

PRESENTACIÓN F-1

CUESTIONARIO III ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2016-2017

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) / /
Día Mes Año

Edad (en años) Sexo

1. Hombre	<input type="checkbox"/>
2. Mujer	<input type="checkbox"/>

 Teléfono fijo (si no
tiene anote 999999)
Teléfono móvil (si no
tiene anote 999999)

e-mail (si no tiene anote 0)

IDENTIFICACIÓN DE LA VIVIENDA

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

Nota: esta versión diagramada del cuestionario administrado en la ENS 2016-2017 es de uso excepcional, solo debe ser llenada en caso de no ser posible su aplicación en versión Tablet.

REGISTRO DE VISITAS AL HOGAR

V1. Nº Visita	V2. Fecha (dd/mm/aaaa)	V3. Hora (hh/mm)	V4. Disposición Anotar según código	V5. Rechazo Anotar según código
1	/ /	:		
2	/ /	:		
3	/ /	:		
4	/ /	:		
V6. Nombre encuestador			V7. Código encuestador	Observaciones
V8. Nº visita en que se logra la encuesta. Si se logra la encuesta, anotar el número de visita.			V9. Hora inicio entrevista	V10. Hora término entrevista
Nº visita:			:	:

CONTROL DE PROCESO

S1. Fecha	S2. Responsable	S3. Nombre responsable	S4. Código responsable	S5. Código responsable
a. / /	Encuestador	a.	a.	a.
b. / /	Supervisor	b.	b.	b.
c. / /	Codificador	c.	c.	c.
d. / /	Digitador	d.	d.	d.

RESERVADO SUPERVISIÓN

CÓDIGOS DE DISPOSICIÓN. USAR PARA V4.

RESULTADO	SÍ	NO	1. Entrevistado, elegible	231. Muerte del informante	4. No elegible
S6. Encuesta completa	1	2	110. Entrevista completa	232. Informante impedido físico/mental para contestar	410. Fuera de muestra (ningún miembro corresponde a persona a encuestar)
S7. Flujo lógico	1	2	120. Entrevista parcial	233. Problemas de idioma	451. Empresa, oficina de gobierno u otra organización
S8. Letra legible	1	2	2. No entrevistado, elegible	236. Otra razón elegible. Anotar.	452. Instituciones (hospital, cárcel, asilo de anciano, etc.)
S9. Entrevistado idóneo	1	2		211. Se rechazó la entrevista	3. No entrevistado, elegibilidad desconocida
CÓDIGOS DE CARACTERIZACIÓN DEL RECHAZO. USAR PARA V5 EN CASO DE RESPUESTA 211 EN V4.			212. Se interrumpió la entrevista	311. No se envió a terreno	454. Vivienda en demolición, incendiada, destruida o erradicada
1. No tiene tiempo	6. Está aburrido de contestar encuestas		223. Se impidió acceso a la vivienda	317. Área peligrosa o de difícil acceso	461. Vivienda particular desocupada
2. No está interesado	7. No confía en las encuestas		224. Vivienda ocupada sin moradores presentes	318. No fue posible localizar la dirección	462. Vivienda de veraneo o de uso temporal
3. Por su privacidad no quiere entregar información personal ni familiar	8. Ha tenido malas experiencias por responder encuestas		225. Informante no ubicable o no puede atender	390. Otra razón de elegibilidad desconocida. Anotar.	463. Otra razón no elegible. Anotar.
4. Por su seguridad no quiere entregar información personal ni familiar	9. La familia o pareja prohíbe contestar encuestas				
5. Nunca responde encuestas	10. No tiene beneficios por contestar encuestas				

REGISTRO DE PERSONAS DE LA VIVIENDA (RPV)

R1. Ahora quisiera que me dijera los nombres de las personas que viven aquí habitualmente. Por favor dígame los nombres de las personas en orden.

- Empecemos con usted, ¿cuál es su nombre?
- Y ¿cuál es el nombre del resto de las personas que viven aquí habitualmente?
- No se olvide de incluir a las guaguas, a los niños pequeños y los adultos mayores que vivan aquí.
- No se olvide de 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.

R2. ¿Es [NOMBRE] hombre o mujer?

Pregunte solo si no es evidente

R3. ¿Qué edad tiene [NOMBRE]?

Anote la edad en años cumplidos. Anote "0" en caso de niños menores de 1 año. Si es 0 años ingresar edad en meses (1 a 11).

R4. Me puede indicar, ¿qué grupo de personas aquí comen juntos o comparten los gastos de alimentación?

Identifique los hogares utilizando un número correlativo de 1 a n

- Asigne el servicio doméstico puertas adentro como un hogar independiente.
- Si es solo 1 residente registre 1

REGISTRO DE PERSONAS DE LA VIVIENDA. SE REGISTRAN TODAS LAS PERSONAS DE TODOS LOS HOGARES DE LA VIVIENDA.

R0. Nº de línea	R1. Nombres (primer y segundo nombre)	R2. Sexo 1 = Hom- bre 2 = Mujer	R3a. Edad en años cumpli- dos	R3b = edad en meses cumplidos	R4: Nº de Hogar	R6: ¿[NOM- BRE] está embara- zada?	NO PRE- GUNTAR R7: ¿Per- sona vio- lenta?	R8: Elegible (SÍ/NO)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								

MÓDULO I. CARACTERIZACIÓN DEL ENTREVISTADO (C)

Aplicar a todos los entrevistados.

c1. ¿En qué país nació usted?

1. Chile → Pasa a c3
2. Otro → Pasa a c1esp

c1_esp. ¿Qué otro país?

c2. ¿Hace cuánto tiempo vive en Chile?

- a. Años
- b. Meses

- ✦ Si la persona reside menos de 6 meses en Chile, no debe contestar esta encuesta.
- ✦ Si la persona reside en Chile entre 6 meses y 1 año, complete la casilla meses con valores 6 a 11.
- ✦ Si la persona reside hace más de 1 año, solo complete la casilla años (1, 2, 3 años, etc.)

c3. ¿Hace cuánto tiempo reside Usted en la región de [COD REGIÓN ENCUESTADO]?

- ✦ Si es menos de un año anote 0, y complete la casilla mes.
- ✦ Si es menos de un mes anote 0, y complete la casilla semanas.

- a. Años
- b. Meses
- c. Semanas

c5. Indique su primer idioma:

1. Español (castellano) → Pasa a c6
2. Portugués → Pasa a c5b
3. Inglés → Pasa a c5b
4. Francés → Pasa a c5b
5. Alemán → Pasa a c5b
6. Italiano → Pasa a c5b
7. Chino → Pasa a c5b
8. Japonés → Pasa a c5b
9. Ruso → Pasa a c5b
10. Otro. ¿Cuál? → Pasa a c5_otros

c5_otros. ¿Qué otro idioma?

→ Pasa a c5b

c5b. ¿Usted entiende el español?

1. Sí → Pasa a c6
2. No → Fin de la encuesta

c6. En Chile, la ley reconoce nueve pueblos indígenas, ¿pertenece usted o es descendiente de alguno de ellos?

- 1. Aymara
- 2. Rapa-Nui (*Pascuenses*)
- 3. Quechua
- 4. Mapuche
- 5. Atacameño (*Linkán Antai*)
- 6. Coya
- 7. Kawésqar (*Alacalufes*)
- 8. Yagán (*Yámara*)
- 9. Diaguita
- 10. No pertenece a ningún pueblo indígena chileno

Solo si hay niños en el hogar del entrevistado entre 7 meses y menor a 5 años. Listar a los niños y preguntar

c7. Podría indicarme usted ¿Quién es el cuidador principal de...?

El cuidador principal es la persona que decide y realiza las conductas de cuidado con relación al desarrollo, salud y educación del niño/a. Habitualmente corresponde a la madre o padre u otro adulto significativo.

Niño	Responsable

OBSERVACIONES

MÓDULO II. EVALUACIÓN COGNITIVA

Aplicar solo a personas con 60 años o más

INT1. En esta encuesta le vamos a preguntar sobre algunos problemas de salud. Nos gustaría empezar con algunas preguntas sobre su memoria.

e1. ¿Usted diría que su memoria es muy buena, buena, regular, mala o muy mala?

- 1. Muy buena
- 2. Buena
- 3. Regular
- 4. Mala
- 5. Muy mala
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

INT2. Ahora voy a hacerle algunas preguntas simples, solo para saber si nos estamos entendiendo bien, no importa si se equivoca o no sabe la respuesta.

e2. Por favor, dígame la fecha de hoy

e2a. Día del mes -8888. No sabe
-9999. No responde

e2a_correcto. ¿Es correcto el día?

- 1. Correcto
- 2. Incorrecto

e2b. Mes -8888. No sabe
-9999. No responde

e2b_correcto. ¿Es correcto el mes?

- 1. Correcto
- 2. Incorrecto

e2c. Año -8888. No sabe
-9999. No responde

e2c_correcto. ¿Es correcto el año?

- 1. Correcto
- 2. Incorrecto

e2d. Día de la semana -8888. No sabe
-9999. No responde

e2d_correcto. ¿Es correcto el día de la semana?

- 1. Correcto
- 2. Incorrecto

e2f. Puntaje obtenido

♦ Se suma 1 por cada respuesta correcta

e3. 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.

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. Marcar si la persona repitió la palabra

e3_1. La persona repitió la palabra "Árbol"

- 1. Correcto
- 2. Incorrecto

e3_2. La persona repitió la palabra "Mesa"

- 1. Correcto
- 2. Incorrecto

e3_3. La persona repitió la palabra "Avión"

- 1. Correcto
- 2. Incorrecto

e3_Puntaje: Puntaje obtenido

e4. 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.

e4_1. 1er número mencionado

e4_2. 2do número mencionado

e4_3. 3er número mencionado

e4_4. 4to número mencionado

e4_5. 5to número mencionado

e4_puntaje. El puntaje obtenido fue:

♦ El puntaje asignado a esta pregunta es 1.

e5. 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.

e5_1. Sigue instrucciones: Toma el papel con la mano derecha

1. Correcto
 2. Incorrecto

e5_2. Sigue instrucciones: Dobla el papel por la mitad con ambas manos

1. Correcto
 2. Incorrecto

e5_3. Sigue instrucciones: Coloca el papel sobre las piernas

1. Correcto
 2. Incorrecto

e5_puntaje. El puntaje obtenido fue:

→ Se suma 1 por cada acción realizada.

e6. Hace un momento le leí una serie de tres objetos y Ud. repitió los que recordó. Por favor dígame ahora cuáles recuerda.

Marcar si la persona repitió la palabra

e6_1. La persona repitió la palabra "Árbol"

1. Correcto
 2. Incorrecto

e6_2. La persona repitió la palabra "Mesa"

1. Correcto
 2. Incorrecto

e6_3. La persona repitió la palabra "Avión"

1. Correcto
 2. Incorrecto

e6_Puntaje: Puntaje obtenido

→ Anote 1 punto por cada respuesta correcta.

e7. 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.

e7_Puntaje obtenido

→ Se suma 1 si el entrevistado dibuja los dos círculos en forma correcta.

e8. e8_Puntaje obtenido MINIMAL

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

t9. Para las siguientes preguntas, necesitamos que alguna otra persona que reside en esta casa nos ayude a contestarla. ¿Hay alguien que pudiera acompañarlo?

1. Sí, está ahora → Pasa a t9.1 *Le puede pedir que nos acompañe → Nombre y edad*
2. Sí, pero no está ahora → INT. Cierre la encuesta con código 120 y reagende
3. No, no hay quien me ayude a contestar → INT. Continúe con Módulo Calidad de Vida.

t9.1. Indique nombre acompañante

t9.2. Indique edad acompañante

t9.3. Indique teléfono acompañante (Si no tiene anote 99999999)

Realice las siguientes preguntas respecto al entrevistado, al cuidador o persona que le ayudará a contestar.

Mostrar  Tarjeta 2

Anote la alternativa y no el puntaje en el recuadro.

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

- t10a. Don(ña) _____, ¿es capaz de manejar su propio dinero?
- t10b. Don(ña) _____, ¿es capaz de hacer compras solo(a) (por ejemplo la comida o ropa)?
- t10c. Don(ña) _____, ¿es capaz de calentar el agua para el café o el té y apagar la cocina?
- t10d. Don(ña) _____, ¿es capaz de preparar la comida?
- t10e. Don(ña) _____, ¿es capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos y de lo que pasa en el vecindario?
- t10f. Don(ña) _____, ¿es capaz de poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión o un artículo del periódico?
- t10g. Don(ña) _____, ¿es capaz de recordar compromisos y acontecimientos familiares?
- t10h. Don(ña) _____, ¿es capaz de administrar y manejar sus propios medicamentos?
- t10i. Don(ña) _____, ¿es capaz de andar por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?
- t10j. Don(ña) _____, ¿es capaz de saludar a sus amigos(as) adecuadamente?
- t10k. Don(ña) _____, ¿es capaz de quedarse solo(a) en casa sin problemas?

t11_puntaje. Puntaje obtenido

Suma de puntaje

♦ **Puntaje total:** 6 o más puntos. Continúe la encuesta con la ayuda del acompañante.

