



GOBIERNO DE CHILE
Ministerio de Salud



PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA



UNIVERSIDAD
ALBERTO HURTADO
LA UNIVERSIDAD JESUITA DE CHILE

OBSERVATORIO
SOCIAL

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD (ENS 2009) F-1

IDENTIFICACIÓN DE LA ENCUESTA

Folio	N° de personas que componen el hogar	Orden
-------	--------------------------------------	-------

IDENTIFICACIÓN DEL ENTREVISTADO

Nombre del entrevistado	Apellido Paterno
-------------------------	------------------

Apellido Materno	RUT
------------------	-----

Fecha de nacimiento (si no sabe vea CI, si no tiene anote 30/06/del año adecuado para su edad)	Edad (calcule edad según fecha de nacimiento)	Sexo 1. Hombre <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/>
[] [] [] Día Mes Año		

Teléfono fijo (si no tiene anote 999999)	Teléfono móvil (si no tiene anote 99999999)	e-mail (si no tiene anote 0)
--	---	------------------------------

IDENTIFICACIÓN DE LA VIVIENDA

Calle (si no tiene anote referencia)	N° (si no tiene anote 0)	Block (si no tiene anote 0)	Depto. (si no tiene anote 0)
--------------------------------------	--------------------------	-----------------------------	------------------------------

COMPOSICIÓN DEL HOGAR (Encuestador: Anotar entrevistado en orden 1)

Orden	Nombre

Nota: esta versión diagramada del cuestionario administrado en la ENS2009 es de uso excepcional, sólo debe ser llenada en caso de no ser posible su aplicación en versión PDA.

MÓDULO I: CARACTERIZACIÓN DE LOS ENTREVISTADOS (A todos los entrevistados)

<p>1. ¿En que país nació usted?</p> <p>1. Chile → Pasar a p3</p> <p>2. Otro</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>2. ¿Hace cuánto tiempo vive en Chile?</p> <p><input type="text"/> Años</p>	<p>3.e Indique su primer idioma:</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	
<p>1.e ¿Cuál?</p> <p><input type="text"/></p>	<p>3. ¿El entrevistado tiene dificultades para hablar español?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No → Pasar al siguiente módulo</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>1. Portugués</p> <p>2. Inglés</p> <p>3. Francés</p> <p>4. Alemán</p> <p>5. Italiano</p>	<p>6. Chino</p> <p>7. Japonés</p> <p>8. Ruso</p> <p>9. Mapudungun</p> <p>10. Otro</p>

MÓDULO II: EVALUACION COGNITIVA (60 años o más) ENCUESTADOR: Anotar la alternativa de respuesta y chequear el puntaje en papel

<p>Leer: En esta encuesta le vamos a preguntar sobre algunos problemas de salud. Nos gustaría empezar con algunas preguntas sobre su memoria.</p>	<p>2. d Día de la semana</p> <p>1. Domingo</p> <p>2. Lunes</p> <p>3. Martes</p> <p>4. Miércoles</p> <p>5. Jueves</p> <p>6. Viernes</p> <p>7. Sábado</p> <p>8. No sabe</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	
<p>1. ¿Usted diría que su memoria es excelente, muy buena, buena, regular o mala?</p> <p>1. Excelente</p> <p>2. Muy buena</p> <p>3. Buena</p> <p>4. Regular</p> <p>5. Mala</p> <p>6. No sabe</p> <p>7. No responde</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>Puntaje total p2: (Anote 1 punto por cada respuesta correcta)</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p> <p>3. 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.</p> <p>(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). Alternativa múltiple.</p> <p>1. Árbol</p> <p>2. Mesa</p> <p>3. Avión</p> <p>4. Ninguna</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
<p>MINIMENTAL</p>		
<p>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.</p>		
<p>2. Por favor, dígame la fecha de hoy. (Sondee día, mes, año, día de la semana y anote la respuesta)</p>		
<p>2.a Anote día del mes (No sabe 99)</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>Puntaje total p3: (Anote 1 punto por cada respuesta correcta de la 1° repetición)</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	
<p>2.b Anote Mes en (número, No sabe 13)</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>4. 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.</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
<p>2.c Anote año :</p> <p>1. 2008</p> <p>2. 2009</p> <p>3. 2010</p> <p>4. Otro</p> <p>5. No sabe</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>Puntaje p4: puntaje siempre 1</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	

MÓDULO II: EVALUACION COGNITIVA (60 años o más)

5. Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas. (Entréguele un papel y marque las acciones que fueron realizadas correctamente). Alternativa múltiple.

- 1. Toma el papel con la mano derecha
- 2. Dobla el papel por la mitad con ambas mano
- 3. Coloca el papel sobre las piernas
- 4. No realiza ninguna acción

Puntaje total p5: (Anote 1 punto por cada acción correcta)

6. Hace un momento le leí una serie de tres objetos y Ud. repitió los que recordó. Por favor dígame ahora cuáles recuerda. Alternativa múltiple.

- 1. Árbol
- 2. Mesa
- 3. Avión
- 4. Ninguna

Puntaje total p6: (Anote 1 punto por cada respuesta correcta)

PFEFFER

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

1. Sí, está ahora → ¿Quién podría ser?

2. No → Fin de la encuesta. Agradezca al entrevistado y entregue citación para enfermera.

Nombre

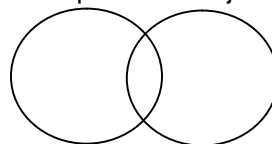
Edad Teléfono de contacto (si no tiene ponga 999999)

10. **No leer:** Realice las siguientes preguntas respecto al entrevistado, al cuidador o persona que le ayudará a contestar (Mostrar TARJETA 2).

- 1. Es capaz o podría hacerlo (aunque nunca lo haya hecho) (puntaje 0)
- 2. Puede hacerlo, pero con alguna dificultad o nunca lo ha hecho y tendría dificultad ahora. (puntaje 1)
- 3. Necesita ayuda para hacerlo. (puntaje 2)
- 4. No es capaz de hacerlo. (puntaje 3)

Puntaje total: 6 ó más puntos → Continúe la encuesta con la ayuda del familiar y revise los datos de la carátula y caracterización del Entrevistado.
Anote esta instrucción en su hoja de ruta para avisarle a la enfermera si el entrevistado necesita ayuda para realizar el F2
 5 ó menos puntos → Continúe la encuesta con el entrevistado y si necesita ayuda para contestar algunas preguntas, consulte al familiar que lo cuida.
Anote esta instrucción en su hoja de ruta para avisarle a la enfermera si el entrevistado necesita ayuda para realizar el F2

7. Por favor copie este dibujo en la hoja que tiene en sus manos (Mostrar TARJETA 1)



- 1. Lo hizo
- 2. No lo hizo

(El dibujo es correcto si los círculos no se cruzan más allá del 50%, es decir, un círculo no sobrepasa el centro del otro.)

Puntaje total p7: (Anote un punto si el entrevistado dibuja los dos círculos en forma correcta.)

8. Puntaje total **MINIMENTAL:**

19 puntos = Puntaje máximo
 Menos de 13 puntos = Hacer Test de PFEFFER para confirmar si la persona necesita un ayudante para contestar el resto de la encuesta.
 13 ó más puntos = continuar con Módulo III Calidad de Vida.



Anote la alternativa y no el puntaje en el recuadro.

- 10a. Don(ña) _____, ¿es capaz de manejar su propio dinero?
- 10b. Don(ña) _____, ¿es capaz de hacer compras solo(a) (por ejemplo la comida o ropa)?
- 10c. Don(ña) _____, ¿es capaz de calentar el agua para el café o el té y apagar la cocina?
- 10d. Don(ña) _____, ¿es capaz de preparar la comida?
- 10e. Don(ña) _____, ¿es capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos y de lo que pasa en el vecindario?
- 10f. Don(ña) _____, ¿es capaz de poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión o un artículo del periódico?
- 10g. Don(ña) _____, ¿es capaz de recordar compromisos y acontecimientos familiares?
- 10h. Don(ña) _____, ¿es capaz de administrar y manejar sus propios medicamentos
- 10i. Don(ña) _____, ¿es capaz de andar por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?
- 10j. Don(ña) _____, ¿es capaz de saludar a sus amigos(as) adecuadamente?
- 10k. Don(ña) _____, ¿es capaz de quedarse solo(a) en casa sin problemas?

MÓDULO III. CALIDAD DE VIDA Y DISCAPACIDAD

<p>1. ¿Cómo se siente con su vida en general (con su trabajo, familia, bienestar, salud, amor)? (Mostrar TARJETA 3)</p> <p>1. Muy mal 2. Mal 3. Menos que regular 4. Regular 5. Más que regular 6. Bien 7. Muy bien</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>Leer → 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 su SALUD FÍSICA?</p> <p>5. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer? (Mostrar TARJETA 6)</p> <p>1. Siempre 2. Casi siempre 3. Algunas veces 4. Rara vez 5. Nunca</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>2. En general Ud. diría que su salud es (Mostrar TARJETA 4):</p> <p>1. Excelente 2. Muy Buena 3. Buena 4. Regular 5. Mala</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>6. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas? (Mostrar TARJETA 6)</p> <p>1. Siempre 2. Casi siempre 3. Algunas veces 4. Rara vez 5. Nunca</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>Leer → Las siguientes preguntas se refieren a cosas que Ud. podría hacer en un día normal.</p>	
<p>3. Su salud actual, ¿lo(a) limita para realizar esfuerzos moderados como mover una mesa, barrer, pasar la aspiradora o caminar más de 1 hora? (Mostrar TARJETA 5)</p> <p>1. Me limita mucho 2. Me limita un poco 3. No me limita nada</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>7. ¿Hizo menos de lo que hubiese querido hacer por algún problema emocional? (Mostrar TARJETA 6)</p> <p>1. Siempre 2. Casi siempre 3. Algunas veces 4. Rara vez 5. Nunca</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>4. Su salud actual ¿lo(a) limita para realizar esfuerzos moderados como subir varios pisos por la escalera? (Mostrar TARJETA 5)</p> <p>1. Me limita mucho 2. Me limita un poco 3. No me limita nada</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>8. ¿Hizo su trabajo u otra actividad con menos cuidado que el de costumbre por algún problema emocional? (Mostrar TARJETA 6)</p> <p>1. Siempre 2. Casi siempre 3. Algunas veces 4. Rara vez 5. Nunca</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>

MÓDULO III. CALIDAD DE VIDA Y DISCAPACIDAD

9. 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)? (Mostrar TARJETA 7)

1. Nada
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho
6. No ha tenido dolor

13. 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)? (Mostrar TARJETA 9)

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Algunas veces
4. Rara vez
5. Nunca

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

WHS

Leer → Las siguientes preguntas se refieren a su estado de salud general, incluida la salud FÍSICA y la MENTAL.

