



## PRESENTACIÓN F-1

#### **CUESTIONARIO**

# III ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2016-2017

IDENTIFICACIÓN DE LA ENCUESTA	
Folio N° de person	as que componen el hogar Orden
IDENTIFICACIÓN DEL ENTREVISTADO	
Nombre del entrevistado	
Apellido Paterno	Apellido Materno
vea Cl,	de nacimiento (si no sabe si no tiene anote 30/06/del iño adecuado para su edad) Día Mes Año
Edad (en años) Sexo 1. Hombre	Teléfono fijo (si no tiene anote 999999)
e-mail (si no tiene anote 0)	Teléfono móvil (si no tiene anote 999999)
IDENTIFICACIÓN DE LA VIVIENDA	
Calle (si no tiene anote referencia)	N° (si no tiene anote 0)
Comuna	Block (si no tiene anote 0)  Depto. (si no
Ciudad	tiene anote 0)

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

								RI	GIS	TRO D	E VISI	TAS <u>A</u>	L HO	GAR_										
V1. Nº Visita						3. Hora V4. Disposicion Anotar según cá																		
1		/					:						- 9		<u> </u>							9-		
2		,			T	+			:												_	+	_	
		,	/		+	+	+		_												$\dashv$	+	+	
3		/	/		+	+	+		_:		+							_			4	+	4	
4		/	/	Ш	_				:	Ш														
			V6. N	lombr	e en	ncues	tador						. Cóc uest	digo ador					Obser	vacio	nes			
													П											
													T	П	1									
	V8. N Si se logr	<b>№ visita</b> ra la encu	<b>en qu</b> uesta.	ie se l	ogra r el	a la e	ncues ero de	sta. e visita.			V	9. Hora	inic	io ent	revi	sta			V10. H	ora to	érmi	no er	ntre	vista
Nº visi																				T	:	Т	П	
									С	ONTRO	DL DE	PROC	ESO								ú		i	
	S	1. Fecha				S2	Res	onsable	S3. Nombre responsable			ble	S4. Código responsab			nsable	le S5. Código responsable							
a.	/	/				En	cuest	ador	a.							a.				a.				
b.	/	/	Τ	П		Su	pervi	sor	b.	h			b.				b.							
C.	/	/	Τ			Со	difica	dor	C	c.						C.								
d.	/	/	T		Ī	Dig	gitado	or		d. d.														
u.	F	RESERVA	DO S	UPER	VIS	IÓN			u.	CÓDIGOS DE DISPOSICIÓN. USAR PARA V4.														
	RESULTA	ADO			Sí			No	1.	Entrevi	stado,	elegibl	?	2	231. N	Лuer	te del in	formant	:e	4. No	eleg	jible		
	uesta com	npleta			1			2	110. Entrevista completa				2 f	232. Informante impedido físico/mental para contestar			ar	410. Fuera de muestra (ningún miembro corresponde a perso-						
S7. Flujo					1	1		2	120. Entrevista parcial			+	233. Problemas de idioma			$\dashv$	na a encuestar)  451. Empresa, oficina de gobierno u otra organización							
S8. Letra					1	1		2	2. No entrevistado, elegible				236. Otra razón elegible.			$\dashv$	452. Instituciones (hospital,							
có	evistado DIGOS D	E CARA	CTERI	ZACIO	1 ÓN I	DEL F	ECH	AZO.	21	211. Se rechazó la entrevista			3	3. No entrevistado, elegibili-			ili-	cárcel, asilo de anciano, etc.) 453. Dormitorio colectivo (mili-						
USAR PARA V5 EN CASO DE RESPUESTA 211 EN V4.  1. No tiene tiempo  6. Está aburrido de contestar encuestas				212. Se interrumpió la entre-				311. No se envió a terreno				tar, de trabajo, internado, etc.)  454. Vivienda en demolición, incendiada, destruida o												
2. No está	interesad	lo	$\rightarrow$			a en la	is enc	uestas	⊩	vista				317. Área peligrosa o de difícil			ifícil	erradicada  461. Vivienda particular des-						
3. Por su p	rivacidad n ación perso	o quiere e onal ni fam	ntre- niliar	8. Ha to por res				eriencias as	viv	223. Se impidió acceso a la vivienda			а	acceso			$\dashv$	461. Vivienda particular des- ocupada						
4. Por su se	eguridad no ación perso	o quiere er onal ni fam	ntre- niliar	9. La fa contes	mili: tar e	a o pa	reja p tas	rohíbe		4. Vivie oradore			sin		318. N direco		e posibl	e localiza	ar la	462. uso t			e ve	raneo o de
5. Nunca ı	responde	encuestas		10. No testar (	tien encu	ie ben iestas	eficios	s por con-		.5. Infor puede			able				azón de la. Anot	elegibili ar.	idad	463. Anota		razón	no e	elegible.

#### REGISTRO DE PERSONAS DE LA VIVIENDA (RPV)

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

- Empecemos con usted, ¿cuál es su nombre?
- Y ¿cuál es el nombre del resto de las personas que viven aquí habitualmente?
- No se olvide de incluir a las guaguas, a los niños pequeños y los adultos mayores que vivan aquí.
- No se olvide de quienes residen transitoriamente fuera del hogar ya sea por estudio, trabajo, negocio, enfermedad, vacaciones u otra razón, siempre que los períodos de ausencia no superen los 6 meses.

#### R2. ¿Es [NOMBRE] hombre o mujer?

Pregunte solo si no es evidente

#### R3. ¿Qué edad tiene [NOMBRE]?

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

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

Identifique los hogares utilizando un número correlativo de 1 a n

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

REGI	STRO DE PERSONAS DE LA VIVIENDA. SE RE	GISTRANT	TODAS LAS PER	SONAS DE	TODOS LOS	HOGARES	DE LA VIV	IENDA.
	(primer y segundo nombre)	1 = Hom-	R3a. Edad en años cumpli- dos	R3b = edad en meses cumplidos		¿[NOM- BRE] está embara-	GUNTAR	R8: Elegible (SÍ/NO)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								

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

SELECCIONADO A ENTREVISTAR ES:
PRESENTACIÓN F-1
IDENTIFICACIÓN DEL ENTREVISTADO
Nombre del entrevistado
Apellido Paterno Apellido Materno
RUT  Fecha de nacimiento (si no sabe vea CI, si no tiene anote 30/06/del  / /
Edad (en años)  Sexo  1. Hombre (si no tiene anote 999999)  2. Mujer  Teléfono fijo o móvil (Debe colocar código de área. Si no tiene anote 999999)
e-mail (si no tiene anote 0)
OBSERVACIONES