Anote esta instrucción en su hoja de ruta para avisarle a la enfermera si el entrevistado necesita ayuda para realizar el F2.

♦ **Puntaje total:** 5 o menos puntos. Continúe la encuesta con el entrevistado y si necesita ayuda para contestar algunas preguntas, consulte al acompañante.

Anote esta instrucción en su hoja de ruta para avisarle a la enfermera si el entrevistado necesita ayuda para realizar el F2.

OBSERVACIONES

MÓDULO III. CALIDAD DE VIDA Y DISCAPACIDAD (CD)

cd1. ¿Cómo se siente con su vida en general (con su trabajo, familia, bienestar, salud, amor)?

Mostrar  Tarjeta 3a

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

cd2. En general Ud. diría que su salud es:

Mostrar  Tarjeta 3b

- 1. Muy buena
- 2. Buena
- 3. Regular
- 4. Mala
- 5. Muy mala

INT3. Ahora le voy a hacer unas preguntas simples acerca de cómo está su salud actual. Por favor indíqueme qué afirmaciones describen mejor su salud en el día de HOY.

Lea cada alternativa y marque solo una.

Mostrar  Tarjeta 3c

cd3. En primer lugar me gustaría preguntarle acerca de la movilidad. ¿Diría usted que...?

- 1. No tengo problemas para caminar
- 2. Tengo algunos problemas para caminar
- 3. Tengo que estar en cama

Mostrar  Tarjeta 3d

cd4. A continuación me gustaría preguntarle acerca del cuidado personal. ¿Diría usted que ...?

- 1. No tengo problemas con mi cuidado personal
- 2. Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo
- 3. Soy incapaz de lavarme o vestirme solo

Mostrar  Tarjeta 3e

cd5. A continuación me gustaría preguntarle acerca de sus actividades habituales (ej. trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre). ¿Diría usted que...?

- 1. No tengo problemas para realizar mis actividades habituales
- 2. Tengo algunos problemas para realizar mis actividades habituales
- 3. Soy incapaz de realizar mis actividades habituales

Mostrar  Tarjeta 3f

cd6. A continuación me gustaría preguntarle acerca del dolor o malestar. ¿Diría usted que ...?

- 1. No tengo dolor ni malestar
- 2. Tengo un dolor o malestar moderado
- 3. Tengo mucho dolor o malestar

Mostrar  Tarjeta 3g

cd7. Ahora me gustaría preguntarle sobre la angustia o depresión. ¿Diría usted que ...?

- 1. No estoy angustiado o deprimido
- 2. Estoy moderadamente angustiado o deprimido
- 3. Estoy muy angustiado o deprimido

NO LEER: Encuestador, lea al encuestado la instrucción y entréguele la hoja y el lápiz para que el Encuestado marque una línea sobre la escala. Anote el número que le indique en el papel.

Mostrar  Tarjeta 4

cd8. Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud, hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un “100” el MEJOR estado de salud que pueda imaginarse y con un “0” el PEOR estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud el día de HOY.

Por favor, dibuje una línea desde el casillero abajo hasta el punto que indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

Número

INT4. Las siguientes preguntas son acerca de las dificultades que pudiera tener para realizar ciertas actividades, debido solamente a su ESTADO DE SALUD y sin considerar dispositivos de ayuda o personas que le ayudan.

Ahora quiero que me responda las siguientes preguntas utilizando una escala de 1 a 5, en la que 1 significa ninguna dificultad y 5 significa dificultad extrema o imposibilidad.

cd9. En los últimos 30 días y sin tener en cuenta ningún tipo de ayuda:

Mostrar  Tarjeta 5

Anote la alternativa.

- 1. Ninguna
- 2. Leve
- 3. Moderada
- 4. Severa
- 5. Extrema / imposibilidad
- 7777. No aplica
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

Debido a su salud, ¿qué grado de dificultad ha tenido para...

cd9a_1. Ver, sin anteojos ópticos o lentes?	<input type="checkbox"/>
cd9a_2. Oír, sin dispositivo de ayuda para oír o audífono?	<input type="checkbox"/>
cd9a_3. Caminar o subir peldaños?	<input type="checkbox"/>
cd9a_4. Recordar cosas o concentrarse?	<input type="checkbox"/>
cd9a_5. Asearse o vestirse?	<input type="checkbox"/>
cd9a_6. Comunicarse, por ejemplo, comprender o ser entendido usando su lenguaje habitual?	<input type="checkbox"/>
cd9a_7. Alimentarse?	<input type="checkbox"/>
cd9a_8. Utilizar el baño (W.C.)?	<input type="checkbox"/>
cd9a_9. Acostarse y levantarse de la cama?	<input type="checkbox"/>
cd9a_10. Salir a la calle?	<input type="checkbox"/>
cd9a_11. Hacer compras o ir al médico?	<input type="checkbox"/>
cd9a_12. Manipular objetos pequeños o abrir un envase?	<input type="checkbox"/>
cd9a_13. Dormir?	<input type="checkbox"/>
cd9a_14. Respirar?	<input type="checkbox"/>
cd9a_15. Hacer las tareas de la casa como barrer, cocinar, hacer arreglos o sacar la basura?	<input type="checkbox"/>
cd9a_16. Cuidar o dar apoyo a otros?	<input type="checkbox"/>
cd9a_17. Participar en fiestas, eventos religiosos, reuniones vecinales u otras actividades comunales?	<input type="checkbox"/>

Debido a su salud, ¿qué grado de dificultad le ha generado en su vida...

cd9a_18. Sentirse triste, bajo/a de ánimo, o deprimido/a?	<input type="checkbox"/>
cd9a_19. Sentirse preocupado/a, nervioso/a o ansioso/a?	<input type="checkbox"/>

Debido a su salud, ¿qué grado de dificultad ha tenido para...

cd9a_20. Llevarse bien con la gente cercana a usted, incluyendo su familia y amigos?	<input type="checkbox"/>
cd9a_22. Sentir algún dolor físico, por ejemplo dolor de espalda, dolor de estómago o dolor de cabeza?	<input type="checkbox"/>

Debido a su salud, ¿qué grado de dificultad ha generado en su vida.....?

cd9a_21. Hacer frente a todas las tareas que tiene que hacer?	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

MÓDULO IV: ACTIVIDAD FÍSICA (A)

INT5. 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 ejemplo: estudiar, hacer labores de dueña de casa, cosechar, pescar, cazar o buscar trabajo). En estas preguntas, las “actividades físicas intensas” (vigorosas) se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico importante y que causan un gran aumento de la respiración o de la frecuencia cardíaca (latidos del corazón). Por otro parte, las “actividades físicas de intensidad moderada” son aquellas 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 6a y 6b

a1. ¿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 7

1. Sí
 2. No → Pasa a a4

a2. En una semana normal, ¿cuántos días realiza usted estas actividades físicas intensas en su trabajo?

Días -8888. No sabe
-9999. No responde

a3. En uno de esos días en los que realiza actividades físicas intensas, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?

- a. Horas -8888. No sabe
-9999. No responde
- b. Minutos -8888. No sabe
-9999. No responde

a4. ¿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 el aseo durante al menos 10 minutos seguidos?

Mostrar  Tarjeta 8

1. Sí
 2. No → Pasa a a7

a5. En una semana normal, ¿cuántos días realiza usted estas actividades de intensidad moderada en su trabajo?

Días -8888. No sabe
-9999. No responde

a6. En uno de esos días en los que realiza actividades físicas moderadas, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?

- a. Horas -8888. No sabe
-9999. No responde
- b. Minutos -8888. No sabe
-9999. No responde

INT6. 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.

a7. ¿Camina o usa usted una bicicleta al menos 10 minutos seguidos en sus traslados?

1. Sí
 2. No → Pasa a INT7

a8. En una semana normal, ¿cuántos días camina o va en bicicleta al menos 10 minutos seguidos en sus traslados?

Días -8888. No sabe
-9999. No responde

a9. En un día normal, ¿cuánto tiempo pasa caminando o yendo en bicicleta para trasladarse?

a. Horas -8888. No sabe
-9999. No responde

b. Minutos -8888. No sabe
-9999. No responde

INT7. 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.

a10. ¿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, básquetbol, nadar, jugar tenis, gimnasia aeróbica, step, spinning, baile entretenido, aerobox, máquinas y pesas, o karate, durante al menos 10 minutos seguidos?

Mostrar Tarjeta 9

1. Sí
 2. No → Pasa a a13

a11. En una semana normal, ¿cuántos días practica usted estos deportes o ejercicios intensos en su tiempo libre?

Días -8888. No sabe
-9999. No responde

a12. En uno de esos días en los que practica usted estos deportes o ejercicios intensos, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?

a. Horas -8888. No sabe
-9999. No responde
b. Minutos -8888. No sabe
-9999. No responde

a13. ¿En su tiempo libre practica usted alguna actividad de intensidad moderada que implique 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 10

1. Sí
 2. No → Pasa a INT8

a14. En una semana normal ¿cuántos días practica usted estas actividades físicas de intensidad moderada en su tiempo libre?

Días -8888. No sabe
-9999. No responde

a15. En uno de esos días en los que practica actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?

a. Horas -8888. No sabe
-9999. No responde
b. Minutos -8888. No sabe
-9999. No responde

INT8. 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 frente al computador o video juegos o viendo televisión, pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.

a16. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o acostado (tendido, reclinado) en un día normal?

Mostrar Tarjeta 11

a. Horas -8888. No sabe
-9999. No responde
b. Minutos -8888. No sabe
-9999. No responde

a17. ¿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

a18. De las siguientes opciones. ¿Cuál es el medio de transporte que usted más utiliza al menos una vez a la semana?

- 1. Conductor de Vehículo Liviano
(Particular, taxi, colectivo)
- 2. Conductor de Vehículo Pesado en
Transporte Público *(Micro, Bus)*
- 3. Pasajero de Vehículo Liviano
(Particular, taxi, colectivo)
- 4. Usuario de transporte público *(bus,
micro, metro)*
- 5. Bicicleta
- 6. Caminata
- 7. Otro. Especifique
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

a18_esp.

a19. ¿Cómo describiría su velocidad habitual al caminar?

- 1. Lenta
- 2. Normal
- 3. Apurada
- 4. Ninguna de las anteriores
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

OBSERVACIONES

MÓDULO V: CARDIOVASCULAR

INT. 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.

d1_F1. ¿Alguna vez un médico o doctor le ha dicho que tuvo o que sufrió un infarto al corazón?

- 1. Sí
- 2. No → Pasa a d3
- 8888. No sabe → Pasa a d3
- 9999. No responde → Pasa a d3

d2_F1. ¿A qué edad se lo diagnosticaron?

Si ha tenido más de uno especificar que nos referimos al PRIMERO

- Años -8888. No sabe
- 9999. No responde

d3. ¿Ha recibido tratamiento por un infarto al corazón?

Si ha tenido más de uno especificar que nos referimos al ÚLTIMO

Alternativa múltiple

- 1. Sí, me operaron
- 2. Sí, me pusieron una malla o stent por la pierna o brazo (angioplastia)
- 3. Sí, me dieron medicamentos
- 4. No
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

d4. ¿Alguna vez un médico o doctor le ha dicho que tuvo o que sufrió un accidente vascular o trombosis cerebral (o derrame cerebral)?

- 1. Sí
- 2. No → Pasa a d6
- 8888. No sabe → Pasa a d6
- 9999. No responde → Pasa a d6

d5. ¿A qué edad se lo diagnosticaron?

Si ha tenido más de uno especificar que nos referimos al PRIMERO

- Años -8888. No sabe
- 9999. No responde

d6. ¿Recibió tratamiento por un accidente vascular o trombosis cerebral?

Si ha tenido más de uno especificar que nos referimos al ÚLTIMO.

- 1. Sí, me operaron
- 2. Sí, medicamentos
- 3. Ambas
- 4. No
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

d7. ¿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?

- 1. Sí
- 2. No
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

MÓDULO VI: VISIÓN (V)

INT9. Ahora le voy a hablar de su vista.

v1. ¿Usted tiene lentes (ópticos o de contacto)?

- 1. Sí
- 2. No

v2. ¿Usted piensa que su vista es?

Si tiene lentes, aclarar que la pregunta se refiere a la visión con esos lentes:

- 1. Buena
- 2. Regular
- 3. Mala
- 4. No contesta

v3. ¿Cómo obtuvo esos lentes?

