



ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2003
Primera Visita al Hogar

F - 1

Folio:

—

Identificación del Entrevistado

Nombre		RUT			
Dirección: Calle		N°		Dp.	
Villa o población		Comuna			
Teléfonos		Región			
	Criterios de exclusión	1. Embarazada 2. Paciente siquiátrico violento	<input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento	

	Fecha	Hora de inicio	Hora de término	Resultado de la entrevista (*)	Encuestador	Cod.
1ª Visita	/ / 2003	:	:			
2ª Visita	/ / 2003	:	:			
3ª Visita	/ / 2003	:	:			

(*) Código: 1 = Entrevistado(a) 2 = Rechazó visita 3 = Persona ausente 4 = Excluido 5 = Hospitalizado 6 = Fallecido
7 = Otra razón. Especifique

I. CARACTERIZACION DEL ENTREVISTADO

1. Sexo	
1. Hombre 2. Mujer	
2. Edad	
Calcule edad según fecha de nacimiento	
3. Estado civil	
1. Soltero 2. Casado 3. Conviviente 4. Separado o anulado 5. Viudo 9. NS/NR	
4. ¿Cuál es el último curso y tipo de estudios que aprobó?	
0. Analfabeto, sin estudios 1. Preparatoria (S. Antiguo) 2. Básica 3. Humanidades (S. Antiguo) 4. Media Científico Humanista 5. Comercial, Industrial, Técnica o Normal (S. Antiguo) 6. Media Técnico Profesional 7. Superior Técnica (4º Medio o 6º Humanidades aprobado) 8. Superior Universitaria 9. NS/NR	Curso Tipo
Total años de estudio →	
5. ¿Cuál es su situación laboral actual?	
1. Trabaja en forma dependiente (con patrón o empleador) 2. Trabaja independiente (empresario o por cuenta propia) 3. Cesante 4. Busca trabajo por 1ª vez 5. Estudiante 5. Jubilado 6. Dueña de casa 7. Inactivo. Especifique: _____ 9. NS/NR	

6. ¿Cuál es su profesión u oficio?

7. ¿El entrevistado tiene dificultades para hablar el Español?

1. Sí → Indique su primer idioma: _____
2. No

Encuestador: Si el entrevistado nació después del 31 de Marzo de 1943 (es **menor de 60 años**), pase a Módulo III, en caso contrario continúe con el Módulo II. Evaluación Cognitiva.

II. EVALUACION COGNITIVA

Leer: En esta encuesta le vamos a preguntar sobre algunos problemas de salud. Nos gustaría empezar con algunas preguntas sobre su memoria.

8. Ud. diría que su memoria es excelente, muy buena, buena, regular o mala?

1. Excelente
2. Muy buena
3. Buena
4. Regular
5. Mala
6. No sabe
7. No responde

Leer: Ahora voy a hacerle algunas preguntas simples, sólo para saber si nos estamos entendiendo bien, no importa si se equivoca o no sabe la respuesta.

9. Por favor, dígame la fecha de hoy. *(Sondee día, mes, año, día de la semana e indique si la respuesta es correcta)*

	Sí	No
Día del mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Día de la semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntaje total *(Anote 1 punto por cada respuesta correcta)*

<input type="text"/>

10. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante.

Encuestador: Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos.

Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones).

	Sí	No
Arbol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntaje total *(Anote 1 punto por cada respuesta correcta)* →

Nº de repeticiones *(Número de veces que debió leer)* →

<input type="text"/>
<input type="text"/>

11. Ahora voy a decirle algunos números y quiero que me los repita al revés, es decir, de atrás para adelante:

1, 3, 5, 7, 9.

Secuencia correcta	9	7	5	3	1
Respuesta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Puntaje total *Al puntaje máximo, 5 puntos, se le resta un punto por cada número omitido, sobrante o mencionado fuera de orden.* →

(No castigar 2 veces el mismo casillero)

<input type="text"/>

12. Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas.

Encuestador: Después de dar las instrucciones, entréguele un papel y anote si cada acción fue realizada correctamente.

	Sí	No
Toma el papel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dobla el papel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coloca el papel sobre las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntaje total *(Anote 1 punto por cada acción correcta)* →

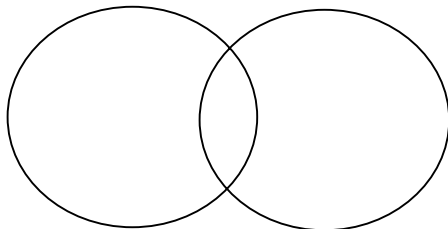
<input type="text"/>

13. Hace un momento le leí una serie de tres palabras y Ud. repitió las que recordó. Por favor dígame ahora cuáles recuerda.

	Sí	No
Arbol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puntaje total (Anote 1 punto por cada respuesta correcta) →	<input type="checkbox"/>	

14. Por favor copie este dibujo en la hoja que tiene en sus manos:

Encuestador: Muestre al entrevistado el dibujo con dos círculos que se cruzan o interceptan..



