





C O D I G O S		
P09 ¿En cual de las situaciones se encontraba la mayor parte de la semana pasada?	P10 ¿En este trabajo es o era?	P13 Tipo de Jornada (Sí en P09 = 1, 2 ó 4)
01 Trabajando por ingreso 02 Sin trabajar, pero tiene empleo 03 Buscando trabajo, habiendo trabajado antes 04 Trabajando para un familiar sin pago de dinero 05 Buscando trabajo por 1ª vez 06 En quehaceres de su hogar 07 Estudiando 08 Jubilado o rentista 09 Incapacitado permanentemente para trabajar 10 Otra situación	1 Trabajador asalariado sector público 2 Trabajador asalariado sector privado (Ej. Empleado, obrero, jornalero, etc) 3 Trabajador de servicio domestico 4 Trabajador por cuenta propia 5 Empleador, empresario o patrón 6 Familiar no remunerado	1 Trabaja medio día todos los días 2 Trabaja todo el día todos los días 3 Trabaja algunos días
} Pase a P14		

**de 15 años y más**

	P09	P10	P11	P12	P13	P14
Nº de línea	A: ¿En cual de las situaciones se encontraba la mayor parte de la semana pasada?	B. ¿En este trabajo es o era?	¿Qué ocupación o tipo de trabajo desempeña actualmente o <b>desempeñaba si está cesante?</b>  Uso de Oficina	¿A que se dedica principalmente el establecimiento donde trabaja o <b>trabajaba si está cesante?</b>  Uso de Oficina	Tipo de Jornada	Cuidador del niño es:
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

## 2. PREGUNTAS GENERALES SOBRE LA VIVIENDA

**P15**      **La vivienda que usted ocupa es:**

1	<input type="checkbox"/>	Propia (pagada totalmente)
2	<input type="checkbox"/>	Propia (pagando a plazo)
3	<input type="checkbox"/>	Arrendada
4	<input type="checkbox"/>	Cedida por trabajo o servicio
5	<input type="checkbox"/>	Gratuita

**P20**      **El agua que usa esta vivienda proviene de:**

1	<input type="checkbox"/>	Red pública (compañía de agua potable)
2	<input type="checkbox"/>	Pozo o noria
3	<input type="checkbox"/>	Río, vertiente o estero

**P16**      **Tipo de vivienda**

1	<input type="checkbox"/>	Casa
2	<input type="checkbox"/>	Departamento en edificio
3	<input type="checkbox"/>	Piezas o Vivienda conventillo
4	<input type="checkbox"/>	Mejora, mediagua
5	<input type="checkbox"/>	Rancho, choza
6	<input type="checkbox"/>	Ruca

**P21**      **A esta vivienda llega agua por:**

1	<input type="checkbox"/>	Cañería dentro de la vivienda
2	<input type="checkbox"/>	Cañería fuera de la vivienda
3	<input type="checkbox"/>	No tiene agua por cañería

**P17**      **En la cubierta del techo predomina:**

1	<input type="checkbox"/>	Tejas (arcilla, metálica, cemento)
2	<input type="checkbox"/>	Tejuela (madera, asfáltica)
3	<input type="checkbox"/>	Losa de hormigón
4	<input type="checkbox"/>	Zinc
5	<input type="checkbox"/>	Pizarreño
6	<input type="checkbox"/>	Fibra de vidrio / Femocolor
7	<input type="checkbox"/>	Fonolita
8	<input type="checkbox"/>	Paja embarrada
9	<input type="checkbox"/>	Desechos (lata, cartones, plásticos, etc.)

**P22**      **El servicio higiénico (W.C) de esta vivienda es o esta:**

1	<input type="checkbox"/>	Conectado a alcantarillado
2	<input type="checkbox"/>	Conectado a fosa séptica
3	<input type="checkbox"/>	Cajón sobre pozo negro
4	<input type="checkbox"/>	Cajón sobre acequia o canal
5	<input type="checkbox"/>	Químico
6	<input type="checkbox"/>	No tiene servicio higiénico ( WC)

**P18**      **El material predominante en las paredes exteriores es:**

1	<input type="checkbox"/>	Hormigón armado, piedra
2	<input type="checkbox"/>	Ladrillo
3	<input type="checkbox"/>	Paneles estructuras, bloques (prefabricado)
4	<input type="checkbox"/>	Madera o tabique forrado
5	<input type="checkbox"/>	Internit
6	<input type="checkbox"/>	Adobe, barro empajado
7	<input type="checkbox"/>	Desechos (lata, cartones, plásticos, etc.)