Solo si v1=1

- 1. En el Consultorio, Hospital, red del sistema público
- 2. En el Consultorio, Hospital, red del sistema público por GES (o AUGE)
- 3. En la consulta, centro médico, clínica u hospital privado por GES (o AUGE)
- 4. En forma particular con receta médica
- 5. En forma particular sin receta médica (en la calle u otro)
- 6. No recuerda

v4. ¿Alguna vez un médico o doctor le ha dicho que tiene o que padece de cataratas?

- 1. Sí
- 2. No → Pasa a v6
- 8888. No sabe → Pasa a v6
- 9999. No responde → Pasa a v6

v5. ¿A qué edad se lo diagnosticaron por primera vez?

- Años -8888. No sabe
- 9999. No responde

v6. ¿Alguna vez un médico o doctor le ha dicho que tiene o que padece de glaucoma?

- 1. Sí
- 2. No → Pasa a v8
- 8888. No sabe → Pasa a v8
- 9999. No responde → Pasa a v8

v7. ¿A qué edad se lo diagnosticaron?

- Años -8888. No sabe
- 9999. No responde

v8. ¿Usted, ha sido operado o tratado por alguna de las siguientes enfermedades?

Respuesta múltiple

- 1. Cataratas
- 2. Glaucoma
- 3. Hipermetropía, miopía, astigmatismo, presbicia (Cirugía refractiva o LASIK, uso de lentes)
- 4. Enfermedad de la retina
- 5. Ninguna
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

MÓDULO VII: AUDICIÓN (AU)

INT10. Ahora le voy a hablar de sus oídos. Si usa audífonos, conteste las siguientes preguntas pensando en cómo escucha SIN audífonos.

au1_F1. ¿Considera que escucha en forma normal por los dos oídos?

1. Sí
 2. No

au2_F1. ¿Es capaz de seguir un programa de TV a un volumen aceptable para los demás?

1. Sí
 2. No

au3_F1. ¿Es capaz de seguir una conversación de tres o más personas?

1. Sí
 2. No

✦ Si *au1_F1*, *au2_F1*, y *au3_F1* es = 1, pasar al siguiente módulo.

✦ Si *au1_F1*, *au2_F1*, o *au3_F1* es = 2, pasar a *au4_F1*.

au4_F1. Por esta molestia, ¿ha sido examinado por un otorrinolaringólogo (especialista en oídos y nariz)?

1. Sí
 2. No → Pasa a *au6_F1*

au5_F1. ¿Ese especialista le indicó usar audífono?

1. Sí
 2. No

au6_F1. ¿Tiene audífono?

1. Sí
 2. No → Pasa a siguiente módulo

au7_F1. ¿Los usa?

1. Sí, siempre
 2. Sí, a veces
 3. Sí, rara vez
 4. No, nunca

MÓDULO VIII: SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICOS (SM)

INT11. Las siguientes preguntas se refieren a sus huesos, músculos, articulaciones o coyunturas.

sm1. ¿Alguna vez se le ha hinchado alguna articulación o coyuntura durante más de 4 semanas seguidas?

- 1. Sí
- 2. No → *Pasa a sm3*
- 3. No recuerda → *Pasa a sm3*
- 8888. No sabe → *Pasa a sm3*
- 9999. No responde → *Pasa a sm3*

sm2. Señale por favor en la imagen del maniquí en qué articulaciones o coyunturas tiene hoy o ha tenido hinchazón alguna durante más de 4 semanas seguidas.

Mostrar  Tarjeta 12

	Sin molestia	Derecho	Izquierdo	Ambos
1. Hombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Codo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Articulación cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tobillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Muñeca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dedo Pulgar A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Dedo Pulgar B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Dedo Índice A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Dedo Índice B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dedo Medio A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Dedo Medio B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Dedo Anular A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Dedo Anular B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dedo Meñique A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Dedo Meñique B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

sm3. ¿Un médico le ha dicho alguna vez que tiene artritis?

- 1. Sí
- 2. No
- 3. No recuerda
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

Las siguientes preguntas se refieren a sus huesos, músculos, articulaciones o coyunturas

sm4. 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?

Mostrar  Tarjeta 13

- 1. Sí
- 2. No → *Pasa a siguiente módulo*

sm5. ¿Por cuánto tiempo ha tenido este problema?

- a. Años -8888. No sabe
- 9999. No responde
- b. Meses -8888. No sabe
- 9999. No responde
- c. Días -8888. No sabe
- 9999. No responde

sm6. ¿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 13 y verificar lado pidiendo que le muestra dónde le dolía.

- Código lado:**
- 0. Sin molestia
 - 1. Derecho
 - 2. Izquierdo
 - 3. Ambos
 - 8888. No sabe
 - 9999. No responde

	Lado			
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				

Si todas son no sabe, no responde o sin molestia → Pasa al siguiente módulo

sm7. ¿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
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

sm8. ¿Tuvo algún traumatismo, accidente, golpe o torcedura que causara ESE dolor, sensibilidad, hinchazón o rigidez?

- 1. Sí
- 2. No
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

sm9. 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 -8888. No sabe

-9999. No responde

MÓDULO IX: SÍNTOMAS DEPRESIVOS (SD)

INT12. Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre su ánimo

sd1_F1. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido Ud. dos semanas seguidas o más en que se sintió triste, desanimado(a) o deprimido(a)?

- 1. Sí
- 2. No → *Pasa a sd14_F1*
- 3. Estaba con medicamentos/antidepresivo
(Respuesta espontánea)

INT13. 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.

sd2_F1. Durante ese período de dos semanas, el sentirse triste, desanimado(a) o deprimido(a) ¿le duró usualmente...

- 1. Todo el día?
- 2. La mayor parte del día?
- 3. Como la mitad del día? → *Pasa a sd14_F1*
- 4. Menos de la mitad del día? → *Pasa a sd14_F1*

sd3_F1. Durante esas dos semanas, ¿se sintió de esa manera ...

- 1. Todos los días?
- 2. Casi todos los días?
- 3. Con menos frecuencia → *Pasa a sd14_F1*

sd4_F1. 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.?

- 1. Sí
- 2. No

→ *Alt 1 = Pérdida de interés*

sd5_F1. Durante esas mismas dos semanas, ¿se sintió Ud. más cansado(a) o con menos energía de lo habitual para usted?

- 1. Sí
- 2. No

→ *Alt 1 = Sentirse Cansado*

sd6_F1. ¿Perdió o ganó peso sin desearlo, o se quedó más o menos en el mismo peso?

- 1. Ganó peso
- 2. Perdió peso
- 3. Ganó y perdió peso
(Respuesta espontánea)
- 4. Mantuvo su peso → *Pasa a sd9_F1*
- 5. Estaba a dieta → *Pasa a sd9_F1*
(Respuesta espontánea)

sd7_F1. ¿Alrededor de cuántos kilos de peso ganó y/o perdió?

Kilogramos

sd8_F1. ANOTAR SIN LEER. ¿El cambio de peso fue mayor o igual a 5 kilos?

Anotar sin preguntar

- 1. Sí
- 2. No

→ *Alt 1 = Cambio de peso*

sd9_F1. Durante esas dos semanas, ¿tenía Ud. más problemas de lo habitual para quedarse dormido?

- 1. Sí
- 2. No → *Pasa a sd11_F1*

sd10_F1. Durante esas dos semanas, ¿le pasó esto... (problemas para dormir)

- 1. Todas las noches?
- 2. Casi todas las noches?
- 3. Con menos frecuencia?

→ Alt 1 o 2 = Problemas para dormir

sd11_F1. Durante esas dos semanas, ¿tenía Ud. más dificultad de lo habitual para concentrarse?

NO LEER: Si el(la) entrevistado(a) pregunta si aún estamos hablando de ese período de dos semanas o más, conteste sí.

- 1. Sí
- 2. No

→ Alt 1 = Problemas para concentrarse

sd12_F1. 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

→ Alt 1 = Se sentía deprimido consigo mismo

sd13_F1. 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

→ Contestó SI en alguna de las siguientes preguntas: 4, 5, 8, 11, 12, 13, o Alt. 1 = Pensamientos de muerte o 2 en sd10

- 1. Ninguna respuesta SI → Pasa a sd28_F1
- 2. Con alguna respuesta SI → Pasa a INT14

INT14. 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 Sí en preguntas 4, 5, 8, 11, 12, 13 o Alt 1 o 2 en sd10_F1

→ Pasa a sd26_F1

sd14_F1. 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 → Pasa a sd28_F1
- 3. Estaba con medicamentos/antidepresivo
(Respuesta espontánea)

sd15_F1. 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? → Pasa a sd28_F1
- 4. Menos de la mitad del día? → Pasa a sd28_F1

sd16_F1. Durante esas dos semanas, ¿se sintió de esa manera ...

- 1. Todos los días?
- 2. Casi todos los días
- 3. Con menos frecuencia? → Pasa a sd28_F1

sd17_F1. Durante esas mismas dos semanas, ¿se sintió Ud. agotado(a), o con menos energía de lo habitual para Ud.?

- 1. Sí
- 2. No

→ Alt 1 = Sentirse Cansado

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

sd18_F1. ¿Perdió o ganó peso sin desearlo, o se quedó más o menos en el mismo peso?

- 1. Ganó peso
- 2. Perdió peso
- (Respuesta espontánea)
3. Ganó y perdió peso
- 4. Mantuvo su peso → Pasa a sd21_F1
- (Respuesta Espontánea) → Pasa a sd21_F1
5. Estaba a dieta

sd19_F1. ¿Alrededor de cuántos kilos de peso ganó y/o perdió?

Kilogramos

sd20_F1. Anotar sin preguntar. ¿El cambio de peso fue mayor o igual a 5 kilos?

- 1. Sí
- 2. No

♦ Alt 1 = Cambio de peso

sd21_F1. Durante esas dos semanas, ¿tenía Ud. más problemas de lo habitual para quedarse dormido?

- 1. Sí
- 2. No → Pasa a sd23_F1

sd22_F1. Durante esas dos semanas, ¿le pasó esto ...

- 1. Todas las noches?
- 2. Casi todas las noches?
- 3. Con menos frecuencia?

♦ Alt 1 o 2 = Problemas para dormir

sd23_F1. Durante esas dos semanas, ¿tenía Ud. más dificultad de lo habitual para concentrarse?

- 1. Sí
- 2. No

♦ Alt 1 = Problemas para concentrarse

sd24_F1. 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
- 2. No

♦ Alt 1 = Se sentía deprimido consigo mismo

sd25_F1. 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

♦ Contestó Sí en alguna de las siguientes preguntas: 17, 20, 23, 24 u 25, o Alt. 1 o 2 en sd22_F1

- 1. Ninguna respuesta Sí → Pasa a sd28_F1
- 2. Con alguna respuesta Sí

INT15. 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 SÍ en preguntas 17, 20, 23, 24 o 25, o Alt. 1 o 2 en sd22_F1

sd26_F1. 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?

- a. Año -8888. No sabe
- 9999. No responde
- b. Mes -8888. No sabe
- 9999. No responde

sd27_F1. ¿Cuánto han interferido estos problemas con su vida o actividades?

- 1. Mucho
- 2. Más o menos
- 3. Poco
- 4. Nada

sd28_F1. ¿Alguna vez un médico o doctor le ha dicho que tiene o que padece de depresión?

- 1. Sí
- 2. No → *Pasa a sd30*
- 8888. No sabe → *Pasa a sd30*
- 9999. No responde → *Pasa a sd30*

sd29_F1. ¿A qué edad se lo diagnosticaron por primera vez?

Años -8888. No sabe

-9999. No responde

sd30. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento por depresión?

- 1. Sí
- 2. No
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

sd31. ¿Ha estado tomando algún medicamento durante las últimas 2 semanas para la depresión?

- 1. Sí
- 2. No
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

OBSERVACIONES

MÓDULO X: OSTEOPOROSIS (O)

Aplicar a mayores de 20 años

INT16. Ahora le voy a hablar sobre sus huesos

o1. ¿Ha tenido alguna fractura o se ha roto algún hueso después de los 20 años?

- 1. Sí
- 2. No → Pasa a o4
- 8888. No sabe → Pasa a o4

o2. ¿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

o3. ¿A qué edad se fracturó o rompió el hueso?

Para la causa de la fractura Mostrar Tarjeta 14 y anote el número de respuesta del entrevistado

1. Caída casual a nivel: por ejemplo se tropezó, resbaló, cayó de la cama.
2. Caída de altura. Por ejemplo caerse de una escalera, de una silla (o piso), escala abajo, desde un techo.
3. Accidente automovilístico u otro accidente o trauma severo
4. Otro. Especifique:

N° de fractura	a. Edad de fractura			b. Causa de la fractura			c. ¿Qué hueso se fracturó?					
	-8888 No sabe -9999. No responde	-8888 No sabe -9999. No responde	Otro. Especifique	Dedos de pie, dedos de mano, cara	Muñecas	Cadera	Columna o vértebras	Otro. Especifique	No sabe	No responde		
1°												
2°												
3°												
4°												
5°												
6°												
7°												
8°												
9°												
10°												

MÓDULO XI: ESTADO NUTRICIONAL

o4. ¿Cuántas veces se ha caído el último año?