10. ¿Con qué frecuencia se sintió tranquilo(a) y calmado(a)? (Mostrar TARJETA 8)

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Algunas veces
4. Rara vez
5. Nunca

14. En general ¿cómo calificaría hoy su estado de salud? (Mostrar TARJETA 9a)

1. Muy buena
2. Buena
3. Más o menos
4. Mala
5. Muy mala

11. ¿Con qué frecuencia se sintió con mucha energía? (Mostrar TARJETA 8)

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Algunas veces
4. Rara vez
5. Nunca

15. En general durante los últimos 30 días, ¿qué grado de dificultad ha tenido para realizar las tareas del trabajo y del hogar? (Mostrar TARJETA 9b)

1. Ninguno
2. Poco
3. Moderado
4. Mucho
5. Demasiado/No lo he podido hacer

12. ¿Con qué frecuencia se sintió desanimado(a) o deprimido(a)? (Mostrar TARJETA 8)









1. Siempre
2. Casi siempre
3. Algunas veces
4. Rara vez
5. Nunca

Movilidad

Leer → Ahora quisiera preguntarle sobre algunas funciones de su cuerpo. Piense en los últimos 30 días, tomando en cuenta tanto los días buenos como los malos. Cuando preguntamos por cada dificultad considere usted el promedio, el grado de dificultad que ha tenido al realizar las actividades.

16. En general durante los últimos 30 días, ¿qué grado de dificultad ha tenido para desplazarse de un lugar a otro? (Mostrar TARJETA 9b)

1. Ninguno
2. Poco
3. Moderado
4. Mucho
5. Demasiado/No lo he podido hacer

MÓDULO III. CALIDAD DE VIDA Y DISCAPACIDAD	
<p>17. ¿Y qué grado de dificultad ha tenido para realizar <u>actividades intensas</u>, como correr 3 km o andar en bicicleta (u otra actividad intensa similar)? (Mostrar TARJETA 9b)</p> <p>1. Ninguno 2. Poco 3. Moderado 4. Mucho 5. Demasiado/No lo he podido hacer</p> 	<p>21. ¿Y cuánto <u>malestar</u> en el cuerpo ha sufrido? (Mostrar TARJETA 9c)</p> <p>1. Ninguno 2. Poco 3. Moderado 4. Mucho 5. Demasiado</p> 
Cuidado Personal	Cognición
<p>18. En general durante los últimos 30 días, ¿qué grado de dificultad ha tenido para <u>asearse</u> bañarse, lavarse las manos, vestirse etc.? (Mostrar TARJETA 9b)</p> <p>1. Ninguno 2. Poco 3. Moderado 4. Mucho 5. Demasiado/No lo he podido hacer</p> 	<p>22. En general durante los últimos 30 días, ¿qué grado de dificultad ha tenido para <u>concentrarse</u> o <u>recordar cosas</u>? (Mostrar TARJETA 9b)</p> <p>1. Ninguno 2. Poco 3. Moderado 4. Mucho 5. Demasiado/No lo he podido hacer</p> 
<p>19. ¿Y qué grado de dificultad ha tenido para <u>cuidar y mantener su aspecto general</u> (por ejemplo maquillarse, rasurarse, peinarse, etc.)? (Mostrar TARJETA 9b)</p> <p>1. Ninguno 2. Poco 3. Moderado 4. Mucho 5. Demasiado/No lo he podido hacer</p> 	<p>23. ¿Y qué grado de dificultad ha tenido para <u>aprender una nueva tarea</u> (por ejemplo un juego nuevo, una receta, etc.)? (Mostrar TARJETA 9b)</p> <p>1. Ninguno 2. Poco 3. Moderado 4. Mucho 5. Demasiado/No lo he podido hacer</p> 
Dolor y malestar	Actividades sociales
<p>20. En general durante los últimos 30 días, ¿qué grado de <u>molestias o dolor</u> ha tenido? (Mostrar TARJETA 9c)</p> <p>1. Ninguno 2. Poco 3. Moderado 4. Mucho 5. Demasiado</p> 	<p>24. En general durante los últimos 30 días, ¿qué grado de dificultad ha tenido para relacionarse con otras personas o para participar en actividades comunitarias? (Mostrar TARJETA 9b)</p> <p>1. Ninguno 2. Poco 3. Moderado 4. Mucho 5. Demasiado/No lo he podido hacer</p> 

MÓDULO III. CALIDAD DE VIDA Y DISCAPACIDAD

25. ¿Y qué grado de dificultad ha tenido para enfrentarse a conflictos y tensiones con otras personas? (Mostrar TARJETA 9b)

1. Ninguno
2. Poco
3. Moderado
4. Mucho
5. Demasiado/No lo he podido hacer

Sueño y energía vital

29. Durante los últimos 30 días, ¿en qué medida tuvo problemas, como quedarse dormido durante el día, despertarse frecuentemente durante la noche o despertarse demasiado temprano por la mañana? (Mostrar TARJETA 9c)

1. Ninguno
2. Poco
3. Moderado
4. Mucho
5. Demasiado

Vista

26. ¿Utiliza Usted lentes?

1. Sí
2. No

Encuestador: Si la respuesta fue Si aclare que las siguientes preguntas son tomando en cuenta sus lentes

30. ¿Y qué tanta dificultad tuvo para sentirse descansado y repuesto durante el día? (Mostrar TARJETA 9c)

1. Ninguno
2. Poco
3. Moderado
4. Mucho
5. Demasiado

27. Durante los últimos 30 días ¿qué grado de dificultad tuvo para ver y reconocer de lejos su micro o colectivo (20 metros)? (Mostrar TARJETA 9b)

1. Ninguno
2. Poco
3. Moderado
4. Mucho
5. Demasiado/No lo he podido hacer

Estado de ánimo

31. En general durante los últimos 30 días, ¿en qué grado se ha sentido triste, decaído o deprimido? (Mostrar TARJETA 9c)

1. Ninguno
2. Poco
3. Moderado
4. Mucho
5. Demasiado

28. ¿Y qué grado de dificultad tuvo para ver y reconocer un objeto que estuviera a la distancia de su mano o al leer el diario? (Mostrar TARJETA 9b)

1. Ninguno
2. Poco
3. Moderado
4. Mucho
5. Demasiado/No lo he podido hacer

32. ¿Y en qué grado ha tenido preocupación o ansiedad? (Mostrar TARJETA 9c)

1. Ninguno
2. Poco
3. Moderado
4. Mucho
5. Demasiado

MÓDULO IV. ACTIVIDAD FÍSICA

Leer: A continuación voy a preguntarle por el tiempo que pasa realizando diferentes tipos de actividad física. Le ruego que intente contestar a las preguntas aunque no se considere una persona activa.

Piense primero en el tiempo que pasa en el trabajo, aunque este no sea pagado (Por ej: estudiar, hacer labores de dueña de casa, cosechar, pescar, cazar o buscar trabajo). En estas preguntas, las "actividades físicas intensas" (vigorosas) se refieren a aquéllas que implican un esfuerzo físico importante y que causan un gran aumento de la respiración o de la frecuencia cardíaca (latidos del corazón). Por otra parte, las "actividades físicas de intensidad moderada" son aquéllas que implican un esfuerzo físico moderado y causan un aumento moderado (mediano) de la respiración o de la frecuencia cardíaca (latidos del corazón). Una semana normal es aquella sin grandes eventos, (típica u ordinaria), un día normal es un día de esa semana. (Mostrar TARJETA 10b y 10c)

En el trabajo

1. ¿Exige su trabajo una actividad física intensa (vigorosa) que implica un gran aumento de la respiración o de la frecuencia cardíaca (latidos del corazón), como transportar o levantar cargas pesadas, trabajos de construcción, etc durante al menos 10 minutos seguidos?

(Mostrar TARJETA 11)

1. Sí
2. No → Pase a P.4

4. ¿Exige su trabajo una actividad de intensidad moderada que implica un aumento moderado (mediano) de la respiración o de la frecuencia cardíaca (latidos del corazón), como caminar rápido, transportar o levantar cargas livianas como cargar los paquetes de compras, el carro de la feria, una guagua en brazos, o hacer aseo durante al menos 10 minutos seguidos?

(Mostrar TARJETA 12)

1. Sí
2. No → Pase a P.7

2. En una semana normal, ¿cuántos días realiza usted estas actividades físicas intensas en su trabajo?

Nº de días: No sabe no responde 9

5. En una semana normal, ¿cuántos días realiza usted estas actividades de intensidad moderada en su trabajo?

Nº de días: No sabe no responde 9

3. En uno de esos días en los que realiza actividades físicas intensas, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?

Horas: Minutos: No sabe no responde 99:99

6. En uno de esos días en los que realiza actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?

Horas Minutos: No sabe no responde 99:99

Para desplazarse

En las siguientes preguntas dejaremos de lado las actividades físicas en el trabajo de las que ya hemos hablado. Ahora me gustaría saber cómo se traslada o va de un sitio a otro, por ejemplo, ir al trabajo, a comprar, a la feria, a la iglesia, a dejar o buscar niños a la escuela, etc.

8. En una semana normal, ¿cuántos días camina o va en bicicleta al menos 10 minutos seguidos en sus traslados?

Nº de días: No sabe no responde 9

7. ¿Camina o usa usted una bicicleta al menos 10 minutos seguidos en sus traslados?

1. Sí
2. No → Pase a P.10

9. En un día normal, ¿cuánto tiempo pasa caminando o yendo en bicicleta para trasladarse?

Horas: Minutos: No sabe no responde 99:99

MÓDULO IV. ACTIVIDAD FÍSICA

En el tiempo libre

Las preguntas que vienen a continuación no consideran la actividad física en el trabajo ni la actividad para trasladarse que ya hemos mencionado. Ahora me gustaría hablar de deportes, gimnasia, ejercicios u otras actividades físicas que practica en su tiempo libre.

10. ¿En su tiempo libre, practica usted deportes/entrenamientos intensos que implican un gran aumento de la respiración o de la frecuencia cardíaca (latidos del corazón) como correr, jugar al fútbol, basquetbol, nadar, jugar tenis, gimnasia aeróbica, step, spinning, baile entretenido, aerobox, máquinas y pesas, o karate, durante al menos 10 minutos seguidos?

