

## 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

2. Mujer

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	453. Dormitorio colectivo (militar, de trabajo, internado, etc.)
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: N° 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								

Se debe seleccionar aleatoriamente a 1 persona de 15 años o más que no tenga criterios de exclusión R6 y R7 distinto de No. (Embarazada o persona violenta)

SELECCIONADO A ENTREVISTAR ES:

## PRESENTACIÓN F-1

### IDENTIFICACIÓN DEL ENTREVISTADO

Nombre del entrevistado

Apellido Paterno

Apellido Materno

RUT

Fecha de nacimiento (si no sabe  
vea CI, si no tiene anote 30/06/del  
año adecuado para su edad)

Edad  
(en años)

Sexo

1. Hombre

2. Mujer

Teléfono fijo o móvil  
(si no tiene anote 999999)

Teléfono fijo o móvil  
(Debe colocar código de  
área. Si no tiene anote  
999999)

e-mail (si no tiene anote 0)

### OBSERVACIONES

## 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\_otro

**c5\_otro. ¿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?**

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1. Aymara   |
| <input type="checkbox"/> | 2. Rapa-Nui ( <i>Pascuenses</i> )                 |
| <input type="checkbox"/> | 3. Quechua  |
| <input type="checkbox"/> | 4. Mapuche  |
| <input type="checkbox"/> | 5. Atacameño ( <i>Linkán Antai</i> )              |
| <input type="checkbox"/> | 6. Coya   |
| <input type="checkbox"/> | 7. Kawésqar ( <i>Alacalufes</i> )                 |
| <input type="checkbox"/> | 8. Yagán ( <i>Yámará</i> )                        |
| <input type="checkbox"/> | 9. Diaguita                                       |
| <input type="checkbox"/> | 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.*

[illegible]

## OBSERVACIONES

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

## 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
2. Sí, pero no está ahora
3. No, no hay quien me ayude a contestar

*Le puede pedir que nos acompañe → Nombre y edad*

→ INT. Cierre la encuesta con código 120 y reagende

→ 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)**





## 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.

- |                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Ninguna                 |
| <input type="checkbox"/> | 2. Leve                    |
| <input type="checkbox"/> | 3. Moderada                |
| <input type="checkbox"/> | 4. Severa                  |
| <input type="checkbox"/> | 5. Extrema / imposibilidad |
| <input type="checkbox"/> | -7777. No aplica           |
| <input type="checkbox"/> | -8888. No sabe             |
| <input type="checkbox"/> | -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"/>
---	--------------------------

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

**NO LEER: Responde solo si trabaja de forma remunerada o no remunerada.**

Mostrar  Tarjeta 5b

***Si no trabaja, colocar -7777 "No aplica"***

**cd9a\_23. Llevar a cabo sus actividades diarias en su trabajo?**

**NO LEER: Responde solo si estudia actualmente.**

***Si no estudia, colocar -7777 "No aplica"***

**cd9a\_24. Llevar a cabo sus actividades diarias en su establecimiento educacional?**

## OBSERVACIONES

[illegible]

## 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


- [illegible]

- 


[illegible]

## 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?**

- |                          |                    |             |
|--------------------------|--------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Sí              |             |
| <input type="checkbox"/> | 2. No              | → Pasa a d3 |
| <input type="checkbox"/> | -8888. No sabe     | → Pasa a d3 |
| <input type="checkbox"/> | -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

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1. Sí, me operaron  |
| <input type="checkbox"/> | 2. Sí, me pusieron una malla o stent por la pierna o brazo (angioplastia) |
| <input type="checkbox"/> | 3. Sí, me dieron medicamentos   |
| <input type="checkbox"/> | 4. No   |
| <input type="checkbox"/> | -8888. No sabe  |
| <input type="checkbox"/> | -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)?**

- |                          |                    |             |
|--------------------------|--------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Sí              |             |
| <input type="checkbox"/> | 2. No              | → Pasa a d6 |
| <input type="checkbox"/> | -8888. No sabe     | → Pasa a d6 |
| <input type="checkbox"/> | -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.

- |                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Sí, me operaron  |
| <input type="checkbox"/> | 2. Sí, medicamentos |
| <input type="checkbox"/> | 3. Ambas            |
| <input type="checkbox"/> | 4. No               |
| <input type="checkbox"/> | -8888. No sabe      |
| <input type="checkbox"/> | -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?**

- |                          |                    |
|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Sí              |
| <input type="checkbox"/> | 2. No              |
| <input type="checkbox"/> | -8888. No sabe     |
| <input type="checkbox"/> | -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?

- |                          |                    |              |
|--------------------------|--------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Sí              |              |
| <input type="checkbox"/> | 2. No              | → Pasa a sm3 |
| <input type="checkbox"/> | 3. No recuerda     | → Pasa a sm3 |
| <input type="checkbox"/> | -8888. No sabe     | → Pasa a sm3 |
| <input type="checkbox"/> | -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?