Nº de veces 0. No se ha caído
-8888. No sabe
-9999. No responde

o5. Respecto de la última semana ¿Con cuánta frecuencia sale al exterior/ fuera de su casa?

1. Poco frecuente
 2. Frecuente

o6. Respecto de la última semana ¿A cuánta luz solar ha sido expuesta?


1. Poca
 2. Mucha

o7. Si después de varios meses de no exponerse al sol, usted se expone al sol durante media hora sin protector solar y sin ropa protectora, ¿qué le pasaría a su piel?

Mostrar  Tarjeta 15

1. Tendría una quemadura muy roja, con ampollas
 2. Tendría una quemadura roja durante unos días y luego se despellejaría
 3. Se pondría rojo y se broncearía un poco
 4. Se broncearía, pero sin pasar por una quemadura roja
 5. Nada le sucedería en esa media hora
 6. Otra situación. Especifique.

o7_esp.

n1. Ahora le voy a mostrar unos dibujos; por favor, dígame qué figura siente que se parece más a usted en este momento. Mostrar  Tarjeta 16

Nº de figura

n2. Considera usted que está:

Mostrar  Tarjeta 17

1. Bajo de peso
 2. Peso normal
 3. Sobrepeso
 4. Obeso
 -8888. No sabe
 -9999. No responde

n3. ¿Alguna vez un médico, enfermera u otro profesional de la salud le ha dicho que tiene exceso de peso?

1. Sí
 2. No
 -8888. No sabe
 -9999. No responde

n4. ¿Ha estado haciendo algo para reducir 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, está en tratamiento con un profesional de la salud
 6. Sí, otras cosas. Especifique.
 7. No, no está haciendo nada

n4_6_esp.

MÓDULO XII: DIETA (DIE)

die1a. ¿Con qué frecuencia come pescado o mariscos (cualquier tipo de preparación o presentación)?

- 1. Más de una vez a la semana
- 2. 1 vez a la semana → Pasa a die1b
- 3. Menos de 3 veces al mes → Pasa a die1b
- 4. Menos de 1 vez al mes o nunca → Pasa a die2

die1a_esp. ¿Cuántas veces?

Nº de veces -8888. No sabe
-9999. No responde

SOLO PARA QUIENES RESPONDEN 1, 2 o 3 en die1a

die1b. ¿Comió pescado o marisco en los últimos 3 días?

- 1. Sí
- 2. No

die2. ¿Con qué frecuencia consume leche, queso, quesillo o yogurt?

- 1. Tres o más veces al día
- 2. Menos de tres veces al día
- 3. Una vez al día
- 4. Día por medio
- 5. Al menos una vez por semana
- 6. Al menos una vez por mes
- 7. Nunca → Pasa a die4

die3. ¿Qué tipo de lácteos (leche, quesillo o yogurt) consume preferentemente?

- 1. Semi descremados, descremados o bajos en grasas
- 2. Enteros

die4. ¿Con qué frecuencia consume usted algún tipo de cereal integral como pan integral, cereal integral o alimentos que contengan harinas integrales?

- 1. Más de una vez por día
- 2. A diario
- 3. Día por medio
- 4. Al menos una vez por semana
- 5. Al menos una vez por mes
- 6. Nunca

die5. ¿Con qué frecuencia consume usted algún tipo de legumbres como porotos, lentejas, arvejas, garbanzos?

Mostrar Tarjeta 18

- 1. Dos o más veces por semana
- 2. Al menos una vez por semana
- 3. Entre una y tres veces al mes
- 4. Menos de una vez al mes o nunca

die6. En una semana típica, ¿Cuántos días come Ud. frutas?

Nº de días Si es 0 → Pasa a die8

die7. ¿Cuántas porciones de frutas come en uno de esos días?

Mostrar Tarjeta 19

Nº de porciones

die8. En una semana típica, ¿Cuántos días come Ud. verduras, hortalizas o ensaladas de verduras?

No considerar papas ni legumbres

Nº de días Si es 0 → Pasa a die10

die9. ¿Cuántas porciones de verduras u hortalizas o ensaladas de verduras come en uno de esos días?





No considerar papas ni legumbres

Mostrar Tarjeta 20

Nº de porciones

die10. Existen diversos tipos de información en los paquetes de alimentos envasados. En general, cuando usted quiere comprar alimentos envasados, ¿con qué frecuencia revisa y toma en cuenta los siguientes tipos de información descritos en el envase o junto al envase?


Mostrar  Tarjeta 21

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Rara vez	Nunca
a. Los ingredientes y aditivos que el envase dice contener (Mostrar  Tarjeta 21a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. La Información o tabla nutricional. Es decir la cantidad de calorías, grasas, proteínas, sal y otros (Mostrar  Tarjeta 21b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Los sellos de advertencia (alto en sodio, alto en azúcares, alto en grasas saturadas, alto en calorías) (Mostrar  Tarjeta 21c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Los mensajes saludables que trae el envase como “el consumo de fibra reduce el colesterol” (Mostrar  Tarjeta 21d)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. La marca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Si tiene menor precio, por ejemplo, las promociones, ofertas, descuentos, regalos, entre otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

die11. ¿Cuántos vasos de agua al día consume Usted?

Mostrar  Tarjeta 22

Nº de vasos al día

die12. En el último mes ¿Qué tan seguido consumió bebidas gaseosas con azúcar? No incluya nada light, dietética o cero. Ud. me puede contestar por día, por semana o por mes. Mostrar  Tarjeta 23

die12_cantidad. Nº de veces

Si es 0 en los 3
→ Pasa a die13

Indicar si es al día, a la semana o al mes.


die12_unidad.

Al día

A la semana

Al mes

No consume

die12e. En el último mes, cuando consumió bebidas gaseosas con azúcar, en promedio ¿cuántos vasos estándar consumió en cada ocasión? Mostrar  Tarjeta 22

Nº de vasos

-8888. No sabe

-9999. No responde

die13. En el último mes ¿Qué tan seguido consumió néctares, jugos en polvo, etc. con azúcar? No incluya nada light, dietética o cero. Ud. me puede contestar por día, por semana o por mes.

Mostrar  Tarjeta 24

die13_cantidad. Nº de veces

Si es 0 en los 3
→ Pasa a die14

Indicar si es al día, a la semana o al mes.

die13_unidad.

Al día

A la semana

Al mes

No consume

die13e. En el último mes, cuando consumió néctares, jugos en polvo, etc. con azúcar, en promedio ¿cuántos vasos estándar consumió en cada ocasión?

Mostrar  Tarjeta 22

die13e.

Nº de vasos

-8888. No sabe

-9999. No responde

die14. ¿Qué tipo de aceite o grasa se usa con más frecuencia para cocinar en su casa?

Mostrar Tarjeta 25

- 1. Aceite vegetal
(maravilla, maíz, pepa de uva)
- 2. Aceite de oliva
- 3. Manteca
- 4. Mantequilla
- 5. Margarina
- 6. Otro. Especifique:

die14_esp.

OBSERVACIONES

MÓDULO XIII: SUEÑO (TS)

ts1. ¿Le han dicho que ronca todas o casi todas las noches?

- 1. Sí
- 2. No
- 8888. No sabe

ts2. ¿Le han dicho que cuando duerme deja de respirar por momentos?

- 1. Sí
- 2. No
- 8888. No sabe

ts3. ¿Le cuesta trabajo mantenerse despierto(a) durante el día, por lo menos tres días a la semana?

- 1. Sí
- 2. No

ts4. ¿Despierta usted sintiéndose cansado(a) o casi tan cansado(a) como antes de dormir, por lo menos tres días a la semana?

- 1. Sí
- 2. No

ts5. En promedio, ¿cuántas horas duerme los días de semana?

N° de horas

ts6. En promedio, ¿cuántas horas duerme los fines de semana?

N° de horas

ts7. Durante el último mes, ¿Cuántas veces habrá tomado medicinas por su cuenta o recetadas por el médico para dormir?

- 1. Ninguna vez en el último mes
- 2. Menos de una vez a la semana
- 3. Una o dos veces a la semana
- 4. Tres o más veces a la semana
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

ts8. 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?

- 1. Ninguno
- 2. Poco
- 3. Moderado
- 4. Mucho
- 5. Demasiado
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

ts9. ¿Con qué frecuencia está somnoliento o se queda dormido en las siguientes situaciones?

► *El cuestionario se refiere a su vida cotidiana en los últimos seis meses.*

► *Emplee la siguiente escala para describir cada situación:*

- 0. Nunca se queda dormido
- 1. Con baja frecuencia se queda dormido
- 2. Con moderada frecuencia se queda dormido
- 3. Con alta frecuencia se queda dormido
- 4. No aplica

	0	1	2	3	4
ts9_1. Sentado y leyendo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ts9_2. Viendo televisión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ts9_3. Sentado en un lugar público (ej.: cine o reunión).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ts9_4. Viajando como pasajero en un auto, micro o transporte público durante una hora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ts9_5. Descansando en la tarde cuando las circunstancias lo permiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ts9_6. Sentado y conversando con otra persona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ts9_7. Sentado en un ambiente tranquilo después de almuerzo (sin consumo de alcohol).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ts9_8. Conduciendo un auto, mientras se encuentra detenido por algunos minutos en el tráfico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ts10. ¿Ha tenido accidentes del tránsito por estar somnoliento o quedarse dormido?

- 1. Sí
- 2. No
- 7777. No aplica

MÓDULO XIV: TABAQUISMO (TA)

INT17. Las siguientes preguntas tienen relación con el consumo de cigarrillos de tabaco

ta1. En el último año, ¿un médico o personal de salud le han preguntado si fuma?

- 1. Sí, si me han preguntado
- 2. No, no me han preguntado
- 3. No he sido atendido por un médico u otro personal de salud en el último año
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

ta2. ¿Ha fumado por lo menos 100 cigarrillos en toda su vida?

- 1. Sí
- 2. No
- 8888. No recuerda
- 9999. No está seguro

ta3. ¿Actualmente fuma Ud. cigarrillos?

- 1. Sí, uno o más cigarrillos al día
Responde ta4, ta5, ta6, ta7 y ta8
- 2. Sí, ocasionalmente (*menos de un cigarrillo al día*)
Responde ta5, ta6, ta7 y ta8
- 3. No, he dejado de fumar
Responde solo ta6 y luego ta9
- 4. No, nunca he fumado → *Pasa a INT18*

ta4: responde solo si ta3=1

ta4. Como promedio, ¿cuántos cigarrillos fumó al día durante los últimos 30 días?

N° de cigarrillos al día -5555 No recuerda/
No está seguro

Responde solo si ta3=1 o 2

ta5. ¿Cuánto tiempo pasa desde que se despierta hasta que se fuma su primer cigarrillo?

- 1. 5 minutos o menos
- 2. 6 a 30 minutos
- 3. 31 a 60 minutos
- 4. Más de 60 minutos

Pregunta ta6 responde solo si ta3=1, 2 o 3

ta6. ¿A qué edad comenzó a fumar?

Edad -8888. No sabe
-9999. No responde

Pregunta ta7 y ta8 solo responden si ta3= 1 o 2

ta7. En los últimos 12 meses, ¿ha tratado de dejar de fumar?

- 1. Sí
- 2. No

ta8. En los últimos 12 meses, ¿le han aconsejado que deje de fumar en alguna visita al médico u otro profesional de la salud?

- 1. Sí
- 2. No
- 3. No ha visitado a ningún médico o profesional de la salud en los últimos 12 meses

Solo responden si ta3=3

ta9. ¿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 más de 6 meses y un año
- 4. Más de un año
- 5. No recuerda o no está seguro

Solo responden si ta3=3

ta10. ¿Cuál fue la razón principal por la que Ud. dejó de fumar?

MARQUE HASTA 3 OPCIONES EN ORDEN DE IMPORTANCIA

- 1. Ayuda o consejo de un profesional de la salud
 - 2. Restricciones de espacios para fumar
 - 3. Elevados precios de los cigarrillos o tabaco
 - 4. Propia voluntad
 - 5. Ayuda o consejo de familiar o persona cercana
 - 6. La ley que regula el consumo de tabaco
 - 7. Por embarazo suyo o de su pareja
 - 8. Sentía molestias, o enfermedades por causas del tabaco
 - 9. Aumentó su preocupación por los efectos dañinos del tabaco (*riesgo para la salud*)
 - 10. Otro. ¿Cuál?
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

ta10_1. 1ra Opción

--	--	--	--

ta10_2. 2da Opción

--	--	--	--

ta10_3. 3ra Opción

--	--	--	--

ta10_1_esp. ¿Cuál?

--

ta10_2_esp. ¿Cuál?

--

ta10_3_esp. ¿Cuál?