(Mostrar TARJETA 13)

1. Sí
2. No → Pase a P.13

13. ¿En su tiempo libre practica usted alguna actividad de intensidad moderada que implica un aumento moderado (mediano) de la respiración o de la frecuencia cardíaca (latidos del corazón), como caminar rápido, ir en bicicleta, nadar suave, pilates, yoga, durante al menos 10 minutos seguidos? (Mostrar TARJETA 14)

1. Sí
2. No → Pase a P.16

11. En una semana normal, ¿cuántos días practica usted estos deportes o ejercicios intensos en su tiempo libre?

Nº de días: No sabe no responde 9

14. En una semana normal ¿cuántos días practica usted estas actividades físicas de intensidad moderada en su tiempo libre?

Nº de días: No sabe no responde 9

12. En uno de esos días en los que practica deportes o ejercicios intensos, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?

Horas: Minutos: No sabe no responde 99:99

15. En uno de esos días en los que practica actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?

Horas Minutos: No sabe no responde 99:99

Comportamiento sedentario

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o acostado en el trabajo, en la casa, en los traslados o con sus amigos. Se incluye el tiempo que pasa frente a una mesa trabajando, sentado con los amigos, viajando en micro o en tren, jugando a las cartas, sentado al computador o videojuegos o viendo la televisión, pero no se incluye el tiempo pasado durmiendo.

16. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o acostado (tendido, reclinado) en un día normal? (Mostrar TARJETA 15)

Horas: Minutos: No sabe no responde 99:99

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

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

MÓDULO V. DOLOR TORÁXICO

<p>Leer → 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).</p>	
<p>1. ¿Ha sentido alguna vez dolor o molestias en el pecho?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No → Pase a P.6 <input type="checkbox"/></p>	<p>8. ¿Ha recibido tratamiento por un infarto al corazón? (Si ha tenido más de uno especificar que nos referimos al ÚLTIMO) (Alternativa múltiple)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sí, me operaron</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sí, me pusieron una malla o stent por la pierna o brazo (angioplastia)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Sí, me dieron medicamentos</p> <p><input type="checkbox"/> 4. No</p> <p><input type="checkbox"/> 5. No sabe no responde</p>
<p>2. Este dolor o molestia, ¿le ocurre cuando camina en subida o apurado (es decir, cuando sube una loma, cerro o escaleras o al caminar rápido)?</p> <p>1. Sí → Pase a P.4 <input type="checkbox"/></p> <p>2. No → Pase a P.6</p> <p>3. A veces (ocasionalmente)</p> <p>4. No, nunca camina en subida o apurado → Pase a P.4</p> <p>5. No, no puede caminar → Pase a P.6</p>	<p>9. ¿Alguna vez un médico o doctor le ha dicho que tuvo o que sufrió un accidente vascular o trombosis cerebral (o derrame cerebral)?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No → Pase a pregunta 11</p> <p>3. No sabe no responde → Pase a pregunta 11</p>
<p>3. ¿Le sucede esto la mayoría de las veces?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No → Pase a P.6</p>	<p>10. ¿A qué edad se lo diagnosticaron? (Si ha tenido más de uno especificar que nos referimos al PRIMERO)</p> <p><input type="text"/> años No sabe no responde 999</p>
<p>4. ¿Le viene cuando camina a paso normal en terreno plano?</p> <p>1. Sí → Pase a pregunta 6 <input type="checkbox"/></p> <p>2. No → Pase a pregunta 6</p> <p>3. A veces (ocasionalmente)</p> <p>4. No, nunca camina a paso normal en nivel plano → Pase a p6</p> <p>5. No puede caminar → Pase a pregunta 6</p>	<p>11. ¿Recibió tratamiento por un accidente vascular o trombosis cerebral? (Si ha tenido más de uno especificar que nos referimos al ÚLTIMO)</p> <p>1. Sí, me operaron <input type="checkbox"/></p> <p>2. Sí, medicamentos</p> <p>3. Ambas</p> <p>4. No</p> <p>5. No sabe no responde</p>
<p>5. ¿Le sucede esto la mayoría de las veces?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No</p>	<p>12. ¿Ha estado tomando algún medicamento durante las últimas 2 semanas por un accidente vascular o trombosis cerebral?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No</p> <p>3. No sabe no responde</p>
<p>6. ¿Alguna vez un médico o doctor le ha dicho que tuvo o que sufrió un infarto al corazón?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No → Pase a pregunta 8</p> <p>3. No sabe no responde → Pase a pregunta 8</p>	
<p>7. ¿A qué edad se lo diagnosticaron? (Si ha tenido más de uno especificar que nos referimos al PRIMERO)</p> <p><input type="text"/> años No sabe no responde 999</p>	<p>13. ¿Alguna vez un médico o doctor le ha dicho que tuvo o que sufrió una enfermedad vascular periférica o a las arterias de sus piernas?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No</p> <p>3. No sabe no responde</p>

MÓDULO VI. VISION

Leer → Ahora le voy a hablar de su vista.

<p>1. ¿Usted tiene lentes?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p>	<p>7. ¿Alguna vez se ha operado de cataratas?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No → Pase a pregunta 9</p> <p>3. No sabe no responde → Pase a pregunta 9</p>
<p>2. ¿Usted piensa que su vista es? (Si tiene lentes, aclarar que la pregunta se refiere a la visión <u>con esos lentes</u>):</p> <p>1. Buena <input type="checkbox"/></p> <p>2. Regular <input type="checkbox"/></p> <p>3. Mala <input type="checkbox"/></p> <p>4. No contesta <input type="checkbox"/></p>	<p>8. ¿A qué edad se operó por última vez?</p> <p><input type="text"/> años No sabe no responde 999</p>
<p>3. ¿Cuándo fue la última vez que cambió sus lentes?</p> <p><input type="text"/> Año</p> <p>Códigos: No sabe, no responde 9999. Nunca he tenido 8888 → Pase a P.5</p>	<p>9. ¿Alguna vez un médico o doctor le ha dicho que tiene o que padece de glaucoma?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No → Pase a pregunta 11</p> <p>3. No sabe no responde → Pase a pregunta 11</p>
<p>4. ¿Dónde obtuvo esos lentes?</p> <p>1. En el Consultorio, Hospital, red del sistema público. <input type="checkbox"/></p> <p>2. Con el médico de la red de su ISAPRE <input type="checkbox"/></p> <p>3. En forma particular con receta médica <input type="checkbox"/></p> <p>4. En forma particular sin receta médica (en la calle u otro) <input type="checkbox"/></p> <p>5. No recuerda <input type="checkbox"/></p>	<p>10. ¿A qué edad se lo diagnosticaron?</p> <p><input type="text"/> años No sabe, no responde 999</p>
<p>5. ¿Alguna vez un médico o doctor le ha dicho que tiene o que padece de cataratas?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No → Pase a pregunta 7</p> <p>3. No sabe no responde → Pase a pregunta 7</p>	<p>11. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento por glaucoma?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p> <p>3. No sabe no responde <input type="checkbox"/></p>
<p>6. ¿A qué edad se lo diagnosticaron por primera vez?</p> <p><input type="text"/> años</p> <p>Códigos: No sabe, no responde 999</p>	<p>12. ¿Ha estado usando algún medicamento durante las últimas 2 semanas para el glaucoma?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p> <p>3. No sabe no responde <input type="checkbox"/></p>

MÓDULO VII. AUDICIÓN

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

<p>1. ¿Considera que escucha en forma normal por los dos oídos?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p>	<p>4. Por esta molestia, ¿ha sido examinado por un otorrinolaringólogo (especialista en oídos y nariz)?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No → Pasar a p6 <input type="checkbox"/></p>
<p>2. ¿Es capaz de seguir un programa de TV a un volumen aceptable para los demás?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p>	<p>5. ¿Ese especialista le indicó usar audífono?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p>
<p>3. ¿Es capaz de seguir una conversación de tres o más personas?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p> <p>Si p1, p2, y p3 es = 1, pasar al siguiente módulo.</p>	<p>6. ¿Tiene audífono?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No → Pase al siguiente Módulo <input type="checkbox"/></p> <p>7. ¿Los usa?</p> <p>1. Sí, siempre <input type="checkbox"/></p> <p>2. Sí, a veces <input type="checkbox"/></p> <p>3. Sí, rara vez <input type="checkbox"/></p> <p>4. No, nunca <input type="checkbox"/></p>

MÓDULO VIII. SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICOS

Leer → Las siguientes preguntas se refieren a sus huesos, músculos, articulaciones o coyunturas. (Mostrar TARJETA 16).

1. 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 pregunta 7

2. ¿Por cuánto tiempo ha tenido este problema?

Años Meses Días.

Código: No sabe no responde 999 99 99

3. ¿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. (Mostrar TARJETA 16 y verificar (lado) pidiendo que le muestre dónde le dolía) (Alternativa múltiple)

Código: Izquierdo 1, Derecho 2, Ambos 3.

	Lugar	Lado
a. Cuello		
b. Hombro		
c. Espalda arriba		
d. Espalda abajo		
e. Codo		
f. Muñeca		
g. Dedos mano		
h. Cadera		
i. Rodilla		
j. Tobillo		
k. Dedos de pie		
l. Otra articulación		
m. No contesta → pase a p.5		
n. No sabe → pase a p.5		

MÓDULO VIII. SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICOS

4. ¿Cuál es el lugar que más le duele?

- | |
|-----------------------|
| 1. Cuello |
| 2. Hombro |
| 3. Espalda arriba |
| 4. Espalda abajo |
| 5. Codo |
| 6. Muñeca |
| 7. Dedos mano |
| 8. Cadera |
| 9. Rodilla |
| 10. Tobillo |
| 11. Dedos de pie |
| 12. Otra articulación |
| 13. No sabe |
| 14. No contesta |

ARTROSIS DE CADERA (ALT 2 EN P7)

8a. ¿A qué edad le diagnosticaron artrosis de cadera?

Años → pase a 9a

No sabe no responde 999

9a. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento para la artrosis de cadera?

1. Sí → pase a 10a
2. No → pase a 10a
3. No sabe no responde → pase a 10^a

10a. ¿Ha estado tomando algún medicamento para la artrosis de cadera durante las últimas 2 semanas?

1. Sí
2. No
3. No sabe no responde

5. ¿Tuvo algún traumatismo (accidente, golpe o torcedura) que causara ESE dolor, sensibilidad, hinchazón o rigidez?

