



CONFIDENCIAL La información solicitada en este cuestionario es confidencial y sólo se utilizará con fines estadísticos. Ley 79 de 1993 Artículo 5.	ENCUESTA NACIONAL DE SALUD, BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO. SABE Colombia 2015 CUESTIONARIO A PERSONA ADULTA MAYOR	Número de Identificación Muestral: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
 <small>Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento</small> Calle 4B #36-00. Universidad del Valle, Escuela de Salud Pública, 2do. Piso. Cali. Celular: 313 728 01 66	 Centro Nacional de Consultoría.com <i>Centro Nacional de Consultoría S.A.</i> Calle 34 N° 5-27 Bogotá Teléfono: 339 4888	Segmento: PERSONA ADULTA MAYOR PAM
Centro de Costos: 6813-01	Fecha: 08 - Abril de 2015	Se requirió Prueba Piloto <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">SI X</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">NO</div> </div>
Elaborado por: UT SABE	Revisado por: Richard Melo P.	Revisado en Campo por: Mary Trini Niño / UT SABE

Buenos días/tardes/noches, mi nombre es _____ (**dar nombre y apellido completo**) y pertenezco al Centro Nacional de Consultoría, una empresa privada dedicada a la investigación de mercados, social y de opinión pública.

Actualmente nos encontramos desarrollando una encuesta sobre **Salud, Bienestar y Envejecimiento en Personas Mayores en Colombia, (SABE)** adelantado por la Universidad del Valle y Universidad de Caldas, en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias, cuyo propósito es conocer las condiciones de salud y bienestar en torno a los determinantes del envejecimiento activo de las personas de 60 años y más en Colombia. Su opinión es muy importante para desarrollos futuros del país y para el éxito de esta investigación.

Su participación es voluntaria y su identidad así como las respuestas suministradas serán de carácter confidencial y los datos se utilizarán únicamente para fines estadísticos. Le agradecería que me dedicara 120 minutos para responderme unas preguntas. ¿Puedo comenzar?

SI ____ 1 **CONTINÚE**

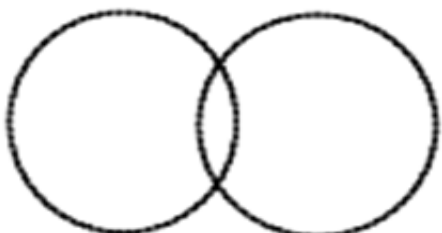
NO ____ 2 **AGRADEZCA, DOCUMENTE
EN DATOS DE CONTROL – SABE Y TERMINE**

Para más información de la encuesta SABE o cualquier inquietud puede ingresar a la página web www.estudiosabe.co, comunicarse con el Centro Nacional de Consultoría a los teléfonos (1) 3394888, (2) 661 80 49, (4) 513 64 00, (5) 358 54 48, (7) 645 74 83, comunicarse con la Unión Temporal SABE al teléfono 3137280166 o enviar un correo electrónico a encuestasabecolombia@gmail.com.

I. IDENTIFICACIÓN DE LA VIVIENDA																							
102	Nombre del departamento: <input type="text"/>																						
103	Nombre del municipio: <input type="text"/>																						
104	Área: <input type="checkbox"/> Cabecera Municipal 1 <input type="checkbox"/> Centro poblado 2 <input type="checkbox"/> Rural disperso 3																						
105	Nombre de la comuna, localidad o vereda.																						
106	Nombre del Barrio																						
107	Sector: <input type="text"/>																						
108	Sección: <input type="text"/>																						
109	Manzana: <input type="text"/>																						
110	Área geográfica: <input type="text"/>																						
111	Dirección de la vivienda																						
112	Número de la vivienda <input type="text"/>																						
113	Número del hogar que entrevista en la vivienda <input type="text"/> de <input type="text"/>																						
114	Número de persona adulta mayor en el hogar <input type="text"/> de <input type="text"/>																						
115	Estrato socioeconómico de la vivienda según recibo de la luz <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr> <td colspan="6">Sin estrato</td> <td></td></tr> <tr> <td colspan="6">No sabe</td> <td>9</td></tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	Sin estrato							No sabe						9
1	2	3	4	5	6	7																	
Sin estrato																							
No sabe						9																	
116	Teléfono fijo en la vivienda en funcionamiento <input type="text"/> (E: En la primea casilla registre SIEMPRE el indicativo de la ciudad) <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>No tiene</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>8</td> </tr> </table>		No tiene	1	No responde	8																	
No tiene	1																						
No responde	8																						
117	Teléfono celular de alguno de los miembros del hogar <input type="text"/> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>No tiene</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>8</td> </tr> </table>		No tiene	1	No responde	8																	
No tiene	1																						
No responde	8																						
118	¿Teléfono diferente a los anteriores para hacer contacto? <input type="text"/> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>No tiene</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>8</td> </tr> </table>		No tiene	1	No responde	8																	
No tiene	1																						
No responde	8																						
119	Correo electrónico personal o de alguien cercano: <input type="text"/> @ <input type="text"/> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>No tiene</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>8</td> </tr> </table>		No tiene	1	No responde	8																	
No tiene	1																						
No responde	8																						
120	Personas de contacto: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td> Persona 1: Nombre: _____ Teléfono: _____ No tiene: 1 </td> <td> Persona 2: Nombre: _____ Teléfono: _____ No tiene: 1 </td> </tr> </table>		Persona 1: Nombre: _____ Teléfono: _____ No tiene: 1	Persona 2: Nombre: _____ Teléfono: _____ No tiene: 1																			
Persona 1: Nombre: _____ Teléfono: _____ No tiene: 1	Persona 2: Nombre: _____ Teléfono: _____ No tiene: 1																						

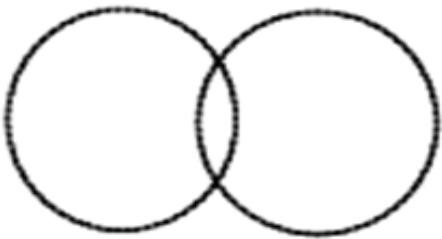
Identificación del encuestado – PARTE I			
Nombres y Apellidos de la Persona Adulta Mayor			
*121	Sexo (E: Señale sin preguntar)	Hombre Mujer	1 2
122	➡(E: Pregunte la edad y la fecha de nacimiento, en caso de inconsistencia pida un documento de identificación con fecha de nacimiento y registre ésta)		
	¿Cuál es su edad en años cumplidos?		
	<div style="text-align: right;"> _ _ _ _ </div>		
123	¿En qué mes y año nació usted?		
	Mes _ _ _ _ Año _ _ _ _ _ _ _ _		
	No responde 8 No sabe 9		
124	¿Cuál es su número de Cedula de Ciudadanía?		
	(E: Registre el número sin puntos)		
124	¿Cuál es su estado civil actual? (E: NO LEA. RU) (Espere respuesta)	Casado	1
		Unido	2
		Separado	3
		Viudo	4
		Soltero	5

FILTRO MINIMENTAL ABREVIADO (AMMSE) (Exclusivo para personas de 60 años o más)					
(E: Las preguntas del test se realizarán siguiendo el orden establecido y leyendo los enunciados tal cual están en el cuestionario)					
125	"Por favor dígame la fecha de hoy"			(E: Sondee mes, día del mes, año y día de la semana) (E: Marque "1" por cada respuesta correcta y "0" por cada respuesta incorrecta en la casilla correspondiente y sume el total)	
		Correcto	Incorrecto		
Mes		1	0		
Día del mes (Fecha)		1	0		
Año		1	0		
Día de la semana		1	0	➔TOTAL	

126	<p><i>“Le voy a nombrar 3 palabras. Después de que se las diga le voy a pedir que las repita en voz alta en cualquier orden. Recuerde cuales son, porque se las voy a volver a preguntar más adelante”. (E: Explique bien para que el encuestado entienda la tarea, lea las palabras despacio y a ritmo constante al informante una cada dos segundos. La primera repetición determina el puntaje. Se anota “1” por cada palabra recordada y “0” para las no recordadas y sume el total)</i></p>																						
Califique la primera repetición			(E: Si anotó “0” para alguna de las palabras repítalas todas, máximo 5 veces. Anote el número de repeticiones que tuvo que hacer)																				
Árbol			Mesa																				
Número de repeticiones			→TOTAL (E: No incluya el número de repeticiones)																				
127	<p><i>“Le voy a decir unos números y quiero que me los repita al revés 1, 3, 5, 7, 9”</i></p>																						
<p>(E: Anote la respuesta en el espacio correspondiente. Sólo anote los 5 primeros números. Registre en la columna en blanco los números en el orden en que la persona los dijo, luego compárelos con el orden de los números que se encuentran a la izquierda, asigne 1 cuando los números coincidan y 0 en caso contrario)</p>			<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Correcto</th> <th>Incorrecto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>9</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>				Correcto	Incorrecto	9	1	0	7	1	0	5	1	0	3	1	0	1	1	0
	Correcto	Incorrecto																					
9	1	0																					
7	1	0																					
5	1	0																					
3	1	0																					
1	1	0																					
Número de dígitos en el orden correcto			→TOTAL																				
128	<p><i>“Le voy a dar un papel y cuando se lo entregue, tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y póngaselo sobre las piernas”. (E: Entregue el papel, indique una sola vez las acciones a realizar, asigne un punto por cada acción correcta y sume el total)</i></p>																						
Toma el papel con la mano derecha			Lo dobla por la mitad con ambas manos																				
Pone sobre las piernas			→TOTAL																				
129	<p><i>“Hace un momento le nombré tres palabras y usted repitió las que recordó. Por favor dígame cuales recuerda ahora”. (E: Asigne un punto por cada respuesta correcta y sume el total)</i></p>																						
1 Árbol			2 Mesa																				
			3 Perro																				
			→TOTAL																				
130	<p><i>“Por favor realice este dibujo”. (E: Entregue al encuestado el dibujo con los círculos que se cruzan. La acción está correcta solo si los círculos se cruzan, pero no más de la mitad. Asigne “1” si el dibujo esta correcto y “0” si es incorrecto)</i></p>																						
					Correcto	1																	
					Incorrecto	0																	
					<p>(E: Sume los totales de las preguntas 125 a 130 anteriores y registre el total)</p> <p>(El puntaje máximo obtenible es 19).</p>																		
					→TOTAL																		

Encuestador: <ul style="list-style-type: none"> Si el puntaje es igual o mayor a 13 (Trece) la persona adulta mayor es la adecuada para dar la información, proceda a hacer firmar el CONSENTIMIENTO INFORMADO y continúe con la encuesta. Si el puntaje es igual o menor a 12 (Doce) pase a entrevistar al informante PROXI o sustituto. 			
131	Solo para el encuestador ¿Se requiere que participe en la entrevista un informante PROXI (sustituto) de la persona adulta mayor?		Sí 1 No 2 → 139
132	¿Puede alguien, mayor de 18 años, que esté presente en el hogar, contestar esta encuesta en lugar de (en vez de) la persona adulta mayor?		
1 Si → ¿Qué relación tiene con el adulto mayor? Esposo/Compañero 1 Hija / Hijo 2 Otro miembro de la familia 3 Otra persona no familiar 4			
2 No → ¿Por qué? : _____ → Datos de control -SABE			
Datos del PROXI (sustituto) de la persona adulta mayor (E: Si PROXI tiene de 60 años o más se debe aplicar de nuevo el filtro)		Nombre: _____ Edad: __ __ Sexo Hombre 1 Mujer 2	

FILTRO MINIMENTAL ABREVIADO (AMMSE) (Exclusivamente para la persona acompañante o PROXI de 60 años o más) (E: Las preguntas del test se realizarán siguiendo el orden establecido y leyendo los enunciados tal cual están en el cuestionario)					
133	<i>"Por favor dígame la fecha de hoy"</i>			(E: Sondee mes, día del mes, año y día de la semana)	
		Correcto	Incorrecto		
	Mes	1	0		
	Día del mes (Fecha)	1	0	(E: Marque "1" por cada respuesta correcta y "0" por cada respuesta incorrecta en la casilla correspondiente y sume el total)	
	Año	1	0		
	Día de la semana	1	0	→ TOTAL	
134	<i>"Le voy a nombrar 3 palabras. Después de que se las diga le voy a pedir que las repita en voz alta en cualquier orden. Recuerde cuales son, porque se las voy a volver a preguntar más adelante". (E: Explique bien para que el encuestado entienda la tarea, lea las palabras despacio y a ritmo constante al informante una cada dos segundos. La primera repetición determina el puntaje. Se anota "1" por cada palabra recordada y "0" para las no recordadas y sume el total)</i>				
Califique la primera repetición				(E: Si anotó "0" para alguna de las palabras repítalas todas, máximo 5 veces. Anote el número de repeticiones que tuvo que hacer)	
Árbol		Mesa		Perro	
Número de repeticiones				→ TOTAL (E: No incluya el número de repeticiones)	

135	"Le voy a decir unos números y quiero que me los repita al revés 1, 3, 5, 7, 9"																					
(E: Anote la respuesta en el espacio correspondiente. Sólo anote los 5 primeros números. Registre en la columna en blanco los números en el orden en que la persona los dijo, luego compárelos con el orden de los números que se encuentran a la izquierda, asigne 1 cuando los números coincidan y 0 en caso contrario)		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Correcto</th> <th>Incorrecto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>9</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>				Correcto	Incorrecto	9	1	0	7	1	0	5	1	0	3	1	0	1	1	0
	Correcto	Incorrecto																				
9	1	0																				
7	1	0																				
5	1	0																				
3	1	0																				
1	1	0																				
Número de dígitos en el orden correcto		→TOTAL																				
136	"Le voy a dar un papel y cuando se lo entregue, tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y póngaselo sobre las piernas". (E: Entregue el papel, indique una sola vez las acciones a realizar, asigne un punto por cada acción correcta y sume el total)																					
Toma el papel con la mano derecha		Lo dobla por la mitad con ambas manos																				
Pone sobre las piernas		→TOTAL																				
137	"Hace un momento le nombré tres palabras y usted repitió las que recordó. Por favor dígame cuales recuerda ahora". (E: Asigne un punto por cada respuesta correcta y sume el total)																					
1 Árbol		2 Mesa	3 Perro																			
→TOTAL																						
138	"Por favor realice este dibujo". (E: Entregue al encuestado el dibujo con los círculos que se cruzan. La acción esta correcta solo si los círculos se cruzan, pero no más de la mitad. Asigne "1" si el dibujo esta correcto y "0" si es incorrecto)																					
		Correcto	1																			
		Incorrecto	0																			
		(E: Sume los totales de las preguntas 133 a 138 anteriores y registre el total)																				
		(El puntaje máximo obtenible es 19).																				
→TOTAL																						
Encuestador: <ul style="list-style-type: none"> Si el puntaje es igual o mayor a 13 (Trece) la persona adulta mayor es la adecuada para dar la información, proceda a hacer firmar el CONSENTIMIENTO INFORMADO (PROXI), ASENTIMIENTO INFORMADO (PAM) y continúe con la encuesta. Si el puntaje es igual o menor a 12 (Doce) el PROXI no es el adecuado para dar la información de la persona adulta mayor, documente en DATOS DE CONTROL – SABE. 																						

Identificación del encuestado – PARTE II			
139	¿Con quién vive?	Solo Esposa (o) Hijos Nietos Parientes/hermanos (as) Amigos Otros, ¿Cuál? _____	1→140 2 3 4 5 6 7
(E: NO LEA .RM) (Espere respuesta)			

139a	¿Cuántas personas viven con Ud.?	_ _ _ _																				
140	¿Se encuentra cotizando en un fondo de pensiones? (E: LEA. RU)	Sí, Público	1																			
		Sí, Privado	2																			
		No	3																			
		No responde	8																			
		No sabe	9																			
141	¿A cuál régimen de salud está afiliado? (E: LEA. RU)	Contributivo	1																			
		Subsidiado	2 → 142																			
		De excepción	3																			
		Especial	4																			
		No afiliado	5																			
		No responde	8																			
		No sabe	9																			
141a	Adicional a su Plan Obligatorio de Salud, ¿Cuáles de los siguientes planes o seguros de salud tiene? (E: LEA. RM)	Póliza de hospitalización y cirugía	1																			
		Contrato de medicina pre pagada	2																			
		Contrato de plan complementario de salud con una EPS	3																			
		Otro (seguro estudiantil, Ambulancia, etc.)	4																			
		Ninguno	5																			
		No responde	8																			
		No sabe	9																			
141b	¿Cuáles son las razones por las cuales no está afiliado a un sistema de seguridad de salud? (E: NO LEA .RM) (Espere respuesta)	Porque no tenía dinero	1																			
		Por falta de visión de futuro	2																			
		No pensó que iba a necesitar	3																			
		Pensó que alguien se iba a ocupar de usted	4																			
		No quería	5																			
		Por descuido	6																			
		No responde	8																			
No sabe	9																					
*142	(E: Este punto se diligencia por observación, no es una pregunta, consiste en asignar un número de la escala de colores, de 1 a 11, al color de la piel de la cara de la PAM)																					
	¿Cuál es el color de piel de la cara de esta PAM? (E: Observe discretamente el color de la piel de la PAM y seleccione el número correspondiente de acuerdo a la paleta de colores, Tarjeta)	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td> </tr> </table>											1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11												
142a	(NO APLICA A PROXI) De acuerdo con su CULTURA, PUEBLO o RASGOS FÍSICOS... ¿Usted se reconoce como? (E: LEA. RU)	Indígena	1																			
		Gitano/ROM	2																			
		Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia	3																			
		Palenquero de San Basilio	4																			
		Negro, afrodescendiente o afrocolombiano	5																			
		Ninguno de los anteriores	6																			
		No responde	8																			
		No sabe	9																			

142b	(NO APLICA A PROXI) (IDENTIDAD) Usted se considera una persona.... (E: LEA. RU)	Indígena	1
		Negra	2
		Mulata	3
		Blanca	4
		Mestiza	5
		Otro, especifique _____	6
		No responde	8
		No sabe	9

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

Educación

201	¿Sabe leer? (Espere respuesta)	Sí	1
		No	2
		No responde	8
		No sabe	9
202	¿Sabe escribir? (Espere respuesta)	Sí	1
		No	2
		No responde	8
		No sabe	9
203	¿Cuántos años de educación completa tuvo Ud.? , Sin importar si ha repetido cualquier año. (E: Registre años completos terminados de educación ,ejemplo: 3 años 6 meses aproxime al menor valor, 3 años 6 meses = 3 años)	Años ____ ____	
		No responde	98
		No sabe	99
204	¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por usted? (E: NO LEA. SONDEE. RU) (Espere respuesta)	Ninguno	01
		Primaria incompleta	02
		Primaria completa	03
		Secundaria incompleta	04
		Secundaria completa	05
		Técnico o tecnológico sin título	06
		Técnico o tecnológico con título	07
		Universitario sin título	08
		Universitario con título	09
		Postgrado sin título	10
		Postgrado con título	11
		No responde	98
		No sabe	99

205	¿Usted actualmente se encuentra estudiando en algún establecimiento de educación?	1 Si→ Alfabetización	01
		Escuela primaria	02
		Secundaria	03
		Técnico / Tecnológico	04
		Universitario	05
		Postgrado	06
		¿Otro, ¿Cuál? _____	07
		2 No	
		8 No responde	
		9 No sabe	

Información familiar, redes de apoyo y soporte social

←E: Verifique la respuesta a la pregunta 124 y aplique las preguntas según la siguiente llave:

- a. Si es Casado/a (1) o Unido/a (2): →Pase a **206**
b. Si es Separado/a (3) o Viudo/a (4): →Pase a **206**
c. Si es Soltero/a (5): →Pase a **207**

(E: Recuerde que usted se va a referir a la información de la persona adulta mayor)

206	¿Cuántas veces en total estuvo o ha estado casado o unido? Si actualmente está unido o casado, incluya la relación actual	Veces __ __	
		No responde	98
		No sabe	99
207	¿Tiene o tuvo hijos, propios o adoptivos? (Espere respuesta)	Sí	1
		No	2
		No responde	8
		No sabe	9
208	¿Cuál es su relación con el jefe de hogar? (E: LEA. RU)	Jefe de hogar	01
		Cónyuge/Compañero, esposo	02
		Hijo(a) Hijastro	03
		Nieto(a)	04
		Padre/Madre	05
		Suegro (a)	06
		Hermano(a)	07
		Otro pariente	08
		Cuidador o acompañante	09
		Otro no familiar	10
		No responde	98
		No sabe	99
209	(NO APLICA A PROXI) Teniendo en cuenta sus condiciones económicas y familiares, si usted no pudiera vivir más de forma independiente y necesitara ayuda permanente de otra persona ¿qué preferiría? (E: LEA. RU)	Vivir solo	1
		Contratar a alguien que lo cuide	2
		Vivir con otro pariente o con algún amigo	3
		Vivir en un hogar o centro para personas mayores	4
		Vivir en casa de un hijo o hija	5
		Otro	6
		No responde	8
		No sabe	9

Ahora le voy a pedir algunos datos **de todos sus hijos**, independientemente que **vivan o no vivan con usted**.