#### MÓDULO I. CARACTERIZACIÓN DEL ENTREVISTADO (C)

#### Aplicar a todos los entrevistados. c1. ¿En qué país nació usted? c5. Indique su primer idioma: 1. Chile $\rightarrow$ Pasa a c3 1. Español (castellano) → Pasa a c6 2. Otro → Pasa a c1esp 2. Portugués → Pasa a c5b 3. Inglés → Pasa a c5b c1\_esp. ¿Qué otro país? 4. Francés → Pasa a c5b 5. Alemán → Pasa a c5b c2. ¿Hace cuánto tiempo vive en Chile? 6. Italiano → Pasa a c5b 7. Chino → Pasa a c5b a. Años 8. Japonés → Pasa a c5b b. Meses 9. Ruso $\rightarrow$ Pasa a c5b ▶ Si la persona reside menos de 6 meses en Chile, no debe contestar esta encuesta. 10. Otro. ¿Cuál? → Pasa a c5\_otro ▶ Si la persona reside en Chile entre 6 meses y 1 año, complete la casilla meses con valores 6 a 11. c5\_otro. ¿Qué otro idioma? ▶ Si la persona reside hace más de 1 año, solo complete la casilla años (1, 2, 3 años, etc.) c3. ¿Hace cuánto tiempo reside Usted en la región de [COD REGIÓN ENCUESTADO]? → Pasa a c5b • Si es menos de un año anote 0, y complete la casilla mes. • Si es menos de un mes anote 0, y complete la casilla semanas. c5b. ¿Usted entiende el español? 1. Sí → Pasa a c6 a. Años 2. No → Fin de la encuesta b. Meses c. Semanas

c6. En Chile, la ley reconoce nueve pueblos indígenas,		Solo si hay niños en el hogar del entrevistado entre 7 meses y menor a 5 años. Listar a los niños y preguntar				
¿pertene	1. Aymara 2. Rapa-Nui (Pascuenses) 3. Quechua	pal de? El cuidador principal es la perso ductas de cuidado con relación	Quién es el cuidador princi- ona que decide y realiza las con- al desarrollo, salud y educación responde a la madre o padre u			
	4. Mapuche	Niño	Responsable			
	5. Atacameño <i>(Linkán Antai)</i>					
	6. Coya					
	7. Kawésqar (Alacalufes)					
	8. Yagán <i>(Yámara)</i>					
L	9. Diaguita					
	10. No pertenece a ningún pueblo indígena chileno					
OBSE	RVACIONES					
OBSE	RVACIONES					
OBSE	RVACIONES					
OBSE	RVACIONES					
OBSE	RVACIONES					
OBSE	RVACIONES					
OBSE	RVACIONES					
OBSE	RVACIONES					
OBSE	RVACIONES					
OBSE	RVACIONES					
OBSE	RVACIONES					
OBSE	RVACIONES					
OBSE	RVACIONES					
OBSE	RVACIONES					

# MÓDULO II. EVALUACIÓN COGNITIVA

Aplicar solo a personas con 60 años o más				
NT1. En esta encuesta le vamos a preguntar sobre algu- os problemas de salud. Nos gustaría empezar con algunas reguntas sobre su memoria.	e2d. Día de la semana -8888. No sabe -9999. No			
e1. ¿Usted diría que su memoria es muy buena, buena, regular, mala o muy mala?	respondee2d_correcto. ¿Es correcto el día de la semana?			
1. Muy buena	1. Correcto 2. Incorrecto			
2. Buena	<b>e2f.</b> Puntaje obtenido			
3. Regular	Se suma 1 por cada respuesta correcta			
4. Mala	e3. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se			
5. Muy mala	los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que re- cuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque			
-8888. No sabe	se los voy a preguntar más adelante.  Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante,			
-9999. No responde	aproximadamente una palabra cada dos segundos. Si para al- gún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda, máximo 5 repeticiones.			
NT2. Ahora voy a hacerle algunas preguntas simples, solo ara saber si nos estamos entendiendo bien, no importa si	Marcar si la persona repitió la palabra e3_1. La persona repitió la palabra "Árbol"			
e equivoca o no sabe la respuesta.	1. Correcto 2. Incorrecto			
e2. Por favor, dígame la fecha de hoy	e3_2. La persona repitió la palabra "Mesa"			
e2a. Día del mes -8888. No sabe -9999. No	1. Correcto 2. Incorrecto			
responde	e3_3. La persona repitió la palabra "Avión"			
e2a_correcto. ¿Es correcto el día?  1. Correcto 2. Incorrecto	1. Correcto 2. Incorrecto			
	e3_Puntaje: Puntaje obtenido			
-8888. No sabe -9999. No responde	e4. Ahora voy a decirle algunos números y quiero que me los repita al revés, es decir, de atrás para adelante: 1, 3, 5, 7, 9.			
e2b_correcto. ¿Es correcto el mes?	e4_1. 1er número mencionado			
1. Correcto 2. Incorrecto	e4_2. 2do número mencionado			
e2c. Año -8888. No sabe	e4_3. 3er número mencionado e4_4. 4to número mencionado			
-9999. No responde	e4_4. 4to número mencionado			
e2c_correcto. ¿Es correcto el año?	o/ nuntais El nuntais obtanida fue:			
1. Correcto 2. Incorrecto	e4_puntaje. El puntaje obtenido fue:  * El puntaje asianado a esta pregunta es 1.			

e5. Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas.  Entréguele un papel y marque las acciones que fueron realizadas correctamente.	e7. Por favor copie este dibujo en la hoja que tiene en sus manos.  Mostrar Tarjeta 1  1. Lo hizo
e5_1. Sigue instrucciones: Toma el papel con la mano derecha	2. No lo hizo
1. Correcto 2. Incorrecto e5_2. Sigue instrucciones: Dobla el papel por	<ul> <li>El dibujo es correcto si los círculos no se cruzan más allá del 50%, es decir, un círculo no sobrepasa el centro del otro.</li> </ul>
la mitad con ambas manos	e7_Puntaje obtenido
2. Incorrecto e5_3. Sigue instrucciones: Coloca el papel	<ul> <li>Se suma 1 si el entrevistado dibuja los dos círculos en forma correcta.</li> </ul>
sobre las piernas	e8.
1. Correcto 2. Incorrecto	e8_Puntaje obtenido MINIMENTAL
e5_puntaje. El puntaje obtenido fue:	Menos de 13 puntos = Hacer Test de PFEFFER para confirmar si la persona necesita un ayudante para contestar el resto de la encuesta.  13 o más puntos = continuar con Módulo III Calidad de Vida.
Se suma 1 por cada acción realizada.	
e6. Hace un momento le leí una serie de tres objetos y Ud. repitió los que recordó. Por favor dígame ahora cuá- les recuerda. Marcar si la persona repitió la palabra	<ul> <li>t9. Para las siguientes preguntas, necesitamos que alguna otra persona que reside en esta casa nos ayude a contestarla. ¿Hay alguien que pudiera acompañarlo?</li> <li>1. Sí, está ahora → Pasa a Le puede pedir que nos acompañe → Nombre</li> </ul>
of 1 La norcona ropitió la nalabra "Árbol"	t9.1 y edad
e6_1. La persona repitió la palabra "Árbol"  1. Correcto 2. Incorrecto	2. Sí, pero no está ahora  → INT. Cierre la encues- ta con código 120 y reagende
e6_2. La persona repitió la palabra "Mesa"	3. No, no hay quien me ayude a contestar → INT. Continúe con Módulo Calidad de Vida.
1. Correcto 2. Incorrecto	
e6_3. La persona repitió la palabra "Avión"	t9.1. Indique nombre acompañante
1. Correcto 2. Incorrecto	
e6_Puntaje: Puntaje obtenido	t9.2. Indique edad acompañante
Anote 1 punto por cada respuesta correcta.	
	<b>t9.3.</b> Indique teléfono acompañante (Si no tiene anote 99999999)

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

Mostrar Tarjeta 2

Anote la alternativa y no el puntaje en el recuadro.