**P23**      **Electricidad en la vivienda**

1	<input type="checkbox"/>	Conectado a la red pública
2	<input type="checkbox"/>	Generador propio o comunitario
3	<input type="checkbox"/>	Placa solar
4	<input type="checkbox"/>	No tiene alumbrado eléctrico

**P19**      **El material predominante en el piso es:**

1	<input type="checkbox"/>	Parquet
2	<input type="checkbox"/>	Baldosín cerámico
3	<input type="checkbox"/>	Entablado (madera)
4	<input type="checkbox"/>	Piso flotante
5	<input type="checkbox"/>	Alfombra muro a muro
6	<input type="checkbox"/>	Baldosas de cemento
7	<input type="checkbox"/>	Plásticos (flexit, linóleo, etc.)
8	<input type="checkbox"/>	Ladrillo
9	<input type="checkbox"/>	Radier
10	<input type="checkbox"/>	Tierra

**P24**      **¿Cuál es el principal combustible usado para cocinar?**

1	<input type="checkbox"/>	Gas natural	5	<input type="checkbox"/>	Carbón
2	<input type="checkbox"/>	Gas licuado	6	<input type="checkbox"/>	Electricidad
3	<input type="checkbox"/>	Parafina	7	<input type="checkbox"/>	Energía solar
4	<input type="checkbox"/>	Leña, aserrín	8	<input type="checkbox"/>	No cocina

**P25**      **¿Cuántas duchas tiene esta vivienda?**

<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	Duchas
---	--------

**P26**      **¿Cuántas piezas usa este hogar solamente para dormir?**

<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	Dormitorios
---	-------------

## INSTRUCCIONES SOBRE EL LLENADO DEL MÓDULO INDIVIDUAL

- 1.- Este módulo debe ser aplicado a la persona **mayor de 15 años** que **haya sido seleccionada** mediante el método Kish.
  
- 2.- Antes de comenzar a aplicar el cuestionario, busque un lugar dentro de la casa que cuente con condiciones de privacidad que permitan un adecuado desarrollo de la encuesta.
  
- 3.- Indique al entrevistado que la información que se obtenga a partir de la encuesta es estrictamente confidencial y que los datos obtenidos serán utilizados sólo para fines de este estudio.
  
- 4.- Las preguntas deben ser leídas tal como están enunciadas. Si el encuestado refiere no entender la pregunta, se debe proceder a leerla por segunda vez. Si aún así el entrevistado pide ayuda, el encuestador debe recurrir a los conceptos entregados en el Manual y la capacitación.
  
- 5.- Las preguntas de este módulo están ordenadas de acuerdo a los distintos temas que aborda. Al inicio de cada set de preguntas, existe un párrafo introductorio que también debe ser leído al encuestado.
  
- 6.- Debe ponerse especial cuidado en los "saltos de preguntas" que se indican para algunas preguntas, puesto que estas instrucciones establecen la secuencia o el orden que se debe seguir en la formulación de preguntas.
  
- 7.- Cuando se incorporan las alternativas de respuesta "No sabe" o "No Responde", el encuestador no debe leerla al entrevistado sino que deberá marcarla sólo en el caso que el entrevistado explicita que no sabe cómo responder o no identifique una preferencia dentro de las otras alternativas.

### 3. MODULO INDIVIDUAL

A continuación hay una serie de preguntas que se refieren a la opinión que usted tiene sobre algunos aspectos de su barrio o localidad.

**Encuestador:** Registre las respuestas usando los siguientes codigos.  
**1= Sí; 2=No; 3=No sabe; 4=No responde**

**P27** ¿Qué problemas de contaminación o deterioro del entorno identifica usted en su barrio o localidad?  
CONTESTE SÍ O NO

- 1  Ruidos molestos
- 2  Contaminación del aire
- 3  Contaminación del agua
- 4  Contaminación del suelo
- 5  Malos olores
- 6  Microbasurales
- 7  Deficiente evacuación de aguas-lluvias e inundaciones
- 8  Perros vagos
- 9  Otro

**P28** ¿Qué problemas de infraestructura y equipamiento identifica usted en su barrio o localidad?  
CONTESTE SÍ O NO

- 1  Falta de plazas, áreas verdes, otras
- 2  Falta de infraestructura deportiva (canchas, gimnasios, pistas, circuitos, otras)
- 3  Falta de centros comunitarios, lugares de reunión social o recreación
- 4  Falta de locales comerciales
- 5  Iluminación deficiente
- 6  Pavimentación insuficiente o en mal estado
- 7  Medios de comunicación deficientes
- 8  Otros

**P29** ¿Qué problemas relacionados con servicios comunitarios identifica en su barrio o localidad?  
CONTESTE SÍ O NO

- 1  Falta o deficiencia de medios de transporte público
- 2  Falta o deficiencia de limpieza de calles y veredas
- 3  Falta de servicios básicos de salud: consultorio, SAPU, hospital, postas, otro
- 4  Falta o deficiencia en el retiro de basura domiciliaria
- 5  Otros

**P30** ¿Qué problemas relacionados con seguridad pública identifica en su barrio o localidad?

CONTESTE SÍ O NO

- 1  Falta de vigilancia de carabineros o seguridad municipal
- 2  Existencia de focos de consumo de alcohol o drogas en la vía pública
- 3  Existencia de hogares que presentan violencia intrafamiliar
- 4  Delincuencia
- 5  Prostitución callejera
- 6  Otros

**P31** En su casa o barrio ¿Ha notado la presencia de... ?

CONTESTE SÍ O NO

- |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Moscas     | 6 <input type="checkbox"/> Garrapatas |
| 2 <input type="checkbox"/> Zancudos   | 7 <input type="checkbox"/> Chinchas   |
| 3 <input type="checkbox"/> Ratones    | 8 <input type="checkbox"/> Termitas   |
| 4 <input type="checkbox"/> Pulgas     | 9 <input type="checkbox"/> Vinchucas  |
| 5 <input type="checkbox"/> Cucarachas | 10 <input type="checkbox"/> Otros     |

Las siguientes preguntas se refieren a su participación en diversas agrupaciones sociales.