(E: No se diligencia si no tiene hijos, verifique con Pregunta 207)

(E: No se diligencia si los hijos son fallecidos – Pase a la Pregunta 216)

210	211	212	213	214	215
Nombres Apellidos	¿Cuál es la edad en años cumplidos de _____? (E: si es menor a uno registre cero "0") NS: 999	Sexo 1. Hombre 2. Mujer	¿Esta persona le brinda a usted...? 1. Ayuda con actividades diarias 2. Comida, ropa, transporte, etc. 3. Dinero en efectivo 4. Compañía y Afecto 5. Nada 8. No responde 9. No sabe (E: LEA. RM)	(NO APLICA A PROXI) ¿Cómo es su relación con Él o Ella ? 1. Muy buena 2. Buena 3. Regular 4. Mala 5. Muy mala 8. No responde 9. No sabe (E: LEA. RU)	¿Vive con usted? 1. Si 2. No
	____	1 2	1 2 3 4 5 8 9	1 2 3 4 5 8 9	1 2
	____	1 2	1 2 3 4 5 8 9	1 2 3 4 5 8 9	1 2
	____	1 2	1 2 3 4 5 8 9	1 2 3 4 5 8 9	1 2
	____	1 2	1 2 3 4 5 8 9	1 2 3 4 5 8 9	1 2
	____	1 2	1 2 3 4 5 8 9	1 2 3 4 5 8 9	1 2
	____	1 2	1 2 3 4 5 8 9	1 2 3 4 5 8 9	1 2
	____	1 2	1 2 3 4 5 8 9	1 2 3 4 5 8 9	1 2
	____	1 2	1 2 3 4 5 8 9	1 2 3 4 5 8 9	1 2
	____	1 2	1 2 3 4 5 8 9	1 2 3 4 5 8 9	1 2
	____	1 2	1 2 3 4 5 8 9	1 2 3 4 5 8 9	1 2
	____	1 2	1 2 3 4 5 8 9	1 2 3 4 5 8 9	1 2

Ahora le voy a pedir algunos datos de todas las personas **que viven con usted, no incluya sus hijos**.

☛ **(E: No se diligencia si vive solo, verifique con Pregunta 139)**

216	217	218	219	220
Nombres Apellidos	¿Cuál es la edad en años cumplidos de _____? (E: si es menor a uno registre cero "0") NS: 999	Sexo 1. Hombre 2. Mujer	¿Esta persona le brinda a usted...? 1. Ayuda con actividades diarias 2. Comida, ropa, transporte, etc. 3. Dinero en efectivo 4. Compañía y Afecto 5. Nada 8. No responde 9. No sabe (E: LEA. RM)	(NO APLICA A PROXI) ¿Cómo es su relación con Él o Ella ? 1. Muy buena 2. Buena 3. Regular 4. Mala 5. Muy mala 8. No responde 9. No sabe (E: LEA. RU)
	____	1 2	1 2 3 4 5 8 9	1 2 3 4 5 8 9
	____	1 2	1 2 3 4 5 8 9	1 2 3 4 5 8 9
	____	1 2	1 2 3 4 5 8 9	1 2 3 4 5 8 9
	____	1 2	1 2 3 4 5 8 9	1 2 3 4 5 8 9
	____	1 2	1 2 3 4 5 8 9	1 2 3 4 5 8 9
	____	1 2	1 2 3 4 5 8 9	1 2 3 4 5 8 9

Ahora le voy a pedir algunos datos de **familiares y/o amigos cercanos, no incluya sus hijos ni las personas que viven con usted.**

221	222	223	224	225
Nombres Apellidos	¿Cuál es la edad en años cumplidos de _____? (E: si es menor a uno registre cero "0") NS: 999	Sexo 1. Hombre 2. Mujer	¿Esta persona le brinda a usted...? 1. Ayuda con actividades diarias 2. Comida, ropa, transporte, etc. 3. Dinero en efectivo 4. Compañía y Afecto 5. Nada 8. No responde 9. No sabe (E: LEA. RM)	(NO APLICA A PROXI) ¿Cómo es su relación con Él o Ella ? 1. Muy buena 2. Buena 3. Regular 4. Mala 5. Muy mala 8. No responde 9. No sabe (E: LEA. RU)
	_ _ _	1 2	1 2 3 4 5 8 9	1 2 3 4 5 8 9
	_ _ _	1 2	1 2 3 4 5 8 9	1 2 3 4 5 8 9
	_ _ _	1 2	1 2 3 4 5 8 9	1 2 3 4 5 8 9
	_ _ _	1 2	1 2 3 4 5 8 9	1 2 3 4 5 8 9

Historia laboral y ocupación

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de los empleos o trabajos que tuvo o ha tenido.

226	¿Alguna vez en su vida tuvo algún trabajo por el que ha recibido algún pago en dinero o en especie?	Sí No No responde No sabe	1 → 228 2 8 9
227	¿Cuál es la razón principal por la que nunca ha trabajado recibiendo algún pago en dinero o en especie? (E: NO LEA. RU)	Problemas de salud No tenía necesidad económica Se dedicó a cuidar su familia Se casó muy joven No había oportunidades de trabajo Sus padres no lo dejaron Ama de Casa No responde No sabe	1 2 3 4 5 6 7 8 9 } 231
228	¿Qué edad tenía cuando empezó a trabajar? (E: NO LEA)	Años _ _ _ No responde No sabe	 8 9

229	<p>E: si la PAM refiere un ÚNICO trabajo, es el que ha desempeñado por más tiempo y es el ACTUAL pase a la P231)</p> <p>En su trabajo, el que desempeñó por más tiempo, ¿usted era.....?</p> <p>(E: RU. Espere respuesta. Sondee y clasifique la respuesta según los conceptos del manual)</p>	Obrero o empleado empresa particular	01
		Obrero o empleado del gobierno	02
		Jornalero rural o peón de campo	03
		Patrón, empleador o propietario de un negocio	04
		Trabajador por cuenta propia/Independiente	05
		Trabajador sin remuneración	06
		Profesional independiente	07
		Trabajador a destajo	08
		Empleado doméstico	09
		Otro, ¿Cuál? _____	10
		No responde	98
No sabe	99		
230	¿A qué edad dejó de trabajar?	Años	1 __ __ → 232
		Aun trabaja- todavía trabaja	2 → 233
		No responde	8
		No sabe	9 } 231
Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de su empleo o trabajo actual.			
231	¿Usted actualmente trabaja?	Si	1 → 233
		No	2
		No responde	8 } 232
		No sabe	9
232	<p>¿Cuál es la razón principal por la que actualmente NO trabaja?</p> <p>(E: LEA .RU)</p>	No consigue trabajo	1
		Problemas de Salud	2
		Su familia no quiere que trabaje	3
		Por encargarse de las labores del hogar	4
		Se jubiló o se pensionó	5
		Perdió el trabajo (cesante)	6
		No necesita trabajar	7
		No responde	8
		No sabe	9 } 238
233	<p>¿Cuál es la razón principal por la que trabaja actualmente?</p> <p>(E: LEA .RU)</p>	Tiene necesidad del Ingreso	1
		Para ayudar a su familia	2
		Para mantenerse ocupado	3
		Para sentirse útil	4
		Porque le gusta su trabajo	5
		No responde	8
		No sabe	9
234	<p>¿Cuántas horas a la semana dedica usted a este trabajo?</p>	Horas por semana __ __	
		No responde	8
		No sabe	9

235	En este trabajo (actual) principalmente ¿usted es? (E: RU. Espere respuesta. Sondee y clasifique la respuesta según los conceptos del manual)	Obrero o empleado empresa particular	01				
		Obrero o empleado del gobierno	02				
		Jornalero rural o peón de campo	03				
		Patrón, empleador o propietario de un negocio	04				
		Trabajador por cuenta propia/Independiente	05				
		Trabajador sin remuneración	06				
		Profesional independiente	07				
		Trabajador a destajo	08				
		Empleado doméstico	09				
		Otro, ¿Cuál? _____	10				
		No responde	98				
		No sabe	99				
236	En su trabajo actual principalmente ¿cómo le pagan? (E: LEA .RU)	Salario fijo (mensual o quincenal)	1				
		A destajo, por hora o día.	2				
		Por comisión o porcentaje.	3				
		Por honorarios.	4				
		En especie	5				
		No le pagan	6				
		No responde	8				
		No sabe	9				
237	(NO APLICA A PROXI) En este trabajo, ¿usted se ha sentido rechazado o discriminado por su...? (E: Lea cada opción y señale Si o No según la respuesta)		Sí	No	NA	No responde	No sabe
		1. Etnia/ Raza	1	2		8	9
		2. Religión	1	2		8	9
		3. Edad	1	2		8	9
		4. Estrato socioeconómico	1	2		8	9
		5. Orientación Sexual	1	2		8	9
		6. Género (Masculino/Femenino)	1	2	8	9	
		7. Discapacidad	1	2	7	8	9
		8. Víctima de desplazamiento	1	2	7	8	9
		Ingresos					
238	En el último mes usted recibió dinero, por algún regalo, remesa, salario, pensión o cualquier otra fuente.	Sí	1				
		No	2				
		No responde	8				
		No sabe	9				
239	¿Usted recibe dinero por...? (E: Lea cada opción y señale Si o No según sea la respuesta)						
		Sí	No	No responde	No sabe		
	1. Actividades de trabajo	1	2	8	9		
	2. Pensión o sustitución pensional	1	2	8	9		
	3. Subsidios del estado	1	2	8	9		
	4. Arriendos, Renta, Inversiones	1	2	8	9		
	5. Giros o Remesas de familiares en el exterior	1	2	8	9		
	6. Aporte de algún familiar en el país	1	2	8	9		
	7. Alguna institución o persona	1	2	8	9		
(E: Si todas las respuestas son NO, pase a P242)							

240	¿En cuál de los siguientes rangos se encuentran los ingresos que usted recibe mensualmente? (E: Entregue la tarjeta)	Menos de un SMLV (- 644.350)	1
		Un SMLV (644.350)	2
		Más de 1 SMLV a 2 SMLV (644.351 a 1.288.700)	3
		Más de 2 SMLV a 3 SMLV (1.288.701 a 1.933.050)	4
		Más de 3 SMLV a 4 SMLV (1.933.051 a 2.577.400)	5
		Más de 4 SMLV (2.577.401)	6
		No responde	8
		No sabe	9
241	Sin incluirlo a Ud. ¿cuántas personas dependen, total o parcialmente de sus ingresos? (E: Si es solamente la persona adulta mayor registre 00)	Número de personas _ _	
242	¿Usted depende económicamente de?: (E: LEA. RM)	Usted mismo	1
		Su compañero	2
		Sus hijos	3
		Otros familiares	4
		Otra persona: amigos o vecinos	5
		No responde	8
		No sabe	9
243	(NO APLICA A PROXI) ¿Considera que sus ingresos son suficientes para satisfacer sus necesidades? (E: LEA. RU)	Muy suficientes	1
		Suficientes	2
		Insuficientes	3
		Muy insuficientes	4
		No responde	8
		No sabe	9
244	(NO APLICA A PROXI) ¿Qué tan satisfecho está con sus ingresos? (E: LEA. RU)	Muy satisfecho	1
		Satisfecho	2
		Ni satisfecho / Ni insatisfecho	3
		Poco satisfecho	4
		Insatisfecho	5
		No responde	8
		No sabe	9

Gastos

Le voy a mencionar diferentes gastos de la vida diaria y quisiera que me dijera si usted lo paga todo, paga una parte o lo paga otra persona.

Gastos		Lo paga usted		Persona Natural	Otro Subsidio Estatal/ Fundación/ONG	No responde	No sabe
		Sí, todo	Sí, en parte				
245	Casa (Servicios públicos, impuestos, arreglos locativos.....)	1	2	3	4	8	9
246	Comida	1	2	3	4	8	9
247	Ropa	1	2	3	4	8	9
248	Paseos o transporte	1	2	3	4	8	9
Gastos médicos							
249	Visitas al médico	1	2	3	4	8	9
250	Hospitalizaciones	1	2	3	4	8	9
251	Prótesis dental o servicios odontológicos	1	2	3	4	8	9
252	Medicamentos	1	2	3	4	8	9

III. MEDIO AMBIENTE FÍSICO			
Vivienda y entorno residencial (E: De la pregunta 301 a 308 sólo aplica para la primera encuesta del hogar)			
Ahora le voy a hacer unas preguntas acerca de su vivienda y su barrio			
301	Tipo de vivienda:	Casa Apartamento Cuarto(s) eninquilinato Cuarto(s) en otro tipo de estructura Vivienda indígena Otro tipo de vivienda (carpa, tienda, vagón, Embarcación, refugio natural, puente, etc.)	1 2 3 4 5 6
302	Este hogar vive en: (E: LEA. RU)	Arriendo o Subarriendo Vivienda propia pagando (Hipotecada) Vivienda propia pagada Vivienda en usufructo Vivienda en empeño Posesión sin título (Ocupante de hecho) Propiedad Colectiva Vivienda de propiedad familiar o de un tercero	1 2 3 4 5 6 7 8
303	Material predominante del techo de la vivienda. (E: LEA. RU) Verifique por observación	Cemento Teja eternit Teja de barro Teja de zinc Teja de plástico Palma u otro material vegetal Madera	1 2 3 4 5 6 7
304	Material predominante en las paredes exteriores: (E: LEA. RU) Verifique por observación	Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida Tapia pisada, adobe Bahareque revocado Bahareque sin revocar Madera burda, tabla, tablón Material prefabricado Guadua, caña, esterilla, otro material vegetal Zinc, tela, lona, cartón, latas, desechos, plástico Sin paredes	1 2 3 4 5 6 7 8 9
305	Material predominante de las paredes interiores. (E: LEA. RU) Verifique por observación	Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida Tapia pisada, adobe Bahareque revocado Bahareque sin revocar Madera burda, tabla, tablón Material prefabricado Guadua, caña, esterilla, otro material vegetal Zinc, tela, lona, cartón, latas, desechos, plástico Sin paredes	1 2 3 4 5 6 7 8 9

306	Material predominante de los pisos: (E: LEA. RU) Verifique por observación		Mármol	1
			Alfombra o tapete de pared a pared	2
			Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo	3
			Madera pulida y lacada, parque	4
			Madera burda, tabla, tablón, otro vegetal	5
			Cemento, gravilla	6
			Tierra, arena	7
307	Incluyendo sala y comedor, ¿de cuántos cuartos o piezas, dispone este hogar? Excluya la cocina, los baños, los garajes y los cuartos destinados a negocio. <div style="text-align: center;"> _ _ _ </div>			
308	¿Cuántos de esos cuartos usan para dormir las personas de este hogar ? <div style="text-align: center;"> _ _ _ </div>			
309	¿Tiene una habitación de uso exclusivo para usted y/o su cónyuge?	Sí	1	
		No	2	
		No responde	8	
		No sabe	9	
310	¿Tiene baño propio, de uso exclusivo para Ud. y/o su cónyuge?	Sí	1	
		No	2	
		No responde	8	
		No sabe	9	
311	¿Este hogar cuenta con un cuarto exclusivo para cocinar?	Sí	1	
		No	2	
		No responde	8	
		No sabe	9	
312	La entrada a su vivienda tiene: (E: Lea cada opción y señale SI o NO según corresponda)		Sí	No
		1. Rampas	1	2
		2. Ascensores adecuados para su movilidad	1	2
		3. iluminación exterior	1	2
		4. iluminación en la entrada principal	1	2
		5. Escaleras sin barandas ni pasamanos	1	2
		6. Desniveles o superficies discontinuas en la entrada de la vivienda	1	2
313	La siguiente lista se refiere a riesgos que pueden encontrarse en su vivienda			
		<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>NA</u>
	1. ¿Cuándo atraviesa un cuarto de su casa tiene que caminar entre los muebles?	1	2	7
	2. ¿Tiene que caminar entre cables y cuerdas como de lámparas, teléfonos o extensiones de luz?	1	2	7
	3. ¿Tiene tapetes que resbalen en el piso?	1	2	7
	4. ¿Hay escalones rotos o desnivelados?	1	2	7
	5. ¿En la escalera o corredor de su casa hay luces dañadas?	1	2	7
	6. ¿La escalera tiene pasamanos o barandas?	1	2	7
	7. ¿Los utensilios de cocina se guardan en armarios o muebles demasiado altos?	1	2	7
	8. ¿El piso del baño o ducha es liso?	1	2	7
	9. ¿Necesita algún soporte cuando entra o sale de la ducha?	1	2	7
	10. ¿Necesita algún soporte cuando se va a parar del inodoro o sanitario?	1	2	7
	11. ¿La luz más cerca de la cama es difícil de alcanzar?	1	2	7
	12. ¿El pasillo de su cama al baño es oscuro?	1	2	7