	capaz o podría hacerlo (aunque unca lo haya hecho)	→ Puntaje 0
Cι	uede hacerlo, pero con alguna difi- ultad o nunca lo ha hecho y tendría ficultad ahora	→ Puntaje 1
2. No	ecesita ayuda para hacerlo	→ Puntaje 2
3. No	o es capaz de hacerlo	→ Puntaje 3
	t10a. Don(ña), ¿es capaz su propio dinero?	de manejar
	t10b. Don(ña), ¿es capaz compras solo(a) (por ejemplo la com	
	t10c. Don(ña), ¿es capaz del agua para el café o el té y apagar l	
	t10d. Don(ña), ¿es capaz la comida?	de preparar
	t10e. Don(ña), ¿es capaz nerse al tanto de los acontecimiento pasa en el vecindario?	
	t10f. Don(ña), ¿es capaz o atención, entender y discutir un pro- radio, televisión o un artículo del pe	grama de
	t10g. Don(ña), ¿es capaz compromisos y acontecimientos fam	
	t10h. Don(ña), ¿es capaz trar y manejar sus propios medicam	
	t10i. Don(ña), ¿es capaz de l vecindario y encontrar el camino de casa?	
	t10j. Don(ña), ¿es capaz c sus amigos(as) adecuadamente?	de saludar a
	t10k. Don(ña), ¿es capaz solo(a) en casa sin problemas?	de quedarse
	<b>t11_puntaje.</b> Puntaje obten PFEFFER	ido

Suma de puntaje

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

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

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

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

OBSERVACIONES

# MÓDULO III. CALIDAD DE VIDA Y DISCAPACIDAD (CD)

cd1. ¿Cómo se siente con su vida en general (con su tra-	Mostrar 🖺 Tarjeta 3d
bajo, familia, bienestar, salud, amor)?  Mostrar 🖺 Tarjeta 3a	cd4. A continuación me gustaría preguntarle acerca de cuidado personal. ¿Diría usted que?
1. Muy mal 2. Mal 3. Menos que regular 4. Regular 5. Más que regular 6. Bien 7. Muy bien	1. No tengo problemas con mi cuidado personal 2. Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo 3. Soy incapaz de lavarme o vestirme solo  Mostrar Tarjeta 3e cd5. A continuación me gustaría preguntarle acerca de sus actividades habituales (ej. trabajar, estudiar, hace tareas domésticas, actividades familiares o realizadas
cd2. En general Ud. diría que su salud es: Mostrar 閏 Tarjeta 3b	durante el tiempo libre). ¿Diría usted que?  1. No tengo problemas para realizar mis actividades habituales
1. Muy buena 2. Buena	2. Tengo algunos problemas para realizar mis actividades habituales     3. Soy incapaz de realizar mis actividades
3. Regular	habituales
4. Mala 5. Muy mala	Mostrar Tarjeta 3f cd6. A continuación me gustaría preguntarle acerca de dolor o malestar. ¿Diría usted que?
INT3. Ahora le voy a hacer unas preguntas simples acerca de cómo está su salud actual. Por favor indíqueme qué afirmaciones describen mejor su salud en el día de HOY.  Lea cada alternativa y marque solo una.	<ol> <li>No tengo dolor ni malestar</li> <li>Tengo un dolor o malestar moderado</li> <li>Tengo mucho dolor o malestar</li> </ol>
Mostrar Tarjeta 3c cd3. En primer lugar me gustaría preguntarle acerca de la movilidad. ¿Diría usted que?	Mostrar Tarjeta 3g cd7. Ahora me gustaría preguntarle sobre la angustia depresión. ¿Diría usted que?
<ol> <li>No tengo problemas para caminar</li> <li>Tengo algunos problemas para caminar</li> <li>Tengo que estar en cama</li> </ol>	1. No estoy angustiado o deprimido     2. Estoy moderadamente angustiado o deprimido     3. Estoy muy angustiado o deprimido

NO LEER: Encuestador, lea al encuestado la instrucción y entréguele la hoja y el lápiz para que el Encuestado marque una línea sobre la escala. Anote el número que le indique en el papel. Mostrar Tarjeta 4

cd8. Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo

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

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

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

Número

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

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

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

Mostrar 🖺 Tarjeta 5
Anote la alternativa.

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

Debido a su salud, ¿qué grado de dificultad ha ten para	ido
cd9a_1. Ver, sin anteojos ópticos o lentes?	
cd9a_2. Oír, sin dispositivo de ayuda para oír o audífono?	
cd9a_3. Caminar o subir peldaños?	
cd9a_4. Recordar cosas o concentrarse?	
cd9a_5. Asearse o vestirse?	
cd9a_6. Comunicarse, por ejemplo, comprender o ser entendido usando su lenguaje habitual?	
cd9a_7. Alimentarse?	
cd9a_8. Utilizar el baño (W.C.)?	
cd9a_9. Acostarse y levantarse de la cama?	
cd9a_10. Salir a la calle?	
cd9a_11. Hacer compras o ir al médico?	
cd9a_12. Manipular objetos pequeños o abrir un envase?	
cd9a_13. Dormir?	
cd9a_14. Respirar?	
cd9a_15. Hacer las tareas de la casa como barrer, cocinar, hacer arreglos o sacar la basura?	
cd9a_16. Cuidar o dar apoyo a otros?	
cd9a_17. Participar en fiestas, eventos religiosos, reuniones vecinales u otras actividades comunales?	
Debido a su salud, ¿qué grado de dificultad le ha que nerado en su vida	ge-
cd9a_18. Sentirse triste, bajo/a de ánimo, o deprimido/a?	
cd9a_19. Sentirse preocupado/a, nervioso/a o ansioso/a?	
Debido a su salud, ¿qué grado de dificultad ha ten para	ido
cd9a_20. Llevarse bien con la gente cercana a usted, incluyendo su familia y amigos?	
cd9a_22. Sentir algún dolor físico, por ejemplo dolor de espalda, dolor de estómago o dolor de cabeza?	
Debido a su salud, ¿qué grado de dificultad ha gerrado en su vida?	ne-
cd9a_21. Hacer frente a todas las tareas que tiene que hacer?	

Debido a su salud, ¿qué grado de dificultad para	d ha tenido			
NO LEER: Responde solo si trabaja de forma r no remunerada. Mostrar 閏 Tarjeta 5b	emunerada o			
Si no trabaja, colocar -7777 "No aplica"				
cd9a_23. Llevar a cabo sus actividades diarias en su trabajo?				
NO LEER: Responde solo si estudia actualn	nente.			
Si no estudia, colocar -7777 "No aplica"				
cd9a_24. Llevar a cabo sus actividades diarias en su establecimiento educacional?				

OBSERVACIONES

#### **MÓDULO IV: ACTIVIDAD FÍSICA (A)**

INT5. A continuación voy a preguntarle por el tiempo que pasa realizando diferentes tipos de actividad física. Le ruego que intente contestar a las preguntas aunque no se considere una persona activa.

Piense primero en el tiempo que pasa en el trabajo, aunque este no sea pagado (por ejemplo: estudiar, hacer labores de dueña de casa, cosechar, pescar, cazar o buscar trabajo). En estas preguntas, las "actividades físicas intensas" (vigorosas) se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico importante y que causan un gran aumento de la respiración o de la frecuencia cardíaca (latidos del corazón). Por otro parte, las "actividades físicas de intensidad moderada" son aquellas que implican un esfuerzo físico moderado y causan un aumento moderado (mediano) de la respiración o de la frecuencia cardíaca (latidos del corazón).

Una semana normal es aquella sin grandes eventos, (típica u ordinaria), un día normal es un día de esa semana.

Mostrar 🖺 Tarjeta 6a y 6b

a1. ¿Exige su trabajo una actividad física intensa (vigorosa) que implica un gran aumento de la respiración o de la frecuencia cardíaca (latidos del corazón), como transportar o levantar cargas pesadas, trabajos de construcción, etc. durante al menos 10 minutos seguidos?

Mostrar Tarjeta 7

	1. Sí	
	2. No	→ Pasa a a4

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

Días	-8888. No sabe	
	-9999. No responde	

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

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

a4. ¿Exige su trabajo una actividad de intensidad moderada que implica un aumento moderado (mediano) de la respiración o de la frecuencia cardíaca (latidos del corazón), como caminar rápido, transportar o levantar cargas livianas como cargar los paquetes de compras, el carro de la feria, una guagua en brazos, o hacer el aseo durante al menos 10 minutos seguidos?