Puntaje: Anote un punto si el entrevistado dibuja los dos círculos en forma correcta. El dibujo es correcto si los círculos no se cruzan más allá del 50%, es decir, un círculo no sobrepasa el centro del otro.

15. Puntaje total.

Encuestador: La puntuación máxima es de 19 puntos.

Si la persona obtiene menos de 13 puntos, debe continuar con el TEST DE PFEFFER para confirmar si la persona necesita un ayudante para contestar el resto de la encuesta.

Si la persona obtuvo 13 ó más puntos, continúe con el Módulo VISION.

Puntaje Total en Preguntas 8 a 14 →

Test de Pfeffer

16. ¿Alguna otra persona que reside en esta casa pudiera ayudarnos a contestar algunas preguntas?

1. Sí → ¿Quién podría ser ? _____
2. No → Finalice la encuesta, agradezca al entrevistado y entregue citación para enfermera.

<p>17. Realice las siguientes preguntas respecto al entrevistado, a la persona que lo va a ayudar a contestar la encuesta.</p> <p>Encuestador → Mostrar TARJETA 1.</p> <p>0. Es capaz o podría hacerlo, aunque nunca lo ha hecho.</p> <p>1. Puede hacerlo, pero con alguna dificultad o nunca lo ha hecho y tendría dificultad ahora.</p> <p>2. Necesita ayuda para hacerlo.</p> <p>3. No es capaz de hacerlo.</p>	
a. Don(ña) _____, ¿es capaz de manejar su propio dinero?	<input type="checkbox"/>
b. Don(ña) _____, ¿es capaz de hacer compras sólo (por ejemplo la comida o ropa)?	<input type="checkbox"/>
c. Don(ña) _____, ¿es capaz de calentar el agua para el café o el té y apagar la cocina?	<input type="checkbox"/>
d. Don(ña) _____, ¿es capaz de preparar la comida?	<input type="checkbox"/>
e. Don(ña) _____, ¿es capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos y de lo que pasa en el vecindario?	<input type="checkbox"/>
f. Don(ña) _____, ¿es capaz de poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión o un artículo del periódico?	<input type="checkbox"/>
g. Don(ña) _____, ¿es capaz de recordar compromisos y acontecimientos familiares?	<input type="checkbox"/>

h. Don(ña) _____, ¿es capaz de administrar y manejar sus propios medicamentos?	<input type="checkbox"/>
i. Don(ña) _____, ¿es capaz de andar por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?	<input type="checkbox"/>
j. Don(ña) _____, ¿es capaz de saludar a sus amigos(as) adecuadamente?	<input type="checkbox"/>
k. Don(ña) _____, ¿es capaz de quedarse sólo(a) en casa sin problemas?	<input type="checkbox"/>
Puntaje total →	
<p>6 ó más puntos → Continúe la encuesta con la ayuda del familiar y revise los datos del Módulo Identificación.</p> <p>5 ó menos puntos → Continúe la encuesta con el entrevistado y si necesita ayuda para contestar algunas preguntas, consulte al familiar que lo cuida.</p>	

18. ¿Cómo se siente con su vida en general (trabajo, familia, bienestar, salud, amor, ...)? (Mostrar Tarjeta 4)

1. Muy mal
2. Mal
3. Menos que regular
4. Regular
5. Más que regular
6. Bien
7. Muy bien

III. Encuesta de Síntomas: ANGINA

Lea → Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre síntomas en el pecho (En mujeres, aclarar que nos referimos al tórax y no a las mamas).

19. ¿Ha sentido alguna vez dolor o molestias en el pecho? 1. Sí → Pase a P.20 2. No → Pase a P.24	<input type="checkbox"/>
20. Este dolor o molestia, ¿le ocurre cuando camina en subida o apurado (es decir, cuando sube una loma, cerro o escaleras o caminar rápido)? 1. Sí → Pase a P.22 2. No → Pase a P.24 3. A veces (ocasionalmente) → Pase a P.21 4. No, nunca camina en subida o apurado → Pase a P.22 5. No, no puede caminar → Pase a P.24	<input type="checkbox"/>
21. ¿Le sucede esto la mayoría de las veces? 1. Sí → Pase a P.22 2. No → Pase a P.24	<input type="checkbox"/>
22. ¿Le viene cuando camina a paso normal en terreno plano? 1. Sí → Pase a P.24 2. No → Pase a P.24 3. A veces (ocasionalmente) → Pase a P.23 4. No, nunca camina a paso normal en nivel plano Pase a → P.24 5. No puede caminar → Pase a P.24	<input type="checkbox"/>
23. ¿Le sucede esto la mayoría de las veces? 1. Sí 2. No	<input type="checkbox"/>

IV. Encuesta de Síntomas: VISION

24. ¿Ud. piensa que su vista es: 1. Buena 2. Regular 3. Mala 4. No contesta	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

V. Encuesta de Síntomas: AUDICION

Lea → Ahora le voy a hablar de sus oídos. Si usa audífono, conteste las siguientes preguntas pensando en cómo escucha sin audífono.