--

INT18. Le formularemos algunas preguntas relacionadas con la exposición al humo del tabaco en diferentes ambientes y días de la semana

ta11. Durante la semana pasada, aproximadamente ¿cuántas horas alguien fumó en su presencia dentro de su casa?

Si es una cantidad de horas variable, calcule el promedio diario

ta11_1. Horas en un día normal de semana (*lunes a jueves*)

--	--

ta11_2. Horas en un día libre o de fin de semana (*viernes a domingo o festivo*)

--	--

ta12. Durante los 7 días de la semana (*de lunes a domingo*), aproximadamente, ¿cuántas horas en promedio al día, acostumbra estar Ud. expuesto al humo de tabaco en su lugar de estudio o de trabajo?

ta12_1. Horas en un día normal de semana (*lunes a jueves*)

--	--

ta12_2. Horas en un día libre o de fin de semana (*viernes a domingo o festivo*)

--	--

ta13. Durante los 7 días de la semana (*de lunes a domingo*), aproximadamente, ¿cuántas horas en promedio al día, acostumbra estar Ud. en ambientes cargados de humo de tabaco fuera de su casa o fuera de su trabajo? Considere medios de transporte y lugares públicos cerrados o de ocio (*bares, restaurantes, centros comerciales, etc.*)

ta13_1. Horas en un día normal de semana (*lunes a jueves*)

--	--

ta13_2. Horas en un día libre o de fin de semana (*viernes a domingo o festivo*)

--	--

Responden solo si ta3=1 o 2

ta14. En promedio, ¿cuántos de los siguientes productos fuma usted al día o a la semana?

Me puede contestar al día o por semana.

Si no fuma, seleccionar al día y colocar 0 en cantidad.

	A diario	Semanalmente	
1. Cigarros de Fábrica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Si es 0 → Pasa a ta15
2. Cigarros armados a Mano	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
3. Pipas con Tabaco	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
4. Puros o Tiparillos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
5. Cigarro electrónico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

ta14_5. En los últimos 5 días, ¿en cuántos de esos días fumó un cigarro electrónico?

6. Narguile (Pipa árabe o pipa de agua)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Otro	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ta14_7c. ¿Cuál?

ta14a. Habitualmente cuando fuma cigarrillos de fábrica ¿usted fuma cigarrillos mentolados?

1. Sí
2. No

ta14b. Habitualmente cuando fuma cigarrillos de fábrica ¿usted fuma cigarrillos con "clic"?

1. Sí
2. No

Todos responden

ta15. La última vez que asistió a un café, restaurant, bar, pub, discotheque o casino, ¿vio a alguien fumando al interior del local?

1. Sí
2. No
3. Nunca asisto a estos lugares
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

ta16. ¿En cuál de los siguientes espacios abiertos usted se ha expuesto con más frecuencia al humo de tabaco en los últimos 6 meses?

Marque hasta 3 alternativas

1. Parques y plazas para niños
2. Terrazas y patios exteriores de cafés, restaurantes, bares, pubs, discotheques o casinos
3. Estadios o recintos deportivos
4. Exterior de edificios de oficina
5. Paraderos de micro
6. En ninguno de estos espacios me he expuesto al humo del tabaco
7. No he visitado estos lugares en los últimos 6 meses

ta17. En este hogar ¿Se permite fumar dentro de la casa?

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

ta18. ¿Alguna persona fuma habitualmente dentro de la vivienda?

1. Sí → Pasa a ta18esp
2. No → Pasa a siguiente módulo

ta18_esp. ¿Cuántas personas?

MÓDULO XV: SALUD BUCAL (SB)

sb1. En general, usted diría que su salud bucal es:

- 1. Muy buena
- 2. Buena
- 3. Regular
- 4. Mala
- 5. Muy mala

sb2. ¿Cuándo fue la última vez que visitó al dentista?

- 1. Hace menos de 6 meses
- 2. Entre 6 meses y un año
- 3. Más de 1 año y menos de 2 años
- 4. 2 o más años, pero menos de 5 años
- 5. 5 o más años
- 6. Nunca lo he visitado → Pasa a sb5

sb3. Motivo principal de la última visita al dentista

- 1. Dolor o molestias con los dientes, encías o boca
- 2. Tratamiento/continuar un tratamiento
- 3. Revisión o control de rutina
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

sb4. En los últimos 6 meses, ¿tuvo atención dental?

- 1. Sí
- 2. No. Solicitó atención, se la dieron, pero no pudo asistir
- 3. No. Solicitó atención y no se la dieron
- 4. No. Necesito atención pero no la solicité
- 5. No necesitó atención

sb5. ¿Ha estado o se ha sentido en alguna de las siguientes situaciones?

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Mis dientes o prótesis me incomodan cuando hablo	1	2	3	4	5
2. Mis dientes o prótesis son causa de sufrimiento y dolor	1	2	3	4	5
3. Mis dientes o prótesis me producen incomodidad cuando como	1	2	3	4	5
4. Mis dientes o prótesis interfieren con mis actividades diarias (trabajo, estudio, labores de casa, etc.)	1	2	3	4	5
5. Mis dientes o prótesis interfieren con mis relaciones sociales	1	2	3	4	5

OBSERVACIONES

MÓDULO XVI. ENCUESTA DE HIPERTENSIÓN (H)

h1. ¿Cuándo fue la última vez que se midió la presión arterial?

h1a. Año

0. Nunca

-8888. No sabe

-9999. No responde

h1b. Mes

0. Nunca

-8888. No sabe

-9999. No responde

h2. ¿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

→ Pasa a h4

4. No recuerdo, no estoy seguro(a)

→ Pasa a h4

h3. ¿A qué edad se lo diagnosticaron por primera vez?

Edad

-8888. No sabe

-9999. No responde

h4. ¿Alguna vez ha hecho algún programa o tratamiento indicado por un profesional de la salud para mantener controlada su presión arterial?

1. Sí

2. No

-8888. No sabe

-9999. No responde

h5. ¿En estos momentos está llevando o haciendo algún programa o tratamiento indicado por un profesional de la salud para mantener controlada su presión arterial?

1. Sí

2. No

Si h2=3 y h4=2 o No sabe o No responde y h5=2 y es mujer → Pasa a h11

Si h2=3 y h4=2 o No sabe o No responde y h5=2 y es hombre → Pasa al siguiente módulo

h6. ¿Qué tipo de tratamiento está llevando?

1. Medicamentos

2. Tratamiento sin medicamentos (dieta, ejercicios, bajar de peso)

3. Ambos

h7. Piense acerca de la atención que Ud. recibió por la hipertensión arterial o presión alta durante los últimos 6 meses.

(Si hace más de 6 meses que fue atendido por su médico o enfermera, piense en su última consulta).

¿Le preguntaron su idea u opinión cuando fue preparado su plan de tratamiento?

1. Nunca

2. Muy pocas veces

3. Algunas veces

4. La mayoría de las veces

5. Siempre

h8. ¿En qué tipo de establecimiento de salud se controla habitualmente por su presión alta o hipertensión arterial?

- 1. Establecimiento del Sistema público (Consultorio general o municipal, CESFAM, CECOF, posta rural o municipal, CRS o CDT o consultorio de especialidades, Hospital público)
- 2. Establecimiento del Sistema privado (Consulta, centro médico, clínica u hospital privado)
- 3. En ambos establecimientos, públicos y privados
- 4. No me controlo en ningún establecimiento de salud mi presión alta o hipertensión arterial → Pasa a h10_1
- 5. Otro

h8_esp. Especifique

h9. Debido a su presión alta o hipertensión arterial ¿Cuántas veces en el último año fue controlado por:

- 1. Médico? Si es 0 → Pasa a h10_1
 -8888. No sabe
 -9999. No responde
- 2. Enfermera? Si es 0 → Pasa a h10_2
 -8888. No sabe
 -9999. No responde
- 3. Nutricionista? Si es 0 → Pasa a h10_3
 -8888. No sabe
 -9999. No responde

Si hay un 0 en alguna de las opciones → Pasar a h10_1 o h10_2 o h10_3, sino, → Pasar a h11 solo si es mujeres, si es hombre siguiente módulo.

h10_1. ¿Cuál es la razón principal por la cual no se controló por su Médico, por su presión alta o hipertensión arterial en el último año?

- 1. No quise → Pasa a h10a_1
- 2. Quise, pero no pude → Pasa a h10b_1
- 3. Otra razón. Especifique → *
- 8888. No sabe → *
- 9999. No responde → *

h10_1_esp.

→ * Pasa a h10_2 si Enfermera = 0 o Pasa a h10_3 si nutricionista = 0; sino pasa a h11 si es mujer sino a siguiente módulo

h10a_1. ¿Cuál es la razón principal por la cual no quiso ser controlado por su Médico en el último año?

→ Pasa a h10_2 si Enfermera = 0 o Pasa a h10_3 si nutricionista = 0; sino pasa a h11 si es mujer sino a siguiente módulo

- 1. No lo consideré necesario, así que no hice nada
- 2. Tomé remedios caseros
- 3. Decidí tomar mis medicamentos habituales sin control
- 4. Preferí consultar en una farmacia por medicamentos para la presión elevada o hipertensión arterial
- 5. Preferí consultar a un especialista en medicina complementaria (medicina vibracional, biomagnetismo, reiki, iriología, flores de Bach, medicina oriental o china, etc.)
- 6. Preferí buscar atención de medicina indígena
- 7. Preferí acudir a la medicina homeopática

h10b_1. ¿Cuál es la razón principal por la cual no pudo ser controlado en el último año por su Médico?

→ Pasa a h10_2 si Enfermera = 0 o Pasa a h10_3 si nutricionista = 0; sino pasa a h11 si es mujer sino a siguiente módulo

- 1. No tuve tiempo de acudir
- 2. Los horarios de atención no me sirven
- 3. Mucho trámite
- 4. No confío en los profesionales que atienden
- 5. Pensé en consultar pero me cuesta mucho llegar al lugar de atención
- 6. Pensé en consultar pero no tuve dinero
- 7. No me dieron permiso en el trabajo
- 8. No pude conseguir hora
- 9. Perdí la hora
- 10. Otra razón. Especifique

h10b_1_esp.

h10_2. ¿Cuál es la razón principal por la cual no se controló por su Enfermera, por su presión alta o hipertensión arterial en el último año?

- 1. No quise → Pasa a h10a_2
- 2. Quise, pero no pude → Pasa a h10b_2
- 3. Otra razón. Especifique → *
- 8888. No sabe → *
- 9999. No responde → *

h10_2_esp.

→ * Pasa a h10_3 si nutricionista = 0; sino pasa a h11 si es mujer sino a siguiente módulo

h10a_2. ¿Cuál es la razón principal por la cual no quiso ser controlado por su Enfermera en el último año?

→ Pasa a h10_3 si nutricionista = 0; sino pasa a h11 si es mujer sino a siguiente módulo

- 1. No lo consideré necesario, así que no hice nada
- 2. Tomé remedios caseros
- 3. Decidí tomar mis medicamentos habituales sin control
- 4. Preferí consultar en una farmacia por medicamentos para la presión elevada o hipertensión arterial
- 5. Preferí consultar a un especialista en medicina complementaria (*medicina vibracional, biomagnetismo, reiki, iriología, flores de Bach, medicina oriental o china, etc.*)
- 6. Preferí buscar atención de medicina indígena
- 7. Preferí acudir a la medicina homeopática

h10b_2. ¿Cuál es la razón principal por la cual no pudo ser controlado en el último año por su Enfermera?

→ Pasa a h10_3 si nutricionista = 0; sino pasa a h11 si es mujer sino a siguiente módulo

- 1. No tuve tiempo de acudir
- 2. Los horarios de atención no me sirven
- 3. Mucho trámite
- 4. No confío en los profesionales que atienden
- 5. Pensé en consultar, pero me cuesta mucho llegar al lugar de atención
- 6. Pensé en consultar, pero no tuve dinero
- 7. No me dieron permiso en el trabajo
- 8. No pude conseguir hora
- 9. Perdí la hora
- 10. Otra razón. Especifique

h10b_2_esp.

h10_3. ¿Cuál es la razón principal por la cual no se controló por su Nutricionista, por su presión alta o hipertensión arterial en el último año?

- 1. No quise → Pasa a h10a_3
- 2. Quise, pero no pude → Pasa a h10b_3
- 3. Otra razón. Especifique → *
- 8888. No sabe → *
- 9999. No responde → *

h10_3_esp.

→ * Pasa a h11 si es mujer sino a siguiente módulo

h10a_3. ¿Cuál es la razón principal por la cual no quiso ser controlado por su Nutricionista en el último año?