Mostrar

1. Sí	
2. No	→ Pasa a a7

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

Días	-8888. No sabe	
	-9999. No responde	

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

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

INT6. En las siguientes preguntas dejaremos de lado las actividades físicas en el trabajo de las que ya hemos hablado. Ahora me gustaría saber cómo se traslada o va de un sitio a otro, por ejemplo, ir al trabajo, a comprar, a la feria, a la iglesia, a dejar o buscar niños a la escuela, etc.

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

	1. Sí	
	2. No	→ Pasa a INT

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

Días	-8888. No sabe	
	-9999. No responde	

a9. En un día normal, ¿cuánto tiempo pasa caminando o yendo en bicicleta para trasladarse?  a. Horas -8888. No sabe -9999. No responde  b. Minutos -8888. No sabe -9999. No responde	a13. ¿En su tiempo libre practica usted alguna actividad de <u>intensidad moderada</u> que implique un aumento moderado ( <u>mediano</u> ) de la respiración o de la frecuencia cardíaca (latidos del corazón), como caminar rápido, ir en bicicleta, nadar suave, pilates, yoga, durante al menos 10 minutos seguidos?  Mostrar ☐ Tarjeta 10  1. Sí 2. No → Pasa a INT8
INT7. Las preguntas que vienen a continuación no consideran la actividad física en el trabajo ni la actividad para trasladarse que ya hemos mencionado. Ahora me gustaría hablar de deportes, gimnasia, ejercicios u otras actividades físicas que practica en su tiempo libre.	a14. En una semana normal ¿cuántos días practica usted estas actividades físicas de intensidad moderada en su tiempo libre?
des físicas que praetica en su tiempo físic.	Días -8888. No sabe
a10. ¿En su tiempo libre, practica usted deportes/entre- namientos <u>intensos</u> que implican <u>un gran aumento</u> de	-9999. No responde
la respiración o de la frecuencia cardíaca (latidos del corazón), como correr, jugar al fútbol, básquetbol, nadar, jugar tenis, gimnasia aeróbica, step, spinning, baile entretenido, aerobox, máquinas y pesas, o karate, durante	a15. En uno de esos días en los que practica actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?
al menos 10 minutos seguidos? Mostrar   Tarjeta 9	a. Horas -8888. No sabe
1. Sí 2. No → Pasa a a13	b. Minutos -9999. No responde -9999. No responde -9999. No responde
a11. En una semana normal, ¿cuántos días practica usted	
estos deportes o ejercicios intensos en su tiempo libre?	INT8. La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suel
Días -8888. No sabe	pasar sentado o acostado en el trabajo, en la casa, en lo traslados o con sus amigos. Se incluye el tiempo que pas
-9999. No responde	frente a una mesa trabajando, sentado con los amigos viajando en micro o en tren, jugando a las cartas, sentado
a12. En uno de esos días en los que practica usted estos deportes o ejercicios intensos, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	frente al computador o video juegos o viendo televisión pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.
a. Horas -8888. No sabe	a16. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o acostado (tendido, reclinado) en un día normal?
-9999. No responde	Mostrar 🖺 Tarjeta 11
b. Minutos -8888. No sabe	a. Horas -8888. No sabe
-9999. No responde	-9999. No responde
	b. Minutos -8888. No sabe
	-9999. No responde

a17. ¿En el último mes practicó deporte o realizó actividad física fuera de su horario de trabajo, durante 30		OBSERVACIONES
minutos o más cada vez?		
	1. Sí, tres o más veces por semana	
	2. Sí, una a dos veces por semana	
	3. Sí, menos de cuatro veces en el mes	
	4. No practicó deporte en el mes	
a18. De las sig	guientes opciones. ¿Cuál es el medio de	
-	usted más utiliza al menos una vez a la	
Semana.	1. Conductor de Vehículo Liviano	
	(Particular, taxi, colectivo)	
	2. Conductor de Vehículo Pesado en Transporte Público <i>(Micro, Bus)</i>	
	3. Pasajero de Vehículo Liviano (Particular, taxi, colectivo)	
	4. Usuario de transporte público (bus, micro, metro)	
	5. Bicicleta	
	6. Caminata	
	7. Otro. Especifique	
	-8888. No sabe	
	-9999. No responde	
-10		
a18_esp.		
a19. ¿Cómo d nar?	escribiría su velocidad habitual al cami-	
	1. Lenta	
	2. Normal	
	3. Apurada	
	4. Ninguna de las anteriores	
	-8888. No sabe	
	-9999. No responde	

## MÓDULO V: CARDIOVASCULAR

NT. Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre sínto- nas en el pecho.	d5. ¿A qué edad se lo diagnosticaron? Si ha tenido más de uno especificar que nos referimos al
n mujeres, aclarar que nos referimos al tórax y no a las	
namas.	Años -8888. No sabe
d1_F1. ¿Alguna vez un médico o doctor le ha dicho que tuvo o que sufrió un infarto al corazón?	-9999. No responde
1. Sí  2. No → Pasa a d3	d6. ¿Recibió tratamiento por un accidente vascular o trombosis cerebral?  Si ha tenido más de uno especificar que nos referimos al
-8888. No sabe $\rightarrow$ Pasa a d3 -9999. No responde $\rightarrow$ Pasa a d3	ÚLTIMO.  1. Sí, me operaron  2. Sí, medicamentos
d2_F1. ¿A qué edad se lo diagnosticaron? Si ha tenido más de uno especificar que nos referimos al PRIMERO  Años -8888. No sabe -9999. No responde	3. Ambas 4. No -8888. No sabe -9999. No responde
d3. ¿Ha recibido tratamiento por un infarto al corazón? Si ha tenido más de uno especificar que nos referimos al ÚLTIMO  Alternativa múltiple	d7. ¿Alguna vez un médico o doctor le ha dicho que tuvo o que sufrió una enfermedad vascular periférica o a las arterias de sus piernas?
1. Sí, me operaron	1. Sí
2. Sí, me pusieron una malla o stent por la pierna o brazo (angioplastía)	2. No -8888. No sabe
3. Sí, me dieron medicamentos	-9999. No responde
4. No	
-8888. No sabe	
-9999. No responde	
d4. ¿Alguna vez un médico o doctor le ha dicho que tuvo o que sufrió un accidente vascular o trombosis cerebral (o derrame cerebral)?	
1. Sí	
2. No → Pasa a d6	
-8888. No sabe → Pasa a d6	
-9999. No responde → Pasa a d6	

# MÓDULO VI: VISIÓN (V)

IT9. Ahora le voy a hablar de su vista.	v5. ¿A qué edad se lo diagnosticaron por primera vez?
1. ¿Usted tiene lentes (ópticos o de contacto)?	Años -8888. No sabe
1. Sí	-9999. No responde
2. No	v6. ¿Alguna vez un médico o doctor le ha dicho que tiene o que padece de glaucoma?
<b>72. ¿Usted piensa que su vista es?</b> Si tiene lentes, aclarar que la pregunta se refiere a la visión con esos lentes:	1. Sí  2. No → Pasa a v8
1. Buena	-8888. No sabe → Pasa a v8
2. Regular	-9999. No responde → Pasa a v8
3. Mala	v7. ¿A qué edad se lo diagnosticaron?
4. No contesta	
v3. ¿Cómo obtuvo esos lentes? Solo si v1=1	Años -8888. No sabe -9999. No responde
1. En el Consultorio, Hospital, red del sistema público	v8. ¿Usted, ha sido operado o tratado por alguna de las siguientes enfermedades?
2. En el Consultorio, Hospital, red del sistema público por GES (o AUGE)	Respuesta múltiple
3. En la consulta, centro médico, clínica u hospital privado por GES (o AUGE)	1. Cataratas
4. En forma particular con receta médica	2. Glaucoma
5. En forma particular sin receta médica (en la calle u otro)	3. Hipermetropía, miopía, astigmatismo, presbicia (Cirugía refractiva o LASIK, uso de lentes)
6. No recuerda	4. Enfermedad de la retina
4. ¿Alguna vez un médico o doctor le ha dicho que tiene	5. Ninguna
que padece de cataratas?	-8888. No sabe
1. Sí	-9999. No responde
2. No → Pasa a v6	
-8888. No sabe → Pasa a v6	
-9999. No responde → Pasa a v6	