25. ¿Considera que escucha en forma normal por los dos oídos? 1. Sí 2. No	<input type="checkbox"/>
26. ¿Es capaz de seguir un programa de TV a un volumen aceptable para los demás? 1. Sí 2. No	<input type="checkbox"/>
27. ¿Es capaz de seguir una conversación de tres o más personas? 1. Sí 2. No	<input type="checkbox"/>
Nota: Si la respuesta es NO en cualquiera de las tres preguntas anteriores, continuar con las siguientes preguntas, en caso contrario, pase a Pregunta 34.	

28. Por esta molestia, ¿ha sido examinado por un otorrinolaringólogo (especialista en oídos y nariz)? 1. Sí 2. No → Pase a P.34	<input type="checkbox"/>
29. ¿El médico le indicó usar audífono? 1. Sí 2. No → Pase a P.34	<input type="checkbox"/>
30. ¿Tiene audífono? 1. Sí 2. No → Pase a P.34	<input type="checkbox"/>
31. ¿Lo usa? 1. Sí 2. No → Pase a P.34	<input type="checkbox"/>
32. ¿Logra participar en conversaciones de tres o más personas con el uso del audífono? 1. Sí 2. No	<input type="checkbox"/>
33. ¿Logra escuchar la TV a un volumen aceptable para el resto con el uso del audífono? 1. Sí 2. No	<input type="checkbox"/>

VI. Encuesta de Síntomas: ARTICULACIONES

Lea → Las siguientes preguntas se refieren a sus huesos, músculos, articulaciones o coyunturas. (Mostrar TARJETA 2: Figura Humana).

34. En los últimos 7 días, ¿ha tenido algún problema, es decir, dolor, rigidez, sensibilidad (dolor a la presión), hinchazón en sus huesos, músculos, articulaciones o coyunturas? 1. Sí 2. No → Pase a P. 41	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

35. ¿Por cuánto tiempo ha tenido este problema? _____ años y _____ meses y _____ días	<input type="checkbox"/>				
36. ¿En qué lugar tuvo el problema? Por favor muestre en este diagrama el o los lugares donde Ud. ha tenido la molestia en los últimos 7 días. <i>Mostrar TARJETA 2 y verificar (lado derecho o izquierdo) pidiendo que le muestre con la mano dónde le dolía</i>					
	Sí No				
	Sí No				
a. Cuello izquierdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Cuello derecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hombro izquierdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Hombro derecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Espalda arriba izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Espalda arriba der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Espalda abajo izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Espalda abajo der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Codo izquierdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Codo derecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Muñeca izquierda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l. Muñeca derecha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Dedos mano izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n. Dedos mano der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Cadera izquierda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	p. Cadera derecha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Rodilla izquierda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	r. Rodilla derecha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. Tobillo izquierdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	t. Tobillo derecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. Dedos pie izquierdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	v. Dedos pie derecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w. Otra articulación. Especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x. No contesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	y. No sabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Tuvo algún traumatismo (accidente, golpe o torcedura) que causara el dolor, sensibilidad, hinchazón o rigidez? 1. Sí 2. No → Pase a P.39 3. No sabe, no responde	
38. ¿Qué traumatismo causó el dolor, sensibilidad, hinchazón o rigidez? 1. Fractura o hueso quebrado 2. Accidente automovilístico 3. Caída 4. Torcedura 5. Otra. Especifique:	
39. Por favor describa la intensidad del dolor que ha sentido en los últimos 7 días, utilizando una escala de 1 a 10, donde el 1 indica el dolor menos intenso y el 10, el dolor más intenso	
40. ¿Cómo describiría su dolor en los últimos 7 días? 1. Sin dolor 2. Leve 3. Moderado 4. Fuerte 5. Muy fuerte	
41. Si Ud. no ha tenido problemas, esto es, dolor, sensibilidad, hinchazón o rigidez en sus articulaciones, músculos o huesos durante los últimos 7 días, ¿ha tenido alguna vez antes algún problema de este tipo? 1. Sí 2. No → Pase a P.49	
42. ¿Por cuánto tiempo ha tenido este problema? _____ años y _____ meses y _____ días	

43. ¿En qué lugar tuvo el problema? Por favor muestre en este diagrama el o los lugares donde Ud. ha tenido la molestia antes de estos últimos 7 días.