1. Sí
2. No
3. No sabe, no responde

ARTROSIS DE RODILLA (ALT 3 EN P7)

8b. ¿A qué edad le diagnosticaron artrosis de rodilla?

Años → pase a 9b

No sabe no responde 999

9b. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento para la artrosis de rodilla?

1. Sí → pase a 10b
2. No → pase a 10b
3. No sabe no responde → pase a 10b

6. Por favor describa la intensidad de ESE 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.

Intensidad: Código No sabe no responde 99

10b. ¿Ha estado tomando algún medicamento para la artrosis de rodilla durante las últimas 2 semanas?

1. Sí
2. No
3. No sabe no responde

7. ¿Alguna vez un médico o doctor le ha dicho que tiene o que padece de: (Alternativa múltiple)

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1. Artritis reumatoidea → Pase al siguiente módulo |
| <input type="checkbox"/> | 2. Artrosis de cadera → Pase a P. 8a |
| <input type="checkbox"/> | 3. Artrosis de rodilla → Pase a P. 8b |
| <input type="checkbox"/> | 4. Gota → Pase al siguiente módulo |
| <input type="checkbox"/> | 5. Ninguna de las anteriores → Pase al siguiente módulo |
| <input type="checkbox"/> | 6. No sabe no responde → Pase al siguiente módulo |

MÓDULO IX. SINTOMAS DEPRESIVOS

<p>Leer → Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre su ánimo</p> <p>1. Durante los últimos 12 meses ¿ha tenido Ud. dos semanas seguidas o más en que se sintió triste, desanimado(a) o deprimido(a)?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No → Pase a Pregunta 14</p> <p>3. Estaba con medicamentos / antidepresivos (Respuesta espontánea) <input type="checkbox"/></p>	<p>7. ¿Alrededor de cuántos kilos de peso ganó y/o perdió?</p> <p><input type="text"/> Kilogramos</p>
<p>Leer → Para las próximas preguntas, por favor piense en ese período de dos semanas o más, <u>durante los últimos 12 meses</u>, cuando estos sentimientos fueron peores.</p>	<p>8. ¿El cambio de peso fue mayor o igual a 5 kilos? (Anotar sin preguntar)</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p> <p>Alt 1 = Cambio de peso</p>
<p>2. Durante ese período de dos semanas, el sentirse triste, desanimado(a) o deprimido(a) ¿le duró usualmente ...</p> <p>1. Todo el día? <input type="checkbox"/></p> <p>2. La mayor parte del día?</p> <p>3. Como la mitad del día? → Pase a P.14</p> <p>4. Menos de la mitad del día? → Pase a P.14</p>	<p>9. Durante esas dos semanas, ¿tenía Ud. más problemas de lo habitual para quedarse dormido?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No → Pase a P.11</p>
<p>3. Durante esas dos semanas, ¿se sintió de esa manera ...</p> <p>1. Todos los días? <input type="checkbox"/></p> <p>2. Casi todos los días?</p> <p>3. Con menos frecuencia? → Pase a P.14</p>	<p>10. Durante esas dos semanas, ¿le pasó esto ...</p> <p>1. Todas las noches? <input type="checkbox"/></p> <p>2. Casi todas las noches?</p> <p>3. Con menos frecuencia?</p> <p>Alt 1 o 2 = Problemas para dormir</p>
<p>4. 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> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p> <p>Alt 1 = Pérdida de interés</p>	<p>Encuestador: Si el(la) entrevistado(a) pregunta si aún estamos hablando de ese período de dos semanas o más, conteste sí.</p>
<p>5. Durante esas mismas dos semanas, ¿se sintió Ud. más cansado(a) o con menos energía de lo habitual para usted?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p> <p>Alt 1 = Sentirse Cansado</p>	<p>11. Durante esas dos semanas, ¿tenía Ud. más dificultad de lo habitual para concentrarse?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p> <p>Alt 1 = Problemas para concentrarse</p>
<p>6. ¿Perdió o ganó peso sin desearlo, o se quedó más o menos en el mismo peso?</p> <p>1. Ganó peso <input type="checkbox"/></p> <p>2. Perdió peso</p> <p>3. Ganó y perdió peso (Respuesta espontánea).</p> <p>4. Mantuvo su peso → Pase a P.9</p> <p>5. Estaba a dieta (R. Espontánea) → Pase a P.9</p>	<p>12. 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?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p> <p>Alt 1 = Se sentía deprimido consigo mismo</p>
	<p>13. 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?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p>

MÓDULO IX. SINTOMAS DEPRESIVOS

<p>Encuestador → Contestó SI en alguna de las siguientes preguntas: 4, 5, 8, 11, 12, 13, o Alt. 1 ó 2 en P.10</p> <p>1. [] Ninguna respuesta SI → Pase a P.27</p> <p>2. [] Con alguna respuesta SI → Lea y Pase a P.26</p>	<p>18 ¿Perdió o ganó peso sin desearlo, o se quedó más o menos en el mismo peso?</p> <p>1. Ganó peso</p> <p>2. Perdió peso</p> <p>3. Ganó y perdió peso (R. Espontánea).</p> <p>4. Mantuvo su peso → Pase a P.21</p> <p>5. Estaba a dieta (R. Espontánea) → Pase a P.21</p>
<p>Leer → 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 4, 5, 8, 11, 12 ó Alt 1 ó 2 en P.10) → Pase a P.26</p>	<p>19. ¿Alrededor de cuántos kilos de peso ganó y/o perdió?</p> <p><input type="text"/> Kilogramos</p> <p>20. Anotar sin preguntar. ¿El cambio de peso fue mayor o igual a 5 kilos?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No Alt 1 = Cambio de peso</p>
<p>14. 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?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No → Pase a P.27</p> <p>3. Estaba con medicamentos / antidepresivos (Respuesta espontánea)</p>	<p>21. Durante esas dos semanas, ¿tenía Ud. más problemas de lo habitual para quedarse dormido?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No → Pase a P.23</p>
<p>15. Durante ese período de dos semanas, la pérdida de interés en las cosas ¿le duró usualmente ...</p> <p>1. Todo el día?</p> <p>2. La mayor parte del día?</p> <p>3. Como la mitad del día? → Pase a P.27</p> <p>4. Menos de la mitad del día? → Pase a P.27</p>	<p>22. Durante esas dos semanas, ¿le pasó esto ...</p> <p>1. Todas las noches?</p> <p>2. Casi todas las noches?</p> <p>3. Con menos frecuencia?</p> <p>Alt 1 o 2 = Problemas para dormir</p>
<p>16. Durante esas dos semanas, ¿se sintió de esa manera ...</p> <p>1. Todos los días?</p> <p>2. Casi todos los días?</p> <p>3. Con menos frecuencia? → Pase a P.27</p>	<p>23 Durante esas dos semanas, ¿tenía Ud. más dificultad de lo habitual para concentrarse?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No Alt 1 = Problemas para concentrarse</p>
<p>17. Durante esas mismas dos semanas, ¿se sintió Ud. agotado(a), o con menos energía de lo habitual para Ud.?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No Alt 1 = Sentirse Cansado</p>	<p>24. 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?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No Alt 1 = Se sentía deprimido consigo mismo</p>
<p>Encuestador: Si el entrevistado pregunta si aún estamos hablando de ese período de dos semanas o más, conteste sí.</p>	<p>Alt 1 = Se sentía deprimido consigo mismo</p>

MÓDULO IX. SÍNTOMAS DEPRESIVOS

25. 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

Alt 1 = Pensamientos de muerte

27. ¿Alguna vez un médico o doctor le ha dicho que tiene o que padece de depresión?

1. Sí
2. No → Pase a P.29
3. No sabe no responde → Pase a P.29

Encuestador → Contestó SI en alguna de las siguientes preguntas: 17, 20, 23, 24 ú 25, ó Alt. 1 ó 2 en P.22

1. [] Ninguna respuesta SI → Pase a P.27
2. [] Con alguna respuesta SI → Lea y continúe con P.26

28. ¿A qué edad se lo diagnosticaron por primera vez?

años No sabe, no responde 9999

Leer → Vamos a repasar, Ud. mencionó que tenía dos semanas seguidas, durante los últimos 12 meses, en que perdió interés en la mayoría de las cosas como pasatiempos, trabajo o actividades que usualmente hace para divertirse y también tenía otros problemas como... (Lea las tres primeras respuestas SI en preguntas 17, 20, 23, 24 ú 25, ó Alt. 1 ó 2 en P.22)

26. ¿Cuánto han interferido estos problemas con su vida o actividades ...

1. ¿Mucho?
2. ¿Más o menos?
3. ¿Poco?
4. ¿Nada?

29. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento por depresión?

1. Sí
2. No
3. No sabe no responde

30. ¿Ha estado tomando algún medicamento durante las últimas 2 semanas para la depresión?

1. Sí
2. No
3. No sabe no responde

MÓDULO X. OSTEOPOROSIS (sólo mayores de 20 años)

Encuestador → Ahora le voy a hablar sobre sus huesos

1. ¿Ha tenido alguna fractura o se ha roto algún hueso después de los 20 años?

1. Sí
2. No → Pase a P.5
3. No sabe → Pase a P.5

2. ¿Cuántas veces? (Si son más de 10 veces aclárele al entrevistado que las preguntas que vienen se refieren a las últimas 10 veces)

n° de veces

3. ¿A qué edad se fracturó o rompió el hueso?

N° de fractura	Edad de fractura	No sabe no responde (999)
1°		
2°		
3°		
4°		
5°		
6°		
7°		
8°		
9°		
10°		

MÓDULO X. OSTEOPOROSIS (sólo mayores de 20 años)

4. ¿Qué hueso se fracturó o rompió?

Nº	Dedos de pie manos o cara	Muñecas	Cadera	Columna, vertebras	Otros
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

5. ¿Cuántas veces se ha caído el último año?

Nº de veces

Códigos: No sabe no responde 99. No se ha caído 0

MÓDULO XI. ESTADO NUTRICIONAL

1. Ahora le voy a mostrar unos dibujos, por favor dígame que figura siente que se parece más a usted en este momento (Mostrar TARJETA 17).

Nº de Figura:

5. ¿Alguna vez ha sido tratado por exceso de peso?

