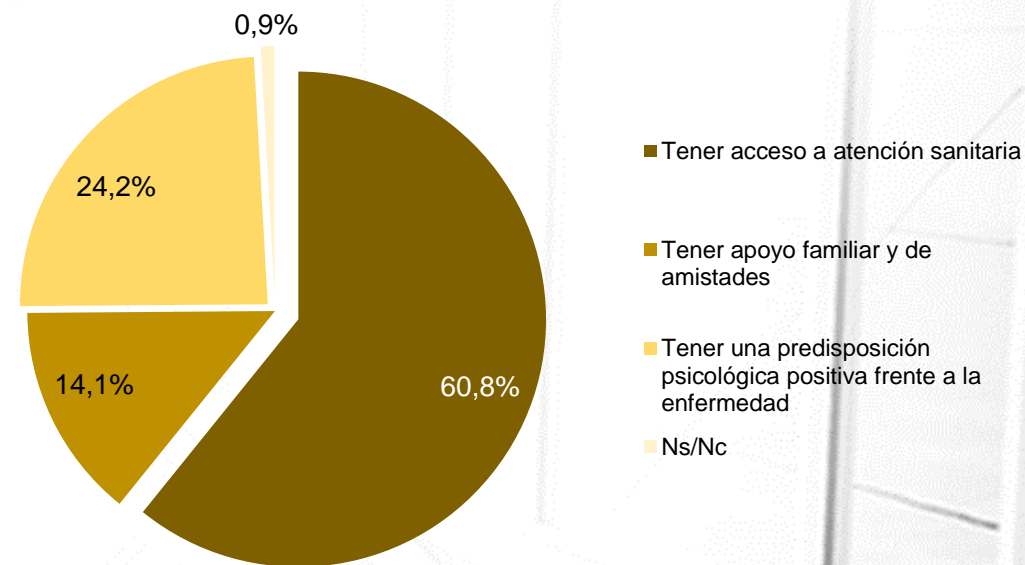


ÉTICA, VALORES Y SALUD

P.33. EN GENERAL, CREE QUE LAS ENFERMEDADES SE DEBEN A...
(máximo 2 respuestas)



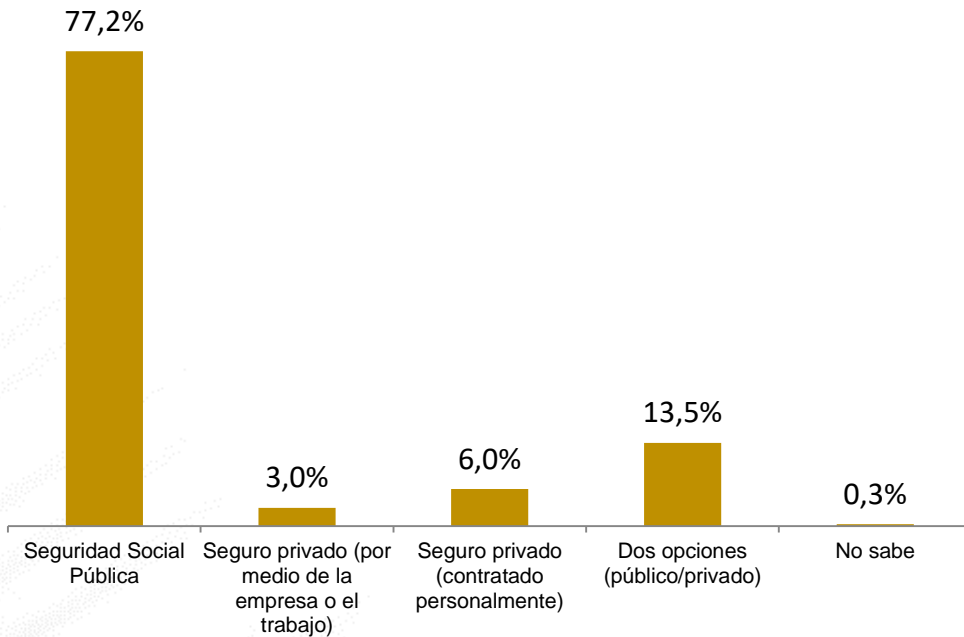
P.34. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES FACTORES CONSIDERA QUE FAVORECE MÁS LA MEJORA DE LA SALUD EN EL PROCESO DE CURA?