## MÓDULO VII: AUDICIÓN (AU)

INT10. Ahora le voy a hablar de sus oídos. Si usa audífonos, conteste las siguientes preguntas pensando en cómo escucha SIN audífonos. au1\_F1. ¿Considera que escucha en forma normal por los dos oídos? 1. Sí 2. No au2\_F1. ¿Es capaz de seguir un programa de TV a un volumen aceptable para los demás? 1. Sí 2. No au3\_F1. ¿Es capaz de seguir una conversación de tres o más personas? 1. Sí 2. No Si au1\_F1, au2\_F1, y au3\_F1 es = 1, pasar al siguiente ♦ Si au1\_F1, au2\_F1, o au3\_F1 es = 2, pasar a au4\_F1. au4\_F1. Por esta molestia, ¿ha sido examinado por un otorrinolaringólogo (especialista en oídos y nariz)? 1. Sí 2. No → Pasa a au6 F1 au5\_F1. ¿Ese especialista le indicó usar audífono? 1. Sí 2. No au6\_F1. ¿Tiene audífono? 1. Sí 2. No → Pasa a siguiente módulo

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

au7\_F1. ¿Los usa?

#### MÓDULO VIII: SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICOS (SM)

INT11. Las siguientes preguntas se refieren a sus huesos, sm3. ¿Un médico le ha dicho alguna vez que tiene artrimúsculos, articulaciones o coyunturas. 1. Sí sm1. ¿Alguna vez se le ha hinchado alguna articulación o coyuntura durante más de 4 semanas seguidas? 2. No 1. Sí 3. No recuerda 2. No → Pasa a sm3 -8888. No sabe 3. No recuerda → Pasa a sm3 -9999. No responde -8888. No sabe → Pasa a sm3 Las siguientes preguntas se refieren a sus huesos, -9999. No responde → Pasa a sm3 músculos, articulaciones o coyunturas sm4. En los últimos 7 días, ¿ha tenido algún problema, sm2. Señale por favor en la imagen del maniquí en qué es decir, dolor, rigidez, sensibilidad (dolor a la presión), articulaciones o coyunturas tiene hoy o ha tenido hinhinchazón en sus huesos, músculos, articulaciones o cochazón alguna durante más de 4 semanas seguidas. Mostrar 🖺 Tarjeta 12 vunturas? Mostrar 🖺 Tarjeta 13 1. Sí 2. No → Pasa a siquiente módulo 1. Hombro 2. Codo sm5. ¿Por cuánto tiempo ha tenido este problema? 3. Articulación cadera a. Años -8888. No sabe 4. Rodilla -9999. No responde 5. Tobillo -8888. No sabe b. Meses 6. Muñeca -9999. No responde 7. Dedo Pulgar A -8888. No sabe c. Días 8. Dedo Pulgar B -9999. No responde 9. Dedo Índice A 10. Dedo Índice B 11. Dedo Medio A 12. Dedo Medio B 13. Dedo Anular A 14. Dedo Anular B 15. Dedo Meñique A

16. Dedo Meñique B

#### sm6. ¿En qué lugar tuvo el problema?

Por favor muestre en este diagrama el o los lugares donde Ud. ha tenido la molestia en los últimos 7 días. Mostrar tarjeta 13 y verificar lado pidiendo que le muestra dónde le dolía.

Código lado:

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

	Lado
1. Cuello	
2. Hombro	
3. Espalda arriba	
4. Espalda abajo	
5. Codo	
6. Muñeca	
7. Dedos mano	
8. Cadera	
9. Rodilla	
10. Tobillo	
11. Dedos de pie	
12. Otra articulación	

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

sm7. ¿Cuál es e	l lugar que más le duele?					
	1. Cuello					
	2. Hombro					
	3. Espalda arriba					
	4. Espalda abajo					
	5. Codo					
	6. Muñeca					
	7. Dedos mano					
	8. Cadera					
	9. Rodilla					
	10. Tobillo					
	11. Dedos de pie					
	12. Otra articulación					
	-8888. No sabe					
	-9999. No responde					
_	ún traumatismo, accidente, golpe o torsara ESE dolor, sensibilidad, hinchazón o					
	1. Sí					
	2. No					
	-8888. No sabe					
	-9999. No responde					
sentido en los i	describa la intensidad de ESE dolor que ha últimos 7 días, utilizando una escala de 1 1 indica el dolor menos intenso y el 10 el aso.					
Intensidad	-8888. No sabe					
	-9999. No responde					

# MÓDULO IX: SÍNTOMAS DEPRESIVOS (SD)

NT12. Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre su ánimo	sd5_F1. Durante esas mismas dos semanas, ¿se sintió Ud. más cansado(a) o con menos energía de lo habitual
sd1_F1. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido Ud.	para usted?
dos semanas seguidas o más en que se sintió triste,	1. Sí
desanimado(a) o deprimido(a)?	2. No
1. Sí	* Alt 1 = Sentirse Cansado
2. No → Pasa a sd14 F1	
_	sd6_F1. ¿Perdió o ganó peso sin desearlo, o se quedó más o menos en el mismo peso?
(Respuesta espontánea) 3. Estaba con medica-	mas o menos en el mismo peso.
mentos/antidepresivo	1. Ganó peso
	2. Perdió peso
NT13. Para las próximas preguntas, por favor piense en ese período de dos semanas o más, <u>durante los últimos 12</u>	(Respuesta espontánea)
meses, cuando estos sentimientos fueron peores.	3. Ganó y perdió peso
	4. Mantuvo su peso → Pasa a sd9_F1
sd2_F1. Durante ese período de dos semanas, el sentirse triste, desanimado(a) o deprimido(a) ¿le duró usualmen-	(Respuesta espontánea) → Pasa a sd9_F1 5. Estaba a dieta
te	sd7_F1. ¿Alrededor de cuántos kilos de peso ganó y/o
1. Todo el día?	perdió?
2. La mayor parte del día?	Kilogramos
3. Como la mitad del $\rightarrow$ Pasa a sd14_F1 día?	sd8_F1. ANOTAR SIN LEER. ¿El cambio de peso fue mayor o igual a 5 kilos?
4. Menos de la mitad → Pasa a sd14_F1 del día?	Anotar sin preguntar
sd3_F1. Durante esas dos semanas, ¿se sintió de esa ma-	1. Sí
nera	2. No
1. Todos los días?	♦ Alt 1 = Cambio de peso
2. Casi todos los días?	sd9_F1. Durante esas dos semanas, ¿tenía Ud. más pro-
3. Con menos frecuencia → Pasa a sd14_F1	blemas de lo habitual para quedarse dormido?
	1. Sí
sd4_F1. Durante esas dos semanas o más, ¿perdió Ud.	2. No → Pasa a sd11_F1
el interés en la mayoría de las cosas como pasatiempos, trabajo o actividades que usualmente son placenteras	1,434,43411_,1
para Ud.?	
1. Sí	
2 No.	
2. No	
Alt 1 − Pérdida de interés	