Uso, tenencia y disponibilidad de Tecnología

(E: Estas preguntas son independientes, haga las preguntas en el orden que aparecen, marque solo las respuestas afirmativas)

		314	315	316
Electrodomésticos / Artículos electrónicos		¿Ud. maneja sin ayuda ...	¿En su hogar tiene en funcionamiento...?	¿Dispone de....para su uso personal?
	Radio	01	01	01
	Televisión	02	02	02
	Equipo de sonido	03	03	03
	DVD	04	04	04
	Ventilador	05	05	05
	Computador	06	06	06
	Teléfono celular	07	07	07
	Nevera	08	08	
	Licuada	09	09	
	Lavadora	10	10	
	Horno eléctrico / gas	11	11	
	Horno microondas	12	12	
	Aspiradora/brilladora	13	13	
	Calentador eléct./gas/ducha eléctrica	14	14	
	Aire acondicionado/calentador ambiente	15	15	
	Internet (Skype, correo electrónico, video llamadas, etc)	16	16	
	Televisión por cable	17	17	
	Cajero automáticos de los bancos	18		
317	¿Usted utiliza el computador por lo menos una vez a la semana para sus actividades personales (escribir, realizar cuentas, imprimir documentos, comunicarse, escuchar música, ver fotografías, etc.)?	Sí	1	
		No	2	
		No responde	8	
		No sabe	9	
318	¿Usa usted Internet (para buscar información, comunicarse, jugar, etc.) por lo menos una vez a la semana?	Sí	1	
		No	2	
		No responde	8	
		No sabe	9	
319	(NO APLICA A PROXI) ¿Qué tan satisfecho se siente usted con las condiciones de su vivienda?	Muy satisfecho	1	
		Satisfecho	2	
		Ni satisfecho / Ni insatisfecho	3	
		Poco satisfecho	4	
		Insatisfecho	5	
		No responde	8	
		No sabe	9	

320	Le voy a leer una serie de situaciones para que usted me diga de cada una de ellas, si su barrio (vecindario, vereda) tiene muchos, algunos o ninguno. (Entregue Tarjeta)						
		Muchos	Algunos	Ninguno	NR	NS	NA
	1. Aceras o andenes irregulares	1	2	3	8	9	7
	2. Parques y áreas para caminar	1	2	3	8	9	7
	3. Centros deportivos o recreativos	1	2	3	8	9	7
	4. Sitios para sentarse y descansar en las paradas de bus o en parques	1	2	3	8	9	7
	5. Transporte público cerca a su casa	1	2	3	8	9	7
	6. Transporte público para personas con discapacidad	1	2	3	8	9	7
	7. Parqueaderos adecuados para personas con discapacidad	1	2	3	8	9	7

321	Le voy a leer una serie de situaciones para que Ud. me diga de cada una de ellas, si en su vecindario, barrio o vereda es un problema grande, un problema menor o no es un problema. (Entregue Tarjeta)						
		Problema grande	Problema menor	No es problema	NR	NS	NA
	1. Tensiones entre diferentes grupos raciales, étnicos o religiosos	1	2	3	8	9	7
	2. Basuras, desperdicios en los andenes o en los jardines	1	2	3	8	9	7
	3. Venta o uso de drogas	1	2	3	8	9	7
	4. Abuso de alcohol en las calles y sitios públicos	1	2	3	8	9	7
	5. Pandillas o vandalismo	1	2	3	8	9	7
	6. Delincuencia - delitos	1	2	3	8	9	7
	7. Iluminación inadecuada o insuficiente	1	2	3	8	9	7
	8. Ruido excesivo	1	2	3	8	9	7
	9. Tráfico pesado	1	2	3	8	9	7
	10. Casas o edificios vacíos o abandonados	1	2	3	8	9	7

Prácticas frente a salud ambiental

(E: De la pregunta 322 a 325 sólo aplica para la primera encuesta del hogar)

322	¿Hay manchas de moho y/o hongos en alguna de las habitaciones de su casa, excluyendo baños o inodoro?	Sí No No responde No sabe	1 2 8 9
323	Excluyendo plaguicidas e insecticidas, ¿Utiliza usted en su casa ambientadores, inciensos, aerosoles?	Sí No No responde No sabe	1 2 8 9
324	Usted almacena dentro de su casa: (E: LEA. RM)	Pinturas Combustibles Baterías Pesticidas o venenos Ninguno No responde No sabe	1 2 3 4 5 8 9
325	¿Usa dentro o fuera de la vivienda insecticidas para el control de plagas como: mosquitos, cucarachas, hormigas, pulgas, garrapatas, ratas, moscas?	Sí No No responde No sabe	1 2 8 9

Servicios públicos					
(E: Si en el hogar hay más de una PAM asegúrese de hacer las preguntas de la 326 a la 331 a una sola persona)					
(E: De la pregunta 326 a 331 sólo aplica para la primera encuesta del hogar)					
A continuación voy hacerle unas preguntas sobre los servicios públicos de la vivienda, puede ser que estén conectados de forma legal o ilegal, pueden ser públicos, privados o comunitarios.					
326	¿Con cuáles de los siguientes servicios cuenta la vivienda?	Energía eléctrica	Sí 1	No 2	No Sabe 9
		Gas natural conectado a red pública	1	2	9
		Acueducto	1	2	9
		Alcantarillado	1	2	9
327	¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento del agua que usan para preparar los alimentos o beber? (E: NO LEA. RU)	Acueducto público			01
		Acueducto comunal o veredal			02
		Pila pública			03
		Pozo con bomba			04
		Pozo sin bomba, jagüey, aljibe o barreno			05
		Río, quebrada, manantial, nacimiento			06
		Carro tanque			07
		Aguatero			08
		Agua embotellada o en bolsa			09
		Agua lluvia (incluye reservorio)			10
		Acequia			11
		No responde			98
		No sabe			99
328	¿Con qué clase de servicio sanitario o inodoro cuenta el hogar? (E: LEA. RU)	Inodoro conectado al alcantarillado			1
		Inodoro conectado a pozo séptico			2
		Inodoro sin conexión			3
		Letrina (pozo negro, hoyo)			4
		Bajamar			5
		No tienen sanitario			6
		No responde			8
		No sabe			9
329	¿Qué energía o combustible utilizan principalmente para cocinar? (E: NO LEA. RU)	Gas natural conectado a red pública			01
		Gas en cilindro o pipeta			02
		Kerosene, petróleo, cocinol, ACPM, gasolina, alcohol			03
		Electricidad			04
		Leña, madera, carbón de leña			05
		Carbón mineral			06
		Material de desecho			07
		No cocinan			08
		No responde			98
		No sabe			99
330	¿Qué tipo de alumbrado utilizan principalmente ? (E: NO LEA. RU)	Eléctrico (bombillos)			1
		Kerosene, petróleo, gasolina, ACPM			2
		Vela			3
		Solar, bioenergía, otros			4
		No responde			8
		No sabe			9

331	¿Principalmente cómo eliminan la basura de este hogar? (E: NO LEA. RU)	La recogen los servicios de aseo	1
		La recoge un servicio informal (zorra, carreta, etc.)	2
		La entierran	3
		La tiran al río, caño, quebrada o laguna	4
		La tiran al patio, lote, zanja o baldío	5
		La queman	6
		No responde	8
		No sabe	9

Transporte

332	¿Cuál es el medio de transporte que usted utiliza principalmente?: (E: NO LEA. RU)	Taxi	01
		Transporte de la empresa	02
		Transporte Público masivo	03
		Automóvil propio manejado por usted	04
		Automóvil propio manejado por otra persona	05
		Automóvil particular	06
		Moto	07
		Transporte animal (caballo, yegua, burro)	08
		Bicicleta	09
		Transporte acuático	10
		A pie	11
		No sale de la casa	12
333	¿Usted usa el transporte público masivo con ayuda de terceros, sin ayuda de terceros o no lo usa?	Con ayuda	1 → 401
		Sin ayuda	2 → 401
		No usa	3
334	¿Cuál es el principal motivo para no usar transporte público masivo? (E: NO LEA. RU)	Problemas físicos o enfermedades	01
		Dificultad para caminar	02
		Tiene miedo a caerse	03
		Temor al peligro de las calles	04
		Porque prefiere el automóvil o taxi	05
		Porque es inseguro	06
		Porque es costoso	07
		Tiene transporte propio	08
		No necesita	09
		No responde	98
		No sabe	99

IV. MEDIO AMBIENTE

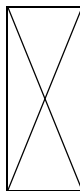
Aspectos culturales (E: NO APLICA A PROXI de la pregunta 401 a la 406)

401	¿Ud. se considera una persona...? (E: LEA. RU)	Nada religiosa	1
		Poco religiosa	2
		Muy religiosa	3
		No responde	8
		No sabe	9
402	¿Qué tanto considera que la religión es fuente de fortaleza y confort? (E: LEA. RU)	Mucho	1
		Un poco	2
		Nada	3
		No responde	8
		No sabe	9

403	¿Cree usted que las personas de edad ocupan en la sociedad el lugar que realmente les corresponde?	Sí	1			
		No	2			
		No responde	8			
		No sabe	9			
404	¿Se siente "viejo"?	Sí	1			
		No	2			
		No responde	8			
		No sabe	9			
405	Para Usted, ¿una persona es vieja por...? (E: LEA. RU)		Sí	No	NR	NS
		1. La edad	1	2	8	9
		2. Condiciones de salud	1	2	8	9
		3. Retiro de actividades laborales	1	2	8	9
		4. Aspecto exterior (canas, arrugas)	1	2	8	9
		5. Actitudes	1	2	8	9
		6. Otro, ¿Cuál? _____	1	2	8	9
406	Para Usted, ¿la vejez está relacionada con...? (E: LEA. RM)	Experiencia	1			
		Nueva etapa de su vida	2			
		Nuevos proyectos y oportunidades	3			
		Dependencia	4			
		Fragilidad	5			
		Discriminación	6			
		Otro, ¿Cuál? _____	7			
		No responde	8			
		No sabe	9			

Actividades sociales y participación					
407	De las siguientes actividades que le voy a leer, dígame ¿Cuáles realiza_____?				
	(E: Lea las opciones y señale sí o no, según la respuesta. Para las opciones 1,2, 3 y 4 verificar preguntas 201 y 202 si no lee o no escribe, para la opción 12 verificar pregunta 318, marque no aplica según sea el caso)				
	Usted realiza actividades como:				
		Sí	No	NA	NR
	1. Leer (libros, periódico, artículos)	1	2	7	8
	2. Escribir (poemas, cartas)	1	2	7	8
	3. Resolver operaciones o problemas matemáticos	1	2	7	8
	4. Hacer crucigramas, sudokus, sopas de letras (pasatiempos)	1	2	7	8
	5. Escuchar radio	1	2	7	8
	6. Ver televisión (novelas, series, noticieros, informativos)	1	2	7	8
	7. Participar en juegos de mesa (parques, dominio, lotería)	1	2	7	8
	8. Hacer manualidades	1	2	7	8
	9. Hablar por teléfono con familia o amigos	1	2	7	8
	10. Visitar a familiares y amigos	1	2	7	8
	11. Ejercicio o actividad física (deportes, paseos...)	1	2	7	8
	12. Navegar por internet	1	2	7	8
	13. Asistir a clases o cursos	1	2	7	8
	14. Hobbies, artesanía y manualidades	1	2	7	8
	15. Compras	1	2	7	8
16. Visitar bibliotecas o museos	1	2	7	8	
17. Asistir a eventos deportivos o culturales	1	2	7	8	
18. Viajar	1	2	7	8	
408	De los medios de comunicación que le voy a leer, dígame los tres principales que usted usa para estar informado. (E: LEA. RM)	Periódico nacional			01
		Periódico local o de la comunidad			02
		Parientes, amigos o vecinos			03
		Radio			04
		Televisión			05
		Internet			06
		Teléfono			07
		Grupos o asociaciones de la comunidad o el trabajo			08
		Líderes de la comunidad			09
		No le interesa estar informado			10

409	¿En cuáles de los siguientes grupos participa usted? (E: LEA. RM)	Grupos religiosos	01	} 411	
		Grupos deportivos	02		
		Grupos políticos	03		
		Grupos culturales	04		
		Grupos comunitarios	05		
		Grupos ecológicos	06		
		Grupos gremiales	07		
		Grupos étnicos	08		
		Grupos de salud	09		
		Grupos de personas mayores	10		
		Gimnasia, ejercicio, actividad física	11		
		Ninguno	12→410		
410	Principalmente, ¿Por qué razón no participa en ninguno de estos grupos? (E: LEA. RU)	No está interesado	1		
		No tiene tiempo	2		
		Su familia no lo permite	3		
		Las ocupaciones lo impiden	4		
		Por la edad	5		
		No responde	8		
		No sabe	9		
411	¿Usted participa o es beneficiario de los siguientes programas? (E: LEA. RM) (Los comedores comunitarios son parte del programa nacional de alimentación al adulto mayor)				
		SÍ	No	NR	NS
	Programa Nacional Alimentación para el Adulto Mayor	1	2	8	9
	Programa Colombia Mayor	1	2	8	9
412	Durante el último año, ¿recibió usted ayuda de alguna institución u organización.....? (E: LEA. RM)	Si, De servicio de bienestar social	1		
		Si, de un centro de adultos mayores	2		
		Si, Servicio de cuidado en la casa	3		
		Si, Iglesia o templo	4		
		Si, servicios de rehabilitación	5		
		Si, cuidados paliativos	6		
		No recibió ayuda	7		
		No responde	8		
		No sabe	9		
413	Durante el último año, ¿ha prestado algún servicio de forma voluntaria o gratuita a alguna organización en su comunidad? (E: LEA. RM)	Si, servicio de bienestar social	1		
		Si, centro de adultos mayores	2		
		Si, centro hogar de niños	3		
		Si, colegio o universidad	4		
		Si, puesto de salud	5		
		Si, iglesia o templo	6		
		No, ninguno	7		
		No responde	8		
		No sabe	9		

Sr (Don) / Sra. (Doña) _____ (E: refiérase a la PAM) , En los últimos tres meses (E: mencione los últimos tres meses) ha ayudado o ha apoyado a alguna persona cercana en...						
(E: Lea cada opción y señale la respuesta según corresponde)						
414		Sí	No	NA	NR	NS
	1. Quehaceres de la casa, arreglos, trámites, transporte, compras, etc.	1	2		8	9
	2. Dando consejo	1	2		8	9
	3. Ayuda en el cuidado personal: bañarse, vestirse, etc.	1	2		8	9
	4. Apoyo económico: dinero, mercado, cosas, etc.	1	2		8	9
	5. Apoyo emocional: ayuda afectiva, comprensión, compañía	1	2		8	9
	6. Ayuda en el cuidado de los nietos.	1	2	7	8	9

Movilidad territorial (migración y desplazamiento)					
415	Hace 5 años (2010) vivía en esta misma vivienda	Sí	1→417		
		No	2		
		No responde	8→417		
		No sabe	9→417		
416	En los últimos 5 años (2010) ¿cuántas veces ha cambiado de vivienda?	Veces __ __			
		No responde	8		
		No sabe	9		
417	¿Dónde vivía usted antes de venirse a vivir a este sitio? (E: LEA. RU)	Siempre ha vivido aquí	1→419		
		Mismo municipio misma zona (urbano/rural)	2		
		Mismo municipio distinta zona (urbano /rural)	3		
		Otro municipio de este departamento	4		
		Otro departamento	5		
		Otro país	6		
		No responde	8		
		No sabe	9		
418	¿Cuál fue la principal razón por la que salió usted del último lugar donde vivió? (E: LEA. RU)	Por acciones de fuerzas armadas del Estado	01		
		Por grupos armados o ilegales	02		
		Por fumigaciones a los cultivos ilícitos	03		
		Por delincuencia común	04		
		Por desastre natural (inundaciones, avalancha, etc.)	05		
		Por condiciones económicas	06		
		Por mejores oportunidades de trabajo	07		
		Por mejores servicios educativos	08		
		Por mejor infraestructura y/o servicios en salud	09		
		Por problemas de salud	10		
		Por asuntos familiares	11		
		Otro, ¿Cuál? _____	12		
		No responde	98		
		No sabe	99		
419	¿Ha sido usted desplazado por conflicto armado o violencia, alguna vez en su vida?	Sí	1		
		No	2→423		
		No responde	8		
		No sabe	9		

420	¿Qué edad tenía cuando fue desplazado(a) por primera vez? (E: Si son meses aproximar a 1 año)	Años __ __ No responde 8 No sabe 9
421	¿Cuántas veces ha sido desplazado de su sitio de residencia por conflicto armado, problemas por cultivos ilícitos, fumigaciones?	Veces __ __ No responde 8 No sabe 9
422	Cuando se desplazó la última vez lo hizo de forma:	Individual 1 Familiar 2 Comunitaria 3 No responde 8 No sabe 9

Espacio de vida (relación con el entorno e independencia)