1. Sí

2. No

3. No sabe no responde

2. Considera usted que está: (Mostrar TARJETA 18)

1. Bajo de peso

2. Peso normal

3. Sobrepeso

4. Obesidad

5. No responde

6. No sabe

6. ¿Ha estado tomando algún medicamento o haciendo algún tratamiento para el exceso de peso durante las últimas 2 semanas? (Alternativa múltiple)

1. Sí, está haciendo dieta por su cuenta

2. Sí, hace ejercicio periódicamente

3. Sí, toma medicamentos por su cuenta, no indicados por un médico

4. Sí, toma medicamentos indicados por un médico

5. Sí, consume productos naturales

6. Sí, está en tratamiento con un profesional de la salud → Pase a p6e

7. Sí, otros

8. No, no está haciendo nada.

3. ¿Alguna vez un médico, enfermera u otro profesional de la salud le ha dicho que tiene exceso de peso?

1. Sí

2. No → Pase a pregunta 5

3. No sabe no responde → Pase a pregunta 5

CONDICIÓN P6 = ALT 6

4. ¿A qué edad se lo diagnosticaron por primera vez?

años No sabe no responde 999

6e. ¿Con cuál? (Alternativa múltiple)

1. Nutricionista

2. Kinesiólogo

3. Enfermera

4. Médico

5. Otro

MÓDULO XII. DIETA

<p>1. ¿Con qué frecuencia come pescado o mariscos (cualquier tipo de preparación o presentación)?:</p> <p>1. Más de una vez a la semana <input type="checkbox"/></p> <p>2. 1 vez a la semana</p> <p>3. Menos de 3 veces al mes</p> <p>4. Menos de 1 vez al mes o nunca</p>	<p>4. ¿Cuántas porciones de frutas come en uno de esos días? (Mostrar TARJETA 19a)</p> <p>N° de porciones: <input type="checkbox"/></p>
<p>2. ¿Con qué frecuencia consume leche, queso, quesillo, yogurt, postres de leche, mantequilla o margarina con leche?</p> <p>1. Tres o más veces al día <input type="checkbox"/></p> <p>2. Menos de tres veces al día</p> <p>3. Una vez al día</p> <p>4. Día por medio</p> <p>5. Al menos una vez por semana</p> <p>6. Al menos una vez por mes</p> <p>7. Nunca</p>	<p>5. En una semana típica, ¿Cuántos días come Ud. verduras, hortalizas o ensaladas de verduras? No considerar papas ni legumbres</p> <p>N° de días: <input type="checkbox"/></p> <p>Si es 0 Pase a p 7</p> <p>6. ¿Cuántas porciones de verduras u hortalizas o ensaladas de verduras come en uno de esos días? No considerar papas ni legumbres (Mostrar TARJETA 19b)</p> <p>N° de porciones: <input type="checkbox"/></p>
<p>3. En una semana típica, ¿Cuántos días come Ud. frutas?</p> <p>N° de días: <input type="checkbox"/></p> <p>Si es 0 Pase a p 5</p>	<p>7. ¿Con qué frecuencia consume usted algún tipo de cereal integral como pan integral, cereal integral o alimentos que contengan harinas integrales?</p> <p>1. Más de una vez por día</p> <p>2. A diario</p> <p>3. Día por medio</p> <p>4. Al menos una vez por semana</p> <p>5. Al menos una vez por mes</p> <p>6. Nunca <input type="checkbox"/></p>

MÓDULO XIII. ENCUESTA DE SINTOMAS RESPIRATORIO CRÓNICO

<p>Leer → Ahora vamos a preguntarle por algunos síntomas del pulmón y respiración.</p>		<p>3. ¿Tose ud. <u>la mayoría de los días</u>, por los menos durante tres meses al año?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No</p> <p>3. No sabe no responde</p>
<p>1. ¿Tiene ud. habitualmente tos sin que esté resfriado(a)?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No → Pase a P. 5</p> <p>3. No sabe no responde → Pase a P. 5</p>	<p>4. ¿Hace cuántos años ud. tiene esa tos?</p> <p>1. Menos de 2 años <input type="checkbox"/></p> <p>2. De 2 a 5 años</p> <p>3. Más de 5 años</p>	
<p>2. ¿Hay meses en los que ud. tose <u>la mayoría</u> de los días o casi todos los días?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No → Pase a P. 5</p>		

<p>3. No sabe no responde → Pase a P. 5</p>	
MÓDULO XIII. ENCUESTA DE SINTOMAS RESPIRATORIO CRÓNICO	
<p>5. ¿Tiene ud. habitualmente flemas (expectoración, desgarró, pollos) que vengan de su pulmón o de los bronquios, o flemas difíciles de sacar sin que esté resfriado(a)?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No → Pase a P. 9</p> <p>4. No sabe no responde → Pase a P. 9</p>	<p>10. ¿Los silbidos, pitos o sibilancias en el pecho, los tiene ud. <u>solamente</u> cuando estuvo resfriado en los últimos 12 meses?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No</p> <p>3. No sabe no responde</p>
<p>6. ¿Hay meses en los que ud. tiene flemas <u>la mayoría de los días o casi todos los días</u>?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>3. No → Pase a P. 9</p> <p>4. No sabe no responde → Pase a P. 9</p>	<p>11. ¿Ha tenido alguna vez un ataque (crisis) de silbidos, pitos o sibilancias en el pecho con sensación de ahogo o falta de aire en los últimos 12 meses?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No</p> <p>3. No sabe no responde</p>
<p>7. ¿Tiene ud. esas flemas la mayoría de los días por lo menos durante tres meses al año?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No</p> <p>3. No sabe no responde</p>	<p>12. ¿Tiene ud. alguna incapacidad para caminar, <u>que no sea por una causa de enfermedad del pulmón o del corazón (silla de ruedas, pierna amputada, artritis severa o secuela de parálisis infantil...)</u>? (en caso de duda maque 3)</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No → Pase a P13.</p> <p>3. No sabe no responde → Pase a P13</p> <p>12e. ¿Cuál? _____</p> <p>→ Pase a P.18</p>
<p>8. ¿Hace cuántos años que tiene ud. esas flemas?</p> <p>1. Menos de 2 años <input type="checkbox"/></p> <p>2. De 2 a 5 años</p> <p>3. Más de 5 años</p>	<p>13. ¿Ha sentido ud. ahogo o falta de aire cuando camina apurado o en una pequeña subida?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No</p> <p>3. No sabe no responde</p>
<p>9. ¿Ha tenido ud. alguna vez silbidos, pitos o sibilancias en el pecho en los últimos 12 meses?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No → Pase a P. 12</p> <p>3. No sabe no responde → Pase a P. 12</p>	<p>14. ¿Tiene ud. que caminar más lento que personas de su edad en un camino plano debido a falta de aire o ahogo?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No</p> <p>3. No sabe no responde</p>

MÓDULO XIII. ENCUESTA DE SINTOMAS RESPIRATORIO CRÓNICO

<p>15. ¿Tiene ud. que detenerse a tomar aire cuando camina por un camino plano a su paso normal?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p> <p>3. No sabe no responde <input type="checkbox"/></p>	<p>21. ¿Ha estado tomando algún medicamento o haciendo algún tratamiento para esta enfermedad durante las últimas dos semanas?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p> <p>3. No sabe no responde <input type="checkbox"/></p>
<p>16. ¿Tiene ud. que detenerse a tomar aire cuando camina por un camino plano después de andar unos 100 metros, una cuadra o algunos minutos?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p> <p>3. No sabe no responde <input type="checkbox"/></p>	<p>22. ¿Alguna vez un médico o doctor le ha dicho que tiene o que padece de asma?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No pase a P.24 <input type="checkbox"/></p> <p>3. No sabe no responde pase a P.24 <input type="checkbox"/></p>
<p>17. ¿Su falta de aire es tan fuerte que no lo deja salir de su casa o no lo deja cambiarse de ropa?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p> <p>3. No sabe no responde <input type="checkbox"/></p>	<p>23. ¿A qué edad se lo diagnosticaron?</p> <p><input type="text"/> años No sabe no responde 999</p>
<p>18. ¿Alguna vez un médico o doctor le ha dicho que tiene o que padece de bronquitis crónica, enfisema pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o epoc?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No → pase a P.20 <input type="checkbox"/></p> <p>3. No sabe no responde pase a P.20 <input type="checkbox"/></p>	<p>24. ¿Alguna vez ha sido tratado por asma?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p> <p>3. No sabe no responde <input type="checkbox"/></p>
<p>19. ¿A qué edad se lo diagnosticaron?</p> <p><input type="text"/> años</p> <p>Código: No sabe no responde 9999</p>	<p>25. ¿Ha estado tomando algún medicamento o haciendo algún tratamiento para el asma durante las últimas dos semanas?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p> <p>3. No sabe no responde <input type="checkbox"/></p>
<p>20. ¿Alguna vez ha sido tratado por eso?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p> <p>3. No sabe no responde <input type="checkbox"/></p>	

MÓDULO XIV. ENCUESTA DE SINTOMAS DE SUEÑO

<p>1. ¿Le han dicho que ronca todas o casi todas las noches?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p> <p>3. No sabe <input type="checkbox"/></p>	<p>6. En promedio, ¿cuántas horas duerme los fines de semana?</p> <p>Nº de horas: <input type="checkbox"/></p>
<p>2. ¿Le han dicho que cuando duerme deja de respirar por momentos?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p> <p>3. No sabe <input type="checkbox"/></p>	<p>7. Antes de acostarse ¿tiene una sensación irresistible de mover las piernas?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p> <p>3. No sabe <input type="checkbox"/></p>
<p>3. ¿Le cuesta trabajo mantenerse despierto durante el día, por lo menos tres días a la semana?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p>	<p>8. ¿Ha tenido la sensación de pérdida de fuerza en las piernas de forma brusca que se desencadena por situaciones emocionales (risa, alegría, disgusto)?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p> <p>3. No sabe <input type="checkbox"/></p>
<p>4. ¿Despierta usted sintiéndose cansado(a) o casi tan cansado como antes de dormir, por lo menos tres días a la semana?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p>	<p>9. ¿Ha despertado con la sensación de no poder moverse por algunos segundos?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p> <p>3. No sabe <input type="checkbox"/></p>
<p>5. En promedio, ¿cuántas horas duerme los días de semana?</p> <p>Nº de horas: <input type="checkbox"/></p>	<p>10. ¿Ha tenidos sueños desagradables que se viven como muy reales?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p> <p>3. No sabe <input type="checkbox"/></p>

