

Riesgo de Enfermedad Cardiovascular en Castilla y León

ENCUESTA DE SALUD (a cumplimentar en la entrevista personal)

No. Registro		
Que pertenece a la unidad básica funcional de:		
Han contribuido a la realización del estudio: <i>(a efectos de acreditación; los créditos se repartirán entre los profesionales que figuren en esta lista)</i>		
	CIAS	Nombre
Médico/a		
Enfermero/a		
Otra		
Fecha de cumplimentación		

Servicio de Información de Salud Pública
Dirección General de Salud Pública

Red Centinela Sanitaria de Castilla y León
Dirección General de Salud Pública

Consejería de Sanidad
Junta de Castilla y León

Enviar al servicio territorial de su provincia

Apartado A: Dieta y alimentación

Alimentación									
¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí								
¿Cuántas cucharadas de aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc.)?	<input style="width: 50px;" type="text"/>								
¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día ? (las guarniciones o acompañamientos = 1/2 ración) 1 ración = 200gr.	<input style="width: 50px;" type="text"/>								
¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día ?	<input style="width: 50px;" type="text"/>								
¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día ? (ración: 100-150gr.)	<input style="width: 50px;" type="text"/>								
¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día ? (porción individual: 12gr.)	<input style="width: 50px;" type="text"/>								
¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bíter) consume al día ?	<input style="width: 50px;" type="text"/>								
¿Bebe usted vino? ¿Cuántas copas/vasos consume a la semana ?	<input style="width: 50px;" type="text"/>								
¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana ? (1 plato o ración de 150gr.)	<input style="width: 50px;" type="text"/>								
¿Cuántas raciones de pescado o marisco consume a la semana ? (1 plato pieza o ración: 100-150gr. de pescado o 4-5 piezas o 200gr. de marisco)	<input style="width: 50px;" type="text"/>								
¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulce o pasteles a la semana ?	<input style="width: 50px;" type="text"/>								
¿Cuántas raciones de frutos secos consume a la semana ? (ración 30 gr.)	<input style="width: 50px;" type="text"/>								
¿Consume usted preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas?	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí								
¿Cuántas veces consume a la semana los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?	<input style="width: 50px;" type="text"/>								
Horario primera y última ingesta									
Durante el último año, indique el horario aproximado de su primera ingesta tras levantarse, y su última ingesta antes de irse a dormir. Indique por separado sus hábitos en días entre semana/laborables y durante los fines de semana/días libres									
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="padding: 5px;">Entre semana</th> <th style="padding: 5px;">Fin de semana</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;"><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td style="padding: 5px; text-align: center;"><input style="width: 50px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;"><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td style="padding: 5px; text-align: center;"><input style="width: 50px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	Entre semana	Fin de semana	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>		
Entre semana	Fin de semana								
<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>								
<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>								
La hora habitual de la primera ingesta tras levantarse es (formato 24h)									
La hora habitual de la última ingesta antes de irse a dormir es (formato 24h)									
Hábitos alimentarios									
¿Con qué frecuencia come, cena o compra comida para llevar en un restaurante de comida rápida (hamburguesería, pizzería, kebab, etc.)?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Nunca o casi nunca</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 5-6 a la semana</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 1-3 al mes</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 1 al día</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 1 a la semana</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 2-3 al día</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 2-4 a la semana</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 4-6 al día</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Nunca o casi nunca	<input type="checkbox"/> 5-6 a la semana	<input type="checkbox"/> 1-3 al mes	<input type="checkbox"/> 1 al día	<input type="checkbox"/> 1 a la semana	<input type="checkbox"/> 2-3 al día	<input type="checkbox"/> 2-4 a la semana	<input type="checkbox"/> 4-6 al día
<input type="checkbox"/> Nunca o casi nunca	<input type="checkbox"/> 5-6 a la semana								
<input type="checkbox"/> 1-3 al mes	<input type="checkbox"/> 1 al día								
<input type="checkbox"/> 1 a la semana	<input type="checkbox"/> 2-3 al día								
<input type="checkbox"/> 2-4 a la semana	<input type="checkbox"/> 4-6 al día								
¿Con qué frecuencia come, cena o compra comida para llevar en otro establecimiento (cafetería, bar, tapas, restaurante, etc.)?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Nunca o casi nunca</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 5-6 a la semana</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 1-3 al mes</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 1 al día</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 1 a la semana</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 2-3 al día</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 2-4 a la semana</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 4-6 al día</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Nunca o casi nunca	<input type="checkbox"/> 5-6 a la semana	<input type="checkbox"/> 1-3 al mes	<input type="checkbox"/> 1 al día	<input type="checkbox"/> 1 a la semana	<input type="checkbox"/> 2-3 al día	<input type="checkbox"/> 2-4 a la semana	<input type="checkbox"/> 4-6 al día
<input type="checkbox"/> Nunca o casi nunca	<input type="checkbox"/> 5-6 a la semana								
<input type="checkbox"/> 1-3 al mes	<input type="checkbox"/> 1 al día								
<input type="checkbox"/> 1 a la semana	<input type="checkbox"/> 2-3 al día								
<input type="checkbox"/> 2-4 a la semana	<input type="checkbox"/> 4-6 al día								