Nivel de espacio de vida			Frecuencia	Independencia
Durante las últimas 4 semanas Ud. ha estado...			¿Cuántas veces? (E: LEA)	¿Ha necesitado la ayuda de otra persona? ¿Ha usado ayudas de equipos? (E: Puede haber RM)
423	¿En otras habitaciones de la casa, diferentes a la habitación donde duerme?	Sí 1→ No 2↓	Menos de 1 vez/semana 1 1-3 veces/ semana 2 4-6 veces/ semana 3 Diario 4	Ayuda de otro 1 Equipo 1.5 Ninguno (ni ayuda personal ni equipo) 2
424	En un área fuera de su casa como su terraza o patio, el pasillo de su edificio, garaje, en su propio jardín o en la entrada de su casa	Sí 1→ No 2↓	Menos de 1 vez/semana 1 1-3 veces/ semana 2 4-6 veces/ semana 3 Diario 4	Ayuda de otro 1 Equipo 1.5 Ninguno (ni ayuda personal ni equipo) 2
425	En sitios de su vecindario que no sean su propio jardín o edificio de apartamentos	Sí 1→ No 2↓	Menos de 1 vez/semana 1 1-3 veces/ semana 2 4-6 veces/ semana 3 Diario 4	Ayuda de otro 1 Equipo 1.5 Ninguno (ni ayuda personal ni equipo) 2
426	Sitios fuera de su vecindario, pero dentro de la ciudad	Sí 1→ No 2↓	Menos de 1 vez/semana 1 1-3 veces/ semana 2 4-6 veces/ semana 3 Diario 4	Ayuda de otro 1 Equipo 1.5 Ninguno (ni ayuda personal ni equipo) 2
427	Sitios fuera de su ciudad	Sí 1→ No 2↓	Menos de 1 vez/semana 1 1-3 veces/ semana 2 4-6 veces/ semana 3 Diario 4	Ayuda de otro 1 Equipo 1.5 Ninguno (ni ayuda personal ni equipo) 2

V. CONDUCTA (E: NO APLICA A PROXI de la pregunta 501 a la 508)			
Mininutricional			
501	<p>Durante los últimos tres meses ha comido menos</p> <p>Por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades para masticar o para tragar la comida?</p> <p>(E: Lea solo las 3 primeras opciones. RU)</p>	<p>Ha comido mucho menos</p> <p>Ha comido menos</p> <p>Ha comido igual</p> <p>No responde</p> <p>No sabe</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>8</p> <p>9</p>
501a	<p>En los últimos tres meses ¿ha disminuido de peso sin haber hecho ninguna dieta?</p> <p>(E: Lea solo las 2 primeras opciones, RU. Si la respuesta es sí pregunta por la cantidad de kilos perdidos)</p>	<p>Sí</p> <p>No</p> <p>No responde</p> <p>No sabe</p>	<p>1</p> <p>2 → 502</p> <p>8 → 502</p> <p>9 → 502</p>
501b	<p>¿Cuántos kilos bajó?</p>	<p> __ __ kilos</p> <p>No responde</p> <p>No sabe</p>	<p>8</p> <p>9</p>
502	<p>¿Cuántas comidas completas realiza al día?</p> <p>(E: Lea solo las 3 primeras opciones. RU)</p>	<p>Una comida</p> <p>Dos comidas</p> <p>Tres o más comidas</p> <p>No responde</p> <p>No sabe</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>8</p> <p>9</p>
503	<p>¿Consume leche, queso u otros productos lácteos al menos una vez al día?</p>	<p>Sí</p> <p>No</p> <p>No responde</p> <p>No sabe</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>8</p> <p>9</p>
504	<p>¿Come huevos, frijoles o lentejas (leguminosas) una o dos veces por semana?</p> <p>(Ej.: Leguminosas = frijol, lenteja, garbanzos, soya, habas, maní)</p>	<p>Sí</p> <p>No</p> <p>No responde</p> <p>No sabe</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>8</p> <p>9</p>
505	<p>¿Come carne, pescado o aves al menos diariamente?</p> <p>(E: si le mencionan, salchichón, salchichas, jamón, etc. también se incluyen aquí)</p>	<p>Sí</p> <p>No</p> <p>No responde</p> <p>No sabe</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>8</p> <p>9</p>
506	<p>¿Consume frutas o verduras al menos dos veces al día?</p>	<p>Sí</p> <p>No</p> <p>No responde</p> <p>No sabe</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>8</p> <p>9</p>
507	<p>¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, jugo, café, té, leche, vino, cerveza...)</p>	<p>De 1 a 2 vasos</p> <p>De 3 a 5 vasos</p> <p>Más de 5 vasos</p> <p>No responde</p> <p>No sabe</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>8</p> <p>9</p>

508	Respecto a su estado nutricional ¿se considera usted bien nutrido, con desnutrición moderada o con desnutrición grave?	Si, bien nutrido	1
		Desnutrición moderada	2
		Desnutrición grave	3
		No responde	8
		No sabe	9

Consumo de alcohol			
Ahora voy a preguntarle sobre el consumo de bebidas alcohólicas			
509	¿En el último mes en promedio cuantos días por semana ha tomado bebidas alcohólicas (por ejemplo, cerveza, vino, aguardiente, u otras bebidas que contienen alcohol)? (E: LEA. RU)	Menos de un día por semana 2 a 3 días a la semana 4 a 6 días a la semana Todos los días No consumió No responde No sabe	1 2 3 4 5→511 8 9
510	¿En el último mes, en los días que tomó bebidas alcohólicas, cuantas copas de vino, aguardiente o cervezas u otras bebidas que contienen alcohol, tomó en promedio al día? (E: Si toma solo un tipo de licor registre en los demás cero. ej. no toma vino=00, cervezas=03)	Copas de vino Cervezas Tragos o copas de licor No responde No sabe	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 888 999
Consumo de cigarrillo			
Ahora voy a preguntarle sobre el consumo de cigarrillo			
511	¿Usted... (E: LEA. RU)	Antes fumó y fuma actualmente Antes fumo pero ya no Antes no fumó pero ahora fuma Nunca ha fumado No responde No sabe	1 2→513 3 4→516 8 9
512	¿Hace cuántos años que fuma? (E: Sí la respuesta es inferior a 6 meses registre 00, si la respuesta es superior a 6 meses se aproxima al año)	Años _ _ _ _	
513	Sí usted fuma o fumaba, ¿cuántos cigarrillos, tabacos o pipas fumaba habitualmente por día? (E: Definición: Paquete = 20 cigarrillos)	Cigarrillo /día Tabacos/día Pipas/día	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
514	¿Qué edad tenía usted cuando empezó a fumar?	Años _ _ _ _	

515	<p>(E: no aplique a quienes en pregunta 511 respondieron 1 ò 3)</p> <p>¿Hace cuánto tiempo dejo de fumar?</p> <p>(E: Si dejó de fumar hace menos de un año marque cero 00)</p>	<p>Tiempo en años</p> <p>Años __ __ </p>
-----	---	--

Sexualidad (E: NO APLICA A PROXI de la pregunta 516 a la 521)

Ahora le voy hacer algunas preguntas sobre la importancia de la sexualidad en su vida diaria y conocimientos que tiene sobre los derechos sexuales.

516	¿Qué tan importante es la sexualidad en su vida? (E: LEA. RU)	Muy importante	1
		Importante	2
		Ni muy importante ni poco importante	3
		Poco Importante	4
		Nada importante	5
		No responde	8
		No sabe	9
De los siguientes derechos sexuales que le voy a leer dígame cuáles conoce o ha oído hablar.			
517	¿Conoce o ha oído hablar del derecho a una vida sexual libre de violencia y con protección legal y jurídica frente a la violencia sexual?	Sí	1
		No	2
		No responde	8
		No sabe	9
518	¿Conoce o ha oído hablar del derecho a relacionarse sexualmente con una persona del mismo sexo?	Sí	1
		No	2
		No responde	8
		No sabe	9
519	¿Conoce o ha oído hablar del derecho a una vida sexual placentera?	Sí	1
		No	2
		No responde	8
		No sabe	9
520	¿Ha dado usted información sobre la sexualidad a sus hijos o a sus nietos?	Sí	1
		No	2
		No Aplica	7
		No responde	8
		No sabe	9

521	¿Dónde recurriría usted en caso de que estuviera en una situación de violencia sexual? (E: LEA. RU)	Entidad de salud	01
		Policía/Fiscalía	02
		Comisaría	03
		Familiar o amigo	04
		Institución educativa	05
		Parroquia, templo, iglesia	06
		Organización de apoyo	07
		Servicio telefónico municipal	08
		Profesional	09
		Otro ¿Cuál? _____	10
		No responde	98
		No sabe	99

VI. COGNICIÓN Y AFECTO (E: NO APLICA A PROXI de la pregunta 601 a la 629)

Mini Mental Test de Folstein

(E: Las preguntas del test se realizarán siguiendo el orden establecido y leyendo a la persona adulta mayor los enunciados tal cual están en el cuestionario. se suma un punto por cada respuesta correcta.)

Estas preguntas debe responderlas usted solo, sin la ayuda de nadie. Por favor diga en.....

Repita cada vez

		Correcto	Incorrecto
601	Diga en que: Hora (mañana – tarde – noche) estamos	1	0
602	País, estamos	1	0
603	Departamento estamos	1	0
604	Ciudad /Municipio estamos	1	0
605	Barrio o Vereda estamos	1	0
606	Lugar o sitio estamos	1	0
Total			

Lenguaje

607	(E: Muestre dos objetos : Reloj, Lápiz) (Si PAM es invidente se coloca cero “0” puntos)	2	
	Le voy a mostrar 2 objetos, por favor nómbralos. (E: Por cada palabra correcta otorgue un punto)		
608	Por favor repita :” En un trigal había cinco perros” (E: La primera repetición determina el puntaje: otorgue un punto si repite bien toda la frase)	1	
609	(E: Verifique P201, Si PAM no sabe leer o es invidente se coloca cero “0” puntos) Por favor, lea y obedezca la siguiente orden: (E: Entregue, Tarjeta # 5, “Cierre los ojos”)	1	

610	(E: Verifique P202, Si PAM no sabe escribir o es invidente se coloca cero "0" puntos) (E: Entregue Papel) Por favor, en este papel "Escriba una frase" (E: Otorgue un punto si la frase tiene sentido)	1	
-----	---	---	--

Para el puntaje, se programa en el dispositivo. El encuestador no debe hacer la operación matemática.

Quejas subjetivas de pérdida de memoria (E: NO APLICA A PROXI de la pregunta 611 a la 613)

Ahora quiero hacerle unas preguntas sobre su memoria.

611	Diría Usted que su memoria actualmente es:	Muy buena 1 Buena 2 Regular 3 Mala 4 Muy mala 5 No responde 8 No sabe 9	
612	¿En los últimos dos y medio años ha tenido problemas con su memoria? (E: LEA. RU)	Sí, es un problema 1 Sí, es un serio problema 2 Algunas veces, pero no es un problema 3 No he tenido problemas de memoria 4 No responde 8 No sabe 9	
613	Comparado con hace un año, diría usted que ahora su memoria es:	Mejor 1 Igual 2 Peor 3 No responde 8 No sabe 9	

Escala de depresión geriátrica (Yesavage) (E: NO APLICA A PROXI de la pregunta 614 a la 629)

		Si	No
614	¿Está satisfecho(a) con su vida?	1	2
615	¿Ha abandonado cosas y actividades que antes le gustaban?	1	2
616	¿Siente que su vida está vacía?	1	2
617	¿Se siente aburrido(a) con frecuencia?	1	2
618	¿Está de buen ánimo la mayoría del tiempo?	1	2
619	¿Está preocupado o teme que algo malo le vaya a pasar?	1	2
620	¿Se siente contento la mayor parte del tiempo?	1	2
621	¿A menudo se siente indefenso?	1	2
622	¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	1	2
623	¿Cree que tiene menos memoria que otras personas de su edad?	1	2
624	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	1	2
625	¿Se siente inútil?	1	2
626	¿Se siente lleno de energía?	1	2
627	¿Cree que su situación actual no tiene esperanza?	1	2
628	¿Cree que las otras personas están, en general, mejor que usted?	1	2
Total			

Para el puntaje, se programa en el dispositivo. El encuestador no debe hacer la operación matemática.

629	(NO APLICA A PROXI) ¿En el último mes ha estado angustiado, intranquilo, con desasosiego o zozobra, sin razón o motivo aparente?	Sí	1
		No	2
		No responde	8
		No sabe	9

VII. FUNCIONALIDAD			
Índice de Barthel (actividades de la vida diaria - nivel físico)			
Vamos a hablar de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) que una persona puede realizar de forma independiente o dependiente.			
(E: Para cada una de las siguientes actividades lea las opciones de respuesta, en caso de requerir explicación lea el enunciado que está debajo de la pregunta)			
701	<p>En cuanto a la Alimentación, hoy usted fue capaz de...</p> <p>(E: LEA. RU)</p> <p>(E: En caso de requerir explicación, LEA: Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario; come en un tiempo razonable; capaz de desmenuzar la comida, usar condimentos, extender mantequilla, etc. por sí solo. La comida puede ser preparada y servida por otra persona)</p>	<p>Comer por usted mismo, comer Independiente 10</p> <p>Necesitó ayuda de otra persona. (Para cortar la carne, el pan y extender la mantequilla.) 5</p> <p>Necesitó ser alimentado por otra persona 0</p>	
702	<p>En cuanto al Baño: hoy usted fue capaz de ...</p> <p>(E: LEA. RU)</p> <p>(E: En caso de requerir explicación, LEA: Independiente: es capaz de lavarse su cuerpo (bañarse) por sí solo y no necesita ayuda. Entra y sale del cuarto del baño solo)</p>	<p>Bañarse solo 5</p> <p>Necesitó ayuda de otra persona para bañarse 0</p>	
703	<p>En cuanto al Vestido, hoy usted fue capaz de....</p> <p>(E: LEA. RU)</p> <p>(E: En caso de requerir explicación, LEA: Independiente: es capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda. Se amarra los zapatos, abrocha los botones. Se coloca el brasier o corsé si lo necesita)</p>	<p>Vestirse solo usted mismo 10</p> <p>Necesitó que alguien lo ayudara 5</p> <p>Lo tienen que vestir 0</p>	
704	<p>En cuanto a Arreglarse, como lavarse manos y cara, peinarse, afeitarse o lavarse los dientes, hoy usted fue capaz de.....</p> <p>(E: LEA. RU)</p> <p>(E: En caso de requerir explicación, LEA: Independiente: realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. (ej. lavarse manos y cara, peinarse). Incluye afeitarse y lavarse los dientes)</p>	<p>Arreglarse sin ninguna ayuda 5</p> <p>Necesita de la ayuda de otra persona 0</p>	
705	<p>En cuanto a la Deposición, en la última semana....</p> <p>(E: LEA. RU)</p> <p>(E: En caso de requerir explicación, LEA: Continente: ningún Accidente o continencia normal. Accidente Ocasional: necesita ayuda para colocar supositorios o enemas o accidente ocasional de incontinencia (salida de materia fecal) al menos una vez por semana)</p>	<p>No tuvo accidentes (es continente) 10</p> <p>Ha tenido accidentes ocasionales 5</p> <p>No es capaz de retener (Incontinente) 0</p>	

706	<p>En cuanto a la Micción, en la última semana....</p> <p>(E: LEA. RU)</p> <p>(E: En caso de requerir explicación, LEA: Continente: ningún Accidente o continencia normal. Seco día y noche. Capaz de usar cualquier dispositivo (Ej. catéter) si es necesario, es capaz de cambiar la bolsa.</p> <p>Accidente Ocasional: EN OCASIONES SE LE SALE LA ORINA O NO ALCANZA A LLEGAR AL BAÑO al menos una vez por semana o Necesita ayuda con instrumentos)</p>	<p>No tuvo accidentes (es continente) 10</p> <p>Ha tenido accidentes ocasionales al menos una vez por semana 5</p> <p>No es capaz de retener (Incontinente) o usa pañal 0</p>
707	<p>En cuanto al uso del Inodoro o Sanitario, hoy usted fue capaz de....</p> <p>(E: LEA. RU)</p> <p>(E: En caso de requerir explicación, LEA: Independiente. Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa, limpiar y vaciar completamente la bacinilla, inodoro o sanitario, sin ayuda. Capaz de sentarse y levantarse sin ayuda. Puede utilizar barras para sostenerse.</p> <p>Necesidad de ayuda: capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa o usar el papel higiénico. Sin embargo, aún es capaz de utilizar el inodoro o sanitario)</p>	<p>Ir solo al sanitario y utilizarlo 10</p> <p>Necesitó algún tipo de ayuda cuando usó el sanitario 5</p> <p>Requiere ayuda total cuando entra al sanitario 0</p>
708	<p>En cuanto al traslado Cama-Silla, usted...</p> <p>(E: LEA. RU)</p> <p>(E: En caso de requerir explicación, LEA: Independiente: Sin ayuda en todas las fases. En caso de utilizar silla de ruedas, se aproxima a la cama, frena, y la cierra si es necesario. Se mete y se acuesta en la cama, se coloca en posición sentado en la cama.</p> <p>Mínima Ayuda: necesita algo de ayuda (física o verbal) para realizar esta actividad o ser supervisado para mayor seguridad.</p> <p>Gran Ayuda: puede mantener la posición sentado sin ayuda de otra persona, pero necesita ayuda para ser levantado fuera de la cama y ser trasladado.</p> <p>Dependiente: necesita grúa o desplazamiento por dos personas. Incapaz de estar sentado)</p>	<p>Es capaz de pasarse solo de la cama a una silla 15</p> <p>Necesita algún tipo de ayuda para pasarse de la cama a una silla (mínima ayuda) 10</p> <p>No puede solo, necesita ayuda De otra persona. (gran ayuda) 5</p> <p>No es capaz de pasarse y necesita que lo carguen 0</p>