→ Pasa a h11 si es mujer sino a siguiente módulo

- 1. No lo consideré necesario, así que no hice nada
- 2. Tomé remedios caseros
- 3. Decidí tomar mis medicamentos habituales sin control
- 4. Preferí consultar en una farmacia por medicamentos para la presión elevada o hipertensión arterial
- 5. Preferí consultar a un especialista en medicina complementaria (*medicina vibracional, biomagnetismo, reiki, iriología, flores de Bach, medicina oriental o china, etc.*)
- 6. Preferí buscar atención de medicina indígena
- 7. Preferí acudir a la medicina homeopática

h10b_3. ¿Cuál es la razón principal por la cual no pudo ser controlado en el último año por su Nutricionista?

→ Pasa a h11 si es mujer sino a siguiente módulo

- 1. No tuve tiempo de acudir
- 2. Los horarios de atención no me sirven
- 3. Mucho trámite
- 4. No confío en los profesionales que atienden
- 5. Pensé en consultar, pero me cuesta mucho llegar al lugar de atención
- 6. Pensé en consultar, pero no tuve dinero
- 7. No me dieron permiso en el trabajo
- 8. No pude conseguir hora
- 9. Perdí la hora
- 10. Otra razón. Especifique

h10b_3_esp.

Pregunta solo a mujeres

h11. ¿Alguna vez un médico o matrona le ha diagnosticado presión alta durante el embarazo?

- 1. Sí
- 2. No
- 3. No estoy segura
- 4. No ha tenido embarazos

MÓDULO XVII: DIABETES (DI)

di1. Antes de esta entrevista ¿alguna vez un profesional de la salud le ha medido (tomado, chequeado) el azúcar en la sangre?

- 1. Sí
- 2. No → Pasa a di3
- 3. No estoy seguro(a) → Pasa a di3

di2. ¿Cuándo fue la última vez que se midió el azúcar en la sangre?

di2a. Año -8888. No sabe
-9999. No responde

di2b. Mes -8888. No sabe
-9999. No responde

di3. ¿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)?

- 1. Sí
- 2. No → Pasa a di5
- 3. No recuerdo → Pasa a di5

di3a. ¿A qué edad se la diagnosticaron?

Edad -8888. No sabe
-9999. No responde

Pregunta solo a mujeres

di4. ¿Eso ocurrió cuando estuvo embarazada?

- 1. Sí
- 2. No
- 3. No recuerdo, no estoy segura
- 4. No ha tenido embarazos

Pregunta a todos los entrevistados

di5. ¿Alguna vez ha hecho algún programa, tratamiento o cambio en el estilo de vida (dieta, ejercicios o bajar de peso) para la diabetes o azúcar alta en la sangre?

- 1. Sí
- 2. No
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

di6. ¿En estos momentos está llevando o haciendo algún programa, tratamiento o cambio en el estilo de vida (dieta, ejercicios o bajar de peso) para mantener controlada su diabetes/glicemia/azúcar?

- 1. Sí
- 2. No → Pasa a di9

di7. ¿Qué tipo de tratamiento está llevando?

Alternativa Múltiple

- 1. Medicamentos
- 2. Insulina
- 3. Tratamiento sin medicamentos (dieta, ejercicios, bajar de peso)

Preguntar solo a quienes contestan alternativa 2 (Insulina) en di7

di8. ¿A qué edad inició su tratamiento con insulina?

Edad -8888. No sabe
-9999. No responde

** La edad registrada debe ser menor o igual a la edad del entrevistado.*

Pregunta a todos los entrevistados

di9. En el último año, ¿ha tenido que consultar a un profesional de la salud o asistir a una curación por “úlceras, heridas o llagas” que no cierran, o que no cicatrizan en las piernas o pies (o “gangrena”)?

- 1. Sí
- 2. No
- 8888. No sabe

di10. ¿Cuándo fue la última vez que le examinaron los pies?

- 1. Hace 6 meses o menos.
- 2. Hace más de 6 meses y menos de 1 año.
- 3. Entre 1 año y 2 años.
- 4. Hace más de 2 años.
- 5. Nunca.

di11. ¿Cuándo fue la última vez que lo examinó un oftalmólogo u oculista?

- 1. Hace 1 año o menos
- 2. Hace más de 1 y menos de 2 años
- 3. Entre 2 y 5 años
- 4. Hace más de 5 años
- 5. Nunca

di12. ¿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?

- 1. Sí
- 2. No
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

Si di3= 2 o 3 y di6= 2 y di5= 2 No sabe o No responde
→ Pasa al siguiente módulo

di13. Piense acerca de la atención que Ud. recibió por la Diabetes o azúcar alta en la sangre durante los últimos 6 meses

(Si hace más de 6 meses que fue atendido por su médico o enfermera, piense en su última consulta).

¿Le preguntaron su idea u opinión cuando fue preparado su plan de tratamiento?

- 1. Nunca
- 2. Muy pocas veces
- 3. Algunas veces
- 4. La mayoría de las veces
- 5. Siempre

di14. ¿En cuál tipo de establecimiento de salud se controla habitualmente por su Diabetes o azúcar alta en la sangre?

- 1. Establecimiento del Sistema público (*Consultorio general o municipal, CES-FAM, CECOF, posta rural o municipal, CRS o CDT o consultorio de especialidades, Hospital público*)
- 2. Establecimiento del Sistema privado (*Consulta, centro médico, clínica u hospital privado*)
- 3. En ambos establecimientos, públicos y privados
- 4. No me controlo en ningún establecimiento de salud mi diabetes. → Pasa a di16_1
- 5. Otra razón. Especifique ¿cuál o cuáles?

di14_esp.

di15. Debido a su diabetes o azúcar alta en la sangre ¿Cuántas veces en el último año fue controlado por:

di15_1. Médico?

Si es 0 → Pasa a di16_1

-8888. No sabe

-9999. No responde

di15_2. Enfermera?

Si es 0 → Pasa a di16_2

-8888. No sabe

-9999. No responde

di15_3. Nutricionista?

Si es 0 → Pasa a di16_3

-8888. No sabe

-9999. No responde

Si hay un 0 en alguna de las opciones pasar a di16_1 o di16_2 o di16_3, sino, al siguiente módulo.

di16_1. ¿Cuál es la razón principal por la cual no se controló por su Médico, por su Diabetes o azúcar alta en la sangre en el último año?

1. No quise

→ Pasa a di16a_1

2. Quise, pero no pude

→ Pasa a di16b_1

3. Otra razón. Especifique

→ *

-8888. No sabe

→ *

-9999. No responde

→ *

→ * Pasa a di16_2 si Enfermera = 0 o Pasa a di16_3 si nutricionista = 0; sino a siguiente módulo

di16_1_esp.

di16a_1. ¿Cuál es la razón principal por la cual no quiso ser controlado por su Médico en el último año?

→ Pasa a di16_2 si Enfermera = 0 o Pasa a di16_3 si nutricionista = 0; sino a siguiente módulo

1. No lo consideré necesario, así que no hice nada

2. Tomé remedios caseros

3. Decidí tomar mis medicamentos habituales sin control

4. Preferí consultar en una farmacia por medicamentos para la Diabetes o azúcar alta en la sangre

5. Preferí consultar a un especialista en medicina complementaria (*medicina vibracional, biomagnetismo, reiki, iriología, flores de Bach, medicina oriental o china, etc.*)

6. Preferí buscar atención de medicina indígena

7. Preferí acudir a la medicina homeopática

di16b_1. ¿Cuál es la razón principal por la cual no pudo ser controlado en el último año por su Médico?

→ Pasa a di16_2 si Enfermera = 0 o Pasa a di16_3 si nutricionista = 0; sino a siguiente módulo

1. No tuve tiempo de acudir

2. Los horarios de atención no me sirven

3. Mucho trámite

4. No confío en los profesionales que atienden

5. Pensé en consultar, pero me cuesta mucho llegar al lugar de atención

6. Pensé en consultar, pero no tuve dinero

7. No me dieron permiso en el trabajo

8. No pude conseguir hora

9. Perdí la hora

10. Otra razón. Especifique

di16b_1_esp.

di16_2. ¿Cuál es la razón principal por la cual no se controló por su Enfermera, por su Diabetes o azúcar alta en la sangre en el último año?

- 1. No quise → *Pasa a di16a_2*
- 2. Quise, pero no pude → *Pasa a di16b_2*
- 3. Otra razón. Especifique → *
- 8888. No sabe → *
- 9999. No responde → *

→ * *Pasa a di16_3 si nutricionista=0; sino a siguiente módulo*

di16_2_esp.

di16a_2. ¿Cuál es la razón principal por la cual no quiso ser controlado por su Enfermera en el último año?

→ *Pasa a di16_3 si nutricionista=0; sino a siguiente módulo*

- 1. No lo consideré necesario, así que no hice nada
- 2. Tomé remedios caseros
- 3. Decidí tomar mis medicamentos habituales sin control
- 4. Preferí consultar en una farmacia por medicamentos para la Diabetes o azúcar alta en la sangre
- 5. Preferí consultar a un especialista en medicina complementaria (*medicina vibracional, biomagnetismo, reiki, iriología, flores de Bach, medicina oriental o china, etc.*)
- 6. Preferí buscar atención de medicina indígena
- 7. Preferí acudir a la medicina homeopática

di16b_2. ¿Cuál es la razón principal por la cual no pudo ser controlado en el último año por su Enfermera?

→ *Pasa a di16_3 si nutricionista=0; sino a siguiente módulo*

- 1. No tuve tiempo de acudir
- 2. Los horarios de atención no me sirven
- 3. Mucho trámite
- 4. No confío en los profesionales que atienden
- 5. Pensé en consultar, pero me cuesta mucho llegar al lugar de atención
- 6. Pensé en consultar, pero no tuve dinero
- 7. No me dieron permiso en el trabajo
- 8. No pude conseguir hora
- 9. Perdí la hora
- 10. Otra razón. Especifique

di16b_2_esp.

di16_3. ¿Cuál es la razón principal por la cual no se controló por su Nutricionista, por su Diabetes o azúcar alta en la sangre en el último año?

- 1. No quise → *Pasa a di16a_3*
- 2. Quise, pero no pude → *Pasa a di16b_3*
- 3. Otra razón. Especifique → *
- 8888. No sabe → *
- 9999. No responde → *

→ * *Pasa a siguiente módulo*

di16_3_esp.

di16a_3. ¿Cuál es la razón principal por la cual no quiso ser controlado por su Nutricionista en el último año?

- 1. No lo consideré necesario, así que no hice nada
- 2. Tomé remedios caseros
- 3. Decidí tomar mis medicamentos habituales sin control
- 4. Preferí consultar en una farmacia por medicamentos para la Diabetes o azúcar alta en la sangre
- 5. Preferí consultar a un especialista en medicina complementaria (*medicina vibracional, biomagnetismo, reiki, iriología, flores de Bach, medicina oriental o china, etc.*)
- 6. Preferí buscar atención de medicina indígena
- 7. Preferí acudir a la medicina homeopática

di16b_3. ¿Cuál es la razón principal por la cual no pudo ser controlado en el último año por su Nutricionista?

- 1. No tuve tiempo de acudir
- 2. Los horarios de atención no me sirven
- 3. Mucho trámite
- 4. No confío en los profesionales que atienden
- 5. Pensé en consultar, pero me cuesta mucho llegar al lugar de atención
- 6. Pensé en consultar, pero no tuve dinero
- 7. No me dieron permiso en el trabajo
- 8. No pude conseguir hora
- 9. Perdí la hora
- 10. Otra razón. Especifique

di16b_3_esp.

OBSERVACIONES

MÓDULO XVIII: DISLIPIDEMIAS (DIS)

dis1. ¿Cuándo fue la última vez que se midió el colesterol?

dis1a. Año

0. Nunca

-8888. No sabe

-9999. No responde

dis1b. Mes

0. Nunca

-8888. No sabe

-9999. No responde

dis2. ¿Alguna vez un doctor, una enfermera u otro profesional de la salud le ha dicho a Ud. que ha tenido, que tiene o que padece del colesterol alto?

1. Sí, una sola vez

2. Sí, más de una vez

3. No, nunca me lo han dicho → Pasa a dis4

4. No recuerdo, no estoy seguro(a) → Pasa a dis4

dis3. ¿A qué edad se lo diagnosticaron?

Edad

-8888. No sabe

-9999. No responde

dis4. ¿Alguna vez ha hecho algún programa, tratamiento o cambio en el estilo de vida (dieta, ejercicios o bajar de peso) por tener el colesterol elevado?

1. Sí

2. No

-8888. No sabe

-9999. No responde

dis5. ¿En estos momentos está llevando o haciendo algún programa, tratamiento o cambio en el estilo de vida (dieta, ejercicios o bajar de peso) para mantener controlado su colesterol?

1. Sí

2. No

→ Pasa al siguiente módulo

dis6. ¿Qué tipo de tratamiento está llevando?

1. Medicamentos

2. Tratamiento sin medicamentos (dieta, ejercicios, bajar de peso)

3. Ambos

MÓDULO XIX: ANTECEDENTES FAMILIARES (AF)

af1. En su familia directa: sus hijos, su papá, su mamá o sus hermanos, ¿alguien se ha enfermado o se ha muerto de ...?