Apartado B: Actividad física y sedentarismo

Actividad física en el tiempo libre

En las últimas 4 semanas, durante su tiempo libre, informe los días y el tiempo dedicado a caminar y a actividades de intensidad moderada o vigorosa para hacer ejercicio

¿Camina para hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Cuántos días a la semana?	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
		¿Cuántos minutos cada día?	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
		¿A qué velocidad camina cuando hace ejercicio?	<input type="checkbox"/> Muy lento <input type="checkbox"/> Lento <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Rápido <input type="checkbox"/> Muy rápido

¿Hace ejercicio físico moderado? <i>Actividades deportivas que le hacen respirar algo más fuerte de lo normal, produce algo de sudor, y puede hablar durante la actividad con algo de dificultad</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Cuántos días a la semana?	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
		¿Cuántos minutos cada día?	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

¿Hace ejercicio físico vigoroso? <i>Actividades deportivas que le hacen respirar muy fuerte, produce mucho sudor y apenas puede hablar durante estas actividades</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Cuántos días a la semana?	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
		¿Cuántos minutos cada día?	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

Actividad física de transporte

En las últimas 4 semanas ¿Cómo suele ir y/o volver habitualmente a su trabajo o lugar de estudios? <i>Indique la opción o las opciones de forma de traslado más frecuentes</i>	<input type="checkbox"/> Trabajo o estudio en casa <input type="checkbox"/> Andando <input type="checkbox"/> Bicicleta (no eléctrica) <input type="checkbox"/> Transporte privado (coche, moto, bici/patinete eléctrico) <input type="checkbox"/> Transporte público (autobús, tranvía, tren, metro)
---	--

Actividad física laboral y doméstica

En las últimas 4 semanas ¿cuántos días a la semana trabajó, incluido el trabajo doméstico? Si es usted estudiante, incluya ese tiempo como jornada laboral

Trabajé/estudié	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Cuántos días a la semana?	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
		¿Cuántas horas cada día?	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

En esas horas que trabaja, ¿cuántas horas de cada día le dedica a las siguientes actividades?	¿Estar sentado?	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
	¿Estar de pie?	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
	¿Caminar?	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
	¿Esfuerzos moderados?	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
	¿Esfuerzos muy intensos?	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

Sedentarismo

En las últimas 4 semanas, durante su **tiempo libre**, ¿cuánto tiempo dedicó **al día** a estar sentado, tumbado o reclinado viendo la televisión, series, películas o videos, jugando a videojuegos, usando el teléfono móvil o el ordenador, navegando por internet, haciendo pasatiempos o jugando a juegos de mesa o cartas, socializando, leyendo libros, periódicos o revistas y escuchando música?