709	<p>En cuanto a la deambulaci3n usted ...</p> <p>(E: LEA. RU)</p> <p>(E: En caso de requerir explicaci3n, LEA: Independiente: puede usar cualquier ayuda: pr3tesis, caminador, muletas. La velocidad no es importante. Puede caminar al menos 50 Mts o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisi3n.</p> <p>Necesita Ayuda: Supervisi3n verbal o f3sica, incluyendo instrumentos u otras ayudas para permanecer de pie. CAMINA 50 Mts.</p> <p>Independiente en silla de ruedas: no puede caminar pero puede propulsar una silla de ruedas de forma independiente. Es capaz de ir por las esquinas, dar la vuelta, maniobrar la silla hasta una mesa, cama, ba1o, etc. Es capaz de empujar la silla 50 metros. Inm3vil: no puede deambular por s3 solo.</p> <p>Necesita la ayuda de otras personas o equipos m3dicos para moverse o trasladarse. Incluye ayuda para voltearse en la cama)</p>	<p>Camina solo sin problemas (Independiente) 15</p> <p>Necesita alg3n tipo de ayuda para caminar 10</p> <p>Est3 en silla de ruedas 5</p> <p>No puede caminar (Inm3vil) 0</p>
710	<p>En cuanto a subir y bajar, Escalones, usted...</p> <p>(E: LEA. RU)</p> <p>(E: En caso de requerir explicaci3n, LEA: Independiente: es capaz de subir y bajar escalones sin ayuda o supervisi3n. Puede utilizar pasamanos, bastones o muletas cuando sea necesario.</p> <p>Necesita Ayuda o supervisi3n f3sica o verbal de otra persona para subir y bajar escalones con bastones o muletas.</p> <p>Incapaz: no es capaz de subir y bajar escalones por s3 solo necesita ayuda de otra persona. Necesita ascensor)</p>	<p>Es capaz de subir y bajar escaleras solo 10</p> <p>Necesita ayuda para subir y bajar escaleras 5</p> <p>No es capaz de subir ni bajar escaleras 0</p>
<p>Para el puntaje, se programa en el dispositivo. El encuestador no debe hacer la operaci3n matem3tica.</p>		<p>Puntaje Total:</p>

Actividades de la vida diaria - Nivel instrumental								
A continuación le mencionaré algunas actividades de la vida diaria, por favor responda teniendo en cuenta la que se ajuste a sus condiciones actuales.								
¿Puede usted realizar las siguientes actividades sin ayuda de nadie y sin dificultad, sin ayuda de nadie pero con dificultad, necesita o necesitaría ayuda para hacerlo o no es capaz de hacerlo?								
(E: Repita cada vez las opciones de respuesta)		Lo hace sin ayuda de nadie y sin dificultad	Lo hace sin ayuda pero con dificultad	Necesita (o necesitaría) ayuda para hacerlo	No es capaz de hacerlo	NA	NR	NS
711	Maneja su propio dinero	0	1	2	3	7	8	9
712	Es capaz de hacer las compras del diario (especialmente comida)	0	1	2	3	7	8	9
713	Es capaz de preparar la comida	0	1	2	3	7	8	9
714	Es capaz de manejar sus propios medicamentos	0	1	2	3	7	8	9
715	Uso de transporte público o taxi	0	1	2	3	7	8	9
716	Uso de teléfono	0	1	2	3	7	8	9

Limitaciones funcionales		
717	¿Tiene dificultades para caminar 5 cuadras (400 Mts)?	Ninguna 1
		Un poco de dificultad 2
		Algo de dificultad 3
		Mucha dificultad 4
		Incapaz de hacerlo 5
		No responde 8
		No sabe 9
718	¿Necesita algún tipo de ayuda (caminador, bastón etc.) para caminar 5 cuadras (400 Mts)?	Sí 1
		No 2
		No responde 8
		No sabe 9

Actividad física – ABC Social		
(E: haga las preguntas en el orden que aparecen)		
719	¿Participa usted al menos tres veces por semana, en alguna actividad deportiva o hace ejercicio como nadar, trotar, jugar tenis, montar en bicicleta, hacer aeróbicos, clases de gimnasia u otras actividades, que le causen sudoración o que lo dejen sin respiración ?	<div>Sí 1</div> <div>No 2</div>
720	¿Camina usted, al menos tres veces por semana, entre 9 y 20 cuadras (1.6 Km) sin descansar?	<div>Sí 1→801</div> <div>No 2</div>

721	¿Camina usted, al menos tres veces por semana menos de 8 cuadras (0.5 Km) sin descansar?	Sí	1
		No	2

VIII. CONDICIONES MÉDICAS Y DE SALUD (E: NO APLICA A PROXI de la pregunta 801 a la 806)

Circunstancias tempranas y condiciones adversas en la infancia

Antes de preguntar por sus condiciones de salud y sus enfermedades, quisiera hacerle algunas preguntas sobre los primeros 15 años de su vida.

801	¿Durante la mayor parte de sus primeros 15 años de vida, cuál era la situación económica de su familia? (E: LEA. RU)	Buena	1			
		Regular	2			
		Mala	3			
		No responde	8			
		No sabe	9			
802	¿Durante la mayor parte de sus primeros 15 años de vida, diría usted que su salud era buena, regular o mala? (E: LEA. RU)	Buena	1			
		Regular	2			
		Mala	3			
		No responde	8			
		No sabe	9			
803	¿Antes de los 15 años, recuerda haber tenido alguna de estas enfermedades?	Sí	No	NR	NS	
		Enfermedad renal	1	2	8	9
		Hepatitis	1	2	8	9
		Sarampión	1	2	8	9
		Tuberculosis	1	2	8	9
		Fiebre reumática	1	2	8	9
		Asma	1	2	8	9
		Bronquitis	1	2	8	9
804	¿Durante los primeros 15 años de su vida, estuvo usted en cama por un mes o más por algún problema de salud?	Sí	1			
		No	2			
		No responde	8			
		No sabe	9			
805	Durante los primeros 15 años de su vida, ¿diría usted que hubo algún tiempo en que no comió lo suficiente y tuvo hambre?	Sí	1			
		No	2			
		No responde	8			
		No sabe	9			
806	Durante los primeros 15 años de su vida, ¿Presenció o fue testigo de violencia física entre parientes cercanos, por ejemplo, entre sus padres o entre sus padres y sus hermanos?	Sí	1			
		No	2			
		No responde	8			
		No sabe	9			

Autopercepción del estado de salud (E: NO APLICA A PROXI de la pregunta 807 a la 809)

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre su estado de salud.

807	En general, ¿diría usted que su salud en los últimos 30 días ha sido....? (E: LEA. RU)	Muy buena	1	
		Buena	2	
		Regula	3	
		Mala	4	
		Muy mala	5	
		No responde	8	
808	Comparando su salud actual con la de hace un año. ¿Usted diría que ahora está mejor, igual o peor? (E: LEA. RU)	No sabe	9	
		Mejor	1	
		Igual	2	
		Peor	3	
		No responde	8	
		No sabe	9	
809	En comparación con otras personas de su edad. ¿Diría usted que su salud está mejor, igual o peor? (E: LEA. RU)	Mejor	1	
		Igual	2	
		Peor	3	
		No responde	8	
		No sabe	9	

Enfermedades no transmisibles

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre sus condiciones de salud.

(E: Si responde el PROXI refiérase siempre a la persona adulta mayor)

810	¿Alguna vez un médico o enfermera le dijo... que tiene la presión arterial alta, es decir, hipertensión ?	Sí	1	} 812
		No	2	
		No responde	8	
		No sabe	9	
811	¿Qué tratamiento(s) está recibiendo? (E: LEA. RM)	Medicamentos	1	
		Dieta	2	
		Ejercicio	3	
		Terapia suministrada por curandero, tegua, brujo, empírico	4	
		Terapias complementarias (alternativas)	5	
		Otro	6	
		Ningún tratamiento	7	
		No responde	8	
812	¿Alguna vez un médico o enfermera le ha dicho que tiene diabetes , es decir, el azúcar alto en la sangre?	No sabe	9	} 814
		Sí	1	
		No	2	
		No responde	8	
		No sabe	9	

813	¿Qué tratamiento(s) está recibiendo? (E: LEA. RM)	Medicamentos orales	01			
		Inyecciones de Insulina	02			
		Ejercicio	03			
		Dieta	04			
		Terapia suministrada por curandero, tegua, brujo, empírico	05			
		Terapias complementarias (alternativas)	06			
		Otro	07			
		Ningún tratamiento	08			
		No responde	98			
		No sabe	99			
814	¿Alguna vez un médico o enfermera le ha dicho que tiene cáncer o tumor maligno , excluyendo tumores pequeños de la piel?	Sí	1	} 816		
		No	2			
		No responde	8			
		No sabe	9			
815	(E: verifique el sexo de la PAM, cáncer de cuello uterino para mujeres y cáncer de próstata para hombres) En relación al cáncer que se la ha diagnosticado:	A. ¿Qué tipo de cáncer?		B. ¿Recibió tratamiento los últimos 12 meses?		
				Si	No	
		Piel	01	1	2	
		Mama	02	1	2	
		Cuello uterino	03	1	2	
		Tiroides	04	1	2	
		Estomago	05	1	2	
		Próstata	06	1	2	
		Pulmón	07	1	2	
		Colón	08	1	2	
		Otro, ¿Cuál?	09	1	2	
		No responde	98			
		No sabe	99			
816	¿Alguna vez un médico le dijo que tiene alguna enfermedad pulmonar crónica tal como EPOC, asma, bronquitis o enfisema?	Sí	1	} 818		
		No	2			
		No responde	8			
		No sabe	9			
817	¿Qué tratamiento(s) está recibiendo? (E: LEA. RM)	Medicamentos - Inhalador	1			
		Oxígeno	2			
		Terapia física o Terapia respiratoria	3			
		Terapia suministrada por curandero, tegua, brujo, empírico	4			
		Terapias complementarias (alternativas)	5			
		Otro	6			
		Ningún tratamiento	7			
		No responde	8			
		No sabe	9			
818	¿Alguna vez un médico le dijo que ha tenido infarto del corazón , pre-infarto, u otros problemas del corazón?	Sí	1	} 821		
		No	2			
		No responde	8			
		No sabe	9			

819	¿Toma usted algún tipo de medicamento para su problema del corazón?	Sí 1 No 2 No responde 8 No sabe 9
820	Durante los últimos 12 meses, usted: (E: LEA. RM)	Ha visitado al médico por un problema de corazón 1 Ha sido hospitalizado por un problema del corazón 2 Ninguno 3
821	¿Alguna vez un médico le ha dicho que ha tenido un derrame o una trombosis cerebral ?	Sí 1 No 2 No responde 8 No sabe 9
822	En los últimos 12 meses, ¿ha visto usted a un médico a consecuencia de este problema o derrame cerebral?	Sí 1 No 2 No responde 8 No sabe 9
823	¿Qué tratamientos está recibiendo o le han hecho para el problema cerebral o las secuelas? (E: LEA. RM)	Medicamentos 1 Terapia física o Terapia ocupacional 2 Terapia suministrada por curandero, tegua, brujo, empírico 3 Terapias complementarias (alternativas) 4 Aparatos de apoyo(bastones, sillas de ruedas, caminadores) 5 Otro 6 Ningún tratamiento 7 No responde 8 No sabe 9
824	¿Alguna vez un médico o enfermera le dijo que tiene artritis, artrosis o reumatismo? (E: Lea si es necesario) Artritis: inflamación de una articulación. Artrosis: enfermedad degenerativa de la articulación con desgaste del cartílago. Reumatismo: problemas médicos que afectan las articulaciones.	Sí 1 No 2 No responde 8 No sabe 9
825	En los últimos 12 meses, ¿ha visto a un médico específicamente por su artritis, reumatismo o artrosis?	Sí 1 No 2 No responde 8 No sabe 9
826	En relación con su artritis, reumatismo o artrosis, usted: (E: LEA. RM)	Está tomando algún medicamento 1 Ha tenido usted alguna cirugía 2 Ha ido a terapia física u ocupacional 3 Está haciendo un programa de ejercicio 4 Va donde un curandero, tegua o brujo 5 Otro 6 Ningún tratamiento 7 No responde 8 No sabe 9

827	¿Alguna vez un médico le dijo que tiene osteoporosis? (E: Lea si es necesario) Osteoporosis: patología que afecta a los huesos.	Sí No No responde No sabe	1 2 8 9													
827a	Alguna vez un médico o enfermera le dijo que tenía	Colesterol alto Triglicéridos Altos	<table><tr><th>Sí</th><th>No</th><th>NR</th><th>NS</th></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>9</td></tr></table>	Sí	No	NR	NS	1	2	8	9	1	2	8	9	
Sí	No	NR	NS													
1	2	8	9													
1	2	8	9													
828	¿Alguna vez un médico o enfermera le dijo que tenía un problema nervioso, mental o psiquiátrico?	Sí No No responde No sabe	1 2 8 9	} 830												
829	¿Usted recibió o recibe algún tratamiento psiquiátrico o psicológico para este problema?	Sí No No responde No sabe	1 2 8 9													
830	(E: Verifique y aplique si la PAM no ha recibido tratamiento por alguna de las enfermedades anteriores de lo contrario pase a pregunta 831) En general, ¿Cuáles fueron las razones por las que NO recibió tratamiento para sus enfermedades físicas o mentales? (E: NO LEA. RM)	El médico no lo indicó No le autorizaron el tratamiento No hay tratamiento disponible en la EPS o IPS El tratamiento es muy caro o no tiene como pagarlo No tenía quien lo llevara EL sitio donde hacen el tratamiento es muy lejos Tuvo problemas de transporte Mucho trámite en EPS/IPS Responsabilidades familiares (tiene que cuidar a alguien) No quiso aceptar el tratamiento Le preocupa las complicaciones Creyó haber superado el problema Dejo de ir al tratamiento No responde No sabe	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 98 99													
830a	En los últimos 3 meses ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés o de angustia?	Sí No No responde No sabe	1 2 8 9													
830b	Actualmente, presenta úlceras o lesiones en la piel?	Sí No No responde No sabe	1 2 8 9													

Signos y síntomas generales

Ahora necesitamos que nos diga si durante el **último mes** usted ha tenido algunos de los siguientes problemas:

831 Por favor dígame, si **en el último mes**, ¿ha sentido usted...

		Sí	No	NR	NS
	¿Falta de respiración estando despierto?	1	2	8	9
	¿Mareos persistentes?	1	2	8	9
	¿Dolor o problemas de espalda?	1	2	8	9
	¿Debilidad?	1	2	8	9
	¿Cansancio severo?	1	2	8	9
	¿Nausea persistente y vómito?	1	2	8	9
	¿Transpiración excesiva o sed persistente?	1	2	8	9
	¿Dolor en las articulaciones?	1	2	8	9
	¿Dificultad para dormir?	1	2	8	9
832	(NO APLICA A PROXI) ¿Siente usted que las enfermedades que tiene le limitan hacer las actividades diarias, mucho, poco o nada?	Mucho Poco Nada No responde No sabe			1 2 3 8 9
833	(NO APLICA A PROXI) ¿Siente Ud. su boca seca frecuentemente y necesita tomar líquidos?	Sí No No responde No sabe			1 2 8 9

Medicamentos

Me gustaría hablar de los medicamentos y remedios que **actualmente** está tomando o usando.

834	¿Actualmente toma o usa medicamentos o remedios?	Sí No	1 2 → 838
835	<p>Me gustaría registrar los medicamentos o remedios que toma. Para ello, por favor me los muestra o me permite ver la fórmula de prescripción</p> <p>(E. En caso que no se los muestre pregunte:...)</p> <p>¿Me podría decir los nombres de los medicamentos o remedios que actualmente está tomando o usando?</p> <p>(E: Escriba en imprenta mayúscula fija)</p>	<p>836</p> <p>¿Quién se lo recetó?</p> <p>Médico 1 Farmaceuta 2 Enfermera 3 Usted mismo 4 Otro 5 No Responde 8 No Sabe 9</p>	<p>837</p> <p>(E: Para cada medicamento pregunte:)</p> <p>¿Por cuánto tiempo lo ha estado usando de manera continua...?</p> <p>Meses Años No lo toma de manera continua 97 No Responde 98 No Sabe 99</p>
Medicamento o remedio		Prescripción	Tiempo
		<div> <div></div> <div></div> </div>	Meses <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 97 98 99 Años <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
		<div> <div></div> <div></div> </div>	Meses <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 97 98 99 Años <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
		<div> <div></div> <div></div> </div>	Meses <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 97 98 99 Años <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
		<div> <div></div> <div></div> </div>	Meses <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 97 98 99 Años <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
		<div> <div></div> <div></div> </div>	Meses <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 97 98 99 Años <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>

	<input type="text"/>	Meses <input type="text"/> Años <input type="text"/>	97 98 99
	<input type="text"/>	Meses <input type="text"/> Años <input type="text"/>	97 98 99
	<input type="text"/>	Meses <input type="text"/> Años <input type="text"/>	97 98 99
	<input type="text"/>	Meses <input type="text"/> Años <input type="text"/>	97 98 99
	<input type="text"/>	Meses <input type="text"/> Años <input type="text"/>	97 98 99

838	¿Actualmente toma usted otros remedios naturales como hierbas (medicina verde) o productos homeopáticos para el cuidado de su salud?	Sí No No responde No sabe	1 2 8 9
839	¿Durante los últimos 30 días usted ha tomado medicamentos o tabletas para dormir , tranquilizantes o sedantes?	Sí No No responde No sabe	1 2 8 9
840	En algún momento en los últimos 12 meses , ¿usted por cuenta propia dejó de tomar o tomó menos de algún medicamento que le habían recetado?	Sí No No responde No sabe	1 2 8 9

Pruebas de tamizaje y actividades preventivas			
Sexo del encuestado: (E: Señale sin preguntar)		Mujer Hombre	1→841 2→843
841	Solo para mujeres En los últimos dos años, ¿se ha hecho usted un examen de Papanicolaou, citología o una prueba para saber si tiene cáncer de cuello uterino?	Sí No No responde No sabe	1 2 8 9
842	Solo para mujeres En los dos últimos años, ¿se ha hecho usted una mamografía?	Sí No No responde No sabe	1 2 8 9
843	Solo para hombres En los últimos dos años, ¿se ha hecho usted un examen de próstata?	Sí No No responde No sabe	1 2 8 9
844	Solo para hombres: En los últimos dos años, ¿se ha hecho usted un examen de sangre para cáncer de próstata?	Sí No No responde No sabe	1 2 8 9

Órganos de los sentidos

Ahora quiero saber algunos detalles sobre la salud de sus **ojos**
(E: Si PAM es invidente no diligencie las preguntas 845 a 850)