**P32** ¿Participa Ud. activamente o frecuentemente en las siguientes organizaciones? (Participar en reuniones u otras actividades al menos una vez al mes)

CONTESTE SI O NO **Mostrar tarjeta N° 1**

- 1  Juntas de vecinos u otra organización territorial (comité de aguas, comité de allegados, otros).
- 2  Club deportivo o recreativo (de fútbol, de pesca, de juegos de mesa, otros).
- 3  Organización religiosa o de iglesia.
- 4  Agrupaciones artístico-culturales (grupo folclórico, de teatro, de música o baile, batucadas, otros).
- 5  Agrupaciones juveniles o estudiantiles.
- 6  Club o grupo de adulto mayor.
- 7  Grupos de voluntariado (damas de colores, cruz roja, institución de caridad, otros).
- 8  Grupos de autoayuda en salud (de diabéticos, de hipertensos, de obesos, alcohólicos anónimos, grupos asociados a otros problemas de salud).
- 9  Agrupación ideológica o corporativa (partido político, sindicato, colegios profesionales, otros).

(Encuestador: Continúa en la siguiente página)

10  Organizaciones indígenas.

11  Centros de padres y apoderados.

12  Centros de madres.

13  Otra.

**P33** ¿Cuál es la razón por la que participa en la organización mencionada? MARQUE SÓLO UNA, SI PARTICIPA EN MÁS DE UNA PIDALE QUE SE REFIERA A LA MÁS IMPORTANTE

1  Para distracción

2  Para obtener beneficios materiales (bonos, descuentos, regalos, dinero, etc)

3  Para mejorar su salud

4  Porque le gusta

5  Para contribuir a la sociedad

6  Por obligación

7  Otra

**P33a** REGISTRE EL CODIGO DE LA ORGANIZACIÓN MÁS IMPORTANTE EN

**P32**

La siguiente pregunta indaga sobre su participación en actividades relacionadas con el cuidado de su salud.

**P34** Durante los últimos seis meses ¿Ud. ha participado o asistido a alguna de las siguientes actividades? (Conteste Sí o No)

1  Actividades de alimentación saludable (talleres, cursos, concursos, exposiciones, otras)

2  Actividades educativas para la prevención del consumo de tabaco, alcohol u otras drogas (charlas, cursos, talleres, otras)

3  Actividades deportivas o recreativas (caminatas, competencias, sesiones de gimnasia, baile o práctica deportiva)

4  Talleres o cursos de desarrollo personal (autocuidado de la salud física o mental, relaciones humanas, manejo del estrés, otros)

5  Actividades, talleres o cursos de prevención de riesgo laboral

**ASPECTOS GENERALES DE PERCEPCIÓN 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 poner una nota de 1 a 7, donde el 1 es cuando Ud. se siente muy mal y el 7 cuando Ud. se siente muy bien.

P35	¿Cómo se siente Ud....?	NOTA (Marcar con una X)									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Muy mal	Mal	Menos que regular	Regular	Más que regular	Bien	Muy bien	NS	NR	No aplica
1	...Con la privacidad que tiene donde vive?	<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"/>
2	...Con la cantidad de dinero que entra al hogar?	<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"/>
3	...Con su condición física?	<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"/>
4	...Con su bienestar mental o emocional?	<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"/>
5	...Con su relación de pareja?	<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"/>
6	...Con la cantidad de diversión que tiene en su vida?	<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"/>
7	...Con la vida familiar?	<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"/>
8	...En su trabajo?	<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"/>
9	...Con su vida sexual?	<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"/>
10	...Con su vida en general?	<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"/>
11	En general, Ud. diría que su salud está:	<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"/>

Las siguientes preguntas se relacionan con situaciones de la vida cotidiana.

**P36** ¿Usted siente que su salud bucal, es decir, el estado de sus dientes y encías, afecta su calidad de vida?

1  Siempre

2  Casi siempre

3  Algunas veces

4  Rara vez o nunca

5  No sabe

6  No responde

**P37** Cuando tiene problemas... ¿Tiene Ud. alguna persona en quien confiar, pedir ayuda o consejos?

1  Sí, siempre

2  Sí, casi siempre

3  Sí, algunas veces

4  Rara vez o nunca

5  No necesita, no le gusta hablar, ni pedir ayuda a nadie

6  No sabe

7  No responde

**P38** ¿Puede recurrir confiadamente a alguien cuando tiene un gasto imprevisto, emergencia económica u otra situación grave o catastrófica?