*Mostrar **TARJETA 2** y verificar (lado derecho o izquierdo) pidiendo que le muestre con la mano dónde le dolía*

	Sí	No		Sí	No
a. Cuello izquierdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Cuello derecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hombro izquierdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Hombro derecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Espalda arriba izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Espalda arriba der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Espalda abajo izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Espalda abajo der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Codo izquierdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Codo derecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Muñeca izquierda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l. Muñeca derecha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Dedos mano izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n. Dedos mano der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Cadera izquierda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	p. Cadera derecha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Rodilla izquierda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	r. Rodilla derecha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. Tobillo izquierdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	t. Tobillo derecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. Dedos pie izquierdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	v. Dedos pie derecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w. Otra articulación. Especifique:					
x. No contesta	<input type="checkbox"/>		y. No sabe	<input type="checkbox"/>	

44. Tuvo algún traumatismo (accidente, golpe o torcedura) que causara el dolor, sensibilidad, hinchazón o rigidez? 1. Sí 2. No → Pase a P.46 3. No sabe, no responde	
45. ¿Qué traumatismo causó el dolor, sensibilidad, hinchazón o rigidez? 1. Fractura o hueso quebrado 2. Accidente automovilístico 3. Caída 4. Torcedura 5. Otra. Especifique: _____	
46. Por favor describa la intensidad del dolor que ha sentido en los últimos 7 días, utilizando una escala de 1 a 10, donde el 1 indica el dolor menos intenso y el 10, el dolor más intenso	
47. ¿Cómo describiría su dolor en los últimos 7 días? 1. Sin dolor 2. Leve 3. Moderado 4. Fuerte 5. Muy fuerte	
48. ¿El doctor le dio un nombre a su enfermedad o diagnosticó cuál era la causa de su dolor, sensibilidad, rigidez o hinchazón de sus huesos, articulaciones o músculos? 1. Sí → Especifique: _____ 2. No 3. No ha consultado a un doctor 4. No sabe, no responde	

49. En este momento Ud. es capaz de:	1. Sin ninguna dificultad 2. Con alguna dificultad 3. Con mucha dificultad 4. Incapaz de hacerlo
a. ¿Vestirse incluyendo amarrarse los zapatos y abotonarse?	
b. ¿Acostarse y levantarse de su cama?	
c. ¿Llevarse a la boca una taza o un vaso lleno?	
d. ¿Caminar por fuera de la casa en terreno plano?	
e. ¿Bañarse y secarse completamente?	
f. ¿Agacharse para recoger ropa del suelo?	
g. ¿Abrir y cerrar llaves de agua de tamaño regular?	
h. ¿Entrar y salir de un auto?	

VII. Encuesta de Síntomas: ESTOMAGO

<p>50. ¿Ha sentido sensación de ardor que le sube por el pecho en los últimos 6 meses?</p> <p><i>(En mujeres no considere períodos en que estuvo embarazada)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Menos de una vez por semana 3. Dos o más veces por semana desde hace semanas. 4. Dos o más veces por semana desde hace meses. 5. Dos o más veces por semana desde hace años. 	
<p>51. ¿Ha tenido la sensación que se le devuelven los alimentos desde el estómago en los últimos 6 meses</p> <p><i>(En mujeres no considere períodos en que estuvo embarazada)?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Menos de una vez por semana 3. Dos o más veces por semana desde hace semanas. 4. Dos o más veces por semana desde hace meses. 5. Dos o más veces por semana desde hace años. 	

VIII. Encuesta de Síntomas: DEPRESION

Lea → Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre su ánimo ...

<p>52. Durante los últimos 12 meses ¿ha tenido Ud. <u>dos semanas seguidas</u> o más en que se sintió triste, desanimado(a) o deprimido(a)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No → Pase a P.71 3. Estaba con medicamentos/antidepresivos (R. Espontánea) 	
--	--

Lea → Para las próximas preguntas, por favor piense en ese período de dos semanas o más, durante los últimos 12 meses, cuando estos sentimientos fueron peores.

<p>53. Durante ese período de dos semanas, el sentirse triste, desanimado(a) o deprimido(a) ¿le duró usualmente ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Todo el día? 2. La mayor parte del día? 3. Como la mitad del día? → Pasea P.71 4. Menos de la mitad del día? → Pasea P.71 	
<p>54. Durante esas dos semanas, ¿se sintió de esa manera ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Todos los días? 2. Casi todos los días? 3. Con menos frecuencia? → Pase a P.71 	
<p>55. Durante esas dos semanas o más, ¿perdió Ud. el interés en la mayoría de las cosas (como pasatiempos, trabajo o actividades que usualmente son placenteras para Ud.?)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí PERDIDA DE INTERES 2. No 	
<p>56. Durante esas mismas dos semanas, ¿se sintió Ud. más cansado(a) o con menos energía de lo habitual para usted?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí SENTIRSE CANSADO 2. No 	
<p>57. ¿Perdió o ganó peso sin desearlo, o se quedó más o menos en el mismo peso?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ganó peso 2. Perdió peso 3. Ganó y perdió peso (R. Espontánea). 4. Mantuvo su peso → Pase a P.60 5. Estaba a dieta (R. Espontánea) → Pase a P.60 	
<p>58. ¿Alrededor de cuántos kilos de peso ganó y/o perdió?</p>	

59. <i>Anotar sin preguntar.</i> ¿El cambio de peso fue mayor o igual a 5 kilos? 1. Sí 2. No	CAMBIO PESO	<input type="checkbox"/>
60. Durante esas dos semanas, ¿tenía Ud. más problemas de lo habitual para quedarse dormido? 1. Sí 2. No → Pase a P.59		<input type="checkbox"/>
61. Durante esas dos semanas, ¿le pasó esto ... 1. Todas las noches? 2. Casi todas las noches? 3. Con menos frecuencia?	PROBLEMAS PARA DORMIR PROBLEMAS PARA DORMIR	<input type="checkbox"/>

Encuestador: Si el entrevistado pregunta si aún estamos hablando de ese período de dos semanas o más, conteste sí.