	Nada	1-15 min	15-30 min	30-60 min	1-2h	2-3h	3-4h	4-5h	5-6h	6-7h	>7h
En un día laborable/entre semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En un día no laborable/fin de semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Condición física

Por favor, piense en su nivel de condición física (comparado con el de sus amigos) y elija la opción más adecuada

Mi condición física general es Muy mala, Mala, Aceptable, Buena, Muy buena

Apartado C: Calidad del sueño y salud mental

Características generales del sueño

Por favor, pensando en un día normal podría decir:

	Entre semana/ laborables	Fin de semana/ días libres
A qué hora se levanta (formato 24h)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A qué hora se acuesta (formato 24h)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de horas de sueño	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Duerme la siesta?	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí
Número de minutos de siesta	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Cronotipo

Se oye hablar del tipo de personas "matutino/madrugadora" y "vespertino/nocturna".
¿Cuál de estos tipos es usted?

Totalmente vespertino/nocturna
 Más vespertino/nocturna que matutino/madrugadora
 Más matutino/madrugadora que vespertino/nocturna
 Totalmente matutino/madrugadora
 No sabe/no contesta

Calidad del sueño nocturno

¿Tiene usted problemas de sueño? No, Sí

En caso de haber respondido sí, por favor conteste la pregunta siguiente

¿En qué medida considera que su problema de sueño interfiere con su funcionamiento diario?
(por ejemplo, fatiga durante el día, capacidad para las tareas cotidianas/trabajo, concentración, memoria, estado de ánimo, etc.)

Nada
 Un poco
 Algo
 Mucho
 Muchísimo

Estado de ánimo

Durante las **últimas 2 semanas**, ¿con qué frecuencia ha experimentado los siguientes problemas?

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Poco interés o placer en hacer cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha sentido decaído/a, deprimido/a o sin esperanzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido/a, o ha dormido demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha sentido cansado/a o con poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le ha faltado el apetito o ha comido en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha sentido mal con usted mismo/a – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo/a o con su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto/a o agitado/a que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido pensamientos de que estaría mejor muerto/a o de lastimarse de alguna manera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha sentido nervioso/a, angustiado/a o muy tenso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha sido incapaz de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha preocupado demasiado por diferentes cuestiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido problemas para relajarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha estado tan inquieto/a que le ha resultado difícil permanecer sentado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha enfadado o irritado con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha sentido miedo de que algo terrible pueda ocurrir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si marcó cualquiera de los problemas anteriores, ¿qué grado de dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?	<input type="checkbox"/> No ha sido difícil <input type="checkbox"/> Un poco difícil <input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> Extremadamente difícil			

Trabajo doméstico y cuidados no remunerados

En su hogar, ¿quién se ocupa principalmente de las tareas de la casa como limpiar, planchar, cocinar, etc.?

- Usted solo/a (la persona entrevistada)
- Su pareja
- Principalmente usted con la ayuda de su pareja
- A partes iguales entre usted y su pareja
- Usted, compartiéndolo con otra persona que no es su pareja
- Usted, compartiéndolo con un/a empleado/a del hogar
- Otra persona del hogar que no es su pareja
- Un/a empleado/a del hogar
- Los servicios sociales
- Otra situación

¿Tiene dificultades para compaginar su vida laboral con el trabajo doméstico y las responsabilidades familiares?

- Nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Siempre
- No procede

¿Es usted cuidador no remunerado?