1  Sí, siempre                      5  No necesita, no le gusta hablar, ni pedir ayuda a nadie

2  Sí, casi siempre                      6  No sabe

3  Sí, algunas veces                      7  No responde

4  Rara vez o nunca

**P39** ¿Ud. se siente nervioso (a), ansioso (a) o estresado (a) en su vida en general?

1  Siempre                                      4  Rara vez o nunca

2  Casi siempre                                      5  No sabe

3  Algunas veces                                      6  No responde

**P40** ¿Ud. tiene dificultades para quedarse dormido (a), o despierta y no puede volver a dormirse?

1  Siempre                                      4  Rara vez o nunca

2  Casi siempre                                      5  No sabe

3  Algunas veces                                      6  No responde

**P41** Cuando está bajo mucho estrés o con mucha tensión, ¿Qué hace Ud. la mayoría de las veces? (MARQUE LA MÁS IMPORTANTE)

**Mostrar tarjeta N° 2**

1  Fuma

2  Sale

3  Come

4  Se descarga con sus hijos o pareja

5  Se sirve un trago

6  Le grita a la primera persona que lo hace enojar (vendedor, compañeros de trabajo)

7  Busca estar solo (a)

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

9  Duerme

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

11  Respira profundo, descansa

12  No hace nada

13  No se siente estresado (a)

14  Otro

15  No sabe

16  No responde

**P42** En general Ud. diría que su estilo de vida, es decir, la forma en que se relaciona, trabaja, se recrea y se alimenta es:

1  Muy malo                                      6  Bueno

2  Malo    7  Muy bueno

3  Menos que regular                                      8  No sabe

4  Regular    9  No responde

5  Más que regular

Las siguientes preguntas hacen referencia a su alimentación y actividad física.

**P43** ¿Con qué frecuencia toma desayuno?

1  Todos los días

2  Casi siempre

3  A veces

4  Nunca

**P44** ¿Ud. le agrega sal a las comidas en la mesa?

1  Nunca

2  Sólo cuando la comida no tiene suficiente sal

3  Siempre, antes de probar la comida

**P45** En la última semana, ¿Con qué frecuencia Ud. consumió los siguientes alimentos? **Mostrar tarjeta N° 3**

Alimentos	Todos los días	4-6 días a la semana	2-3 días a la semana	1 vez a la semana	Ocasional o nunca	NS	NR
Verduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legumbres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frituras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pescados (no mariscos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leche, queso y Yogurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebidas gaseosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**P46** En relación a su actividad física ¿Con qué frase Ud. se siente más representado(a)?

1  Pasa la mayor parte del tiempo sentado(a) y camina poco

2  Camina bastante, pero no realiza ningún esfuerzo vigoroso

3  Hace esfuerzos vigorosos frecuentemente

4  Su actividad es habitualmente vigorosa y de mucho esfuerzo

**P47** En el último mes ¿Practicó Ud. deporte o realizó actividad física, fuera de su horario de trabajo, durante 30 minutos o más cada vez?

1  3 o más veces por semana } **Pasar a P49**

2  1 a 2 veces por semana }

3  Menos de 1 vez a la semana } **Pasar a P48**

4  No practicó deporte en el mes }



**P48** Si Ud. no practicó deporte en el último mes, o lo hizo menos de 1 vez por semana, indique

**¿Cuál es la principal razón para no haber practicado más actividad física?**

- 1  Su salud no se lo permite
- 2  No le interesa o no le motiva
- 3  No tuvo tiempo
- 4  No tiene lugares donde hacerlo
- 5  No le alcanza la plata para hacerlo
- 6  Otra

Las siguientes preguntas están relacionadas con exposición y consumo de tabaco.

**P49** En este hogar ¿Se permite fumar dentro de la casa? (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN)

- 1  Nunca
- 2  Sí, en ocasiones (fiestas, visitas, otras)
- 3  Sí, algunas personas pueden fumar
- 4  Sí, está permitido para todas las personas

**P50** En su hogar ¿Está Ud. expuesto al humo de cigarrillo?

- 1  Sí
- 2  No

**P51** En su lugar de trabajo o estudio ¿Está Ud. expuesto al humo de cigarrillo?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No trabaja ni estudia

**P52** ¿Ha fumado Ud. al menos un cigarrillo en el último mes?

- 1  Sí (pase a P55)
- 2  No, dejó de fumar hace menos de 6 meses (pase a P55)
- 3  No, dejó de fumar hace más de 6 meses (pase a P53)
- 4  No, nunca ha fumado (pase a P55)

**P53** Si dejó de fumar hace más de 6 meses, ¿Cuál de las siguientes frases representa de mejor forma el motivo por el que lo hizo? (MARQUE SÓLO UNA)

- 1  Otras personas lo presionaron para que dejara de fumar
- 2  Problemas de salud propios
- 3  Problemas de salud de algún miembro de su familia
- 4  Embarazo suyo o de su pareja
- 5  Se convenció de que fumar es dañino para la salud
- 6  Otra
- 7  No sabe
- 8  No responde

**P54** Si dejó de fumar hace más de 6 meses ¿Cuál fue el factor más importante que lo ayudó a dejar de fumar efectivamente? (SÍ ES MÁS DE UNO, MARQUE LA MÁS IMPORTANTE)

- 1  Ayuda profesional
- 2  Restricciones de espacios para fumar
- 3  Elevados precios de los cigarrillos o tabaco
- 4  Propia voluntad
- 5  Familia o persona cercana
- 6  Otro
- 7  No sabe
- 8  No responde

Las próximas siete preguntas se refieren a su consumo de alcohol. Si Ud. no bebe alcohol, igualmente conteste las preguntas.