62. Durante esas dos semanas, ¿tenía Ud. más dificultad de lo habitual para concentrarse? 1. Sí 2. No	PROBLEMAS PARA CONCENTRARSE	<input type="checkbox"/>
63. Las personas a veces se sienten mal consigo mismas, que valen poco, que no son suficientemente buenas. Durante esas dos semanas ¿se sintió Ud. de esa forma? 1. Sí 2. No	SE SENTIA DEPRIMIDO CONSIGO MISMO	<input type="checkbox"/>
64. Durante esas dos semanas, ¿pensó mucho en la muerte, ya fuese en la suya, en la de alguien más o en la muerte en general? 1. Sí 2. No	PENSAMIENTO DE MUERTE	<input type="checkbox"/>

ENCUESTADOR → Contestó SI en alguna de las siguientes preguntas:
52, 53, 56, 59, 60 ó 61, ó Alt. 1 ó 2 en P.58

1. [] Ninguna respuesta SI → Pase a Pregunta 86
2. [] Con alguna respuesta SI → continúe con P.62.

Lea → Vamos a repasar, Ud. mencionó que tenía dos semanas seguidas, durante los últimos 12 meses, en que se sintió triste, desanimado(a) o deprimido(a) y también tenía otros problemas como ... (Lea las tres primeras respuestas SI en preguntas 52, 53, 56, 59, 60 '0 61)

65. ¿Aproximadamente cuántas semanas en total se sintió así durante los últimos 12 meses? <i>Si respuesta espontánea es "año entero" anote 52 y pase a P.67</i>	<input type="checkbox"/>
66. Piense en el episodio más reciente de dos semanas seguidas o más cuando Ud. se sintió de esta manera. ¿En qué mes y año ocurrió?	<input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año
67. ¿Consultó a un doctor o médico sobre estos problemas? 1. Sí 2. No	<input type="checkbox"/>
68. ¿Consultó a otro profesional tal como psicólogo, enfermera, asistente social, sacerdote u otro consejero? 1. Sí 2. No	<input type="checkbox"/>
69. ¿Usó medicamentos, drogas o bebió alcohol más de una vez debido a estos problemas? 1. Sí 2. No	<input type="checkbox"/>

70. ¿Cuánto han interferido estos problemas con su vida o actividades ... 1. Mucho? → Pase a P.89 2. Más o menos? → Pase a P.89 3. Poco? → Pase a P.89 4. Nada? → Pase a P.89	
71. Durante los últimos 12 meses ¿alguna vez hubo un período que duró dos semanas o más en que Ud. perdió el interés en la mayoría de las cosas como pasatiempos, trabajo o actividades que usualmente hace para divertirse? 1. Sí 2. No → Pase a P.89 3. Estaba con medicamentos/antidepresivos (R. Espontánea)	

Lea → Para las próximas preguntas, por favor piense en ese período de dos semanas, durante los últimos 12 meses, cuando más perdió el interés en las cosas.

72. Durante ese período de dos semanas, la pérdida de interés en las cosas ¿le duró usualmente ... 1. Todo el día? 2. La mayor parte del día? 3. Como la mitad del día? → Pase a P.89 4. Menos de la mitad del día? → Pase a P.89	
73. Durante esas dos semanas, ¿se sintió de esa manera ... 1. Todos los días? 2. Casi todos los días? 3. Con menos frecuencia? → Pase a P.89	
74. Durante esas mismas dos semanas, ¿se sintió Ud. agotado(a), o con menos energía de lo habitual para Ud.? 1. Sí SENTIRSE CANSADO 2. No	

Encuestador: Si el entrevistado pregunta si aún estamos hablando de ese período de dos semanas o más, conteste sí.

75. ¿Perdió o ganó peso sin desearlo, o se quedó más o menos en el mismo peso? 73. Ganó peso 2. Perdió peso 3. Ganó y perdió peso (R. Espontánea). 4. Mantuvo su peso → Pase a P.78 5. Estaba a dieta (R. Espontánea) → Pase a P.78	
76. ¿Alrededor de cuántos kilos de peso ganó y/o perdió?	
77. <i>Anotar sin preguntar.</i> ¿El cambio de peso fue mayor o igual a 5 kilos? 1. Sí CAMBIO PESO 2. No	
78. Durante esas dos semanas, ¿tenía Ud. más problemas de lo habitual para quedarse dormido? 1. Sí 2. No → Pase a P.80	
79. Durante esas dos semanas, ¿le pasó esto ... 1. Todas las noches? PROBLEMAS PARA DORMIR 2. Casi todas las noches? PROBLEMAS PARA DORMIR 3. Con menos frecuencia?	
80. Durante esas dos semanas, ¿tenía Ud. más dificultad de lo habitual para concentrarse? 1. Sí PROBLEMAS PARA CONCENTRARSE 2. No	

