



IDENTIFICACION DEL HOGAR						
Comuna	Región	Estrato	Sección	Vivienda	Hogar	Nº Correlativo

CALLE o AVENIDA o CAMINO: Nº: DEPTO.: FONO:		
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> INFORMANTE: _____ <small>NOMBRE DE PILA</small> </td> <td style="width: 50%;"> Número de línea: <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> Letra Kish: <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> Nº Kish: <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> </td> </tr> </table>	INFORMANTE: _____ <small>NOMBRE DE PILA</small>	Número de línea: <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> Letra Kish: <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> Nº Kish: <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
INFORMANTE: _____ <small>NOMBRE DE PILA</small>	Número de línea: <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> Letra Kish: <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> Nº Kish: <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	

MODULO INDIVIDUAL

INSTRUCCIONES GENERALES

- Este módulo debe ser respondido **sólo** por la persona seleccionada estadísticamente. Esta persona no puede ser remplazada por ningún otro miembro del hogar.
- Lea cuidadosamente las preguntas y las alternativas que corresponden a cada una. Se recomienda ver las **definiciones** que se entregan en la **última página** de este módulo individual. En caso de no entender alguna pregunta o tener dudas sobre algún concepto, podrá consultar al encuestador en el momento de retirar el cuestionario o llamarlo al teléfono que se indica a pie de página.
- Se debe marcar con un **X** el casillero correspondiente a la alternativa elegida en cada pregunta.
- En cada pregunta se señala si Ud. debe marcar **una sólo alternativa o todas las que corresponden**.
- Debe poner especial cuidado con la indicación que **pase a otra pregunta**, por ejemplo: Si en la pregunta P05 contesta la alternativa 20 se indica que debe continuar en la pregunta P07.
- En la pregunta **P02** debe anotar el **número de veces** que realizó esta actividad en el **mes pasado**. En la **P03** debe anotar el **número de horas** que dedicó a las actividades en el **día de ayer**. Si no realizó la actividad debe marcar con un "0", que significa cero veces o cero horas, en el casillero correspondiente.

IMPORTANTE

Retiraré el formulario el día

Información o dudas comunicarse con:

Sr.(a),(ta):

al Fono: ó

II ASPECTOS ESPECIFICOS: ECOLOGICOS, SOCIALES , ECONOMICOS Y EDUCACIONALES

P04 ¿Cuáles son los problemas que más le preocupan de su barrio o localidad? (*marque todas las que correspondan*)

- 1 Contaminación (acústica y atmosférica)
- 2 Malos olores
- 3 Presencia de perros vagos, ratones, moscas y otros
- 4 Limpieza de calles y veredas (basura)
- 5 Falta de plazas, áreas verdes y canchas
- 6 Falta de locales comerciales para compras diarias y semanales
- 7 Falta de servicios básicos de salud (hospital, postas)
- 8 Falta de escuelas, liceos y colegios
- 9 Transporte público
- 10 Seguridad pública
- 11 Alcoholismo y drogadicción
- 12 Iluminación
- 13 Pavimentación
- 14 Aislamiento
- 15 Medios de comunicación (radio, teléfono)
- 16 Ninguno
- 17 Otro

P05 ¿Pertenece Ud. a alguna de las siguientes organizaciones? (*marque todas las que correspondan*)

- 1 Club deportivo
- 2 Centro de madres
- 3 Junta de vecinos
- 4 Grupo de adultos mayores
- 5 Grupo de autoayuda de salud
- 6 Voluntariado de salud (Cruz Roja, Damas de Colores, etc.)
- 7 Religiosas, Iglesias
- 8 Movimiento o partido político
- 9 Centro de padres y apoderados
- 10 Scouts
- 11 Agrupación estudiantil
- 12 Artístico-cultural
- 13 Indígena
- 14 Cooperativas campesinas, comité de agua
- 15 Club social, estadio de colonia, club de huasos
- 16 Sindicatos, gremios, organizaciones laborales
- 17 Bomberos, defensa civil
- 18 Cooperativas de ahorro, comités de pavimentación, comités de seguridad
- 19 Otra organización social o comunitaria. Especifique
- 20 No pertenece a ninguna