**P55** En relación al consumo de alcohol, conteste Si o No: no deje preguntas sin responder

	Sí	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"/>


Las preguntas que siguen, se refieren a la percepción que Ud. tiene en torno a su peso

**P56** Actualmente, ¿Está Ud. haciendo algo para mantener controlado su peso, es decir, para no subir de peso? (MARQUE SÓLO UNA, LA MÁS IMPORTANTE)

- 1  Sí, está haciendo dieta por su cuenta
- 2  Sí, hace ejercicio periódicamente
- 3  Sí, toma medicamentos (no indicado por profesional de la salud)
- 4  Sí, consume productos naturales (homeopatía, hierbas, vinagre de manzana, otros)
- 5  Sí, está en tratamiento con un profesional de salud (nutricionista, médico)
- 6  Sí, otros
- 7  No, no hace nada

**P57** ¿Cómo considera Ud. que es su peso según los dibujos que se presentan a continuación? (ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO)

Mostrar tarjeta N° 4



1      2      3      4      1      2      3      4

**(Encuestador: las preguntas 58 a 71 deben ser respondidas sólo por las personas que contestan en RPH P09 Situación laboral los códigos 1, 2 y 4.)**

Las siguientes preguntas hacen referencia a los distintos aspectos de su vida laboral.

**P58** Actualmente, ¿Realiza Ud. algún trabajo, con o sin contrato?

1  Sí, fuera de la casa (pase a P59)

2  Sí, dentro de la casa, (No considerar Quehaceres de su hogar) (pase a P60)

3  No (pase a P 72)

---

**P59** En la última semana, ¿Cuánto tiempo ocupó en trasladarse a su trabajo cada día? (sume el tiempo de ida y de vuelta).

Horas  Minutos diarios

---

**P60** En la última semana, ¿Cuántas horas al día dedicó usted a su trabajo?

Nº de horas al día

En las próximas preguntas, responda señalando sólo una alternativa.

	Siempre o casi siempre	A veces	Nunca	NS	NR
<b>P61</b> Cuando Ud. no está en su casa, ¿Las tareas domésticas se quedan sin hacer?					
<b>P62</b> Cuando Ud. está en el trabajo, ¿Piensa en las tareas domésticas y familiares?					
<b>P63</b> ¿Hay situaciones en las que Ud. necesitaría estar en el trabajo y en la casa al mismo tiempo?					
<b>P64</b> ¿Le alcanza el tiempo para estar al día con su trabajo?					
<b>P65</b> Cuando termina la jornada laboral, ¿Le cuesta olvidar los problemas del trabajo?					
<b>P66</b> Su trabajo, en general, ¿Es desgastador emocionalmente?					
<b>P67</b> ¿Su trabajo requiere que esconda sus emociones?					

**P68** De la siguiente lista, ¿Qué situaciones o problemas de su trabajo le afectan en su calidad de vida?

CONTESTE SÍ O NO, REGISTRE LAS RESPUESTAS SEGÚN LOS SIGUIENTES CÓDIGOS: SÍ=1; NO=2; NO SABE=3; NO RESPONDE=4 **Mostrar tarjeta N° 5**

1  Horario de trabajo (excesivas horas, turnos nocturnos o festivos)

2  Mala iluminación

3  Mala ventilación

4  Trabajo repetitivo y rápido, sin pausas suficientes

5  Posturas molestas o esfuerzos musculares excesivos

6  Gran atención y concentración

7  Gran responsabilidad

8  Inestabilidad en el trabajo

9  Variabilidad del sueldo

10  Maltrato psicológico o físico

11  Falta de oportunidades de promoción e incentivos

12  Acoso sexual en el trabajo

13  Aire contaminado por humo de tabaco

14  Nivel molesto de ruido

15  Inhalación de sustancias, polvos, humos o vapores

16  Frío, calor, cambios bruscos de temperatura o humedad

17  Radiaciones (solares u otras)

18  Riesgo de accidentes del trabajo (caídas, quemaduras, descarga eléctrica, otro)

19  Riesgos de adquirir enfermedad profesional (tendinitis, laringitis crónica, lumbago crónico, silicosis, sordera, asbestosis, cáncer ocupacional, dermatitis, otra)

20  Infecciones debidas al trabajo o actividad que realiza

21  Riesgos de accidentes del tránsito

22  Otros

23  Ninguno

---

**P69** ¿Que parte del trabajo familiar y doméstico hace Ud.?( MARQUE SÓLO LA FRASE QUE MÁS LO REPRESENTA)

1  Es el (la) principal responsable y hace la mayor parte de las tareas familiares y domésticas

2  Hace aprox. la mitad de las tareas familiares y domésticas

3  Hace aproximadamente una cuarta parte de las tareas familiares y domésticas

4  Sólo hace tareas puntuales

5  No hace ninguna o casi ninguna de estas tareas

---

**P70** ¿Alguien en su hogar o persona cercana, se ha quejado porque Ud. le dedica mucho tiempo a su trabajo?

1  Sí, a menudo

2  Sí, ocasionalmente

3  Rara vez o nunca

4  No sabe

5  No responde

**P71** En su lugar de trabajo ¿Está permitido fumar?

1  No, en ninguna parte

2  Sí, sólo en algunos lugares

3  Sí, en todas partes

4  No sabe

5  No responde

Las siguientes preguntas se refieren a situaciones relacionadas con su salud.