MÓDULO XV. ENCUESTA DE TABAQUISMO

<p>1. ¿Ha fumado por lo menos 100 cigarrillos en toda su vida?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p> <p>3. No recuerda o no está seguro. <input type="checkbox"/></p>	<p>3. Como promedio, ¿cuántos cigarrillos fumó al día durante los últimos 30 días?</p> <p>Nº de cigarrillos al día: <input type="checkbox"/></p> <p>Código: No recuerda / no está seguro 99</p>
<p>2. ¿Actualmente fuma Ud. cigarrillos?</p> <p>1. Sí, uno o más cigarrillos al día <input type="checkbox"/></p> <p>2. Sí, ocasionalmente (menos de un cigarrillo al día) → Pase a P.5 <input type="checkbox"/></p> <p>3. No, he dejado de fumar → Pase a P.7 <input type="checkbox"/></p> <p>4. No, nunca he fumado → Pase a P.9 <input type="checkbox"/></p>	<p>4. ¿Cuánto tiempo pasa desde que se despierta hasta que se fuma su primer cigarrillo?</p> <p>1. Menos de 5 minutos <input type="checkbox"/></p> <p>2. 6 a 30 minutos <input type="checkbox"/></p> <p>3. 31 a 60 minutos <input type="checkbox"/></p> <p>4. Más de 60 minutos <input type="checkbox"/></p>

MÓDULO XV. ENCUESTA DE TABAQUISMO

<p>5. ¿A qué edad comenzó a fumar?</p> <p>Edad comenzó a fumar: <input type="text"/> años</p> <p>Código: 999 No recuerda / no está seguro</p>	<p>Leer → Le formularemos algunas preguntas relacionadas con el hábito de fumar en su hogar.</p> <p>9. De lunes a jueves, ¿cuánto tiempo como promedio diario acostumbra estar Ud. en ambientes cargados de humo de tabaco fuera de su casa o fuera de su trabajo?</p> <p>1. 0 <input type="text"/></p> <p>2. Menos de 1 hora</p> <p>3. Entre 1 - 4 horas</p> <p>4. Más de 4 horas</p>
<p>6. ¿Desea Ud. dejar de fumar?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No</p> <p>Cualquiera sea la respuesta, pase a Pregunta 9 <input type="text"/></p>	<p>10. De viernes a domingo, ¿cuánto tiempo como promedio diario acostumbra estar Ud. en ambientes cargados de humo de tabaco fuera de su casa o fuera de su trabajo?</p> <p>1. 0 <input type="text"/></p> <p>2. Menos de 1 hora</p> <p>3. Entre 1 - 4 horas</p> <p>4. Más de 4 horas</p>
<p>7. ¿Cuándo fue la última vez que fumó, es decir desde cuándo no se fuma por lo menos un cigarrillo diariamente?</p> <p>1. Menos de un mes</p> <p>2. Entre 1 y 6 meses</p> <p>3. Entre más de 6 meses y un año</p> <p>4. Más de un año</p> <p>5. No recuerda / no está seguro</p> <p><input type="text"/></p>	<p>11. En este hogar ¿Se permite fumar dentro de la casa?</p> <p>1. Nunca</p> <p>2. Sí, en ocasiones (fiestas, visitas, otras)</p> <p>3. Sí, algunas personas pueden fumar</p> <p>4. Sí, está permitido para todas las personas</p> <p><input type="text"/></p>
<p>8. ¿Cuál fue el factor más importante que lo ayudó a dejar de fumar efectivamente? (MARQUE HASTA 3 OPCIONES)</p> <p>1. Ayuda o consejo de un profesional de la salud <input type="text"/></p> <p>2. Restricciones de espacios para fumar <input type="text"/></p> <p>3. Elevados precios de los cigarrillos o tabaco <input type="text"/></p> <p>4. Propia voluntad</p> <p>5. Ayuda o consejo de familiar o persona cercana <input type="text"/></p> <p>6. La ley que regula el consumo de tabaco</p> <p>7. Por embarazo suyo o de su pareja <input type="text"/></p> <p>8. Otro <input type="text"/></p> <p>9. No sabe <input type="text"/></p> <p>10.No responde</p>	<p>12. ¿Alguna persona fuma habitualmente dentro de la vivienda?</p> <p>1. Sí → ¿Cuántas personas? <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>2. No <input type="text"/></p> <p>13. En su lugar de estudio o de trabajo ¿está Ud. expuesto al humo de cigarrillo?</p> <p>1. Sí, siempre o casi siempre <input type="text"/></p> <p>2. Sí, en muchas ocasiones</p> <p>3. Sí, en algunas ocasiones</p> <p>4. No, nunca</p> <p>5. No trabaja o estudia</p>

MÓDULO XVI. SALUD BUCAL

1. ¿Ud. Usa prótesis dental?

1. Sí, prótesis superior
2. Sí, prótesis inferior
3. Sí, ambas
4. No, ninguna → ir a p. 4

4. ¿Cree Ud. que necesita prótesis dental (o "placa dental")?

1. Sí
2. No
3. No sabe

2. ¿Dónde la(s) obtuvo?

1. En el Consultorio, Hospital, red del sistema público.
2. A través de su ISAPRE
3. En forma particular
4. No recuerda

5. ¿Cuándo fue la última vez que visitó al dentista?

1. Hace menos de 6 meses
2. Entre 6 meses y un año
3. Hace más de un año y menos de 5 años
4. Hace más de 5 años
5. Nunca lo ha visitado →Pase al siguiente módulo

3. ¿Está conforme (satisfecho, a gusto) con su prótesis?

1. Totalmente conforme
2. Bastante conforme
3. Más o menos conforme
4. Poco conforme
5. Nada, no me sirve.

6. ¿Por qué lo visitó principalmente?

1. Dolor
2. Sospecha de caries
3. Sangramiento de encías
4. Revisión o control dental
5. Estética (prótesis, frenillo, etc.)
6. Otra razón, cuál ¿? _____

MÓDULO XVII. Encuesta de HIPERTENSION

1. ¿Cuándo fue la última vez que se midió la presión arterial?

 Mes año.

Códigos: Nunca 88 8888 No sabe no responde 99 9999

3. ¿A qué edad se lo diagnosticaron por primera vez?

 años

Código: No sabe no responde 999

2. ¿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?

1. Sí, una sola vez
2. Sí, más de una vez
3. No, nunca me lo han dicho Pase a P.4
4. No recuerdo, no estoy seguro(a) Pase a P.4

4. ¿Alguna vez ha hecho algún programa, tratamiento o cambio en el estilo de vida (dieta, ejercicios, bajar de peso) por la presión alta o hipertensión arterial?

1. Sí
2. No
3. No sabe no responde

MÓDULO XVII. Encuesta de HIPERTENSION

<p>5. ¿En estos momentos está llevando o haciendo algún programa, tratamiento o cambio en el estilo de vida (dieta, ejercicios, bajar de peso) indicado por un profesional de la salud para mantener controlada su presión arterial?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No → Pase a P. 7</p>	<p>6. ¿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 <input type="checkbox"/></p>	<p>Sólo mujeres</p> <p>7. ¿Alguna vez un médico o matrona le ha diagnosticado presión alta durante el embarazo?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p> <p>3. no estoy segura</p> <p>4. No ha tenido embarazos</p>
---	---	--

MÓDULO XVIII. Encuesta de Síntomas: DIABETES

<p>1. Antes de esta entrevista ¿alguna vez un profesional de la salud le ha medido (tomado, chequeado) el azúcar en la sangre?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No → Pasar a p. 3</p> <p>3. No estoy seguro(a) → Pasar a p. 3 <input type="checkbox"/></p>	<p>Para todos los entrevistados</p> <p>5. ¿Alguna vez ha hecho algún programa, tratamiento o cambio en el estilo de vida (dieta, ejercicios, bajar de peso) para la diabetes o azúcar alta en la sangre?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No</p> <p>3. No sabe no responde <input type="checkbox"/></p>
<p>2. ¿Cuándo fue la última vez que se midió el azúcar en la sangre?</p> <p><input type="text"/> mes <input type="text"/> año.</p> <p>No sabe no responde 99 9999</p>	<p>6. ¿En estos momentos está llevando o haciendo algún programa, tratamiento o cambio en el estilo de vida (dieta, ejercicios, bajar de peso) para mantener controlada su diabetes/glicemia/azúcar?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No → Pase a P. 9 <input type="checkbox"/></p>
<p>3. 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 Diabetes (azúcar alta en la sangre)?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No → Pase a P.5</p> <p>3. No recuerdo → Pase a P.5 <input type="checkbox"/></p>	<p>7. ¿Qué tipo de tratamiento está llevando? (Alternativa múltiple)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Medicamentos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Insulina</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Tratamiento sin medicamentos (dieta, ejercicios, bajar de peso)</p>
<p>3a. ¿A qué edad se la diagnosticaron?</p> <p><input type="text"/> Años</p>	<p>Sólo P.7 alt 2</p> <p>8. ¿A qué edad inició su tratamiento con insulina? (A quienes contestan Alt. 2 en P.7)</p>
<p>Sólo mujeres</p>	
<p>4. ¿Eso ocurrió cuando estuvo embarazada?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No</p> <p>3. No recuerdo, no estoy segura</p> <p>4. No ha tenido embarazos <input type="checkbox"/></p>	<p>Edad comenzó a usar insulina: <input type="text"/> años. No sabe 999</p>

MÓDULO XVIII. Encuesta de Síntomas: DIABETES

<p>9. ¿En el último año, ha tenido que consultar a un profesional de la salud o asistir a una curación por “ulceras, heridas o llagas” que no cierran o cicatrizan en las piernas o pies (o “gangrena”)?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p> <p>3. No sabe <input type="checkbox"/></p>	<p>11. ¿Cuándo fue la última vez que lo examinó un oftalmólogo u oculista?</p> <p>1. Hace 1 año o menos <input type="checkbox"/></p> <p>2. Hace más de 1 y menos de 2 años <input type="checkbox"/></p> <p>3. Entre 2 y 5 años <input type="checkbox"/></p> <p>4. Hace más de 5 años <input type="checkbox"/></p> <p>5. Nunca <input type="checkbox"/></p>
<p>10. ¿Cuándo fue la última vez que le examinaron los pies?</p> <p>1. Hace 6 meses o menos <input type="checkbox"/></p> <p>2. Hace más de 6 meses y menos de 1 año <input type="checkbox"/></p> <p>3. Entre 1 año y 2 años <input type="checkbox"/></p> <p>4. Hace más de 2 años <input type="checkbox"/></p> <p>5. Nunca <input type="checkbox"/></p>	<p>12. Alguna vez un médico o doctor le ha dicho que sufre o tiene alteración de la retina del ojo o que tiene una retinopatía a causa de la diabetes?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p> <p>3. No sabe no responde <input type="checkbox"/></p>