PASE P07

P06 En los últimos 3 meses, ¿Ha asistido a las reuniones de la organización a la que pertenece? (*marque sólo una*)

- Sí No No han citado a reuniones

PASE P08

PASE P08

P07 ¿Cuál es la principal razón por la que no participa en ninguna organización? (*marque sólo una*)

- 1 No tiene tiempo
- 2 No le interesa
- 3 No sirve para nada
- 4 No sabe cómo participar
- 5 No existen
- 6 No responde

P08 ¿A qué nivel educacional le gustaría o le hubiera gustado llegar? (*marque sólo una*)

- 1 Básica o Preparatoria completa
- 2 Media completa o Humanidades
- 3 Media técnica - Profesional
- 4 Normalista
- 5 Titulado Centro de formación técnica
- 6 Titulado Instituto profesional
- 7 Universitario titulado
- 8 Post - grado
- 9 Otro
- 10 Está conforme con el nivel alcanzado

P09 Ud. tiene: (*marque todas las que correspondan*)

- 1 Cuenta de ahorro
- 2 Cuenta corriente
- 3 Línea de crédito
- 4 Seguro de vida
- 5 Tarjeta de crédito (Banco o Institución financiera)
- 6 Tarjeta de crédito de casas comerciales
- 7 Otro
- 8 Nada

III ASPECTOS GENERALES DE PERCEPCION DE BIENESTAR Y SALUD

A continuación hay una serie de preguntas que hacen referencia a cómo se siente en distintos aspectos de su vida y con su estado de salud. Ud. tiene que ponerse una nota de 1 al 7, donde el 1 es cuando Ud. se siente muy mal y el 7 cuando Ud. se siente muy bien.

Marque con una X la nota que Ud. se pone

P10	¿Cómo se siente?	NOTA						
		1	2	3	4	5	6	7
		Muy mal	Mal	Menos que regular	Regular	Más que regular	Bien	Muy bien
1	¿Con la privacidad que tiene donde vive?							
2	¿Con la cantidad de dinero que entra al hogar?							
3	¿Con su condición física?							
4	¿Con su bienestar mental o emocional?							
5	¿Con la cantidad de diversión que tiene en su vida?							
6	¿Con la vida familiar?							
7	¿En su trabajo?							
8	¿Con su vida en general?							
9	En general...Ud. diría que su salud es:							

P11 ¿Cómo diría Ud. que es su estado de salud actual comparado con el de hace un año?

Mucho mejor que hace un año 1

Algo mejor ahora que hace un año 2

Más o menos igual ahora que hace un año 3

Algo peor ahora que hace un año 4

Mucho peor ahora que hace un año 5

P12 Sin considerar la TV y la radio ¿Cuál es el medio que Ud. prefiere para informarse sobre temas de salud? (*marque sólo una*)

Los médicos o profesionales de salud 1

Personas cercanas como sus amigos, vecinos o compañeros 2

Diarios murales y ficheros 3

Revistas en general 4

Revistas de salud 5

Folletos y boletines 6

Los diarios 7

Enciclopedias y libros 8

Internet 9

Otros 10

Ninguno, no necesito informarme 11

No sabe, no responde 12

P13 Cuando tiene problemas ¿Tiene Ud. alguna persona en quien confiar, pedir ayuda o consejos?

Sí, siempre 1

Sí, a veces 2

No, nunca 3

No necesito, no le gusta hablar, ni pedir ayuda a nadie 4

P14 ¿Puede recurrir con confianza a alguien cuando tiene un gasto imprevisto, emergencia económica u otra situación catastrófica?