Es decir, si tiene a alguien dependiente a su cargo, hijos, padres, pareja, etc., a quien presta cuidados fuera de su ocupación laboral (de forma no remunerada)

- No
- Sí En general, ¿con qué frecuencia participa usted en el cuidado de estas personas?
 - Todos los días
 - Varios días a la semana
 - Nunca

Apartado D: Información socioeconómica y laboral

Nivel educativo

¿Cuál es su nivel máximo de estudios finalizados?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No sabe leer ni escribir | <input type="checkbox"/> Secundaria o equivalentes |
| <input type="checkbox"/> Sin estudios | <input type="checkbox"/> Universitarios |
| <input type="checkbox"/> Primaria o equivalentes | |

Situación laboral

Situación laboral del entrevistado actualmente

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajador/a en activo (incluido excedencias) | <input type="checkbox"/> Estudiante |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad laboral temporal | <input type="checkbox"/> Jubilado/a o retirado del trabajo |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad laboral permanente | <input type="checkbox"/> Dedicado/a a las tareas del hogar |
| <input type="checkbox"/> Desempleado/a (disponible y buscando empleo) | <input type="checkbox"/> Otra |

Empleo y seguridad laboral

Nos referimos ahora a su **trabajo actual** o al **último trabajo realizado** en caso de que usted esté de baja, en paro, en excedencia o jubilado

¿Cuál es/era su ocupación?

¿Cuál es/era su tipo de turno?

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> De mañana | <input type="checkbox"/> Mixto sin incluir la noche (mañana y tarde) |
| <input type="checkbox"/> De tarde | <input type="checkbox"/> Rotativo (incluyendo noches) |
| <input type="checkbox"/> De noche | <input type="checkbox"/> Otro |

¿Qué tipo de acuerdo o contrato de trabajo tenía o tiene actualmente?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fijo, indefinido o permanente | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Temporal | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| <input type="checkbox"/> Beca de estudios, prácticas, formación, etc. | <input type="checkbox"/> No aplica (sin contrato) |

¿Su contrato es/era a tiempo completo o a tiempo parcial?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> A tiempo completo | <input type="checkbox"/> A tiempo parcial |
|--|---|

¿Trabaja/trabajaba en su domicilio durante toda la jornada o parte de ella (al menos el 30% de su tiempo de trabajo) con carácter regular?

- | |
|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Sí |

Nivel educativo y clase social de la persona de referencia en el hogar

A continuación, se le pregunta por la persona de referencia en el hogar

Principal aportador de recursos; cuando dos personas aportan los mismos recursos, elija la que tenga mayor relevancia

Indique quién es la persona de referencia del hogar

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Usted mismo/a |
| <input type="checkbox"/> Otro miembro del hogar |

Si es otra, ¿Quién es la persona de referencia del hogar?

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Esposo/a o pareja | <input type="checkbox"/> Hijo o hija | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Padre o madre | <input type="checkbox"/> Otros familiares | |

¿Cuál es su nivel máximo de estudios finalizados?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No sabe leer ni escribir | <input type="checkbox"/> Primaria o equivalentes | <input type="checkbox"/> Universitarios |
| <input type="checkbox"/> Sin estudios | <input type="checkbox"/> Secundaria o equivalentes | |

¿Cuál es su situación laboral?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajador/a en activo (incluido excedencias) | <input type="checkbox"/> Estudiante |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad laboral temporal | <input type="checkbox"/> Jubilado/a o retirado del trabajo |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad laboral permanente | <input type="checkbox"/> Dedicado/a a las tareas del hogar |
| <input type="checkbox"/> Desempleado/a (disponible y buscando empleo) | <input type="checkbox"/> Otra |

Ingresos económicos totales del hogar

¿Podría decir cuáles son los **ingresos mensuales netos** aproximados de todo su hogar, tras las deducciones por los impuestos, Seguridad Social, etc.?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de 570 euros | <input type="checkbox"/> De 1.800 a 2.700 euros | <input type="checkbox"/> De 8.000 euros en adelante |
| <input type="checkbox"/> De 570 a 1.300 euros | <input type="checkbox"/> De 2.700 a 4.500 euros | <input type="checkbox"/> No sabe |
| <input type="checkbox"/> De 1.300 a 1.800 euros | <input type="checkbox"/> De 4.500 a 8.000 euros | <input type="checkbox"/> No contesta |

Observaciones