81. Las personas a veces se sienten mal consigo mismas, que no son suficientemente buenas o valen poco. Durante esas dos semanas ¿se sintió Ud. de esa forma? 1. Sí SE SENTIA DEPRIMIDO CONSIGO MISMO 2. No	<input type="checkbox"/>
82. Durante esas dos semanas, ¿pensó mucho en la muerte, ya fuese en la suya, en la de alguien más o en la muerte en general? 1. Sí PENSAMIENTO DE MUERTE 2. No	<input type="checkbox"/>

ENCUESTADOR → Contestó SI en alguna de las siguientes preguntas: 73, 77, 80, 81 ó 82, ó Alt. 1 ó 2 en P.79

1. [] Ninguna respuesta SI → Pase a Pregunta 86
2. [] Con alguna respuesta SI → continúe con P.80.

Lea → Vamos a repasar, Ud. mencionó que tenía dos semanas seguidas, durante los últimos 12 meses, en que se sintió triste, desanimado(a) o deprimido(a) y también tenía otros problemas como ... (Lea las tres primeras respuestas SI en preguntas 73, 77, 80, 81 ó 82, ó Alt. 1 ó 2 en P.79)

83. ¿Aproximadamente cuántas semanas en total se sintió así durante los últimos 12 meses? <i>Si respuesta espontánea es "año entero", anote 52 y pase a P.85</i>	<input type="checkbox"/>
84. Piense en el episodio más reciente de dos semanas seguidas o más cuando Ud. se sintió de esta manera. ¿En qué mes y año ocurrió?	<input type="checkbox"/>
Mes	
Año	

85. ¿Consultó a un doctor o médico sobre estos problemas? 1. Sí - - -	<input type="checkbox"/>
86. ¿Consultó a otro profesional tal como psicólogo, enfermera, asistente social, sacerdote u otro consejero? 1. Sí 2. No	<input type="checkbox"/>
87. ¿Usó medicamentos, drogas o bebió alcohol más de una vez debido a estos problemas? 1. Sí 2. No	<input type="checkbox"/>
88. ¿Cuánto han interferido estos problemas con su vida o actividades ... 1. Mucho? 2. Mas o menos? 3. Poco? 4. Nada?	<input type="checkbox"/>

IX. Encuesta de Síntomas: RESPIRATORIO CRONICO

Lea → Ahora vamos a preguntarle por síntomas al pulmón

89. ¿Tiene o presenta habitualmente tos al levantarse o despertar en las mañanas? <i>(Sondee e incluya la tos con el primer cigarrillo o al salir de casa y NO incluya la tos o carraspera ocasional)</i> 1. Sí 2. No	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

90. ¿Tose habitualmente durante el día o la noche? (<i>Sondee y NO incluya la tos o carraspera ocasional</i>) 1. Sí 2. No → Si además contestó NO en pregunta anterior, pase a P.93	
91. Esa tos que Ud. dice que tiene, ¿la presenta la mayoría de los días o de las noches, durante al menos 3 meses al año? 1. Sí 2. No	
92. ¿Qué edad tenía cuando empezó la tos que tiene o presenta ahora? Años cumplidos	
93. ¿Tiene o presenta habitualmente expectoración (flema o pollos) al levantarse o al despertar en la mañana? (<i>Sondee e incluya la expectoración, flema o pollos, con el primer cigarrillo o al salir de la casa y no incluya la carraspera</i>). 1. Sí 2. No	
94. ¿Tiene o presenta habitualmente expectoración (flema o pollos) durante el día o durante la noche? (<i>Sondee y NO incluya la carraspera</i>). 1. Sí 2. No → Si además contestó NO en pregunta anterior, pase a P.97	
95. Esa expectoración (flema o pollos) que usted dice que tiene, ¿la presenta la mayoría de los días o de las noches durante al menos 3 meses al año? 1. Sí 2. No → Pase a P.97	

96. ¿Qué edad tenía usted cuando le empezó la	
97. Durante los últimos 3 años, ¿ha tenido problemas en sus actividades habituales por tener tos y expectoración por más de 3 semanas? 1. Sí 2. No 3. No tiene tos ni expectoración	

Disnea	
<i>(Estas preguntas se refiere a la condición habitual del sujeto)</i>	
98. ¿Tiene Ud. incapacidad para caminar por alguna razón que no sea enfermedad al pulmón o corazón? 1. Sí. Especifique: _____ Pase a P.102 2. No	
99. ¿Tiene o presenta sensación de falta de aire o dificultad para respirar cuando sube escaleras (un piso) a velocidad normal? 1. Sí 2. No → Pase a P.105	
100. ¿Tiene o presenta sensación de falta de aire o dificultad para respirar cuando camina en terreno plano con otras personas de su misma edad a velocidad normal? 1. Sí 2. No → Pase a P.103	