Sí, siempre 1

Sí, a veces 2

No, nunca 3

No necesito, no le gusta pedir ayuda a nadie 4

P15 ¿Con qué frecuencia siente ganas de gritar, tironear, zamarrear, cuando tiene problemas con otras personas?

Nunca 1

A veces 2

Frecuentemente 3

P16 ¿Realiza algún trabajo remunerado?

Sí 1

No PASE P19 2

P17 ¿Alguien en su hogar o persona cercana, se ha quejado porque Ud. le dedica mucho tiempo a su trabajo?

Sí, a menudo 1

Sí, ocasionalmente 2

Raramente o nunca 3

P18 ¿En su lugar de trabajo esta permitido fumar?

No, en ninguna parte 1

Sí, sólo en algunos lugares 2

Sí, en todas partes 3

No sabe 4

P19 ¿Ud. se siente nervioso, ansioso, estresado en su vida en general?

Siempre 1

Frecuentemente 2

Algunas veces 3

Rara vez o nunca 4

P20 ¿Ud. tiene dificultades para quedarse dormido o despierta y no puede volver a dormirse?

Siempre 1

Frecuentemente 2

Algunas veces 3

Rara vez o nunca 4

P21 ¿Qué hace Ud. preferentemente cuando está bajo mucho estrés o con mucha tensión? (*marque sólo una*)

Fuma 1

Sale 2

Come 3

Se sirve un trago 4

Le grita a la primera persona que lo hace enojarse (vendedor, en el estacionamiento, a sus hijos, a su pareja) 5

Busca estar solo 6

Ve TV, escucha música, lee, juega en el computador 7

Prefiere orar, meditar, contemplar 8

Duerme 9

Realiza algún tipo de actividad física, gimnasia, limpia la casa 10

Respira profundo, descansa 11

No hace nada 12

No se siente estresado 13

P22 En general Ud. diría que su estilo de vida, es decir, la forma en que se relaciona, trabaja, se recrea y se alimenta es:

Muy mala 1

Mala 2

Menos que regular 3

Regular 4

Más que regular 5

Buena 6

Muy buena 7

P23 ¿Cuántas veces a la semana Ud. almuerza o come fuera de la casa, en casinos u otros, incluyendo los días de trabajo?

Nunca come fuera de la casa 1

1 a 3 veces a la semana 2

4 a 5 veces a la semana 3

6 a 7 veces a la semana 4

Más de 7 veces a la semana 5

P24 ¿Ud. le agrega sal a las comidas en la mesa?

Nunca 1

Cuando la comida no tiene suficiente sal 2

Siempre, antes de probar la comida 3

P25 ¿Con qué frecuencia en la semana Ud. consume los siguientes alimentos? (*marque las que correspondan*)

Alimentos	Todos los días	2 ó 3 veces por semanas	1 vez a la semana	1 ó 2 veces al mes	Rara vez o nunca
1. Frutas, verduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Legumbres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Carne de vacuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Carne de chanco, cordero, cecinas, Vísceras, pana, chunchules, riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mayonesa, queso, papas fritas, sopapillas u otras frituras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Carne de pollo, pavo, pescado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Leche, quesillo, yoghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P26 En relación a su actividad física ¿con qué frase se siente más representado? (*marque sólo una*)

Estoy básicamente sentado y camino poco 1

Camino bastante pero no realizó ningún esfuerzo vigoroso 2

Hago esfuerzos vigorosos frecuentemente 3

Mi actividad es básicamente vigorosa y de mucha actividad 4

P27 ¿En el último mes practicó deporte o realizó actividad física fuera de su horario de trabajo. Durante 30 minutos, o más, cada vez?