845	(NO APLICA A PROXI) En general, ¿cómo diría que es su visión, de lejos o de cerca, sin importar que utilice gafas?	Muy buena Buena Regular Mala Muy mala No responde No sabe	1 2 3 4 5 8 9																
846	¿Usa usted anteojos, gafas, o lentes de contacto (o ambos) para ver de lejos o de cerca?	Sí No No responde No sabe	1 → 848 2 8 } 848 9 }																
847	¿Cuáles son las razones por las que NO usa los anteojos gafas o lentes de contacto? (E: NO LEA. RM)	El médico no lo indicó No le autorizaron los anteojos o lentes de contacto No hay tratamiento disponible en la EPS o IPS Son muy caros o no tiene como pagarlos No tenía quien lo llevara Sitio donde puede conseguirlos es muy lejos Tuvo problemas de transporte Mucho trámite en EPS/IPS Responsabilidades familiares (tiene que cuidar a alguien) No quiso usarlos Creyó que no los necesitaba Siente que no los tiene bien adaptados No responde No sabe	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 98 99																
848	Alguna vez un médico le ha indicado que requiere (E: LEA. RM)	<div> <div>1. Colocación lentes intraoculares (dentro del ojo)</div> <div>2. Tratamiento por glaucoma</div> <div>3. Operación de cataratas →</div> </div>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NR</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table> <div>↓</div> <div>849</div>	Sí	No	NR	NS	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9
Sí	No	NR	NS																
1	2	8	9																
1	2	8	9																
1	2	8	9																
849	(E: Realice si en pregunta anterior respuesta si (1) en cataratas de lo contrario pase a 851) ¿Pudo hacerse la cirugía de catarata?	Sí No No responde No sabe	1 → 851 2 8 } 851 9 }																

850	¿Cuáles fueron las razones por las que no pudo hacerse la cirugía? (E: NO LEA. RM)	No le autorizaron la cirugía	01
		No hay tratamiento disponible en la EPS o IPS	02
		Es muy cara o no tiene como pagar	03
		No tenía quien lo llevara	04
		Sitio donde la hacen es muy lejos	05
		Tuvo problemas de transporte	06
		Mucho trámite en EPS/IPS	07
		Responsabilidades familiares (tiene que cuidar a alguien)	08
		No quiso hacerse la cirugía	09
		Creyó que no la necesitaba	10
		No responde	98
		No sabe	99
Ahora quiero saber algunos detalles sobre la salud de sus oídos			
851	¿Puede oír suficientemente bien para usar el teléfono, sin importar si usa audífonos?	Sí	1
		No	2
		No responde	8
		No sabe	9
852	(NO APLICA A PROXI) ¿Puede oír suficientemente bien para mantener una conversación en una habitación llena de gente?	Sí	1
		No	2
		No responde	8
		No sabe	9
853	Tiene problemas auditivos	Sí	1
		No	2
		No responde	8
		No sabe	9
854			
853a	(NO APLICA A PROXI) ¿Siente que sus problemas auditivos le dificultan su vida personal o social?	Sí	1
		No	2
854	¿Usa usted algún tipo de aparato (como audífono) para oír?	Sí	1 → 856
		No	2
		No responde	8
		No sabe	9
856			
855	¿Cuáles son las razones para no usar el aparato o audífono? (E: NO LEA. RM)	El médico no lo indicó	01
		No le autorizaron el audífono o aparato	02
		No hay tratamiento disponible en la EPS o IPS	03
		Son muy caros o no tiene como pagarlos	04
		No tenía quien lo llevara	05
		Sitio donde puede conseguirlos es muy lejos	06
		Tuvo problemas de transporte	07
		Mucho trámite en EPS/IPS	08
		Responsabilidades familiares (tiene que cuidar a alguien)	09
		No quiso usarlo	10
		Creyó que no los necesitaba	11
		Siente que no los tiene bien adaptados	12
		No responde	98
		No sabe	99

Salud bucal (NO APLICA A PROXI preguntas 856 a 861)

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de su **boca** y sus **dientes**.

856	Por favor dígame, ¿Tiene dientes o muelas naturales en la parte superior ? (E: Registre la respuesta en el siguiente cuadro, los números en las opciones de respuesta se refieren a número de dientes y muelas naturales que la persona adulta mayor le dice que tiene)			
	Superior Se refiere a la parte de arriba de la boca	Si, De 1 a 5 <input type="text" value="1"/>	Si, De 6 a 10 <input type="text" value="1"/>	Si, 11 y mas <input type="text" value="1"/>
856a	Por favor dígame, ¿Tiene dientes o muelas naturales en la parte inferior ? (E: Registre la respuesta en el siguiente cuadro, los números en las opciones de respuesta se refieren a número de dientes y muelas naturales que la persona adulta mayor le dice que tiene)			
	Inferior se refiere a la parte de abajo de la boca	Si, De 1 a 5 <input type="text" value="1"/>	Si, De 6 a 10 <input type="text" value="1"/>	Si, 11 y mas <input type="text" value="1"/>

Haga las preguntas tal como se encuentran escritas en el cuestionario y tenga en cuenta lo siguiente:

- Se entiende como Prótesis dental a la Caja de Dientes, a las Prótesis o las Chapas.
- Se entiende como prótesis fija a los puentes o prótesis que no se pueden quitar y poner.

Se entiende como Implantes a los tornillos de agarre de una prótesis.

857	<p>¿Tiene alguna de las siguientes prótesis dentales en la parte superior de su boca (Prótesis fija, Prótesis removible parcial, Prótesis removible total o Implantes)?</p> <p>(E: LEA. RM. Marque la opción correspondiente a la respuesta del encuestado en el siguiente cuadro)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Prótesis fija</th> <th>Prótesis removible parcial</th> <th>Prótesis removible total</th> <th>implantes</th> <th>Ninguna</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table>	Prótesis fija	Prótesis removible parcial	Prótesis removible total	implantes	Ninguna	1	2	3	4	7														
Prótesis fija	Prótesis removible parcial	Prótesis removible total	implantes	Ninguna																					
1	2	3	4	7																					
858	<p>¿Tiene alguna de las siguientes prótesis dentales en la parte inferior de su boca (Prótesis fija, Prótesis removible parcial, Prótesis removible total o Implantes)?</p> <p>(E: LEA. RM. Marque la opción correspondiente a la respuesta del encuestado en el siguiente cuadro)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Prótesis fija</th> <th>Prótesis removible parcial</th> <th>Prótesis removible total</th> <th>Implantes</th> <th>Ninguna</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table>	Prótesis fija	Prótesis removible parcial	Prótesis removible total	Implantes	Ninguna	1	2	3	4	7														
Prótesis fija	Prótesis removible parcial	Prótesis removible total	Implantes	Ninguna																					
1	2	3	4	7																					
859	<p>(E: No realice si en las preguntas: 857 y 858 respuesta Ninguna, pase a 861)</p> <p>¿Hace cuánto tiempo tiene la prótesis dental actual?</p> <p>(E: NO LEA. RU)</p> <p>(E: Sí la PAM tiene dos o más prótesis hablaremos de la actual)</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Menos de 5 años</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>De 6 a 10 Años</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Más de 11 Años</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>	Menos de 5 años	1	De 6 a 10 Años	2	Más de 11 Años	3	No responde	8	No sabe	9														
Menos de 5 años	1																								
De 6 a 10 Años	2																								
Más de 11 Años	3																								
No responde	8																								
No sabe	9																								
860	<p>(E: No realice si en las preguntas: 857 y 858 respuesta Ninguna, pase a 861)</p> <p>Por favor dígame, ¿Qué utiliza para limpiar (asear) su prótesis dental?</p> <p>(E: NO LEA. RM)</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Cepillo</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>Crema dental</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>Seda dental</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>Jabón</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>Palillos</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>Bicarbonato</td> <td>06</td> </tr> <tr> <td>Carbón – ceniza</td> <td>07</td> </tr> <tr> <td>Sal</td> <td>08</td> </tr> <tr> <td>Hierbas</td> <td>09</td> </tr> <tr> <td>Otro, ¿Cuál? _____</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>99</td> </tr> </tbody> </table>	Cepillo	01	Crema dental	02	Seda dental	03	Jabón	04	Palillos	05	Bicarbonato	06	Carbón – ceniza	07	Sal	08	Hierbas	09	Otro, ¿Cuál? _____	10	No responde	98	No sabe	99
Cepillo	01																								
Crema dental	02																								
Seda dental	03																								
Jabón	04																								
Palillos	05																								
Bicarbonato	06																								
Carbón – ceniza	07																								
Sal	08																								
Hierbas	09																								
Otro, ¿Cuál? _____	10																								
No responde	98																								
No sabe	99																								
861	<p>Sin importar que tenga o no, ¿Considera usted que necesita una prótesis dental?</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>	Sí	1	No	2	No responde	8	No sabe	9																
Sí	1																								
No	2																								
No responde	8																								
No sabe	9																								

Índice de evaluación de la salud oral geriátrica (GOHA) (NO APLICA A PROXI preguntas 862 a 873)						
Encuestador:						
Haga las preguntas tal como se encuentran escritas en el cuestionario y tenga en cuenta lo siguiente:						
<ul style="list-style-type: none"> • Se entiende como dentadura los dientes, las muelas naturales y las encías. • Se entiende como prótesis a la caja de dientes, a las prótesis dentales o las chapas. • Para cada ítem lea las opciones de respuesta, (escala) 						
(E: Mencione los nombres de los meses previo a la aplicación de la encuesta)						
En los últimos 3 meses, con qué frecuencia...		Siempre	Casi siempre	Con frecuencia	Casi nunca	Nunca
862	Tuvo que cambiar la cantidad o la clase de alimentos por problemas con su dentadura o prótesis.	1	2	3	4	5
863	Fue difícil morder o masticar algún alimento porque estaba duro	1	2	3	4	5
864	Pudo pasar o tragar los alimentos sin problema.	5	4	3	2	1
865	La dentadura o prótesis no lo dejaban hablar bien.	1	2	3	4	5
866	Pudo comer cualquier cosa sin molestias.	5	4	3	2	1
867	Limitó relacionarse o tener contacto con la gente debido al estado de su dentadura o prótesis.	1	2	3	4	5
868	Le gustó cómo se ve su dentadura o prótesis.	5	4	3	2	1
869	Usó medicinas para calmar dolor o molestias en la boca.	1	2	3	4	5
870	Tuvo preocupación por problemas con su dentadura o prótesis.	1	2	3	4	5
871	Se sintió tímido o cohibido por problemas con su dentadura o prótesis	1	2	3	4	5
872	Le incomodó comer delante de otras personas por problemas con su dentadura o prótesis.	1	2	3	4	5
873	¿Sintió molestias en su dentadura, al comer o beber cosas calientes, frías o dulces?	1	2	3	4	5

Caídas y temor a caer	
Ahora le voy a preguntar sobre las caídas, el tipo de caída que ha sufrido, cuantas veces le ha sucedido y qué consecuencia tuvo para usted.	
874	En el último año, ¿se ha caído al piso?
Sí 1 ¿Cuántas veces? Número de veces: _____ No 2 → 879	
875	¿En qué lugar/es se ha caído? (E: LEA. RM)
En la casa 1 En la calle (por ejemplo vías, andenes, parques) 2 En otro sitio (hospital, casa de vecinos o parientes, centro comercial) 3 No responde 8 No sabe 9	

876	En la última caída, ¿necesitó ayuda de otra persona para levantarse?	Sí No No responde No sabe	1 2 8 9
877	¿Por alguna caída en el último año tuvo necesidad de consultar o haber sido asistido por enfermera o médico, en consultorio, puesto de salud, o urgencias?	Sí No No responde No sabe	1 2 8 9
878	A consecuencia de una caída en el último año, estuvo usted incapacitado para... (E: LEA. RM) (E: Incapacitado significa que no lo pudo hacer)	Caminar dentro de la casa Hacer oficio en la casa Actividades fuera de casa No estuvo incapacitado No responde No sabe	1 2 3 4 8 9
879	¿Tiene miedo a caer?	Mucho Regular Poco Ninguno No responde No sabe	1 2 3 4→881 8 9
880	Por miedo a caer, ¿ha suspendido alguna actividad que usualmente realizaba?	Sí No No responde No sabe	1 2 8 9

Maltrato, abuso y discriminación (NO APLICA A PROXI preguntas 881 a 891)

Ahora vamos a hablar sobre el trato que generalmente usted recibe

(E: Trate de asegurar que no haya presencia de otras personas, busque privacidad, con esto evita sesgo en respuestas u omisión de las mismas)

881	¿Usted se ha sentido rechazado o discriminado(a) por su...? (E: LEA. RM)	Etnia/raza	Sí	No	NA	NR	NS
		Religión	1	2		8	9
		Edad	1	2		8	9
		Estrato socioeconómico	1	2		8	9
		Género (Masculino- femenino)	1	2		8	9
		Orientación sexual	1	2		8	9
		Discapacidad	1	2	7	8	9
		Víctima de desplazamiento	1	2	7	8	9
881a	Pensando en su infancia y cuando iba a la escuela y al colegio ¿alguna vez se sintió rechazado, discriminado, tratado mal o de manera injusta por su color de piel? (E: LEA. RU)	Muchas veces			1		
		Algunas veces			2		
		Pocas veces			3		
		Nunca			4		
		No responde			8		
		No sabe			9		

881b	Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre algunas de sus experiencias personales.						
	En los últimos 5 años en algún momento usted se ha sentido discriminado o tratado de manera injusta por su color de piel en las siguientes situaciones:						
		Muchas veces	Algunas veces	Pocas veces	Nunca	NR	NS
	1. En reuniones o en actividades de grupos	1	2	3	4	8	9
	2. En lugares públicos (como en la calle, plazas, centros comerciales o mercado, centro recreativos, transporte)	1	2	3	4	8	9
3. Dentro de su familia	1	2	3	4	8	9	
4. En centros de salud, clínicas u hospitales	1	2	3	4	8	9	
882	¿Ha sentido un trato injusto por el hecho de ser persona adulta mayor por parte de...?						
	(E: Lea cada frase seguida de las opciones de respuesta)						
		Siempre	algunas veces	Nunca	NR	NS	
	Otras personas en su barrio	1	2	3	8	9	
	Su familia	1	2	3	8	9	
Al acudir al consultorio, hospital, etc.	1	2	3	8	9		
Al solicitar servicios públicos	1	2	3	8	9		
883	En los últimos tres meses, ¿Ha experimentado alguna de las siguientes situaciones por parte de los miembros de su familia, hogar o convivientes?						
	(E: Lea cada frase seguida las opciones de respuesta)						
		Siempre	algunas veces	Nunca	NR	NS	
	1. Comportamientos irrespetuosos, deshonrosos o insultantes	1	2	3	8	9	
	2. Uso indebido de medicamentos (abuso o negación de medicamentos en las dosis indicadas por el médico)	1	2	3	8	9	
	3. Gritos o insultos	1	2	3	8	9	
	4. Maltrato físico	1	2	3	8	9	
	5. Agresiones sexuales	1	2	3	8	9	
	6. Privación de contactos sociales	1	2	3	8	9	
	7. Abandono de sus parientes (no proveer alimentos, vestido, atención médica o higiene personal)	1	2	3	8	9	
	8. No proporcionar recursos extras cuando estos se necesitan	1	2	3	8	9	
	9. Ser llevado a un ancianato o asilo	1	2	3	8	9	
	10. Le han dejado solo por largos tiempos, días o semanas	1	2	3	8	9	
11. Abuso económico	1	2	3	8	9		
884	(E: Aplique si pregunta anterior código 1 (Si) ó 2 (algunas veces) en abuso económico, de lo contrario pase a 885)						
	¿Cuáles de las siguientes situaciones lo han afectado, en cuanto abuso económico?	Uso ilegal o indebido, o apropiación de su propiedad o finanzas personales					1
		Modificación forzada de su testamento u otros documentos jurídicos					2
		Negación del derecho de acceso y control sobre sus fondos personales					3
		Fraude, chantaje, estafa					4
		Otro, ¿Cuál? _____					5
(E: LEA. RM)	No responde					8	
	No sabe					9	

885	En el último año ¿ha sido insultado o maltratado por un extraño?	Sí	1				
		No	2				
		No responde	8				
		No sabe	9				
886	En el último año, ¿fue robado por un extraño?	Sí	1				
		No	2				
		No responde	8				
		No sabe	9				
887	En el último año, ¿ha sido golpeado, herido o lastimado , por un extraño?	Sí	1				
		No	2				
		No responde	8				
		No sabe	9				
888	(E: Realice si en cualquiera de las preguntas: 885, 886 u 887 respuesta Sí, de lo contrario pase a 891) ¿Por alguna situación de maltrato, insulto, robo o ataque... buscó ayuda?	Sí	1	890			
		No	2				
		No responde	8				
		No sabe	9				
889	¿A quién o a quiénes acudió para buscar ayuda? (E: NO LEA. RM)	A una Inspección de policía o fiscalía	1	891			
		Servicio de salud	2				
		Iglesia	3				
		A un familiar	4				
		Amigos	5				
		No responde	8				
		No sabe	9				
890	¿Por qué motivo no buscó ayuda cuando recibió maltrato, ya fuera de un extraño o un familiar? (E: NO LEA. RM)	No sabe a dónde ir	1				
		Vergüenza y humillación	2				
		Es parte de la vida (normal)	3				
		Siente que merece el maltrato	4				
		Miedo a que lo abandonen	5				
		Miedo de seguir siendo maltratado	6				
		No cree en la justicia	7				
		No responde	8				
		No sabe	9				
891	Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre situaciones que usted pudo haber observado.						
	Pensando en lo que le pudo haber sucedido a otra persona de su misma edad, ¿usted ha presenciado situaciones en las que otra persona ha sido discriminada, tratada mal o injustamente por						
		Muchas veces	Algunas veces	Pocas veces	Nunca	NR	NS
	1. ¿Su color de piel?	1	2	3	4	8	9
	2. ¿Por su edad?	1	2	3	4	8	9

IX. USO Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Uso y acceso a servicios

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre los servicios de salud.