**P72** En las últimas dos semanas, ¿Ha tenido Ud. alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud? CONTESTE SÍ O NO, REGISTRE LAS RESPUESTAS SEGÚN LOS SIGUIENTES CODIGOS: SÍ=1; NO=2; NO SABE=3; NO RESPONDE=4 **Mostrar tarjeta N° 6**

1  Fiebre

2  Dolor de cabeza o cuello (migraña, jaqueca, neuralgia, cervicalgia, otro)

3  Enfermedad o molestia respiratoria (gripe, tos, dolor de garganta, bronquitis, dolor de oídos, sinusitis, faringitis, bronconeumonía, amigdalitis, otra)

4  Enfermedad o molestia intestinal o digestiva (diarrea, dolor de estómago, hinchazón, gastroenteritis, gastritis, otra)

5  Problema dental (dolor de dientes o muelas, ruptura de dientes o muelas, infecciones dentales, caída de dientes, inflamación de encías, otro)

6  Dolor de espalda o lumbago

7  Dolor de huesos y articulaciones (reumatismo, dolor de articulaciones, coyunturas o juanetes)

8  Depresión, angustia o neurosis

9  Problemas al riñón (infección urinaria, cólico renal, pielonefritis, cistitis, nefritis, otro)

10  Peritonitis, apendicitis o colecistitis

11  Enfermedad a la piel (alergias)

12  Desorientación y trastorno conductual repentino (por ej. perderse en lugares conocidos, tener conductas no habituales o inapropiadas)

13  Pérdida de equilibrio que provoca caída (mareos, vértigo, caídas no por accidente)

14  Problemas de las mamas (mastitis, quistes, otro)

15  Problemas ginecológicos (hemorragias, flujo vaginal anormal, infección vaginal, otro) **SÓLO MUJERES**

16  Problemas del embarazo (pérdidas o aborto, hipertensión del embarazo, diabetes del embarazo o gestacional, otro) **(SÓLO MUJERES)**

17  Enfermedades del aparato reproductor masculino (dificultades para orinar, dolor o inflamación de testículo, torsión testicular) **SÓLO VARONES**

18  Otros

**P73** En los últimos 6 meses, ¿Ha tenido Ud. algún accidente como golpe, caída, herida, fractura, quemadura o envenenamiento, por el que necesitó acudir a un establecimiento asistencial o profesional de la salud?

1  Sí

2  No

(pase a P74) (pase a P76)

**P74** ¿En qué lugar ocurrió el accidente? Si ocurrió más de un accidente referirse al más reciente

MARQUE SÓLO UNA

1  En la casa

2  Accidente de tránsito, en calle o carretera

3  En la calle, pero no fue de tránsito

4  En el trabajo

5  En el lugar de estudio

6  En el lugar de recreación (gimnasio, estadio, parque, discoteca, otro)

7  Otro

8  No sabe

9  No responde

**P75** ¿Qué efecto o daño le causó el accidente? Refiérase al accidente más reciente

MARCAR TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

1  Pérdida de conciencia o conocimiento por golpe en la cabeza

2  Fracturas, quebraduras o heridas graves

3  Contusiones, moretones, cardenales, esguinces, luxaciones o torceduras

4  Envenenamiento o intoxicación

5  Quemaduras

6  Ahogamiento o sofocación

7  Otros

8  No sabe

9  No responde

Las siguientes preguntas indagan sobre dificultades para realizar ciertas actividades de su vida cotidiana.

<b>P76</b> ¿ Tiene Ud. alguna dificultad para...		No tiene dificultad	Tiene alguna dificultad	Tiene mucha dificultad	No puede hacerlo
<b>ACTIVIDADES DE SU VIDA COTIDIANA</b>					
1	¿Leer el diario o ver objetos pequeños incluso usando lentes?				
2	¿Oír conversaciones de al menos tres personas, o la radio y televisión a volumen normal, incluso usando audífono?				

Contiúa en la siguiente página

P76 ¿ Tiene Ud. alguna dificultad para...				
ACTIVIDADES DE SU VIDA COTIDIANA	No tiene dificultad	Tiene alguna dificultad	Tiene mucha dificultad	No puede hacerlo
3 ¿Hablar?				
4 ¿Viajar en micro o metro?				
5 ¿Tomar o manipular objetos (lápiz, peineta, tijera)?				
6 ¿Mascar o masticar cosas duras, como manzanas o zanahoria?				
7 ¿Controlar esfínteres (controlar su necesidad de ir al baño)?				