101. ¿Tiene que detenerse para respirar cuando camina a su paso normal en terreno plano? 1. Sí 2. No → Pase a P.103	<input type="checkbox"/>
102. ¿Tiene o presenta sensación de falta de aire o dificultad para respirar al vestirse o desvestirse? 1. Sí 2. No	<input type="checkbox"/>
103. ¿Qué edad tenía usted cuando se dio cuenta por primera vez que tenía dificultad para respirar? Años cumplidos	<input type="text"/>
104. ¿Desde qué edad tiene o presenta el mismo grado de dificultad para respirar que tiene o presenta ahora? Años cumplidos	<input type="text"/>

Sibilancias y sensación de pecho apretado

105. ¿Ha notado alguna vez que le silba el pecho? 1. Sí 2. No	<input type="checkbox"/>
106. ¿Ha tenido o presentado alguna vez sensación de pecho apretado que lo despierte en la mañana? 1. Sí 2. No	<input type="checkbox"/>

Ataques de asma

107. ¿Ha tenido o presentado alguna vez un ataque de dificultad respiratoria durante el día sin estar haciendo un esfuerzo importante? 1. Sí 2. No	<input type="checkbox"/>
108. ¿Ha tenido o presentado alguna vez un ataque de dificultad respiratoria al finalizar un ejercicio o terminar de correr? 1. Sí 2. No 3. No corre ni hace ejercicios	<input type="checkbox"/>
109. ¿Ha despertado alguna vez en la noche con un ataque de dificultad para respirar? 1. Sí 2. No	<input type="checkbox"/>
110. ¿Le ha dicho alguna vez un doctor que usted tiene asma? 1. Sí 2. No	<input type="checkbox"/>

X. Encuesta de Síntomas: TABAQUISMO

111. ¿Ha fumado por lo menos 100 cigarrillos en toda su vida? 1. Sí 2. No → Pase a Módulo X 3. No recuerda o no está seguro.	
112. ¿Actualmente fuma Ud. cigarrillos? 1. Sí, uno o más cigarrillos al día 2. Sí, ocasionalmente (menos de un cigarrillo al día) → Pase a P.114 3. No, he dejado de fumar → Pase a P.115	
113. Como promedio, ¿cuántos cigarrillos fumó al día durante los últimos 30 días? [] No recuerda/no está seguro	
114. ¿Hace cuántos años fuma? (anote cero si fuma hace menos de un año) [] No recuerda/no está seguro Pase a Módulo X	
115. ¿Cuándo fue la última vez que fumó, es decir desde cuándo no se fuma por lo menos un cigarrillo diariamente? 1. Menos de un mes 2. Entre 1 y 6 meses 3. Entre 6 y 12 meses 4. Un año y más 5. No recuerda/no está seguro	

XI. Encuesta de Síntomas: SALUD BUCAL

116. ¿Con qué frecuencia cepilla sus dientes? 1. Menos de una vez al día 2. Una vez al día 3. Dos o más veces al día	
117. ¿Cuándo fue la última vez que visitó al dentista? 1. Hace menos de 6 meses 2. Entre 6 meses y un año 3. Entre 1 y 2 años 4. Entre 2 y 5 años 5. Más de 5 años 6. Nunca lo ha visitado	
118. ¿Por qué lo visitó? 1. Dolor o sospecha de caries 2. Sangramiento de encías 3. Revisión o control dental 4. Estética (prótesis, frenillos, etc.) 5. Otra razón. ¿Cuál? _____ 6. Nunca lo he visitado	
119. ¿Ha estado o se ha sentido en alguna de las siguientes situaciones? (<i>Mostrar TARJETA 3</i>)	1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca
a. Mis dientes o prótesis me incomodan cuando hablo frente a otras personas.	
b. Mis dientes son causa de sufrimiento y dolor	
c. Mis dientes me producen incomodidad cuando como frente a otras personas.	
d. Mis dientes interfieren con mis actividades diarias (trabajo, estudio, labores de casa, etc)	
e. El estado de mi dentadura interfiere en mis relaciones íntimas	

XII. Encuesta de Síntomas: HIPERTENSION

<p>120. Antes de esta entrevista ¿alguna vez un profesional de la salud le ha medido (tomado, chequeado) la presión arterial?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No</p> <p>3. No estoy seguro(a)</p>	
<p>121. ¿Cuándo fue la última vez que se midió la presión arterial?</p> <p>1. Durante último año</p> <p>2. Entre 1 y 2 años atrás</p> <p>3. Más de 2 años</p> <p>4. No recuerdo, no estoy seguro(a)</p>	
<p>122. ¿Alguna vez un doctor, una enfermera u otro profesional de la salud le ha dicho a Ud. que ha tenido o que tiene o que padece de la presión alta?</p> <p>1. Sí, una sola vez</p> <p>2. Sí, más de una vez</p> <p>3. No, nunca me lo han dicho</p> <p>4. No recuerdo, no estoy seguro(a)</p>	
<p>123. ¿En estos momentos está llevando o haciendo algún programa o tratamiento indicado por un profesional de la salud para mantener controlada su presión arterial?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No → Pase a P.125</p>	
<p>124. ¿Qué tipo de tratamiento está llevando?</p> <p>1. Medicamentos</p> <p>2. Tratamiento sin medicamentos (dieta, ejercicios, bajar de peso)</p> <p>3. Ambos</p>	