Enfermedad	1. Sí	2. No	-8888. No sabe
af1a. Hipertensión (<i>presión alta</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
af1b. Diabetes (<i>azúcar alta en la sangre</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
af1c. Dislipidemia (<i>Colesterol alto</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
af1d. Cáncer de mama (<i>pecho, busto, seno</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
af1e. Cáncer de vesícula o vía biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
af1f. Cáncer gástrico o de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
af1g. Cáncer de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
af1h. Bocio o enfermedad a la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
af1i. Fractura de cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

af2. En su familia directa: sus hijos, su papá, su mamá o sus hermanos, ¿alguien se ha enfermado o se ha muerto de ...?

Enfermedad	1. Si,	1a. ¿qué edad tenía?	2. Sí, no sé qué edad tenía	3. No	-8888. No sabe
af2a. Infarto o ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
af2b. Accidente vascular, trombosis, o derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
af2c. Muerte por arritmia maligna o muerte súbita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
af2d. Cáncer de colon o recto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
af2e. Pólipos colorrectales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MÓDULO XX: PSICOSOCIAL (P)

INT19: Ahora le voy hacer preguntas sobre lo que usted piensa:

ps1. ¿Cuán de acuerdo está Ud. con la siguiente frase?:
“A nadie le importa mucho lo que me pasa”

Mostrar  Tarjeta 26

- 1. Totalmente de acuerdo
- 2. Más o menos de acuerdo
- 3. Algo en desacuerdo
- 4. Totalmente en desacuerdo
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

ps2_F1. ¿Cuán de acuerdo está Ud. con la siguiente frase?: “Es más seguro no confiar en nadie”

Mostrar  Tarjeta 26

- 1. Totalmente de acuerdo
- 2. Más o menos de acuerdo
- 3. Algo en desacuerdo
- 4. Totalmente en desacuerdo
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

ps3_F1. Cuando tiene problemas, ¿tiene Ud. alguna persona en quien confiar, pedir ayuda o consejo?

- 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
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

ps4_F1. ¿Puede recurrir confiadamente a alguien cuando tiene un gasto imprevisto, emergencia económica u otra situación grave o catastrófica?

- 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
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

ps5_F1. 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?

- 1. Muy de acuerdo
- 2. De acuerdo
- 3. Ni acuerdo ni en desacuerdo (*más o menos*)
- 4. En desacuerdo
- 5. Muy en desacuerdo

ps6_F1. ¿Pertenece Ud. a alguno de los siguientes grupos? Mostrar  Tarjeta 27

- 1. Sí
- 2. No, solo grupos en Internet → Pasa a ps7_F1
- 3. No, ningún tipo de grupo → Pasa a ps7_F1
- 8888. No sabe → Pasa a ps7_F1
- 9999. No responde → Pasa a ps7_F1

MÓDULO XXI: NIVEL SOCIOECONÓMICO DEL HOGAR

A todos los integrantes del hogar

as3. ¿Cuál es su relación de parentesco con el Jefe(a) de hogar? *(Persona reconocida como tal por los demás miembros del hogar)*

1. Jefe(a) de Hogar
2. Espos(a) o pareja de distinto sexo
3. Espos(a) o pareja de igual sexo
4. Hijo(a), de ambos
5. Hijo(a), solo de jefe(a)
6. Hijo(a), solo de espos(a)/pareja
7. Padre o madre
8. Suegro(a)
9. Yerno o nuera
10. Nieto(a)
11. Hermano(a)
12. Cuñado(a)
13. Abuelo(a)
14. Otro familiar
15. No familiar

R0. Nº de línea	R1. Nombres <i>(primer y segundo nombre)</i>	Parentesco
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		

A entrevistado, jefe de hogar y cónyuge o pareja del jefe de hogar (as3=1, 2 o 3)

as4. ¿Cuál es su estado conyugal o civil actual?

- 1. Casado (a)
- 2. Conviviente o pareja sin acuerdo de unión civil
- 3. Conviviente civil (con Acuerdo Unión Civil)
- 4. Anulado(a)
- 5. Separado(a)
- 6. Divorciado(a)
- 7. Viudo(a)
- 8. Soltero(a)
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

as5. ¿A qué sistema previsional de salud pertenece, ya sea como cotizante o carga?


- 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. FFAA y de Orden
- 7. ISAPRE
- 8. Ninguno
- 9. Otro sistema. Especifique
- 8888. No sabe

as5_esp.

as6. ¿Ud. posee otro seguro privado de salud adicional? (complementario, escolar, catastrófico, entre otros). No considerar seguros obligatorios, por ejemplo seguro de accidentes y enfermedades profesionales

- 1. Sí, contratado en forma particular
- 2. Sí, contratado a través del empleador (ejemplo seguros colectivos)
- 3. No
- 8888. No sabe

as7. ¿Cuál es el nivel más alto alcanzado o el nivel educacional actual?

Mostrar  Tarjeta 28 "Nivel Educativo"
Lea alternativas

- 1. Nunca asistió → Pasa a as10
- 2. Sala cuna → Pasa a as10
- 3. Jardín Infantil (medio menor y medio mayor) → Pasa a as10
- 4. Prekinder / Kinder (Transición menor y Transición Mayor) → Pasa a as10
- 5. Educación Especial (Diferencial) → Pasa a as10
- 6. Primaria o Preparatoria (Sistema antiguo)
- 7. Educación Básica
- 8. Humanidades (Sistema Antiguo)
- 9. Educación Media Científico-Humanista
- 10. Técnica Comercial, Industrial o Normalista (Sistema Antiguo)
- 11. Educación Media Técnica Profesional
- 12. Técnico Nivel Superior (carreras de 1 a 3 años)
- 13. Profesional (carreras de 4 o más años)
- 14. Postgrado
- 8888. No sabe → Pasa a as10
- 9999. No responde → Pasa a as10

as8. En ese nivel educacional, ¿cuál fue el último curso que aprobó (*para los que no están estudiando*) o que cursa actualmente (*para los que están estudiando*)?

curso

as9. ¿Completó el nivel educacional anteriormente declarado?

- 1. Sí
- 2. No

as10. ¿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
- 6. En quehaceres de su hogar
- 7. Estudiando
- 8. Jubilado
- 9. Rentista
- 10. Incapacitado permanentemente para trabajar
- 11. Otra situación. Especifique
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

as10_esp.

as11. En los últimos 12 meses, ¿tuvo otros trabajos, empleos, actividades o negocios además de su trabajo o negocio principal?

- 1. Sí
- 2. No
- 3. No trabajó

as13. ¿La semana pasada trabajó al menos una hora sin considerar los trabajos del hogar?

- 1. Sí → *Pasa a as15*
- 2. No

as14. Aunque no trabajó la semana pasada, es decir entre lunes y domingo, ¿tenía durante dicho período un empleo, negocio u otra actividad por la que recibe o recibirá un pago en dinero o en especie?

- 1. Sí
- 2. No → *Pasa a INT21*

Las preguntas que vienen a continuación se refieren a su trabajo principal.

as15. En su trabajo o negocio principal, ¿usted trabaja como?

- 1. Patrón o empleador
- 2. Trabajador por cuenta propia
- 3. Empleado u obrero del sector público (*Gobierno Central o Municipal*)
- 4. Empleado u obrero de empresas públicas
- 5. Empleado u obrero del sector privado
- 6. Servicio doméstico puertas adentro
- 7. Servicio doméstico puertas afuera
- 8. FFAA y de Orden
- 9. Familiar no remunerado
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

as16. Contándose Ud., ¿cuántas personas trabajan en esa empresa o institución en Chile?

- 1. Trabaja solo
- 2. 2 - 4
- 3. 5 - 9
- 4. 10 - 49
- 5. 50 - 199
- 6. 200 o más
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

as17. ¿Qué ocupación o tipo de trabajo desempeña actualmente?

as18. ¿A qué se dedica o qué hace el negocio, empresa o institución donde usted trabaja?

INT: Describa la actividad a que se dedica la empresa, negocio o institución en que la persona realiza su actividad u ocupación principal.

- En caso que la empresa o institución tenga múltiples establecimientos y actividades, se debe describir actividad principal del establecimiento en que trabaja la persona. Para mayor detalle, ver manual
- Ejemplos de descripción incompleta: fábrica, comercio, taller, construcción, minería, etc.
- Ejemplos de descripción completa: fábrica de envases de vidrio, comercio de zapatillas, taller de reparación de autos, construcción de edificio, extracción de cobre, etc.

as19. ¿Dónde realiza la actividad o dónde se ubica el negocio, empresa o institución en la que trabaja?

- 1. Dentro de su vivienda
- 2. Taller o local anexo a su vivienda
- 3. En un establecimiento independiente (como por ejemplo fábrica, oficina, u otro)
- 4. En un predio agrícola
- 5. En un predio marítimo
- 6. A domicilio (casa del empleador o cliente)
- 7. En la vía pública, transporte terrestre, aéreo o acuático
- 8. En faena, obras de construcción, mineras o similares
- 9. En otro lugar. Especifique

as20. En su trabajo principal, ¿tiene contrato de trabajo escrito?

- 1. Sí, firmó
- 2. Sí, pero no ha firmado
- 3. No tiene
- 4. No se acuerda o no sabe si firmó contrato

as21. En su trabajo principal, ¿qué tipo de contrato o acuerdo de trabajo tiene...?

- 1. Plazo indefinido
- 2. Plazo fijo
- 3. No tiene contrato o acuerdo
- 8888. No sabe
- 9999. No responde


as22. Cotizó durante el mes pasado en algún sistema pre-
visional/sistema de pensiones?

- 1. Sí, AFP (*Administradora de Fondos de Pensiones*). Cotización obligatoria del trabajador dependiente
- 2. Sí, AFP (*Administradora de Fondos de Pensiones*). Cotización voluntaria del trabajador independiente
- 3. Sí, IPS ex INP [*Caja Nacional de Empleados Públicos (CANAEMPU), Caja de Empleados Particulares (EMPART), Servicio de Seguro Social (SSS) u otras*]
- 4. Sí, Caja de Previsión de la Defensa Nacional (*CAPREDENA*)
- 5. Sí, Dirección de Previsión de Carabineros (*DIPRECA*)
- 6. Sí, otra. Especifique
- 7. No está cotizando
- 8. No está afiliado a ningún sistema
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

INT21: Se terminaron las preguntas para [Nombre de la persona]

Preguntas para el entrevistado

as27. Podría decirme, ¿cuál es aproximadamente el ingreso mensual líquido de todo el hogar, es decir, sumando todos los ingresos de los miembros del hogar? (*líquido se refiere al total de dinero que recibe sacando los descuentos*).

Encuestador registre monto, en caso de no responder
Mostrar  Tarjeta 29 y responda as28

Cantidad en pesos chilenos (\$)

-8888. No sabe

-9999. No responde

as28. 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 se refiere al total de dinero que recibe sacando los descuentos*)

Mostrar  Tarjeta 29

- 1. Menos de \$77.999
- 2. \$78.000 a \$134.999
- 3. \$135.000 a \$217.999
- 4. \$218.000 a \$295.999
- 5. \$296.000 a \$383.999
- 6. \$384.000 a \$480.999
- 7. \$481.000 a \$607.999
- 8. \$608.000 a \$764.999
- 9. \$765.000 a \$1.029.999
- 10. \$1.030.000 a \$1.572.999
- 11. Más de \$1.573.000
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

INT22: Ahora le voy a hacer preguntas sobre las características de la vivienda.

VIVIENDA

as29. ¿De dónde proviene el agua de la vivienda?:

- 1. Red pública con medidor propio
- 2. Red pública con medidor compartido
- 3. Red pública sin medidor
- 4. Pozo o noria
- 5. Río, vertiente, lago o estero
- 6. Camión aljibe
- 7. Otra fuente. ¿Cuál?
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

as29_esp.

as30. ¿Cuál es el sistema de distribución del agua en la vivienda?:

- 1. Con llave dentro de la vivienda
- 2. Con llave dentro del sitio, pero fuera de la vivienda
- 3. No tiene sistema, la acarrea
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

as31. La vivienda donde usted vive, ¿dispone de sistema de eliminación de excretas?:

- 1. Sí, con WC conectado al alcantarillado
- 2. Sí, con WC conectado a fosa séptica
- 3. Sí, con letrina sanitaria conectada a pozo negro
- 4. Sí, con cajón sobre pozo negro
- 5. Sí, con cajón sobre acequia o canal
- 6. Sí, con cajón conectado a otro sistema
- 7. Sí, baño químico dentro del sitio
- 8. No dispone de sistema
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

as32. La vivienda donde usted vive, ¿dispone de energía eléctrica?:

- 1. Sí, de la red pública con medidor propio
- 2. Sí, de la red pública con medidor compartido
- 3. Sí, de la red pública sin medidor
- 4. Sí, de un generador propio o comunitario
- 5. Sí, a través de placa solar
- 6. Sí, de otra fuente. Especifique
- 7. No dispone de energía eléctrica

as32_esp.

as33. ¿Cuál es el principal combustible usado para cocinar?