sd10_F1. Durante esas dos semanas, ¿le pasó esto (problemas para dormir)	INT14. Vamos a repasar, Ud. mencionó que tenía dos semanas seguidas, durante los últimos 12 meses, en que se sintió triste, desanimado(a) o deprimido(a) y también tenía otros problemas como					
1. Todas las noches?	Lea las tres primeras respuestas SÍ en preguntas 4, 5, 8, 11,					
2. Casi todas las noches?	12, 13 o Alt 1 o 2 en sd10_F1  → Pasa a sd26 F1					
3. Con menos frecuencia?	7 usu u suzo_1 1					
♦ Alt 1 o 2 = Problemas para dormir	sd14_F1. Durante los últimos 12 meses ¿alguna vez hubo un período que duró dos semanas o más en que Ud. per-					
sd11_F1. Durante esas dos semanas, ¿tenía Ud. más dificultad de lo habitual para concentrarse?	dió el interés en la mayoría de las cosas como pasatiem- pos, trabajo o actividades que usualmente hace para di- vertirse?					
NO LEER: Si el(la) entrevistado(a) pregunta si aún estamos hablando de ese período de dos semanas o más, conteste sí.	1. Sí					
1. Sí	2. No → Pasa a sd28_F1					
2. No	(Respuesta espontánea) 3. Estaba con medica-					
◆ Alt 1 = Problemas para concentrarse	mentos/antidepresivo					
sd12_F1. Las personas a veces se sienten mal consigo mismas, que valen poco, que no son suficientemente	sd15_F1. Durante ese período de dos semanas, la pérdida de interés en las cosas ¿le duró usualmente					
buenas. Durante esas dos semanas ¿se sintió Ud. de esa forma?	1. Todo el día?					
1. Sí	2. La mayor parte del día?					
2. No	3. Como la mitad del $\rightarrow$ Pasa a sd28_F1 día?					
<ul> <li>Alt 1 = Se sentía deprimido consigo mismo</li> </ul>	4. Menos de la mitad → Pasa a sd28_F1 del día?					
sd13_F1. Durante esas dos semanas, ¿pensó mucho en la muerte, ya fuese en la suya, en la de alguien más o en la muerte en general?	sd16_F1. Durante esas dos semanas, ¿se sintió de esa manera					
1. Sí	1. Todos los días?					
2. No	2. Casi todos los días					
<ul> <li>Contestó SI en alguna de las siguientes preguntas: 4, 5, 8, 11, 12, 13, o Alt. 1 = Pensamientos de muerte o 2 en</li> </ul>	3. Con menos frecuen- cia? → Pasa a sd28_F1					
1. Ninguna respuesta SI → Pasa a sd28_F1  2. Con alguna respuesta → Pasa a INT14	sd17_F1. Durante esas mismas dos semanas, ¿se sintió Ud. agotado(a), o con menos energía de lo habitual para Ud.?					
SI → Pasa a INT14	1. Sí					
	2. No					
	<ul> <li>Alt 1 = Sentirse Cansado</li> <li>Si el entrevistado pregunta si aún estamos hablando de</li> </ul>					
	ese período de dos semanas o más, conteste sí.					

sd18_F1. ¿Perdió o ganó peso sin desearlo, o se quedó más o menos en el mismo peso?  1. Ganó peso 2. Perdió peso	sd24_F1. Las personas a veces se sienten mal consigo mismas, que no son suficientemente buenas o valen poco. Durante esas dos semanas ¿se sintió Ud. de esa forma?						
(Respuesta espontánea) 3. Ganó y perdió peso	2. No						
4. Mantuvo su peso → Pasa a sd21_F1	<ul> <li>◆ Alt 1 = Se sentía deprimido consigo mismo</li> </ul>						
(Respuesta Espontánea) → Pasa a sd21_F1 5. Estaba a dieta	sd25_F1. Durante esas dos semanas, ¿pensó mucho en la muerte, ya fuese en la suya, en la de alguien más o en la						
sd19_F1. ¿Alrededor de cuántos kilos de peso ganó y/o perdió? Kilogramos	muerte en general?  1. Sí  2. No						
sd20_F1. Anotar sin preguntar. ¿El cambio de peso fue mayor o igual a 5 kilos?  1. Sí 2. No	<ul> <li>Alt 1 = Pensamientos de muerte</li> <li>Contestó Sí en alguna de las siguientes preguntas: 17, 20, 23, 24 u 25, o Alt. 1 o 2 en sd22_F1</li> <li>1. Ninguna respuesta Sí → Pasa a sd28_F1</li> <li>2. Con alguna respuesta Sí</li> </ul>						
♦ Alt 1 = Cambio de peso	31						
sd21_F1. Durante esas dos semanas, ¿tenía Ud. más problemas de lo habitual para quedarse dormido?  1. Sí  2. No → Pasa a sd23_F1	INT15. Vamos a repasar, Ud. mencionó que tenía dos se manas seguidas, durante los últimos 12 meses, en que per dió interés en la mayoría de las cosas como pasatiempos trabajo o actividades que usualmente hace para divertirs y también tenía otros problemas como						
sd22_F1. Durante esas dos semanas, ¿le pasó esto	Lea las tres primeras respuestas SÍ en preguntas 17, 20, 23 24 o 25, o Alt. 1 o 2 en sd22_F1						
1. Todas las noches?	cd36 E1 Diance en el enicadio más reciente de des es						
2. Casi todas las noches?	sd26_F1. Piense en el episodio más reciente de dos semanas seguidas o más cuando Ud. se sintió de esta manera. ¿En qué mes y año ocurrió?						
3. Con menos frecuencia?	manas seguidas o más cuando Ud. se sintió de esta ma-						
_	manas seguidas o más cuando Ud. se sintió de esta manera. ¿En qué mes y año ocurrió?						
3. Con menos frecuencia?	manas seguidas o más cuando Ud. se sintió de esta manera. ¿En qué mes y año ocurrió?  a. Año -8888. No sabe						
3. Con menos frecuencia?  * Alt 1 o 2 = Problemas para dormir  sd23_F1. Durante esas dos semanas, ¿tenía Ud. más difi-	manas seguidas o más cuando Ud. se sintió de esta manera. ¿En qué mes y año ocurrió?  a. Año -8888. No sabe -9999. No responde						
3. Con menos frecuencia?  * Alt 1 o 2 = Problemas para dormir  sd23_F1. Durante esas dos semanas, ¿tenía Ud. más dificultad de lo habitual para concentrarse?	manas seguidas o más cuando Ud. se sintió de esta manera. ¿En qué mes y año ocurrió?  a. Año -8888. No sabe -9999. No responde  b. Mes -8888. No sabe						
3. Con menos frecuencia?  * Alt 1 o 2 = Problemas para dormir  sd23_F1. Durante esas dos semanas, ¿tenía Ud. más dificultad de lo habitual para concentrarse?  1. Sí	manas seguidas o más cuando Ud. se sintió de esta manera. ¿En qué mes y año ocurrió?  a. Año -8888. No sabe -9999. No responde  b. Mes -8888. No sabe						

sd27_F1. ¿Cuánto han interferido estos problemas con su vida o actividades?	OBSERVACIONES
1. Mucho	
2. Más o menos	
3. Poco	
4. Nada	
sd28_F1. ¿Alguna vez un médico o doctor le ha dicho que tiene o que padece de depresión?	
1. Sí	
2. No → Pasa a sd30	
-8888. No sabe → Pasa a sd30	
-9999. No responde → Pasa a sd30	
sd29_F1. ¿A qué edad se lo diagnosticaron por primera vez?	
Años -8888. No sabe	
-9999. No responde	
sd30. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento por depresión?	
1. Sí	
2. No	
-8888. No sabe	
-9999. No responde	
sd31. ¿Ha estado tomando algún medicamento durante	
las últimas 2 semanas para la depresión?	
1. Sí	
2. No	
-8888. No sabe	
-9999. No responde	