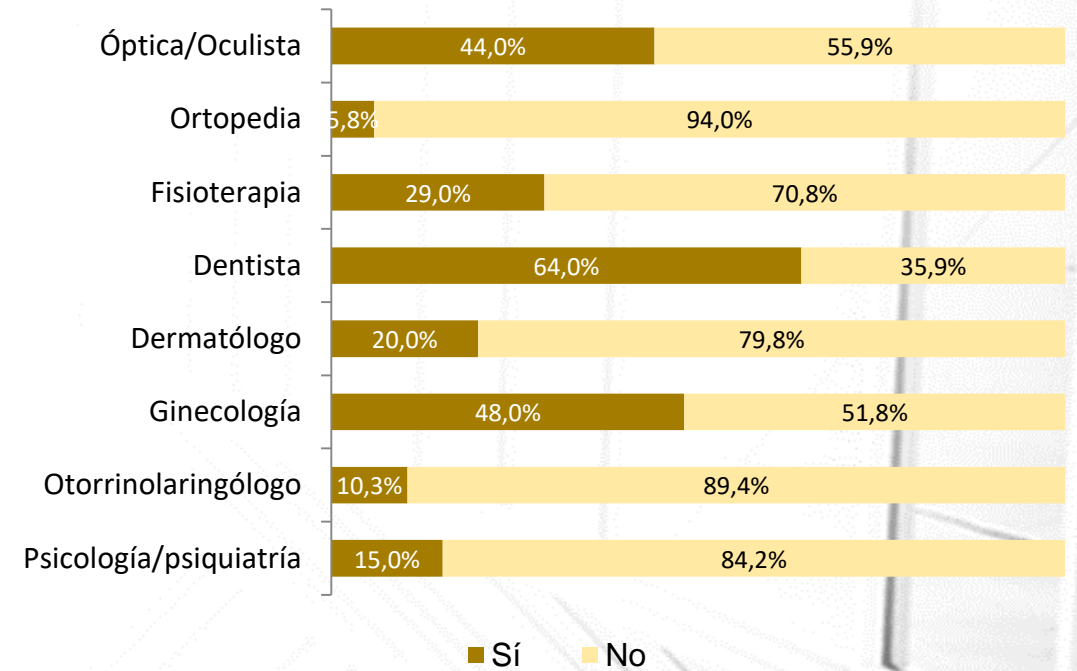


ÉTICA, VALORES Y SALUD

P.35. ¿USTED QUÉ TIPO DE ATENCIÓN SANITARIA Y MÉDICA TIENE?

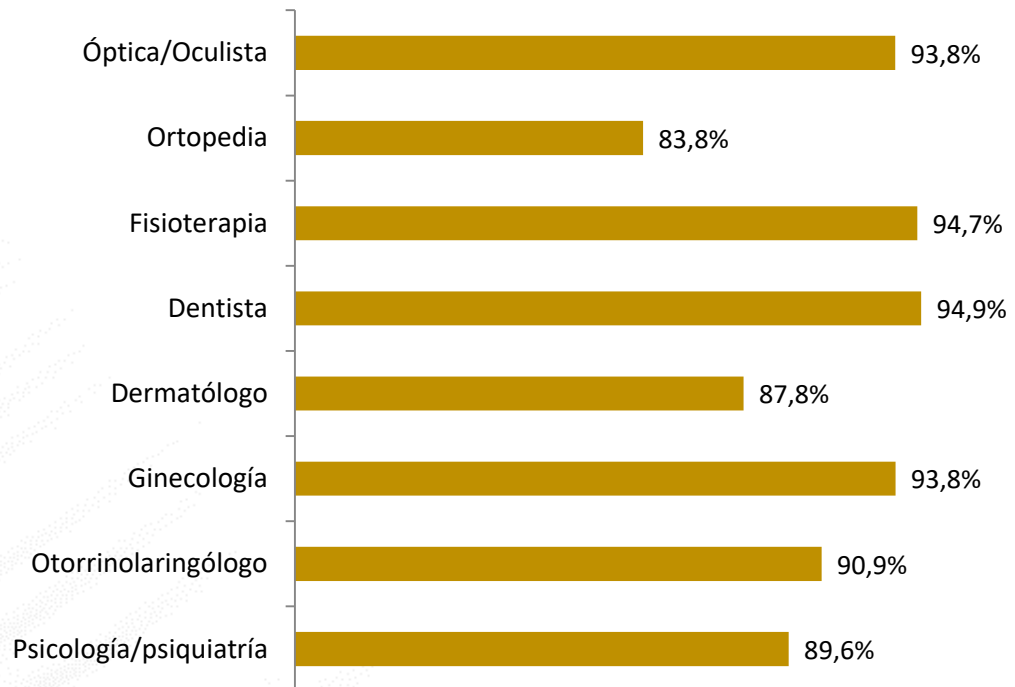


P.36.1. DE LAS SIGUIENTES ESPECIALIDADES, ¿DE CUÁLES HA NECESITADO ATENCIÓN EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS?



ÉTICA, VALORES Y SALUD

P.36.2. ¿A CUÁLES HA ACUDIDO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS? (Solo si lo ha necesitado)



P.36.3. ¿HA PAGADO POR LA ATENCIÓN? (Solo si ha acudido)