MÓDULO XIX. Encuesta de DISLIPIDEMIAS

<p>1. ¿Cuándo fue la última vez que se midió el colesterol?</p> <p><input type="text"/> mes <input type="text"/> año</p> <p>Códigos: Nunca 88 8888 No sabe no responde 99 9999</p>	<p>4. ¿Alguna vez ha hecho algún programa, tratamiento o cambio en el estilo de vida (dieta, ejercicios, bajar de peso) por tener el colesterol elevado?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p> <p>3. No sabe no responde <input type="checkbox"/></p>
<p>2. ¿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 del colesterol alto?</p> <p>1. Sí, una sola vez <input type="checkbox"/></p> <p>2. Sí, más de una vez <input type="checkbox"/></p> <p>3. No, nunca me lo han dicho Pase a P. 4 <input type="checkbox"/></p> <p>4. No recuerdo, no estoy seguro(a) Pase a P. 4 <input type="checkbox"/></p>	<p>5. ¿En estos momentos está llevando o haciendo algún programa, tratamiento o cambio en el estilo de vida (dieta, ejercicios, bajar de peso) para mantener controlado su colesterol?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No → Pase al siguiente módulo <input type="checkbox"/></p>
<p>3. ¿A qué edad se lo diagnosticaron?</p> <p><input type="text"/> años</p> <p>Códigos: No sabe no responde 999</p>	<p>6. ¿Qué tipo de tratamiento está llevando?</p> <p>1. Medicamentos <input type="checkbox"/></p> <p>2. Tratamiento sin medicamentos (dieta, ejercicios, bajar de peso) <input type="checkbox"/></p> <p>3. Ambos <input type="checkbox"/></p>

MÓDULO XX. Encuesta Antecedentes familiares

Leer → En su familia directa (sus hijos, su papá, su mamá o sus hermanos) ¿alguien ha enfermado o muerto de ...?

Enfermedad	Sí	No	No sabe	Enfermedad	Sí	No	No sabe
a. Hipertensión (presión alta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Cáncer de colon o recto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Diabetes (azúcar alta en la sangre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Cáncer de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Bocio o enfermedad a la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Cáncer de mama (pecho, busto, seno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Problemas por consumo excesivo de alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Cáncer de vesícula o vía biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k. Fractura de la cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Cáncer de gástrico o de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l. Enfermedad celíaca (intolerancia al glúten o harinas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MÓDULO XX. Encuesta Antecedentes familiares

Leer → En su familia directa (sus hijos, su papá, su mamá o sus hermanos) ¿alguien ha enfermado o muerto de ...?





Enfermedad	Sí	¿Qué edad tenía? (Anote el de menor edad)	No	No sabe
1. Infarto o ataque al corazón				
2. Accidente vascular, trombosis, o derrame cerebral				
3. Muerte por arritmia maligna o muerte súbita				

MÓDULO XXI. PSICOSOCIAL

Leer → Ahora le voy a hacer preguntas sobre lo que Ud. piensa:

<p>1. ¿Cuán de acuerdo está Ud. con la siguiente frase: “A nadie le importa mucho lo que me pasa”? (Mostrar TARJETA 20).</p> <p>1. Totalmente de acuerdo 2. Más o menos de acuerdo 3. Algo en desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo 5. No sabe o no contesta</p> <div style="text-align: right;"><input type="text"/></div>	<p>3. Cuando tiene problemas, ¿tiene Ud. alguna persona en quien confiar, pedir ayuda o consejo?</p> <p>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</p> <div style="text-align: right;"><input type="text"/></div>
<p>2. ¿Cuán de acuerdo está Ud. con la siguiente frase: “Es más seguro no confiar en nadie”? (Mostrar TARJETA 20).</p> <p>1. Totalmente de acuerdo 2. Más o menos de acuerdo 3. Algo en desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo 5. No sabe o no contesta</p> <div style="text-align: right;"><input type="text"/></div>	<p>4. ¿Puede recurrir confiadamente a alguien cuando tiene un gasto imprevisto, emergencia económica u otra situación grave o catastrófica?</p> <p>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</p> <div style="text-align: right;"><input type="text"/></div>
<p>2a. Califique su percepción de confianza de 1 a 7, considerando que 1 es nada de confianza y 7 mucha confianza. En general, ¿Cuánto usted confía en la gente de su villa, barrio o población?</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <div style="text-align: right;"><input type="text"/></div>	<p>4a. Si se le cayera su monedero o billetera en su barrio, calle, villa o población y alguien la viera, piensa ¿Ud. que él o ella se la devolvería?</p> <p>1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni acuerdo ni en desacuerdo (más o Menos) 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo</p> <div style="text-align: right;"><input type="text"/></div>

MÓDULO XXI. PSICOSOCIAL

<p>4b. ¿Diría usted que esta villa, barrio o población es un lugar donde los vecinos se preocupan unos de otros?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Muy de acuerdo2. De acuerdo3. Ni acuerdo ni en desacuerdo (más o menos)4. En desacuerdo5. Muy en desacuerdo 	<p>6. ¿Con que frecuencia se ha sentido estresado durante el último año (irritable, lleno de ansiedad o sin poder dormir), debido a situaciones en la casa o en el trabajo?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Nunca sintió estrés2. Algunas veces se ha sentido estresado en la casa o en el trabajo,3. Varias veces se ha sentido estresado en la casa o en el trabajo4. Permanentemente se ha sentido estresado en la casa o en el trabajo 
<p>5. ¿Pertenece Ud. a alguno de los siguientes grupos? (Mostrar TARJETA 21)</p> <ol style="list-style-type: none">1. Sí2. No, sólo grupos en Internet. → Pase a P. 63. No, ningún tipo de grupo. → Pase a P. 64. No sabe no responde. → Pase a P. 6 	<p>7. ¿Qué nivel de estrés financiero, económico, de dinero o plata ha sentido Ud. en los últimos 12 meses?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Poco o nada2. Moderado3. Alto o mucho4. No sabe no responde 

MÓDULO XXI. PSICOSOCIAL

<p>8. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes eventos en los últimos 12 meses?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 3. No sabe/No responde 	<p>9. ¿Qué tan seguro se siente de poder llenar formularios o papeles para trámites usted solo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente seguro 2. Seguro 3. Más o menos seguro 4. Poco seguro 5. Nada seguro
<p>a. Se ha divorciado o separado?</p>	<input type="checkbox"/>
<p>b. Ha perdido el trabajo o jubilado?</p>	<input type="checkbox"/>
<p>c. Le han andado mal los negocios?</p>	<input type="checkbox"/>
<p>d. Le ha sucedido un hecho de violencia?</p>	<input type="checkbox"/>
<p>e. Ha tenido algún problema grande en la familia?</p>	<input type="checkbox"/>
<p>f. Ha tenido algún problema serio de salud o accidente?</p>	<input type="checkbox"/>
<p>g. Se le ha muerto el(la) esposo(a) o pareja?</p>	<input type="checkbox"/>
<p>h. Se le ha enfermado o muerto alguien cercano de la familia?</p>	<input type="checkbox"/>
<p>i. Ha tenido algún otro estrés importante?</p>	<input type="checkbox"/>
<p>i.e. Cuál?</p>	<input type="checkbox"/>
<p>10. ¿Qué tan a menudo se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre 	<input type="checkbox"/>
<p>11. En general, ¿qué tan a salvo (seguro) se siente usted del crimen y de la violencia cuando está solo(a) en su casa?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Completamente seguro 2. Muy seguro 3. Moderadamente seguro 4. Poco seguro 5. Nada seguro 	<input type="checkbox"/>
<p>12. Durante los últimos 12 meses, ¿Usted o algunos de los miembros de su hogar ha sido víctima de un crimen violento o un atraco?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 3. No sabe, no responde 	<input type="checkbox"/>

MÓDULO XXII. ATENCIÓN PRIMARIA

<p>1. La última vez que pidió hora o lo citaron para atenderse en un centro de salud o consultorio <u>público</u> (NO considerar las consultas a servicios de urgencia de hospitales, SAPU, Postas) ¿fue atendido por el mismo médico que la vez anterior?</p>	<p>2. ¿Tiene Ud. "SU médico" general o de cabecera o de familia? (al cual puede recurrir en el consultorio para resolver la mayoría de sus problemas de salud)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No → pase al siguiente módulo 3. No responde → pase al siguiente módulo
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 3. No me atiende en el sistema público → pase al siguiente módulo 4. No sabe/nr 	<p>3. ¿Conoce el nombre de ese médico?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 3. No, son muchos distintos.

MÓDULO XXIII. NIVEL SOCIOECONÓMICO DEL HOGAR

Incluya a todos los miembros del hogar. Comience con el entrevistado (Orden=1) No olvide menores y adultos mayores

Educación de los miembros del hogar

<p>1. Sexo de cada integrante</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hombre 2. Mujer <p>2. Edad: (En años cumplidos, si es menor a 1 año poner 0)</p> <p>3. ¿Cuál es su relación de parentesco con el Jefe(a) de hogar?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jefe(a) de Hogar 2. Cónyuge o pareja 3. Hijo(a), hijastro(a) 4. Padre o madre 5. Suegro(a) 6. Yerno o nuera 7. Nieto(a) 8. Hermano(a) 9. Cuñado(a) 10. Abuelo(a) 11. Otro familiar 12. No familiar 	<p>4. ¿Cuál es su estado civil actual?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casado (a) 2. Conviviente 3. Anulado(a) 4. Separado(a) de unión legal 5. Separado(a) de unión de hecho 6. Viudo(a) 7. Soltero(a) 8. Divorciado(a) <p>5. ¿A qué sistema previsional de salud pertenece, ya sea como cotizante o carga?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sistema Público FONASA Grupo A 2. Sistema Público FONASA Grupo B 3. Sistema Público FONASA Grupo C 4. Sistema Público FONASA Grupo D 5. Sistema Público FONASA, no sabe Grupo 6. FF.AA. y de Orden 7. ISAPRE 8. Ninguno 9. No sabe 10. Otro sistema. 5e. Especifique 	<p>6. ¿Asiste actualmente a algún establecimiento educativo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 	<p>7. ¿Cuál es el último curso que aprobó?</p>	<p>8. ¿A qué nivel educacional corresponde?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Educación Preescolar o Educación parvularia 2. Preparatoria (Sistema Antiguo) 3. Educación Básica 4. Educación Diferencial 5. Humanidades (Sistema Antiguo) 6. Educación Media Científico-Humanista 7. Técnica, Comercial, Industrial o Normalista (Sistema Antiguo) 8. Educación Media Técnica Profesional 9. Centro de Formación Técnica incompleta (sin título) 10. Centro de Formación Técnica completa (con título) 11. Instituto Profesional incompleta (sin título) 12. Instituto Profesional completa (con título) 13. Educación Universitaria incompleta (sin título) 14. Educación Universitaria completa (con título) 15. Universitaria de Postgrado 16. Ninguno 17. No sabe 18. No responde 	<p>9. Número de años cursado completos (si es p8=1 anote 0)</p>
---	---	---	--	---	---

Ord	Nombre	1	2	3	4	5	5e.	6	7	8	9
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											

No olvide a quienes residen transitoriamente fuera del hogar, ya sea por estudio, trabajo, negocio, enfermedad, vacaciones, u otra razón, siempre que los períodos de ausencia no superen los 6 meses.