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud y cómo esta afecta su vida cotidiana. Por favor conteste lo que le parezca más cercano a lo que Ud. piensa o siente .

P77 En general, Ud. diría que su salud es:	
1 <input type="checkbox"/> Excelente	4 <input type="checkbox"/> Regular
2 <input type="checkbox"/> Muy buena	5 <input type="checkbox"/> Mala
3 <input type="checkbox"/> Buena	

P78 Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que Ud. podría hacer en un día normal. **Su salud actual ¿Lo(a) limita para realizar estas actividades?. Si es así, ¿Cuánto?**

ACTIVIDADES	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
1 Realizar <b>esfuerzos moderados</b> como mover una mesa, barrer, pasar la aspiradora o caminar más de 1 hora			
2 Subir <b>varios</b> pisos por la escalera			

P79 Durante las **últimas 4 semanas** ¿Con que frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

ACTIVIDADES	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Rara vez	Nunca
1 ¿Hizo menos de lo que hubiese querido hacer?					
2 ¿Tuvo que <b>dejar de hacer algunas tareas</b> en su trabajo o en sus actividades cotidianas?					

P80 Durante las **últimas 4 semanas** ¿Con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de **algún problema emocional** (como estar triste, deprimido (a) o

ACTIVIDADES	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Rara vez	Nunca
1 ¿Hizo menos de lo que hubiese querido hacer <b>por algún problema emocional</b> ?					
2 ¿Hizo su trabajo u otra actividad <b>con menos cuidado</b> que el de costumbre <b>por algún problema emocional</b> ?					

P81 Durante las **últimas 4 semanas**, si ha tenido algún dolor ¿Hasta que punto éste ha interferido con sus tareas normales (incluido el trabajo dentro y fuera de la casa)?

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Nada    | 4 <input type="checkbox"/> Bastante           |
| 2 <input type="checkbox"/> Un poco | 5 <input type="checkbox"/> Mucho              |
| 3 <input type="checkbox"/> Regular | 6 <input type="checkbox"/> No ha tenido dolor |

P82 Las siguientes preguntas se refieren a como se ha sentido en **las últimas 4 semanas**. En cada pregunta responda a lo que más se le parezca a como se ha sentido Ud. durante las **últimas 4 semanas**, ¿Con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Rara vez	Nunca
1 Se sintió tranquilo(a) y calmado(a)?					
2 Se sintió con mucha energía?					
3 Se sintió desanimado(a) o deprimido (a)?					

P83 Durante **las últimas 4 semanas** ¿Con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales? (como por ejemplo visitar amigos o familiares)

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Siempre       | 4 <input type="checkbox"/> Rara vez |
| 2 <input type="checkbox"/> Casi siempre  | 5 <input type="checkbox"/> Nunca    |
| 3 <input type="checkbox"/> Algunas veces |                                     |

A continuación, hay una serie de preguntas que hacen referencia a distintos aspectos relacionados con actividad sexual y uso de anticonceptivos.

P84 ¿Ha tenido Ud. relaciones sexuales alguna vez?	
1 <input type="checkbox"/> Sí (pase a P85)	} TERMINA MÓDULO INDIVIDUAL
2 <input type="checkbox"/> No	
3 <input type="checkbox"/> No sabe	
4 <input type="checkbox"/> No responde	



## INSTRUCCIONES SOBRE EL LLENADO DEL MODULO INFANTIL

1.- **Persona que debe contestar la encuesta:** El encuestador identificará al cuidador(a) del niño para aplicar la encuesta, a quien se le harán las preguntas del Módulo Infantil, si este no se encuentra en el domicilio deberá volver las veces que sea necesario hasta encontrarlo.

2.- **Cuidador del niño:** es la persona que decide y realiza las conductas en relación al desarrollo, salud y educación de los niños dentro del hogar. Habitualmente esta persona corresponde a la madre del menor, sin embargo, en algunos casos esta persona puede ser el padre, abuela u otra persona que cumpla el mismo rol.

3.- El encuestador debe leer en voz alta la pregunta y las alternativas cuando corresponda, al encuestado. Además, puede repetirla si no ha sido entendida.

4.- El encuestador debe identificar a todos los menores de 15 años que viven con la persona encuestada, registrando el número asignado en el Registro de Personas del Hogar (RPH), y obtener los datos requeridos por la encuesta en cada uno de los ítems. Debe recordar que las preguntas están diferenciadas por edad.