XIII. Encuesta de Síntomas: DIABETES

<p>125. ¿Alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le ha dicho que Ud. ha tenido o tiene o padece de Diabetes (azúcar alta en la sangre)?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No → Pase a P.129</p> <p>3. No recuerdo, no estoy seguro(a)</p>	
<p>126. ¿ Eso ocurrió cuando estuvo embarazada?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No</p> <p>3. No recuerdo, no estoy seguro(a)</p> <p>4. No aplicable (hombres, nunca embarazadas)</p>	
<p>127. ¿En estos momentos está llevando o haciendo algún programa o tratamiento para mantener controlada su diabetes/glicemia/azúcar?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No → Pase a P125</p>	
<p>128. ¿Qué tipo de tratamiento está llevando?</p> <p>1. Medicamentos</p> <p>2. Tratamiento sin medicamentos (dieta, ejercicios, bajar de peso)</p> <p>3. Ambos</p>	
<p>129. ¿Qué otro tipo de antecedente de salud familiar posee?</p> <p>1. Hipertensión en el embarazo</p> <p>2. Padre con hipertensión</p> <p>3. Madre con hipertensión</p> <p>4. Padre con diabetes</p> <p>5. Madre con diabetes</p> <p>6. Algún familiar cercano enfermó o falleció antes de los 55 años por causa cardiovascular (infarto, derrame cerebral, arritmia maligna o muerte súbita)</p> <p>7. Ninguno</p>	

XV. PSICOSOCIAL

Lea → Ahora le voy a hacer dos preguntas sobre lo que Ud. piensa:
(Mostrar Tarjeta 5).

<p>131. ¿Cuán de acuerdo está Ud. con la siguiente frase? <i>“A nadie le importa mucho lo que me pasa”</i></p> <p>1. Totalmente de acuerdo 2. Más o menos de acuerdo 3. Algo en desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo 9. No sabe o no contesta</p>	<input type="checkbox"/>
<p>132. ¿Cuán de acuerdo está Ud. con la siguiente frase? <i>“Es más seguro no confiar en nadie”</i></p>	<input type="checkbox"/>

XVI. ACTIVIDAD FISICA

<p>133. ¿En el último mes practicó deporte o realizó actividad física fuera de su horario de trabajo, durante 30 minutos o más cada vez?</p> <p>1. Sí, tres o más veces por semana 2. Sí, una a dos veces por semana 3. Sí, menos de cuatro veces en el mes 4. No practicó deporte en el mes</p>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

XVII. NIVEL SOCIOECONÓMICO DEL HOGAR

134. ¿Cuál es la profesión o trabajo que desempeña la persona que aporta el ingreso principal al hogar?

135. Ultimo curso y tipo de estudio aprobado por la persona que aporta el ingreso principal al hogar.

Curso:	Tipo:	1. Ninguno	<input type="checkbox"/>
		2. Básica incompleta	
		3. Básica completa	
		4. Media T-P incompleta	
		5. Media T-P completa	
		6. Media C-H incompleta	
<input type="checkbox"/>		7. Media C-H completa	<input type="checkbox"/>
		8. Superior técnica incompleta	
		9. Superior técnica completa	
		10. Universitaria incompleta	
		11. Universitaria completa	
		12. Postgrado	

136. Electrodomésticos que posee su hogar.	Si	No
a. Automóvil		
b. Teléfono celular con Tarjeta de Prepago		
c. Teléfono celular con Contrato		
d. Computador		
e. Acceso a Internet		
f. TV Cable		
g. Cámara filmadora de Video		
h. Horno de Microondas		
i. Cálefont u otro sistema de ducha caliente		

Cierre de la visita

- a. Fijar cita para segunda visita (exámenes de la enfermera). Comprometer para el día siguiente o día cercano. Si el día fijado es más lejano (más de 3 días), deberá hacer un llamado telefónico la tarde anterior para recordar preparación (ayuno..) y hora de la visita.
- b. FUNDAMENTAL: fijar claramente la hora de la visita, siendo la primera cita de la mañana fijada para las 7:00AM.
- c. Explicar en qué consiste el examen de salud que le va a realizar la enfermera y aclarar que esa visita tomará aproximadamente una hora.
- d. RECORDAR A LA PERSONA QUE DEBE REALIZAR UN AYUNO DE 12 HRS. PREVIO A LA VISITA DE LA ENFERMERA. Leer juntos hoja de citación con instrucciones de preparación y entregarla al entrevistado(a).



Entrega de citación

- e. Recordar a la persona que puede recibir la visita de un supervisor quien le repetirá algunas preguntas para verificar los datos.
- f. AGRADECER cordialmente la colaboración.