MÓDULO XXIII. NIVEL SOCIOECONÓMICO DEL HOGAR

Ocupación e Ingresos. A todos los integrantes del hogar

Condición edad mayor o igual a 10 años		11. Si está o estaba trabajando, ¿en este trabajo es o era? 1. Trabajador dependiente del sector público 2. Trabajador dependiente del sector privado (Ej. Empleado, obrero, jornalero, etc.) 3. Trabajador de servicio doméstico 4. Trabajador por cuenta propia 5. Empleador (dueño o socio), empresario o patrón 6. Familiar no remunerado 7. FFAA y del Orden 8. No sabe no responde	12. ¿Qué ocupación o tipo de trabajo desempeña actualmente o desempeñaba si está cesante?	13. ¿A qué se dedica principalmente el establecimiento donde trabaja o trabajaba si está cesante?
10. ¿En cuál de las siguientes situaciones se encontraba la mayor parte de los últimos 12 meses? 1.Trabajando por ingreso 2.Sin trabajar, pero tiene empleo 3.Buscando trabajo, habiendo trabajado antes 4.Trabajando para un familiar sin pago de dinero 5.Buscando trabajo por primera vez → Pase a P.18 6.En quehaceres de su hogar → Pase a P.18 7.Estudiando → Pase a P.18 8. Jubilado o rentista → Pase a P.18 9.Incapacitado permanentemente para trabajar → Pase a P.18 10.Otra situación → Pase a P.18 11. No sabe no responde				

Ord	Nombre	10	11	12	13
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

MÓDULO XXIII. NIVEL SOCIOECONÓMICO DEL HOGAR

Preguntas en relación al jefe de hogar (el que es reconocido por los demás miembros del hogar)

Sólo p 14 Condición: P 11 = 5

14. ¿Cuántos empleados trabajan directamente para su empresa o negocio?

Número de empleados

No sabe 9999

17. En su trabajo, ¿recibe órdenes regularmente de alguna persona como jefe, supervisor, capataz, familiar u otro?

1. Sí
2. No →Pase a p 18
3. No responde →Pase a p 18

Todos los jefes de hogar

15. Como parte de su trabajo, ¿supervisa el trabajo de otros empleados o les dice a otros qué trabajo tienen que hacer

1. Sí
2. No →Pase a p 16
3. No responde →Pase a p 16

15 e. ¿A cuántas personas?

No sabe (9999)

16. En su trabajo, ¿está personalmente involucrado o al menos le consultan acerca de las decisiones para contratar o despedir trabajadores?

1. Sí
2. No
3. No responde

17e. ¿Cuántas personas le supervisan?

18. De acuerdo a la siguiente tarjeta podría decirme ¿Dónde se encuentran los ingresos mensuales totales del hogar, sumando todos los ingresos de los miembros del hogar? (Líquido, Mostrar Tarjeta 22).

1. Menos de \$65.000
2. \$65.000 a \$136.999
3. \$137.000 a \$180.999
4. \$181.000 a \$250.999
5. \$251.000 a \$350.999
6. \$351.000 a \$450.999
7. \$451.000 a \$650.999
8. \$651.000 a \$850.999
9. \$851.000 a \$1.050.999
10. \$1.051.000 a \$1.250.999
11. \$1.251.000 o más
12. No responde

Características de la vivienda y equipamiento del hogar. Acceso a bienes. Preguntas para el entrevistado

19. ¿Tiene usted actualmente en uso y funcionamiento alguno de los siguientes bienes?

1. Sí
2. No

20. De dónde proviene el agua que usa esta vivienda:

1. Red pública (compañía de agua potable)
2. Pozo o noria
3. Río, vertiente o estero
4. No sabe no responde

1. Calefont o sistema de calentamiento de aguas

2. Horno microondas

3. Computador o notebook

4. Videgrabador, DVD o pasapelículas

5. Refrigerador

6. Automóvil. De uso particular.

6e. Especificar número

7. No responde

MÓDULO XXIII. NIVEL SOCIOECONÓMICO DEL HOGAR

21. ¿Por dónde llega agua a esta vivienda?:

1. Cañería dentro de la vivienda
2. Cañería fuera de la vivienda
3. No tiene agua por cañería
4. No sabe, no responde

23. ¿De dónde llega la electricidad a esta vivienda?

1. De la red pública
2. De un generador propio o comunitario
3. De una placa solar
4. No tiene alumbrado eléctrico
5. No sabe, no responde

22. ¿Cómo funciona el servicio higiénico (W.C.) de esta vivienda?:

1. Conectado a alcantarillado
2. Conectado a fosa séptica
3. Cajón sobre pozo negro
4. Cajón sobre acequia o canal
5. Químico
6. No tiene servicio higiénico (W.C.)
7. No sabe, no responde

24. ¿Cuál es el principal combustible usado para cocinar?

1. Gas natural
2. Gas licuado
3. Parafina
4. Leña, aserrín
5. Carbón
6. Electricidad
7. Energía solar
8. No cocina
9. No sabe, no responde

25. ¿Cuántas duchas tiene esta vivienda?:

Número:

Características de la vivienda y equipamiento del hogar: Acceso a bienes. Encuestador: visualización

26. Tipo de vivienda:

1. Casa
2. Departamento en edificio
3. Pieza en una casa o conventillo
4. Mediagua, mejora
5. Rancho o choza
6. Ruca

27. En la cubierta del techo predomina:

1. Tejas (arcilla, metálica, cemento)
2. Tejuela (madera, asfáltica)
3. Loza de hormigón
4. Zinc
5. Pizarreño
6. Fibra de vidrio/femocolor
7. Fonolita
8. Paja embarrada
9. Desechos (lata, cartones, plásticos, etc)

28. El material predominante en las paredes exteriores es:

1. Hormigón armado, piedra
2. Ladrillo
3. Paneles estructurales, bloques (prefabricado)
4. Madera o tabique forrado
5. Internit
6. Adobe, barro empajado
7. Desechos (latas, cartones, plásticos, etc)

29. El material predominante en el piso es:

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

MÓDULO XXIII. NIVEL SOCIOECONÓMICO DEL HOGAR

Antecedentes de la Madre del entrevistado	Origen	
30. ¿Cuál es el último curso aprobado por su madre? <input type="text"/> Si no sabe o no recuerda anote 9	33. ¿Cuáles son los apellidos de su madre? (si no sabe anote cero)	
31. ¿A qué nivel educacional corresponde ese curso aprobado por su madre? 1. Educación Preescolar o Educación parvularia 2. Preparatoria (Sistema Antiguo) 3. Educación Básica 4. Educación Diferencial 5. Humanidades (Sistema Antiguo) 6. Educación Media Científico-Humanista 7. Técnica, Comercial, Industrial o Normalista (Sistema Antiguo) 8. Educación Media Técnica Profesional 9. Centro de Formación Técnica incompleta (sin título) 10. Centro de Formación Técnica completa (con título) 11. Instituto Profesional incompleta (sin título) 12. Instituto Profesional completa (con título) <input type="text"/> 13. Educación Universitaria incompleta (sin título) 14. Educación Universitaria completa (con título) 15. Universitaria de Postgrado 16. Ninguno 17. No sabe 18. No responde	Apellido Paterno <input type="text"/>	Apellido Materno <input type="text"/>
	34. ¿Cuáles son los apellidos de su padre? (si no sabe o no responde anote cero)	
	Apellido Paterno <input type="text"/>	Apellido Materno <input type="text"/>
	Contacto	
	35. Nombre de algún familiar o conocido de contacto que lo pueda ubicar en caso necesario (1): (si no sabe o no responde anote cero)	
	Nombre <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>
	36. Nombre de algún familiar o conocido de contacto que lo pueda ubicar en caso necesario (2): (si no sabe o no responde anote cero)	
	Nombre <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>
32. Número de años cursado completos <input type="text"/>	<input type="text"/>	

Cierre de la visita

1. 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.
2. FUNDAMENTAL: fijar claramente la hora de la visita, siendo la primera cita de la mañana fijada para las 7:00 AM.
3. Explicar en qué consiste el examen de salud que le va a realizar la enfermera y aclarar que esa visita tomará aproximadamente 40 minutos.
4. RECORDAR A LA PERSONA, QUE DEBE REALIZAR AYUNO, no comer alimentos desde las _____ horas del día anterior (ayuno de 11 calculadas a partir de la hora en que se fijó la cita para la enfermera), puede tomar agua sin problemas y DEBE tomarse sus medicamentos habituales en el horario correspondiente y avisarnos si es DIABÉTICO, para darle la primera cita de la mañana, decirle que la enfermera lo contactará telefónicamente.
5. Recordar que DEBE tener los medicamentos y otros tratamientos (hierbas medicinales, homeopatía, suplementos alimentarios, etc) que actualmente use para la segunda visita.
6. Leer juntos hoja de citación con instrucciones de preparación y entregarla al entrevistado(a).
7. Entrega de citación
8. Anotar en la hoja de ruta si el paciente necesita ayuda para contestar la encuesta y si es diabético. Esa información debe ser entregada a la enfermera antes de la realización de la cita
9. Recordar a la persona que puede recibir la visita de un supervisor quien le repetirá algunas preguntas para verificar los datos.
10. AGRADECER cordialmente la colaboración.

Se entregó citación para exámenes con enfermera

Se entregó copia del consentimiento general