**4. MODULO INFANTIL**  
**Hogares con niños de 15 años o menos**

**SECCIÓN I**

**PARA NIÑOS MENORES DE CUATRO AÑOS (HASTA 3 AÑOS 11 MESES)**

**Las siguientes preguntas tienen relación con el cuidado de los niños menores de cuatro años que viven en este hogar**

<b>P90</b>	<b>"Durante un mes regular del año (sin vacaciones), ¿Dónde recibe cuidados... (Diga el nombre del niño)?"</b>	
	<b>Número de línea del niño o niña en la RPH</b>	
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>1</b>	En la casa por la madre	<input type="text"/>
<b>2</b>	En la casa por el padre	<input type="text"/>
<b>3</b>	En la casa por hermanos mayores	<input type="text"/>
<b>4</b>	En la casa por el abuelo/a	<input type="text"/>
<b>5</b>	En la casa por otro familiar	<input type="text"/>
<b>6</b>	En la casa por una persona contratada para estos efectos.	<input type="text"/>
<b>7</b>	En casa de vecina sin pagar <b>(pase a SECCIÓN II)</b>	<input type="text"/>
<b>8</b>	Jardín infantil o sala cuna (JUNJI / Integra / Colegio) <b>(pase a SECCIÓN II)</b>	<input type="text"/>
<b>9</b>	Fuera de la casa por un familiar <b>(pase a SECCIÓN II)</b>	<input type="text"/>
<b>10</b>	Fuera de la casa por una vecina a la que se le paga <b>(pase a SECCIÓN II)</b>	<input type="text"/>
<b>11</b>	Otro <b>(pase a SECCIÓN II)</b>	<input type="text"/>

<b>P91</b>	<b>¿Usted estaría dispuesta (o) a enviar a ..... a un lugar fuera del hogar para que reciba cuidados? (MARQUE SÓLO UNA ALTERNATIVA).</b>	
	<b>Lugar fuera del hogar:</b>	<b>Número de línea del niño o niña en la RPH</b>
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>1</b>	Sí, a sala cuna	<input type="text"/>
<b>2</b>	Sí, a centro comunitario	<input type="text"/>
<b>3</b>	Sí, a jardín infantil	<input type="text"/>
<b>4</b>	Sí, a vecina que cuida niños	<input type="text"/>
<b>5</b>	No, a ninguno	<input type="text"/>







**La siguiente pregunta se refiere al estado de salud de los niños menores de 15 años que viven en este hogar**

¿Alguna vez en la vida UN MEDICO LE HA DIAGNOSTICADO a ..... (Nombre del niño) una o más de las siguientes problemas de salud?

**Mostrar tarjeta N° 8**

**ENCUESTADOR: REGISTRE LAS RESPUESTAS USANDO LOS SIGUIENTES CODIGOS:**

**1 = Sí; 2 = No; 3 = No sabe; 4 = No responde**

P99	DIAGNOSTICO	Número de línea del niño o niña en la RPH						
1	Presión alta, hipertensión							
2	Diabetes, azúcar en la sangre							
3	Enfermedad respiratoria crónica (bronquitis crónica, asma, displasia broncopulmonar)							
4	Epilepsia							
5	Depresión							
6	Insuficiencia renal (diálisis, transplante)							
7	Problemas de audición							
8	Problemas de visión ( astigmatismo, miopía, estrabismo, ceguera)							
9	Síndrome de Down u otra alteración genética							
10	Prematurez							
11	Malformaciones congénitas (cardiopatías, labio leporino, pie Bott, otra)							
12	Deficiencia Mental							
13	Enfermedad celíaca							
14	Problemas de la piel por más de 6 meses (dermatitis crónica, exema, dermatitis atópica, otro)							
15	Trastorno por déficit atencional hiperkinético							
16	Trastornos de la alimentación: anorexia o bulimia							
17	Problema motor (problemas para moverse o caminar)							
18	Otro problema crónico.							
19	Ninguna							

**P100** ¿Tiene este hogar alguno de los siguientes artefactos o servicios?

- 1  Teléfono de red fija
- 2  Computador, notebook
- 3  Conexión a internet
- 4  Calefont u otro sistema de agua caliente
- 5  Horno microondas
- 6  Televisor a color
- 7  Refrigerador
- 8  Videograbador, DVD o pasapelículas

**P101** ¿Pertenece usted a alguno de los siguientes pueblos originarios o indígenas?

- 1  Alacalufe (kawashcar)
- 2  Atacameño
- 3  Aimara
- 4  Colla
- 5  Mapuche
- 6  Quechua
- 7  Rapa nui
- 8  Yámana (yagan)
- 9  Ninguno de los anteriores

**P102** ¿Tiene este hogar alguno de los siguientes vehículos destinados sólo para el uso particular?

1 <input type="checkbox"/> Bicicleta	4 <input type="checkbox"/> Automóvil, station
2 <input type="checkbox"/> Moto, motoneta, bicimoto	5 <input type="checkbox"/> Camioneta, van, jeep
3 <input type="checkbox"/> Furgón	6 <input type="checkbox"/> Lancha, velero, bote

**ENCUESTADOR:** Agradezca a nombre del Instituto Nacional de Estadísticas la colaboración entregada por el informante para contestar esta encuesta y la importancia que ello tiene para las estadísticas que se requieren sobre CALIDAD DE VIDA Y SALUD.

### CONTROL DE CALIDAD

<b>FECHA</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FIRMA</b>
/ /2005	Revisor 1		
<b>FECHA</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FIRMA</b>
/ /2005	Revisor 2		
<b>FECHA</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FIRMA</b>
/ /2005	Codificador		

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**ENCUESTA APROBADA:**

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR</b>	<b>CODIGO</b>	<b>FECHA</b>	<b>FIRMA</b>