901	<p>En los últimos 4 meses, al hacer los trámites para la atención médica, ¿cómo considera usted que ha sido el servicio?</p> <p>(E: LEA. RU)</p>	<table> <tr><td>Muy Bueno</td><td>1</td></tr> <tr><td>Bueno</td><td>2</td></tr> <tr><td>Regular</td><td>3</td></tr> <tr><td>Malo</td><td>4</td></tr> <tr><td>Muy malo</td><td>5</td></tr> <tr><td>No ha requerido</td><td>6</td></tr> <tr><td>No responde</td><td>8</td></tr> <tr><td>No sabe</td><td>9</td></tr> </table>	Muy Bueno	1	Bueno	2	Regular	3	Malo	4	Muy malo	5	No ha requerido	6	No responde	8	No sabe	9																		
Muy Bueno	1																																			
Bueno	2																																			
Regular	3																																			
Malo	4																																			
Muy malo	5																																			
No ha requerido	6																																			
No responde	8																																			
No sabe	9																																			
902	<p>Durante los últimos 30 días, ¿usted ha tenido algún problema de salud?</p>	<table> <tr><td>Sí</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>2</td></tr> <tr><td>No responde</td><td>8</td></tr> <tr><td>No sabe</td><td>9</td></tr> </table>	Sí	1	No	2	No responde	8	No sabe	9																										
Sí	1																																			
No	2																																			
No responde	8																																			
No sabe	9																																			
903	<p>Por alguno de los problemas de salud que ha tenido en los últimos 30 días, ¿ha consultado o buscado ayuda?</p>	<table> <tr><td>Sí</td><td>1</td><td>¿Cuántas veces? __ __ </td><td>→ 905</td></tr> <tr><td>No</td><td>2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>No responde</td><td>8</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>No sabe</td><td>9</td><td></td><td></td></tr> </table>	Sí	1	¿Cuántas veces? __ __	→ 905	No	2			No responde	8			No sabe	9																				
Sí	1	¿Cuántas veces? __ __	→ 905																																	
No	2																																			
No responde	8																																			
No sabe	9																																			
904	<p>¿Cuál fue la principal razón para NO consultar o buscar ayuda?</p> <p>(E: NO LEA. RU)</p> <p>(Escuche al encuestado y señale la opción que más se acerque a lo mencionado por él)</p>	<table> <tr><td>Caso leve</td><td>01</td></tr> <tr><td>Falta de tiempo</td><td>02</td></tr> <tr><td>El servicio queda lejos</td><td>03</td></tr> <tr><td>Transporte muy costoso</td><td>04</td></tr> <tr><td>Servicio muy costoso</td><td>05</td></tr> <tr><td>Fue pero no lo atendieron</td><td>06</td></tr> <tr><td>Servicio de mala calidad</td><td>07</td></tr> <tr><td>No confía en médicos</td><td>08</td></tr> <tr><td>Muchos trámites</td><td>09</td></tr> <tr><td>No sabe dónde prestan el servicio</td><td>10</td></tr> <tr><td>Horarios de consulta no le sirven</td><td>11</td></tr> <tr><td>Demora en la asignación de citas</td><td>12</td></tr> <tr><td>Demora en la atención en el sitio</td><td>13</td></tr> <tr><td>No sabía que tenía derecho</td><td>14</td></tr> <tr><td>No está afiliado</td><td>15</td></tr> <tr><td>No responde</td><td>98</td></tr> <tr><td>No sabe</td><td>99</td></tr> </table>	Caso leve	01	Falta de tiempo	02	El servicio queda lejos	03	Transporte muy costoso	04	Servicio muy costoso	05	Fue pero no lo atendieron	06	Servicio de mala calidad	07	No confía en médicos	08	Muchos trámites	09	No sabe dónde prestan el servicio	10	Horarios de consulta no le sirven	11	Demora en la asignación de citas	12	Demora en la atención en el sitio	13	No sabía que tenía derecho	14	No está afiliado	15	No responde	98	No sabe	99
Caso leve	01																																			
Falta de tiempo	02																																			
El servicio queda lejos	03																																			
Transporte muy costoso	04																																			
Servicio muy costoso	05																																			
Fue pero no lo atendieron	06																																			
Servicio de mala calidad	07																																			
No confía en médicos	08																																			
Muchos trámites	09																																			
No sabe dónde prestan el servicio	10																																			
Horarios de consulta no le sirven	11																																			
Demora en la asignación de citas	12																																			
Demora en la atención en el sitio	13																																			
No sabía que tenía derecho	14																																			
No está afiliado	15																																			
No responde	98																																			
No sabe	99																																			
905	<p>¿Recibió de su servicio de salud la atención solicitada para los problemas de salud que ha presentado?</p>	<table> <tr><td>Sí</td><td>1 → 907</td></tr> <tr><td>No</td><td>2</td></tr> </table>	Sí	1 → 907	No	2																														
Sí	1 → 907																																			
No	2																																			

906	¿Cuál fue la razón principal para NO recibir la atención solicitada en su servicio de salud usual? (E: LEA. RU)	No lo cubría el plan de afiliación	01			
		Se negaron a prestarle el servicio	02			
		No pudo pagar por el servicio requerido	03			
		No lo identificaron como un problema a ser atendido	04			
		Fue pero no lo atendieron	05			
		No consiguió cita	06			
		Le dieron cita para una fecha lejana	07			
		No había médico o enfermera disponible	08			
		No responde	98			
		No sabe	99			
907	La última vez que buscó ayuda por asuntos relacionados con la salud, o porque se sintió enfermo ¿A quién consultó? (E: LEA. RU)	Médico general o especialista	01			
		Enfermero	02			
		Dentista, optómetra	03			
		Fisioterapeuta, fonoaudiólogo o terapeuta ocupacional	04			
		Farmacéuta o personal de droguería	05			
		Acupunturista, bioenergética, naturista o similar	06			
		Curandero, tegua, brujo	07			
		Amigo, familiar, vecino o conocido	08			
		No responde	98			
		No sabe	99			
908	En los últimos 12 meses, ¿Ha sido tratado o evaluado por:		Sí	No	NR	NS
		Nutrición	1	2	8	9
		Psicología	1	2	8	9
		Odontología	1	2	8	9
		Terapia física	1	2	8	9
		Terapia ocupacional	1	2	8	9
		Trabajo social	1	2	8	9
		Optometría	1	2	8	9
909	La última vez que buscó ayuda por asuntos relacionados con su salud, ¿ Dónde consultó? (E: LEA. RU)	Hospital, o clínica del gobierno	01			
		Centro o puesto de salud del gobierno	02			
		Hospital o clínica privada	03			
		Centro de atención de una EPS/EPS-S	04			
		Consultorio particular	05			
		Servicios de atención pre-hospitalaria	06			
		En el trabajo, estudio u otro espacio	07			
		En una droguería	08			
		Solicito atención domiciliaria de urgencia	09			
		Sitio acupunturista, bioenergética naturista o similar	10			
		Sitio de curandero, tegua o similar	11			
		No responde	98			
		No sabe	99			
910	En los últimos 4 meses, ¿Cuántas veces fue a una consulta relacionada con su salud?	Número de veces _____				
911	En la última consulta, independiente de cuándo haya sido , ¿le formularon medicamentos o remedios?	Sí	1	} 914		
		No	2			
		No responde	8			
		No sabe	9			

912	¿Pudo obtener los medicamentos o remedios recetados? (E: LEA. RU)	Sí, todos Algunos sí y otros no No, Ninguno No responde No sabe	1→915 2 3 8 9
913	¿Por qué no pudo obtener todos los medicamentos? (E: NO LEA. RM)	Medicamentos caros/costosos No los cubre la EPS No tenía transporte Medicamentos no disponibles No responde No sabe	1 2 3 4 8 9
914	Cuando su servicio de salud no tiene los medicamentos disponibles al usted consultar, ¿le envían los medicamentos en los siguientes 3 días a su casa? (E: LEA. RU)	Sí, todos Algunos sí y otros no No, Ninguno No responde No sabe	1 2 3 8 9
915	¿En la última consulta le solicitaron exámenes de laboratorio?	Sí No No responde No sabe	1 2 8 9
916	¿En la última consulta Le solicitaron radiografías, ecografía o tomografía?	Sí No No responde No sabe	1 2 8 9
917	(E: Si en preguntas 915 y 916 ambas respuestas son NO, pase a hospitalizaciones) ¿Pudo realizarse los exámenes de laboratorio o las radiografías? (E: LEA. RU)	Sí, todos Algunos sí y otros no No se los hizo todos, pero está programado No No responde No sabe	1→919 2→918 3→919 4 8 9 } 918
918	¿Cuáles fueron las razones por las cuales no pudo realizarse los exámenes de laboratorio o radiografías? (E: NO LEA, RM)	Exámenes caros/costosos No los cubre el seguro No tenía transporte Exámenes no estaban disponibles en el lugar donde vive Otro, ¿Cuál? _____ No responde No sabe	1 2 3 4 5 8 9

Hospitalizaciones

Ahora le voy a preguntar sobre si ha estado hospitalizado o ha permanecido por **más de 24 horas** en un hospital/clínica para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad)

919	En el último año, ¿ha estado hospitalizado?	Sí No No responde No sabe	1 2→922 8 9
920	Durante el último año ¿Cuántas veces estuvo hospitalizado una o más noches?	Número de veces _____	

921	En total ¿cuántas noches estuvo hospitalizado la última vez?	Número de noches _____
Ahora le voy a preguntar por la asistencia a servicios de prevención o a consultas para revisión sin estar enfermo		
922	Sin estar enfermo , ¿usted busca los servicios de salud por lo menos una vez al año?	Sí 1 No 2 No responde 8 No sabe 9
923	(E: No aplique si pregunta 141 código respuesta (5) = No afiliado. Pase al capítulo X) ¿Participa en los programas de actividad física o ejercicio de su servicio de salud o EPS?	Sí 1 → Capítulo X No 2 No responde 8 No sabe 9
924	¿Cuáles son los motivos para no participar en el programa? (E: NO LEA. RM)	No tienen el servicio 01 El médico no lo envió o remitió 02 No tuvo dinero 03 No tenía quien lo llevara 04 Es muy lejos 05 Tuvo problemas de transporte 06 Mucho trámite en EPS/IPS 07 Responsabilidades familiares (tiene que cuidar a alguien) 08 No quiso ir 09 Creyó que no lo necesitaba 10 No responde 98 No sabe 99

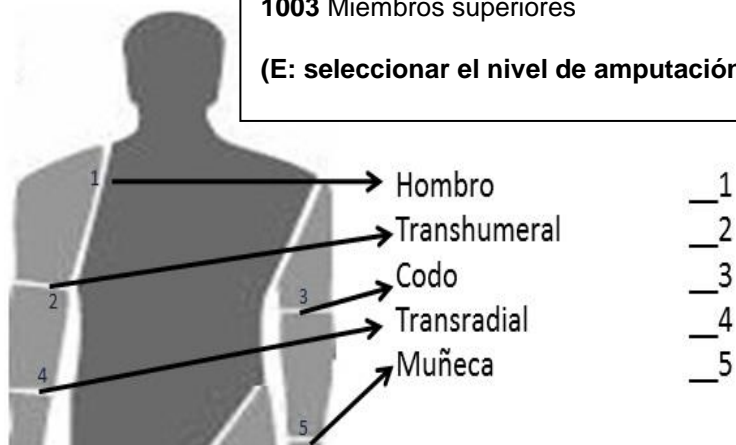
X. ANTROPOMETRIA Y VALORACION FUNCIONAL

Amputaciones

1001	¿Tiene alguna amputación?	Sí	1
		No	2 → 1005
1002	(E: Identifique el lado donde está la amputación. RU)	Lado derecho	1
		Lado izquierdo	2
		Ambos lados	3

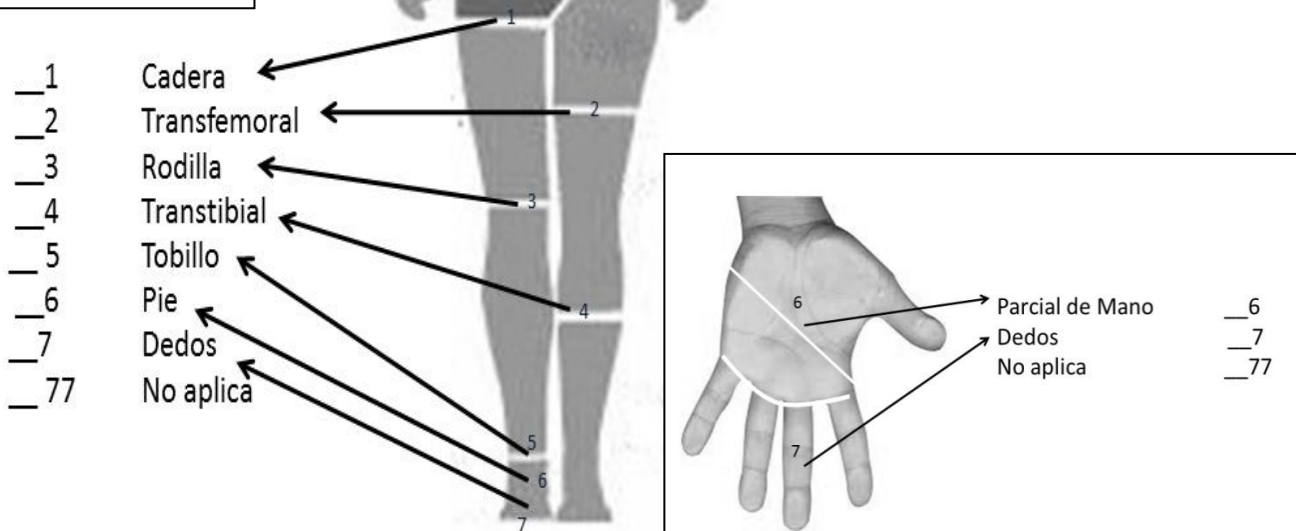
1003 Miembros superiores

(E: seleccionar el nivel de amputación)



1004 Miembros inferiores

(E: seleccionar el nivel de amputación)



Medidas antropométricas (E: Las medidas de la 1005 a la 1010 se deben tomar exclusivamente a la PAM, con o sin PROXI) (E: Pídale a la PAM que se quite los objetos innecesarios: zapatos, chaquetas, monedas, llaves)		
1005	PESO (E: coloque la balanza en un sitio nivelado y firme, Active la balanza y ubíquese a la derecha) LEA: Por favor, suba a la balanza colocando ambos pies con cuidado sobre las huellas dibujadas en la plataforma y sin inclinarse hacia los lados.	Peso Primera Medición _____._____ Kgs Segunda Medición: _____._____ Kgs No aplica 777
1006	TALLA (E: Localice una pared recta y en ángulo de 90 grados con respecto al piso para tomarla como referencia, verifique la posición del participante) LEA: Por favor colóquese de pie y de espaldas contra la pared	Talla: _____._____ Cms No aplica 777
1007	CIRCUNFERENCIA DE CINTURA (E: Párese frente al participante y pídale que descubra la cintura, este en posición relajada y tome la medición)	Cintura: _____._____ Cms No aplica 777
1008	CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (E: Verifique que tenga la cinta métrica disponible y la posición (de pie o sentado) y relajada del participante) LEA: Por favor descubra la pantorrilla de la pierna que tomará la medida.	Circunferencia de Pantorrilla: _____._____ Cms No aplica 77 Izquierda____ Derecha____
1009	ALTURA DE RODILLA (E: Verifique que tenga el caliper disponible y la posición correcta y cómoda del participante) LEA: Por favor descubra la pantorrilla de la pierna en que tomará la medida.	Altura de rodilla: _____._____ Cms No aplica 77 Izquierda____ Derecha____
1010	CIRCUNFERENCIA BRAQUIAL (E: Verifique que tenga la cinta métrica disponible y la posición correcta y cómoda del participante) LEA: Por favor descubra el antebrazo en que tomará la medida.	Circunferencia braquial: _____._____ Cms No aplica 77 Izquierda____ Derecha____

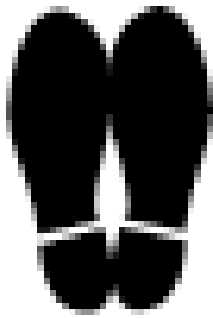

Escala corta de valoración funcional SPPB


(E: Estos ejercicios se realizan exclusivamente a la PAM, con o sin PROXI)

(E: Esta escala se compone de tres ejercicios, el primero (Prueba de equilibrio) y el segundo (Prueba de velocidad de la marcha) se realizan a continuación a todas las PAM encuestadas. El tercero (Prueba de incorporarse a una silla) se realiza en el Capítulo XII y es parte de la Submuestra)

1. Ejercicio de equilibrio

➡ Ahora le voy hacer unos ejercicios relacionadas con su equilibrio y la estabilidad de su cuerpo. Quiero que trate de hacer diferentes movimientos, si no puede hacer un movimiento en particular o siente que sería peligroso tratar de hacerlo dígamelo y pasamos al siguiente. Insisto en que no quiero que trate de hacer cualquier ejercicio que Ud. considere que puede ser peligroso. ¿Tiene alguna pregunta antes de empezar?