- 1. Gas (*licuado o de cañería*)
- 2. Parafina o petróleo
- 3. Leña o derivados (*pellets, astillas o briquetas*)
- 4. Carbón
- 5. Electricidad
- 6. Energía solar
- 7. No usa combustible o fuente de energía
- 8. No tiene sistema
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

as34. ¿Cuál es el principal combustible usado para calefaccionar?

- 1. Gas (*licuado o de cañería*)
- 2. Parafina o petróleo
- 3. Leña o derivados (*pellets, astillas o briquetas*)
- 4. Carbón
- 5. Electricidad
- 6. Energía solar
- 7. No usa combustible o fuente de energía
- 8. No tiene sistema
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

as35_1. ¿Cuántos dormitorios tiene la vivienda?

Encuestador: Registre el número de dormitorios en la vivienda

Nº de dormitorios
(uso exclusivo para dormir)

as35_2. ¿Cuántos baños tiene la vivienda?

Encuestador: Registre el número de baños en la vivienda

Nº de baños

INT23: Características de la vivienda y equipamiento del hogar: Acceso a bienes. Visualización (cuando no es posible visualizar, preguntar al encuestado)

as36. ¿Cuál es el tipo de vivienda que ocupa el entrevistado?:

- 1. Casa aislada (*no pareada*)
- 2. Casa pareada por un lado
- 3. Casa pareada por ambos lados
- 4. Departamento en edificio con ascensor
- 5. Departamento en edificio sin ascensor
- 6. Pieza en casa antigua o conventillo
- 7. Mediagua, mejora o vivienda de emergencia
- 8. Vivienda tradicional indígena
- 9. Rancho o choza
- 10. Vivienda precaria de materiales reutilizados (*latas, plásticos, cartones, etc.*)

as37. ¿Cuál es el material que predomina en el techo de la vivienda?:

- 1. Tejas o tejuela (*arcilla, metálica, cemento, madera, asfáltica*)
- 2. Loza hormigón
- 3. Planchas metálicas (*zinc, cobre, etc.*)
- 4. Plancha de fibrocemento (*pizarreño*)
- 5. Fonolita o plancha de fieltro embreado
- 6. Paja, coirón, totora o caña
- 7. Materiales precarios o de desecho
- 8. Sin cubierta en el techo
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

as38. ¿Cuál es el material que predomina en los muros exteriores de la vivienda?:

- 1. Hormigón armado
- 2. Albañilería (*bloque de cemento, piedra o ladrillo*)
- 3. Tabique forrado por ambas caras (*madera, acero, lata u otro*)
- 4. Tabique sin forro interior (*madera u otro*)
- 5. Adobe, barro, quincha, pirca u otro artesanal tradicional
- 6. Materiales precarios o de desecho (*cartón, latas, sacos, plásticos, etc.*)
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

as39. ¿Cuál es el material que predomina en el piso de la vivienda?

- 1. Parquet, madera, piso flotante o similar
- 2. Cerámico, porcelanato, flexit o similar
- 3. Alfombra o cubrepiso
- 4. Baldosa de cemento
- 5. Radier
- 6. Tierra
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

OBSERVACIONES

CIERRE FORMULARIO 1 (CF1)

cf1_1. ¿Cuáles son los apellidos de su madre?

Apellido Paterno

-8888. No sabe

-9999. No responde

Apellido Materno

-8888. No sabe

-9999. No responde

cf1_2. ¿Cuáles son los apellidos de su padre?

Apellido Paterno

-8888. No sabe

-9999. No responde

Apellido Materno

-8888. No sabe

-9999. No responde

cf1_3. Nombre de algún familiar o conocido de contacto al que se pueda ubicar en caso necesario (1):

Si no sabe o no contesta digite 99999999

Nombre

Teléfono

cf1_4. Nombre de algún familiar o conocido de contacto al que se pueda ubicar en caso necesario (2):

Si no sabe o no contesta digite 99999999

Nombre

Teléfono

Cf1_5_1 ¿Me puede repetir su número de teléfono celular?

REPETIR EN VOZ ALTA PARA VERIFICAR QUE ESTÁ CORRECTAMENTE ANOTADO.

Teléfono fijo
(si no tiene anote
99999999)

Teléfono móvil
(si no tiene anote
99999999)

cf1_5_2 ¿Me puede facilitar otros teléfonos de contacto suyo? Por ejemplo, teléfono de red fija de este domicilio, su teléfono del trabajo, o bien el teléfono de otro familiar que viva aquí con Ud.

REPETIR EN VOZ ALTA PARA VERIFICAR QUE ESTÁ CORRECTAMENTE ANOTADO

Otros teléfonos
(si no tiene anote
99999999)

Ya estamos llegando al final de esta encuesta.

La parte que sigue corresponde a la visita de una enfermera que le va a venir a tomar medidas de presión arterial, muestras de sangre y orina dentro de los próximos días hábiles que más le acomode a Ud. Para poder coordinar esa visita necesito verificar sus datos de contacto.

Ahora déjeme explicarle un par de cosas respecto de la próxima visita, que corresponde a la toma de exámenes por parte de una enfermera.

De todos los exámenes que se le tomarán, la toma de muestra de sangre es la más delicada. Para que la muestra de sangre cumpla con estándares médicos de calidad se requiere que Ud. cumpla con al menos **11** horas de ayuno de comidas el día de la visita y **24** horas de ayuno de alcohol.

Esto es lo mismo que le piden en cualquier laboratorio cuando Ud. se va a sacar sangre. Por esta razón, y para no hacerle pasar hambre en forma innecesaria, es que tenemos que coordinar con Ud. la visita de la enfermera entre las 7-10 am. No podemos más tarde que eso porque tenemos que cumplir también con tiempos para llevar las muestras al laboratorio.

La visita dura aproximadamente 60 minutos. Podemos darle un certificado de participación en la Encuesta Nacional de Salud para facilitar la cita.

No leer: Fijar cita para segunda visita (exámenes de la enfermera). Buscar días y horarios disponibles del entrevistado. Idealmente para el día siguiente o día cercano a la primera visita. Se le va a hacer un llamado telefónico la tarde anterior para recordar preparación (ayuno) y hora de la visita. En el caso de participantes mujeres, fijar una fecha en la que la participante no se encuentre en su período menstrual y que hayan pasado al menos 4 días desde el fin de su período menstrual.

cf1_6_1. ¿Me puede indicar qué día de lunes a viernes, entre 7 y 10 am podría Ud. recibir a la enfermera que va a venir a tomarle las muestras?

Si es usted **DIABÉTICO**, debemos agendar la primera cita de la mañana.

UNA VEZ ANOTADO REPETIR EN VOZ ALTA PARA VERIFICAR QUE ESTÁ CORRECTAMENTE ANOTADO.

Fecha	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hora	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INT26: Voy a dejar anotado entonces este día y hora. De todas formas le dejo este instructivo con el nombre del encargado de la coordinación de las visitas de los exámenes.

Si tuviera cualquier pregunta o un inconveniente de último minuto, le pido que por favor se comunique con el encargado para reagendar su visita.

ENCUESTADOR(A): ENTREGAR CITACIÓN PARA EXÁMENES CON ENFERMERA E INSTRUCTIVO Y LEER JUNTO AL PARTICIPANTE.

Necesita Certificado

cf1_7. Como se mencionó anteriormente, si Ud. necesita contar con un documento que justifique un posible atraso el día de la Visita de Enfermería las doctoras responsables le pueden extender un “Certificado de Participación” de esta encuesta.

¿Necesita Ud. un Certificado de Participación?

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

1. Si necesita certificado

2. No necesita certificado

Para participantes entre 50 y 75 años, que pertenecen a la muestra 1 de 3.700 casos y del sistema previsional FONASA (as5=1, 2, 3, 4, 5) → INT27

Resto de los participantes → INT28

INT27: Para el día de la Visita de Enfermería que hemos agendado, es necesario que Ud. recolecte una muestra de deposiciones.

Esto para realizar el examen llamado sangre oculta en deposiciones (test inmunológico), que sirve para pesquisar la sangre oculta en sus deposiciones. Este análisis permitirá a su médico tomar decisiones terapéuticas apropiadas a su condición.

ENCUESTADORA: ENTREGAR INSTRUCTIVO, TUBO Y RECIPIENTE METÁLICO PARA REALIZAR EL EXAMEN. LEA CON EL PARTICIPANTE EL INSTRUCTIVO

Cuando la enfermera llegue a realizar la visita que hemos agendado, le va a pedir a Ud. que le entregue este tubo con la muestra de fecas. Ud. tiene que asegurarse de:

- Evitar que se mezcle la muestra con orina.
- Evitar que la varilla quede con exceso de muestra.
- Evitar que tapa quede con exceso de muestra.
- Guarde el tubo en un lugar fresco hasta el día de la visita de la enfermera (**NO REFRIGERAR**).

INT28: ENCUESTADOR(A): A este participante **NO** le corresponde la muestra de deposición, por favor **NO** entregue kit para toma de muestra de deposición.

INT29: Resumen

- Resumiendo, la visita para la toma de muestra de exámenes quedó fijada para [INDICAR FECHA Y HORA]
- Recordar que para esta visita usted debe tener al menos 11 horas de ayuno, puede tomar agua sin problemas y DEBE tomarse sus medicamentos habituales en el horario correspondiente.
- Recordar que DEBE tener los medicamentos y otros tratamientos (hierbas medicinales, homeopatía, suplementos alimentarios, etc.) que actualmente esté tomando para la segunda visita.
- Recordar, en el caso de participantes mujeres de 20 a 47 años (inclusive), que deben tener una abstinencia sexual de 48 horas (dos días) y no haber utilizado talco, cremas, colonias, jabones, óvulos vaginales o realizado duchas vaginales las últimas 72 horas (tres días).
- Consultar si tiene alguna duda de la hoja de citación con instrucciones de preparación para la visita de la enfermera.

cf1a_8. (Si hay niños entre 7 meses y 4 años 11 meses) Además necesitamos fijar una cita para aplicar módulo de desarrollo infantil en el caso de no haberse aplicado durante la primera visita. Buscar días y horarios disponibles del entrevistado (*padre, madre, tutor, tutora del menor del niño de 7 meses a 5 años*).

Fecha 4ta. Visita / /
Hora 4ta. Visita :

cf1a_8_1. Niño 1

Fecha 4ta. Visita / /
Hora 4ta. Visita :

cf1b_8_1. Niño 2

Fecha 4ta. Visita / /
Hora 4ta. Visita :

cf1c_8_1. Niño 3

Fecha 4ta. Visita / /
Hora 4ta. Visita :

cf1d_8_1. Niño 4

Fecha 4ta. Visita / /
Hora 4ta. Visita :

AGRADECER cordialmente la colaboración e indicar que puede recibir el llamado de un supervisor quién le repetirá algunas preguntas para verificar los datos.

cf1_8. Si pertenece a la muestra 3

Y por último necesitamos fijar una cita para aplicar el módulo de Bienestar Psicológico. Buscar días y horarios disponibles del entrevistado.

Fecha 3ra. Visita / /
Hora 3ra. Visita :

cf1_9. ¿Se entregó copia del consentimiento general?

1. Sí

cf1_10. ¿Se entregó citación para exámenes con enfermero(a)?

1. Sí

cf1_11. ¿Se entregó instructivo para muestra de deposiciones?

Solo si tiene entre 50 y 75 años de edad, pertenece a la muestra 3 y tiene previsión FONASA.

1. Sí

cf1_12. ¿Se entregó citación para aplicar módulo de desarrollo infantil?

Solo si hay niños entre 7 meses y 4 años 11 meses.

1. Sí

cf1_13. ¿Se entregó citación para aplicar módulo de bienestar psicológico?

Solo si pertenece a la muestra 3.

1. Sí

cf1_14. ¿El participante requiere un acompañante para las otras visitas?

1. Sí
2. No

→ Pasa a cf1_14_1

cf1_14_1. Indique razón

1. Discapacidad mental
2. Discapacidad motora
3. Discapacidad sensorial(sordo o mudo)
4. Otro, especifique:

Uso exclusivo de encuestadores/as y supervisores/as

cf1_15. Esta sección se ha creado especialmente para que registre cualquier situación que se escape a la planificación, así como también casos especiales con respecto a los informantes, como por ejemplo si necesita ayuda para contestar la encuesta o si es diabético. En caso de que ello ocurra, detalle con la mayor minuciosidad posible la situación e informe a su supervisor/a



Centro UC
Encuestas y Estudios
Longitudinales

CUESTIONARIO
ENCUESTA NACIONAL DE SALUD
(ENS 2016 -2017)