MÓDULO X: OSTEOPOROSIS (O)									
Aplicar a mayores de 20	años								
INT16. Ahora le voy a ha	INT16. Ahora le voy a hablar sobre sus huesos								
o1. ¿Ha tenido alguna f	ractura o se ha	roto algún hueso después de los 2	0 años?						
1. Sí									
2. No		→ Pasa a o4							
-8888.	No sabe	→ Pasa a o4							
o2. ¿Cuántas veces? Si son más de 10 veces aclárele al entrevistado que las preguntas que vienen se refieren a las últimas 10 veces									
N° de veces									
<b>o3. ¿A qué edad se frac</b> Para la causa de la fract		e <b>l hueso?</b> Tarjeta 14 y anote el número de re	spuesta	del e	ntrev	vistado	)		
1. Caída casua	l a nivel: por eje	mplo se tropezó, resbaló, cayó de	la cama.						
2. Caída de alt	ura. Por ejemplo	o caerse de una escalera, de una si	lla (o pis	<i>o),</i> es	cala	abajo,	, desde un techo.		
3. Accidente automovilístico u otro accidente o trauma severo									
4. Otro. Especifique:									
			O		c. ¿C		eso se fracturó?		a)
fractura -8888 No sabe	b. Causa de la fractura -8888 No sabe 999. No responde	Otro. Especifique	Dedos de oie, dedos d mano, cara	Muñecas	Cadera	Columna o vértebras	Otro. Especifique	No sabe	No responde
1°									

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

o4. ¿Cuántas veces se ha caído el último año?	MÓDULO XI: ESTADO NUTRICIONAL				
Nº de veces  0. No se ha caído  -8888. No sabe	n1. Ahora le voy a mostrar unos dibujos; por favor, dígame qué figura siente que se parece más a usted en este momento. Mostrar Tarjeta 16				
-9999. No responde  o5. Respecto de la última semana ¿Con cuánta frecuen-	N° de figura  n2. Considera usted que está:				
cia sale al exterior/ fuera de su casa?	Mostrar 🖺 Tarjeta 17				
1. Poco frecuente	1. Bajo de peso				
2. Frecuente	2. Peso normal				
o6. Respecto de la última semana ¿A cuánta luz solar ha	3. Sobrepeso				
sido expuesta?	4. Obeso				
1. Poca	-8888. No sabe				
2. Mucha	-9999. No responde				
o7. Si después de varios meses de no exponerse al sol, usted se expone al sol durante media hora sin protector solar y sin ropa protectora, ¿qué le pasaría a su piel?  Mostrar Tarjeta 15	n3. ¿Alguna vez un médico, enfermera u otro profesiona de la salud le ha dicho que tiene exceso de peso?				
•	<u> </u>				
1. Tendría una quemadura muy roja, con ampollas	2. No				
2. Tendría una quemadura roja durante unos días y luego se despellejaría	-8888. No sabe				
3. Se pondría rojo y se broncearía un poco	-9999. No responde				
4. Se broncearía, pero sin pasar por una quemadura roja	n4. ¿Ha estado haciendo algo para reducir el exceso de peso durante las últimas 2 semanas?				
5. Nada le sucedería en esa media hora	Alternativa múltiple				
6. Otra situación. Especifique.	1. Sí, está haciendo dieta por su cuenta				
o7_esp.	2. Sí, hace ejercicio periódicamente				
	3. Sí, toma medicamentos por su cuenta, no indicados por un médico				
	4. Sí, toma medicamentos indicados por un médico				
	5. Sí, está en tratamiento con un profesional de la salud				
	6. Sí, otras cosas. Especifique.				
	7. No, no está haciendo nada				
	n4_6_esp.				

•		
	$\circ$	
MÓDUL	$\sim$ $\sim$ $\sim$ $\sim$	

die1a. ¿Con qué frecuencia come pescado o mariscos (cualquier tipo de preparación o presentación)?  1. Más de una vez a la semana 2. 1 vez a la semana → Pasa a die1b 3. Menos de 3 veces al mes	die4. ¿Con qué frecuencia consume usted algún tipo de cereal integral como pan integral, cereal integral o alimentos que contengan harinas integrales?  1. Más de una vez por día 2. A diario 3. Día por medio		
4. Menos de 1 vez al mes o nunca → Pasa a die2	4. Al menos una vez por semana		
die1a_esp. ¿Cuántas veces?	5. Al menos una vez por mes  6. Nunca		
№ de veces -8888. No sabe			
-9999. No responde	die5. ¿Con qué frecuencia consume usted algún tipo de legumbres como porotos, lentejas, arvejas, garbanzos?  Mostrar Tarjeta 18		
SOLO PARA QUIENES RESPONDEN 1, 2 o 3 en die1a	1. Dos o más veces por semana		
die1b. ¿Comió pescado o marisco en los últimos 3 días?	2. Al menos una vez por semana		
1. Sí	3. Entre una y tres veces al mes		
2. No	4. Menos de una vez al mes o nunca		
die2. ¿Con qué frecuencia consume leche, queso, quesi- llo o yogurt?	die6. En una semana típica, ¿Cuántos días come Ud. frutas?		
1. Tres o más veces al día	N° de días Si es 0 → Pasa a die8		
2. Menos de tres veces al día	die7. ¿Cuántas porciones de frutas come en uno de esos		
3. Una vez al día	días? Mostrar 🖺 Tarjeta 19		
4. Día por medio	N° de porciones		
5. Al menos una vez por semana			
6. Al menos una vez por mes	die8. En una semana típica, ¿Cuántos días come Ud. verduras, hortalizas o ensaladas de verduras?  No considerar papas ni legumbres		
7. Nunca → Pasa a die4	N° de días Si es $0 \rightarrow Pasa$ a die 10		
die3. ¿Qué tipo de lácteos (leche, quesillo o yogurt)	or co o rada a area		
consume preferentemente?	die9. ¿Cuántas porciones de verduras u hortalizas o en-		
Semi descremados, descremados o bajos en grasas	saladas de verduras come en uno de esos días? No considerar papas ni legumbres Mostrar 🖺 Tarjeta 20		
2. Enteros	N° de porciones		