- |                          |                    |
|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Sí              |
| <input type="checkbox"/> | 2. No              |
| <input type="checkbox"/> | 3. No recuerda     |
| <input type="checkbox"/> | -8888. No sabe     |
| <input type="checkbox"/> | -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

- |                          |       |                           |
|--------------------------|-------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Sí |                           |
| <input type="checkbox"/> | 2. No | → Pasa a siguiente módulo |

**sm5.** ¿Por cuánto tiempo ha tenido este problema?

- |          |                      |                    |                          |
|----------|----------------------|--------------------|--------------------------|
| a. Años  | <input type="text"/> | -8888. No sabe     | <input type="checkbox"/> |
|          |                      | -9999. No responde | <input type="checkbox"/> |
| b. Meses | <input type="text"/> | -8888. No sabe     | <input type="checkbox"/> |
|          |                      | -9999. No responde | <input type="checkbox"/> |
| c. Días  | <input type="text"/> | -8888. No sabe     | <input type="checkbox"/> |
|          |                      | -9999. No responde | <input type="checkbox"/> |



## 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
- ☐ 3. Estaba con medicamentos/antidepresivo

→ Pasa a sd28\_F1

**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?
- ☐ 4. Menos de la mitad del día?

→ Pasa a sd28\_F1

→ 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	<input type="text"/>	-8888. No sabe	<input type="text"/>
		-9999. No responde	<input type="text"/>

**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

[illegible]



## 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

-8888. No sabe

→ Pasa a o4


→ 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				c. ¿Qué hueso se fracturó?									
	a. Edad de fractura -8888 No sabe -9999. No responde	b. Causa de la fractura -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.** N° 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.** N° 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

Mostrar  Tarjeta 25



1. Aceite vegetal  
(*maravilla, maíz, pepa de uva*)



## 2. Aceite de oliva


### 3. Manteca


#### 4. Mantequilla

11

## 5. Margarina

**D.**

6. Otro. Especifique:

**die14\_esp.**

## This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

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



1. Sí


2. No



-8888. No sabe



1. Sí


2. No



-8888. No sabe



1. Sí



2. No



1. Sí



2. No

Nº de horas

10

Nº de horas

Page 10

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

- |                          |                            |                 |
|--------------------------|----------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. No quise                | → Pasa a h10a_3 |
| <input type="checkbox"/> | 2. Quise, pero no pude     | → Pasa a h10b_3 |
| <input type="checkbox"/> | 3. Otra razón. Especifique | → *             |
| <input type="checkbox"/> | -8888. No sabe             | → *             |
| <input type="checkbox"/> | -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

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

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1. No tuve tiempo de acudir   |
| <input type="checkbox"/> | 2. Los horarios de atención no me sirven                                |
| <input type="checkbox"/> | 3. Mucho trámite  |
| <input type="checkbox"/> | 4. No confío en los profesionales que atienden                          |
| <input type="checkbox"/> | 5. Pensé en consultar, pero me cuesta mucho llegar al lugar de atención |
| <input type="checkbox"/> | 6. Pensé en consultar, pero no tuve dinero                              |
| <input type="checkbox"/> | 7. No me dieron permiso en el trabajo                                   |
| <input type="checkbox"/> | 8. No pude conseguir hora   |
| <input type="checkbox"/> | 9. Perdí la hora  |
| <input type="checkbox"/> | 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?**

- |                          |                           |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Sí                     |
| <input type="checkbox"/> | 2. No                     |
| <input type="checkbox"/> | 3. No estoy segura        |
| <input type="checkbox"/> | 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?**

- |                          |                            |                  |
|--------------------------|----------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. No quise                | → Pasa a di16a_2 |
| <input type="checkbox"/> | 2. Quise, pero no pude     | → Pasa a di16b_2 |
| <input type="checkbox"/> | 3. Otra razón. Especifique | → *              |
| <input type="checkbox"/> | -8888. No sabe             | → *              |
| <input type="checkbox"/> | -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

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

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1. No tuve tiempo de acudir   |
| <input type="checkbox"/> | 2. Los horarios de atención no me sirven                                |
| <input type="checkbox"/> | 3. Mucho trámite  |
| <input type="checkbox"/> | 4. No confío en los profesionales que atienden                          |
| <input type="checkbox"/> | 5. Pensé en consultar, pero me cuesta mucho llegar al lugar de atención |
| <input type="checkbox"/> | 6. Pensé en consultar, pero no tuve dinero                              |
| <input type="checkbox"/> | 7. No me dieron permiso en el trabajo                                   |
| <input type="checkbox"/> | 8. No pude conseguir hora   |
| <input type="checkbox"/> | 9. Perdí la hora  |
| <input type="checkbox"/> | 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?**