1011	<p>(1.1) Pies juntos</p> <p>Instrucciones: Ahora quiero que trate de permanecer de pie con sus pies juntos por 10 segundos, por favor observe mientras lo hago. Puede utilizar sus brazos, doblar las rodillas o mover su cuerpo para mantener su equilibrio. Intente mantener su posición hasta que yo le diga pare.</p> <p>(E: haga demostración. Si la persona es incapaz de mantener la posición durante 10 segundos, registre el resultado y continúe con P1011a)</p>	 <p>Mantiene 10 seg. 1 Punto → 1012 No mantiene 10 seg. 0 Puntos No lo Intenta: 0 Puntos</p>
1011a	<p>(E: Si el participante no intentó el ejercicio o falló, señale por qué)</p> <p>(E: LEA. RU)</p>	<p>Intentó pero no fue capaz 1 No puede mantener la posición sin ayuda 2 No lo intentó, Ud. (encuestador) se sintió inseguro 3 No lo intentó, la PAM se sintió inseguro 4 la PAM no entiende las instrucciones 5 Otro, ¿Cuál? _____ 6 Se negó 7</p> <p style="text-align: right;">} 1014</p>
1012	<p>(1.2) Un pie al lado del otro</p> <p>Instrucciones: Ahora yo quiero que trate de permanecer de pie. Con el talón AL LADO de uno de los pies, toque los dedos del otro pie y mantenga esta posición por 10 segundos. Por favor observe la forma como yo lo hago. Encuestador: haga demostración.</p> <p>(E: haga demostración. Si la persona es incapaz de mantener la posición durante 10 segundos, registre el resultado y continúe con P1012a)</p>	 <p>Mantiene 10 seg. 1 Punto → 1013 No mantiene 10 seg. 0 Puntos No lo Intenta: 0 Puntos</p>

1012a	<p>Si el participante no intentó la prueba o falló, señale por qué</p> <p>(E: LEA. RU)</p>	<p>Intentó pero no fue capaz 1</p> <p>No puede mantener la posición sin ayuda 2</p> <p>No lo intentó, Ud. (encuestador) se sintió inseguro 3</p> <p>No lo intentó, la PAM se sintió insegura 4</p> <p>La PAM no entiende las instrucciones 5</p> <p>Otro, ¿Cuál? _____ 6</p> <p>Se negó 7</p>	<p>1014</p>
1013	<p>(1.3) Un pie delante del otro</p> <p>Instrucciones: Ahora yo quiero que ponga los pies en línea o sea el talón de un pie delante de la punta del otro pie, por 10 segundos. Por favor observe la forma como yo lo hago</p> <p>(E: haga demostración. Si la persona es incapaz de mantener la posición menos de 3 segundos, registre el resultado y continúe con P1013a)</p>	 <p>Mantiene 10 segundos 2 Puntos →1014</p> <p>Mantiene de 3 a 9.99 segundos 1 Punto →1014</p> <p>No mantiene < 3 segundos 0 Puntos</p> <p>No lo Intenta 0 Puntos</p>	
1013a	<p>(E: Si el participante no intentó el ejercicio o falló, señale por qué)</p> <p>(E: LEA. RU)</p>	<p>Intentó pero no fue capaz 1</p> <p>No puede mantener la posición sin ayuda 2</p> <p>No lo intentó, Ud. (encuestador) se sintió inseguro 3</p> <p>No lo intentó, la PAM se sintió insegura 4</p> <p>La PAM no entiende las instrucciones 5</p> <p>Otro, ¿Cuál? _____ 6</p> <p>Se negó 7</p>	1014
<p>2. Ejercicio de velocidad de la marcha</p> <p>Ahora le voy hacer unos ejercicios para ver la velocidad a la que Ud camina.</p> <p>(E: Tome la medida de los 3 metros con la cadena y señale el principio y el final con la cinta)</p>			
1014	<p>Instrucciones:</p> <p>Este es nuestro trayecto de marcha. Si usted usa bastón u otra ayuda y quiere usarlo, puede hacerlo. Quiero que camine como lo hace usualmente hasta el final del camino. Camine todo el trayecto sin detenerse. Yo caminaré con usted. ¿Está listo?</p> <p>(E: haga demostración. Si la persona es incapaz de caminar sobre el trayecto, registre el resultado y continúe con P1014a)</p>	<p>PRIMER EJERCICIO:</p> <p>1 Tiempo para caminar tres (3) metros</p> <p> _ _ _ ' _ _ _ '' _ _ _ →1014b MIN SEC MIL. SEC </p> <p>2 Incapaz de caminar o NO completó el ejercicio</p>	
1014a	<p>(E: Si la persona no intentó el ejercicio o no lo completó, señale por qué)</p>	<p>Intentó pero no fue capaz 1</p> <p>No podía caminar sin ayuda 2</p> <p>No lo intentó, Ud. (encuestador) se sintió inseguro 3</p> <p>No lo intentó, la PAM se sintió insegura 4</p> <p>La PAM no entiende las instrucciones 5</p> <p>Otro, ¿Cuál? _____ 6</p> <p>Se negó 7</p>	1101

1014b	(E: Registre si la PAM utilizó algún tipo de ayuda para caminar)	Ninguna Bastón Otra, ¿Cuál? _____	1 2 3
1015	Ahora quiero repetir el ejercicio. Recuerde que debe caminar a su ritmo habitual, llegar hasta el final y cruzar la cinta o señal (E: haga demostración. Si la persona es incapaz de caminar sobre el trayecto, registre el resultado y continúe con P1015a)	SEGUNDO EJERCICIO: 1 Tiempo para caminar tres (3) metros _ _ ' _ _ ' _ _ ' → 1015b MIN SEC MIL. SEC 2 Incapaz de caminar o NO completó el ejercicio	
1015a	(E: Si la persona no intentó el SEGUNDO ejercicio o no lo completó, señale por qué)	Intentó pero no fue capaz No podía caminar sin ayuda No lo intentó, Ud. (encuestador) se sintió inseguro No lo intentó, la PAM se sintió insegura la PAM no entiende las instrucciones Otro, ¿Cuál? _____ Se negó	1 2 3 4 5 6 7 } 1101
1015b	(E: Registre si la PAM utilizó algún tipo de ayuda para caminar)	Ninguna Bastón Otra, ¿Cuál? _____	1 2 3

XI. ENLACE SUBMUESTRAS ENCUESTA

1101	¿Hay alguna persona que le ayude a bañarse, y/o vestirse y/o alimentarse?	Si No No responde No sabe	1 → Activar CF 2 8 → 1102 9 → 1102
1101a	¿Hay alguna persona que le ayude a realizar diligencias bancarias, asistir a citas médicas o tomar transporte y/o cocinar y/o hacer compras?	Si No No responde No sabe	1 → Activar CF 2 8 → 1102 9 → 1102
1101b	¿Hay una persona que lo acompañe a la mayoría de actividades sociales y/o de recreación que usted realiza? Excluya chofer y/o guardaespaldas	Si No No responde No sabe	1 → Activar CF 2 8 → 1102 9 → 1102
*1102	¿La persona adulta mayor fue seleccionada para la SUBMUESTRA DE BIOMARCADORES?	Sí No	1 → Activar Planilla Registro 2
*1103	¿La persona adulta mayor fue seleccionada para SUBMUESTRA SABE? (Tensión arterial, Dinamometría, Levantarse de silla)	Sí No	1 → Capítulo XII 2 → Datos de control-SABE

XII. REGISTROS SUBMUESTRA SABE – PERSONA ADULTA MAYOR**(E: La toma de tensión arterial se realiza exclusivamente a la PAM, con o sin PROXI)****(E: Sólo si el participante ha sido seleccionado para submuestra. Realice estas mediciones siguiendo estrictamente el paso a paso específico)****1201 Toma de tensión arterial y pulso****Encuestador:**

1. Verifique que la PAM lleve al menos 5 (cinco) minutos de reposo para poder iniciar la toma de tensión arterial.
2. Solicite a la PAM que se siente con los pies apoyados en el piso, el participante puede apoyar el brazo en una mesa de manera que el brazalete quede a nivel del tórax. Si no hay una mesa en la que se pueda realizar, el encuestador debe sostener el brazo por el codo, un poco flexionado y conservando la altura del brazalete a nivel del tórax.
3. Las mediciones se realizan: la primera a los 5 minutos de reposo, la segunda y la tercera a los 3 minutos respectivamente de la primera y de la segunda toma.

		1. Primera Toma	2. Segunda Toma	3. Tercera Toma
PRESIÓN ARTERIAL	Brazo derecho	/	/	/
	Brazo izquierdo	/	/	/
PULSO	Brazo derecho			
	Brazo izquierdo			

(E ó S: Registre el resultado de mayor valor en el formato de entrega y entréguelo al participante)**(E o S: Si por alguna razón no se pudo tomar la tensión arterial en alguno o en ambos brazos marque 999/999 y pulso 99 y pase a P1201a**

1201a	(E: Si no se tomó la tensión arterial al participante, señale por qué) (E: LEA. RU)	El Encuestador Intentó pero no fue capaz	1
		La PAM NO puede mantener la posición sin ayuda	2
		El brazalete NO se ajusta adecuadamente	3
		La PAM tiene lesiones en la piel	4
		La PAM no entiende las instrucciones	5
		Otro, ¿Cuál? _____	6
		La PAM Se negó	7

Escala corta de valoración funcional SPPB (Continuación)**(E: Este ejercicio se realiza exclusivamente a la PAM, con o sin PROXI)****3. Prueba de incorporarse a una silla**

1202	Incorporarse una vez		
	Vamos a hacer unos ejercicios para conocer la fuerza de sus piernas.	Sí	1
	¿Cree que es seguro para usted tratar de levantarse de esta silla sin usar los brazos?	No	2 → 1203a

1203	<p>En primer lugar, cruce los brazos sobre el pecho y siéntese de modo que sus pies estén apoyados en el piso. Luego póngase de pie manteniendo los brazos cruzados sobre el pecho.</p> <p>(E: Demostrar y explicar el procedimiento)</p> <p>(E: DIGA: Por favor, póngase de pie manteniendo los brazos cruzados sobre el pecho. Registre el resultado)</p> <p>(E: Si el participante NO puede incorporarse sin utilizar los brazos, decir "trate de ponerse de pie sin usar los brazos")</p> <p>(E: Si la persona es incapaz de realizar el ejercicio, registre el resultado y continúe con P1203a)</p>	<p>No utiliza los brazos 1 → Ir a las cinco repeticiones 1204</p> <p>Utiliza los brazos 0 Puntos</p> <p>No completo la prueba 0 Puntos</p>															
1203a	<p>(E: Si la persona no intentó el ejercicio o no lo completó, señale por qué)</p>	<table> <tr> <td>Intentó pero no fue capaz</td> <td>1</td> <td rowspan="7">} 1206</td> </tr> <tr> <td>No se podía incorporar sin ayuda</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>No lo intentó, Ud. (encuestador) se sintió inseguro</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>No lo intentó, la PAM se sintió insegura</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>la PAM no entiende las instrucciones</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Otro, ¿Cuál? _____</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Se negó</td> <td>7</td> </tr> </table>	Intentó pero no fue capaz	1	} 1206	No se podía incorporar sin ayuda	2	No lo intentó, Ud. (encuestador) se sintió inseguro	3	No lo intentó, la PAM se sintió insegura	4	la PAM no entiende las instrucciones	5	Otro, ¿Cuál? _____	6	Se negó	7
Intentó pero no fue capaz	1	} 1206															
No se podía incorporar sin ayuda	2																
No lo intentó, Ud. (encuestador) se sintió inseguro	3																
No lo intentó, la PAM se sintió insegura	4																
la PAM no entiende las instrucciones	5																
Otro, ¿Cuál? _____	6																
Se negó	7																
1204	<p>Incorporarse de forma repetida</p> <p>¿Cree que es seguro para usted tratar de levantarse de una silla cinco veces sin usar los brazos?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2 → 1205a</p>															
1205	<p>Por favor, póngase de pie tan rápido como pueda cinco veces, sin parar. Después de ponerse de pie cada vez, siéntese y vuelva a levantarse. Mantenga los brazos cruzados sobre el pecho. Le tomaré el tiempo con un cronómetro.</p> <p>(E: Demostrar y explicar el procedimiento)</p> <p>Cuando el participante esté bien sentado, diga: "¿Listo? ¡Párese!" y comience a cronometrar. Cuente en voz alta cada vez que la PAM <u>se siente</u>, hasta cinco. Suspenda el ejercicio si la PAM demuestra cansancio o se asfixia durante las repeticiones.</p> <p>PARE el cronómetro cuando la PAM se haya incorporado completamente la quinta vez.</p> <p>También suspenda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el participante utiliza sus brazos • Si después de 1 minuto, el participante no ha completado el ejercicio • Si, en su criterio, está preocupado por la seguridad de la PAM <p>Si el participante se detiene y parece estar cansado antes de completar las cinco incorporaciones, confirmar preguntando "¿Puede continuar?"</p> <p>Si el participante dice "Sí", continúe cronometrando. Si dice "No", suspender el ejercicio.</p>																

Puntaje de incorporarse de una silla		
Si completó el ejercicio registre el tiempo: Tiempo para incorporarse 5 veces __ __ ' __ __ '' __ __		
MIN SEC MIL. SEC		
16.70 seg. ó más:	1 puntos	} 1206
13.70 a 16.69 seg.:	2 puntos	
11.20 a 13.69 seg.:	3 puntos	
11.19 seg. ó menos:	4 puntos	
1. NO es capaz de completar el ejercicio 5 veces seguidas	0 puntos →	1205 a
2. Realiza el ejercicio en un tiempo mayor a 60 segundos	0 puntos →	1206
1205a	(E: Si la persona no intentó el ejercicio o no lo completó, señale por qué)	Intentó pero no fue capaz 1 No se podía incorporar sin ayuda 2 No lo intentó, Ud. (encuestador) se sintió inseguro 3 No lo intentó, la PAM se sintió insegura 4 la PAM no entiende las instrucciones 5 Otro, ¿Cuál? _____ 6 Se negó 7

Antropometría- Fuerza de agarre

(E: Las medidas de la 1206 a la 1210 se deben tomar exclusivamente a la PAM, con o sin PROXI)

En este ejercicio, queremos obtener información acerca de la fuerza de sus manos.

Le pediremos que apriete lo más fuerte que pueda con cada mano.

Haremos un ejercicio 2 veces en cada mano.

(E: realice la medición prestando atención a las reacciones de la persona)

1206	¿Cuál es su mano dominante? (E: En caso de responder que es ambidiestro, se pregunta con que mano come o firma)	Mano dominante: Derecha 1 Izquierda 2
1207	Instrucciones: ajustar según características del dinamómetro Voy a utilizar este aparato (muéstrelo) que se llama dinamómetro para probar la fuerza de la mano. A continuación, voy a ajustar este aparato para adaptarlo a su mano. Por favor sujete esto con la mano derecha. Para el ejercicio, le voy a pedir que apriete esta manija tan fuerte como pueda. Párese con los pies separados a lo ancho de las caderas y con los dedos del pie apuntando hacia delante, así. Estire el brazo al lado del cuerpo, sin tocarlo, y apriete. Quiero que se pare derecho, con la cabeza en alto y trate de no inclinarse cuando apriete. Tome aire, después suelte el aire mientras aprieta. Apriete lo más fuerte que pueda hasta que no pueda apretar más. Así. No se mueva durante la medición. (E: haga la demostración)	Mano derecha _____ Kgs Mano izquierda _____ Kgs

1208	Si la persona no intentó el ejercicio o no la completó, señale por qué:	Trató pero no pudo 1 No se intentó por seguridad 2 Incapacitado 3 No quiso hacerlo 4 Completó el ejercicio 5
1209	Segunda medición (E: Repita la medida con un intervalo de 30 segundos, en total son dos mediciones de cada mano)	Mano derecha _____ Kgs Mano izquierda _____ Kgs
1210	Si la persona no intentó el segundo ejercicio o no lo completó, señale por qué:	Trató pero no pudo 1 No se intentó por seguridad 2 Incapacitado 3 No quiso hacerlo 4 Completó el ejercicio 5

XIII. DATOS DE CONTROL – SABE (Sólo para el encuestador)				
Resultado de las visitas de hogar				
*001 Visita	*002 Fecha Día Mes Año	*003 Hora de inicio Militar	*004 Hora finalización Militar	*005 Resultado
1	_____-_____-2015	_____:____	_____:____	____↓
2	_____-_____-2015	_____:____	_____:____	____↓
3	_____-_____-2015	_____:____	_____:____	____↓
4	_____-_____-2015	_____:____	_____:____	____↓
5	_____-_____-2015	_____:____	_____:____	____↓
CÓDIGOS DE RESULTADO				
1. Completa 2. Incompleta →006 3. Rechazo →006		4. Ausente momentáneo 5. Ausente no recuperable →006 6. Vivienda desocupada		7. Otro: _____
*006	OBSERVACIONES:			

*007	Encuestador(a): _____ Supervisor(a): _____
-------------	---

Preguntas para productividad y casuística (Sólo para el encuestador)			
*008	Califique el grado de dificultad que tuvo para lograr establecer una conversación plena con la PAM.	Muy difícil Difícil Ni difícil, ni fácil Fácil Muy Fácil No responde No sabe	1 2 3 4 5 8 9
*009	Registre el grado de dificultad de acceso a la zona donde realizó la encuesta.	Muy difícil Difícil Ni difícil, ni fácil Fácil Muy Fácil No responde No sabe	1 2 3 4 5 8 9
*010	Registre el nivel de seguridad en la zona de realización de la encuesta.	Muy inseguro Inseguro Ni inseguro, ni seguro Seguro Muy Seguro	1 2 3 4 5
*011	¿Requirió de apoyo de las autoridades locales?	Sí No	1 2
*012	Califique las condiciones físicas encontradas en la vivienda para realizar la encuesta.	Muy buenas Buenas Ni buenas, ni malas Malas Muy malas	1 2 3 4 5
*013	Registre las cinco preguntas que causaron mayor dificultad a la PAM.	P _____ P _____ P _____ P _____ P _____	1 2 3 4 5
*014	Fue necesario realizar descansos durante la realización de la encuesta, solicitados por la PAM.	Sí No	1 2
*015	Califique el nivel de comprensión y aceptación de las ayudas visuales (tarjetas) usadas en la encuesta con la PAM	Muy bueno Bueno Ni malo, ni bueno Malo Muy malo	1 2 3 4 5
*016	Respecto de las medidas físicas y presión arterial nos gustaría saber		

	¿El consentimiento informado fue?	Bien recibido 1 Genero desconfianza 2
*017	Seleccione de las siguientes situaciones, cual fue la que le causo mayor dificultad durante todo el proceso de trabajo en campo	Ubicación del sector asignado 1 Realización de la segmentación 2 Identificación de la personas mayores en el sector 3 Logar el contacto con la PAM 4 Convencer la PAM de realizar la encuesta 5 Manejar la PAM durante la encuesta 6 Manejar a los familiares y PROXI's de la PAM durante la encuesta 7 Lograr la participación de la PAM en Biomarcadores 8 Lograr la participación de la PAM en el estudio cualitativo 9
*018	Califique el comportamiento del Dispositivo Móvil de Captura durante el proceso de recolección de información.	Muy bueno 1 Bueno 2 Ni malo, ni bueno 3 Malo 4 Muy malo 5

AGRADECIMIENTOS Y SOLICITUD DE COLABORACIÓN POSTERIOR

Le agradecemos mucho sus opiniones. Quisiera preguntarle si estaría dispuesto en el futuro a volver a colaborar con nosotros.

Sí	1	No	2
----	---	----	---

CONTROLES FINALES

Fecha de la encuesta Día /__/_/ Mes /__/_/ Año / 2015 /				Hora inicio /__/_/:__/_/			
				Fin /__/_/:__/_/			
Encuestador		Cédula		Supervisor		Cédula	
SUPERVISIÓN		HALLAZGO	RESPONSABLE	ACCIÓN	RESPONSABLE	APROB	RECHAZ
Monitorización (75%)	1					1	2
Re-contacto Presencial	2					1	2
Re-contacto Telefónico	3					1	2
Revisión en Campo	4					1	2
Revisión en Crítica	5					1	2
Notas							
HALLAZGO: 1 Inconsistencia- 2 Datos Ficticios- 3 Pregunta faltante ACCIÓN: 5 Anular- 6 Verificar- 7 Recuperar- 8 Devolver a Campo APROBADO/RECHAZADO						Verifica- do	Codifica- do
Verificación de Crítica	6	HALLAZGO	ACCIÓN				
HALLAZGO: 1 Omisión código - 2 Código errado - 3 Omisión de crítica				ACCIÓN: 1 Asignar código - 2 Corregir - 3 Revisión pases/Revisión campos - 7 Otro			