3 o más veces por semana PASE P29 1

1 a 2 veces por semana PASE P29 2

Menos de 4 veces en el mes 3

No practicó deporte en el mes 4

P28 Si Ud. no practicó deporte en el último mes o lo hizo menos de 4 veces en el mes, indique ¿Cuál es la principal razón para no haber practicado más actividad física? (*marque sólo una*)

Porque su salud no se lo permite .. 1

No le interesa o no le motiva 2

No tuvo tiempo 3

No tiene lugares donde hacerlo 4

No le alcanza la plata para hacerlo 5

Otros 6

P29 ¿En su familia se permite fumar **dentro de la casa**? (*marque sólo una*)

Nunca 1

Sí, en ocasiones (fiestas, visitas) .. 2

Sí, algunas personas pueden fumar 3

Sí, está permitido para todas las personas 4

P30 ¿En su **lugar de trabajo o estudio** está Ud. expuesto al humo de cigarrillo? PASE P31 *sino trabaja ni estudia*

Sí 1

No 2

P31 ¿Ha fumado Ud. en el último mes?

Sí 1

No PASE P33 2

P32 ¿Se ha propuesto dejar de fumar en el próximo mes?

Sí PASE P35 1

No PASE P35 2

P33 ¿Ha fumado en forma regular en alguna época de su vida?

Sí 1

No PASE P35 2

P34 ¿Cuándo dejó de fumar?

Menos de 6 meses 1

6 meses y más 2

P35 En relación al consumo de alcohol: (*marque las que correspondan*)

	SI	NO
1. ¿Ha tenido problemas entre Ud. y su pareja o familiares a causa del trago?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha perdido amigos (as) por el trago?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido ganas de disminuir lo que toma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Le ocurre en ocasiones que sin darse cuenta termina tomando más de lo que piensa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha tenido que tomar alcohol en las mañanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Le ha ocurrido que al despertar, después de haber bebido la noche anterior no recuerde parte de lo que pasó?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Le molesta que lo critiquen por la forma en que toma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P36 ¿Toma desayuno?

Todos los días 1

A veces 2

Nunca 3

P37 ¿Actualmente Ud. está haciendo algo para mantener controlado su peso, es decir, para no subir de peso?

Sí 1

No 2

P38 ¿Durante los últimos 12 meses (nov.1999-oct.2000) se ha realizado algún chequeo de salud por algún profesional de la salud? (médico, enfermera, nutricionista, auxiliar, dentista) (*marque sólo una*)

Sí, en una institución pública o privada (consultorio, clínica, hospital) ... 1

Sí, en farmacia, en la comunidad u otro lugar 2

No 3

P39 ¿Cuál cree Ud., es el número ideal de hijos para una familia?

hijos

P40 ¿Ud. o su pareja usan algún método para evitar o posponer el embarazo? (*marque sólo una o el más usado*)

No PASE P42 1

Usa píldoras 2

Tiene DIU (t de cobre) 3

Usa inyecciones 4

Usa preservativo o condón 5

Evita los días fértiles, usa método de ritmo calendario 6

Usa diafragma, espuma o gel 7

Se practicó esterilización femenina 8

Se practicó esterilización masculina 9

Realiza coito interrumpido 10

Mantiene lactancia prolongada 11

Otro. Especifique 12

P41 ¿Dónde obtuvo el método anticonceptivo? (*marque sólo una*)

En un establecimiento público PASE P43 1

En un establecimiento o consulta privada PASE P43 2

En la farmacia PASE P43 3

Con familiares o amigos PASE P43 4

Otros PASE P43 5

P42 Si Ud. o su pareja no usan ningún método para evitar los embarazos, indique cuál es la principal razón para no usarlo: (*marque sólo una*)

No lo necesita (no tiene relaciones, por la edad, infértil, postparto) 1

Está embarazada 2

Quiere quedar embarazada 3

Se opone al uso de anticonceptivos (su religión se lo prohíbe, su pareja se opone, otros se oponen) 4

Por razones de salud (temor a efectos secundarios, le es incómodo, molesto) 5

No conoce los métodos 6

Por su precio, no puede comprarlo 7

Otra. Especifique 8

P43 ¿Cómo considera Ud. que es su peso según los dibujos de la página siguiente?