- |                          |                            |                  |
|--------------------------|----------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. No quise                | → Pasa a di16a_3 |
| <input type="checkbox"/> | 2. Quise, pero no pude     | → Pasa a di16b_3 |
| <input type="checkbox"/> | 3. Otra razón. Especifique | → *              |
| <input type="checkbox"/> | -8888. No sabe             | → *              |
| <input type="checkbox"/> | -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?**

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. No lo consideré necesario, así que no hice nada   |
| <input type="checkbox"/> | 2. Tomé remedios caseros   |
| <input type="checkbox"/> | 3. Decidí tomar mis medicamentos habituales sin control  |
| <input type="checkbox"/> | 4. Preferí consultar en una farmacia por medicamentos para la Diabetes o azúcar alta en la sangre  |
| <input type="checkbox"/> | 5. Preferí consultar a un especialista en medicina complementaria ( <i>medicina vibracional, biomagnetismo, reiki, irio-logía, flores de Bach, medicina oriental o china, etc.</i> ) |
| <input type="checkbox"/> | 6. Preferí buscar atención de medicina indígena  |
| <input type="checkbox"/> | 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?**

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

**di16b\_3\_esp.**

## OBSERVACIONES

[illegible]

## 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

**ps6a.** Piense en los últimos 6 meses. ¿Cuántas veces en promedio, se junta con su(s) grupo(s) en un mes?

1. Dos o más veces al mes
2. Una vez al mes
3. Menos de una vez al mes
4. Nunca

**ps7\_F1.** ¿Con qué frecuencia se ha sentido estresado durante el último año (irritable, lleno de ansiedad o sin poder dormir) debido a situaciones en la casa o en el trabajo?

1. Nunca sintió estrés
2. Algunas veces se ha sentido estresado en la casa o en el trabajo
3. Varias veces se ha sentido estresado en la casa o en el trabajo
4. Permanentemente se ha sentido estresado en la casa o en el trabajo

**ps8.** ¿Qué nivel de estrés financiero, económico, de dinero o plata ha sentido Ud. en los últimos 12 meses?

- 1. Poco o nada
- 2. Moderado
- 3. Alto o mucho
- 8888. No sabe
- 9999. No responde

**ps9\_F1.** Usted, aparte de sus actividades habituales, ¿tiene a su cargo el cuidado de niños, adultos mayores, personas en situación de discapacidad o personas con enfermedades crónicas?

1. Sí, como único cuidador
2. Sí, pero compartido con otra persona
3. No, no tengo a cargo a nadie

-8888. No sabe

-9999. No responde

**ps10\_F1.** ¿Qué tan seguro se siente de poder llenar formularios o papeles para trámites usted solo?

1. Totalmente seguro
2. Seguro
3. Más o menos seguro
4. Poco seguro
5. Nada seguro

## OBSERVACIONES

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. On the left side, there is a vertical teal-colored margin strip. The paper appears to be part of a notebook or binder.

## 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 (primer y segundo nombre)	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 Educacional"  
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 previsional/sistema de pensiones?

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

- |                          |                               |
|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Menos de \$77.999          |
| <input type="checkbox"/> | 2. \$78.000 a \$134.999       |
| <input type="checkbox"/> | 3. \$135.000 a \$217.999      |
| <input type="checkbox"/> | 4. \$218.000 a \$295.999      |
| <input type="checkbox"/> | 5. \$296.000 a \$383.999      |
| <input type="checkbox"/> | 6. \$384.000 a \$480.999      |
| <input type="checkbox"/> | 7. \$481.000 a \$607.999      |
| <input type="checkbox"/> | 8. \$608.000 a \$764.999      |
| <input type="checkbox"/> | 9. \$765.000 a \$1.029.999    |
| <input type="checkbox"/> | 10. \$1.030.000 a \$1.572.999 |
| <input type="checkbox"/> | 11. Más de \$1.573.000        |
| <input type="checkbox"/> | -8888. No sabe                |
| <input type="checkbox"/> | -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?:**

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

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

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1. Parquet, madera, piso flotante o similar |
| <input type="checkbox"/> | 2. Cerámico, porcelanato, flexit o similar  |
| <input type="checkbox"/> | 3. Alfombra o cubrepiso                     |
| <input type="checkbox"/> | 4. Baldosa de cemento                       |
| <input type="checkbox"/> | 5. Radier                                   |
| <input type="checkbox"/> | 6. Tierra                                   |
| <input type="checkbox"/> | -8888. No sabe                              |
| <input type="checkbox"/> | -9999. No responde                          |

## OBSERVACIONES

[illegible]

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

→ Pasa a cf1\_14\_1

☐

2. No

**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)