Bajo peso 1

Normal 2

Sobrepeso 3

Obeso (a) 4

No sabe 5

P44 En los últimos doce meses ¿Ha sufrido de algún dolor permanente o que se repita con frecuencia?

Sí 1

No PASE P47 2

No recuerda PASE P47 3

P45 ¿Dónde se ha ubicado el dolor? (*marque sólo uno, el más frecuente o de mayor intensidad*)

Cabeza (cefalea, jaqueca, migraña) 1

Cuello y hombros (tortícolis) 2

Espalda (lumbago, ciática) 3

Articulaciones (coyunturas, reumatismo, artritis) 4

Dolor de piernas (várices, calambres) 5

Dolor de pies (juanetes, verrugas plantares) 6

Cara , boca y dientes 7

Pecho (dolor tipo anginoso, opresivo) 8

Estómago (gastritis y úlcera) 9

Abdominal bajo y genitales (dolor de ovarios, molestias menstruales, dolor testicular) 10

Renal (cólicos) 11

Vesicular (cólicos) 12

Dolor por hemorroides, por almorranas 13

P46 ¿En qué grado ese dolor ha interferido con su actividad cotidiana?

Nada 1

Poco 2

Moderadamente 3

Mucho 4

P47 Este "módulo individual" de la encuesta:

1. La contestó sólo

2. La contestó con ayuda del encuestador

3. Fue aplicada en su totalidad por el entrevistador

DEFINICIONES

- **Pregunta P01**
 - 1 **Compró muebles:** incluye muebles de comedor, living, dormitorio, cocina y otros.
 - 2 **Salió de vacaciones:** se refiere a un cambio de lugar de residencia para fines recreativos de al menos una semana al año.
 - 3 **Arregló la casa:** realizó arreglos o mejoras en su vivienda como pintar, empapelar, cambiar piso, ampliar, etc.
 - 4 **Asistió a cursos, talleres o capacitación:** capacitación en el trabajo, cursos de capacitación de la municipalidad, de la iglesia o de otras instituciones urbanas o rurales, taller de pintura, repostería, tejido u otros, cursos de manejar.
 - 5 **Ahorrar:** cualquier tipo de ahorro sin importar la forma ni la cantidad.
- **Pregunta P08**

Si está estudiando, o piensa cursar estudios, la pregunta se refiere al nivel de educacional al que le gustaría llegar. Si no está estudiando y no piensa cursar estudios, la pregunta se refiere al que le hubiera gustado llegar.
En ambos casos, independientemente del nivel que tiene actualmente.
- **Pregunta P09**
 - 4 **Seguro de vida:** no se debe incluir los seguros de vida contratados a favor del informante por terceras personas o por el empleador o empresa en que trabaja.
- **Pregunta P10**
 - 1 **Privacidad que tiene donde vive:** es el espacio para desarrollar actividades de la vida diaria sin interferencia de otras personas.
 - 3 **Condición física:** es la imagen corporal que la persona tiene de sí misma o de su aspecto físico.
 - 4 **Bienestar mental o emocional:** bienestar mental o emocional muy bueno es sentirse libre de problemas afectivos, sin preocupaciones emocionales, sin estrés, sin ansiedad, libre de enfermedades o trastornos mentales como falta de concentración, falta de memoria, depresión o angustia.
- **Pregunta P19:**

Sentirse estresado: es estar sobrepasado en la capacidad para responder a presiones ejercidas desde el medio ambiente (trabajo, estudio, hogar, en su vida personal, etc.). Es sentirse exigido a responder y estar en estado de alerta permanente, preocupado, nervioso, ansioso.
- **Pregunta P36:**

Tomar desayuno: es consumir alimento líquido (té, leche, jugo, café, yoghurt, etc.) y/o sólido (pan, galletas, cereales, frutas, etc.) antes de las 11:00 horas, habitualmente.
- **Pregunta P43:**

Para responder esta pregunta observe los dibujos que se muestran a continuación y marque en el cuestionario la alternativa que **más lo represente**.