die10. Existen diversos tipos de información en los paquetes de alimentos envasados. En general, cuando usted quiere comprar alimentos envasados, ¿con qué frecuencia revisa y toma en cuenta los siguientes tipos de información descritos en el envase o junto al envase? Mostrar 🖺 Tarjeta 21 Siempre Casi Algunas Rara vez Nunca siempre veces a. Los ingredientes y aditivos que el envase dice contener (Mostrar 🖺 Tarjeta 21a) b. La Información o tabla nutricional. Es decir la cantidad de calorías, grasas, proteínas, sal y otros (Mostrar 🖺 Tarjeta 21b) c. Los sellos de advertencia (alto en sodio, alto en azúcares, alto en grasas saturadas, alto en calorías) (Mostrar 🖺 Tarjeta 21c) d. Los mensajes saludables que trae el envase como "el consumo de fibra reduce el colesterol" (Mostrar 🖺 Tarjeta 21d) e. La marca f. Si tiene menor precio, por ejemplo, las promociones, ofertas, descuentos, regalos, entre otros die11. ¿Cuántos vasos de agua al día consume Usted? die13. En el último mes ¿Qué tan seguido consumió néc-Mostrar 🖺 Tarieta 22 tares, jugos en polvo, etc. con azúcar? No incluya nada light, dietética o cero. Ud. me puede contestar por día, N° de vasos al día por semana o por mes. Mostrar 🖺 Tarjeta 24 die12. En el último mes ¿Qué tan seguido consumió be-Sies Den los 3 **die13 cantidad.** N° de veces bidas gaseosas con azúcar? No incluya nada light, dieté-→ Pasa a die14 tica o cero. Ud. me puede contestar por día, por semana Indicar si es al día, a la semana o al mes. o por mes. Mostrar 🖺 Tarjeta 23 die13 unidad. Si es 0 en los 3 die12\_cantidad. N° de veces → Pasa a die13 Al día Indicar si es al día, a la semana o al mes. A la semana die12\_unidad. Al mes Al día No consume A la semana die13e. En el último mes, cuando consumió néctares, Al mes jugos en polvo, etc. con azúcar, en promedio ¿cuántos vasos estándar consumió en cada ocasión? No consume Mostrar 🖺 Tarjeta 22 die12e. En el último mes, cuando consumió bebidas gadie13e. seosas con azúcar, en promedio ¿cuántos vasos estándar consumió en cada ocasión? Mostrar 🖺 Tarjeta 22 Nº de vasos -8888. No sabe -9999. No responde Nº de vasos -8888. No sabe

-9999. No responde

die14. ¿Qué tipo de aceite o grasa se usa con más fre-	MODULO XIII: SUENO (TS)
cuencia para cocinar en su casa?  Mostrar Tarjeta 25	ts1. ¿Le han dicho que ronca todas o casi todas las no- ches?
1. Aceite vegetal (maravilla, maíz, pepa de uva)	1. Sí
2. Aceite de oliva	2. No
3. Manteca	-8888. No sabe
4. Mantequilla	ts2. ¿Le han dicho que cuando duerme deja de respirar
5. Margarina	por momentos?
6. Otro. Especifique:	1. Sí
die14_esp.	2. No
	-8888. No sabe
OBSERVACIONES	ts3. ¿Le cuesta trabajo mantenerse despierto(a) durante el día, por lo menos tres días a la semana?
	1. Sí
	2. No
	ts4. ¿Despierta usted sintiéndose cansado(a) o casi tan cansado(a) como antes de dormir, por lo menos tres días a la semana?
	1. Sí 2. No
	ts5. En promedio, ¿cuántas horas duerme los días de se- mana?
	N° de horas
	ts6. En promedio, ¿cuántas horas duerme los fines de se- mana?
	N° de horas

para dormir?	<ul> <li>El cuestionario se refiere a su vida cotidiana en los últi-</li> </ul>			
1. Ninguna vez en el último mes	mos seis meses.  • Emplee la siguiente escala para describir cada situación.			
2. Menos de una vez a la semana	0. Nunca se queda dormido			
3. Una o dos veces a la semana	Con baja frecuencia se queda dormido			
4. Tres o más veces a la semana	Con moderada frecuencia se queda dormido			
-8888. No sabe	3. Con alta frecuencia se queda dormido			
-9999. No responde	4. No aplica			
ts8. Durante los últimos 30 días, ¿en qué medida tuvo	0 1 2 3 4			
problemas, como quedarse dormido durante el día, des-	ts9_1. Sentado y leyendo.			
pertarse frecuentemente durante la noche o despertarse demasiado temprano por la mañana?	ts9_2. Viendo televisión.			
1. Ninguno	ts9_3. Sentado en un lugar público (ej.: cine o reunión).			
2. Poco	ts9_4. Viajando como pa-			
3. Moderado	sajero en un auto, micro o transporte público durante			
4. Mucho	una hora.			
5. Demasiado	ts9_5. Descansando en la tar- de cuando las circunstancias lo permiten.			
-8888. No sabe	ts9_6. Sentado y conversan-			
-9999. No responde	do con otra persona.			
	ts9_7. Sentado en un am- biente tranquilo después de			
	almuerzo (sin consumo de			
	alcohol).			
	ts9_8. Conduciendo un auto, mientras se encuentra dete-			
	nido por algunos minutos en			
	el tráfico.			
	ts10. ¿Ha tenido accidentes del tránsito por estar somno- liento o quedarse dormido?			
	1. Sí			
	2. No			
	-7777. No aplica			

ts9. ¿Con qué frecuencia está somnoliento o se queda

dormido en las siguientes situaciones?

ts7. Durante el último mes, ¿Cuántas veces habrá toma-

do medicinas por su cuenta o recetadas por el médico

## MÓDULO XIV: TABAQUISMO (TA)

NT17. Las siguientes preguntas tienen relación con el con- sumo de cigarrillos de tabaco	Responde solo si ta3=1 o 2		
ta1. En el último año, ¿un médico o personal de salud le han preguntado si fuma?  1. Sí, si me han preguntado 2. No, no me han preguntado 3. No he sido atendido por un médico u otro personal de salud en el último año -8888. No sabe	ta5. ¿Cuánto tiempo pasa desde que se despierta hasta que se fuma su primer cigarrillo?  1. 5 minutos o menos 2. 6 a 30 minutos 3. 31 a 60 minutos 4. Más de 60 minutos		
-9999. No responde	Pregunta ta6 responde solo si ta3=1, 2 o 3		
ta2. ¿Ha fumado por lo menos 100 cigarrillos en toda su vida?  1. Sí 2. No	ta6. ¿A qué edad comenzó a fumar?  Edad -8888. No sabe -9999. No responde		
-8888. No recuerda	Pregunta ta7 y ta8 solo responden si ta3= 1 o 2		
-9999. No está seguro  ta3. ¿Actualmente fuma Ud. cigarrillos?  1. Sí, uno o más cigarrillos al día Responde ta4, ta5, ta6, ta7 y ta8  2. Sí, ocasionalmente (menos de un cigarrillo al día) Responde ta5, ta6, ta7 y ta8  3. No, he dejado de fumar Responde solo ta6 y luego ta9  4. No, nunca he fumado → Pasa a INT18	ta7. En los últimos 12 meses, ¿ha tratado de dejar de fumar?  1. Sí 2. No  ta8. En los últimos 12 meses, ¿le han aconsejado que deje de fumar en alguna visita al médico u otro profesional de la salud?  1. Sí 2. No 3. No ha visitado a ningún médico o profesional de la salud en los últimos profesional en los últimos profesional en la salud en los últimos profesional en los últimos		
ta4: responde solo si ta3=1	profesional de la salud en los últimos 12 meses		
ta4. Como promedio, ¿cuántos cigarrillos fumó al día durante los últimos 30 días?  N° de cigarrillos al día			

Solo responden si ta3=3	ta10_1_esp. ¿Cuál?		
ta9. ¿Cuándo fue la última vez que fumó, es decir, desde cuándo no se fuma por lo menos un cigarrillo diariamente?			
1. Menos de un mes	ta10_2_esp. ¿Cuál?		
2. Entre 1 y 6 meses			
3. Entre más de 6 meses y un año			
4. Más de un año	ta10_3_esp. ¿Cuál?		
5. No recuerda o no está seguro			
Solo responden si ta3=3			
ta10. ¿Cuál fue la razón principal por la que Ud. dejó de			
fumar? MARQUE HASTA 3 OPCIONES EN ORDEN DE IMPORTANCIA	INT18. Le formularemos algunas preguntas relacionada con la exposición al humo del tabaco en diferentes an		
<ol> <li>Ayuda o consejo de un profesional de la salud</li> </ol>	tall. Durante la semana pasada, aproximadamente		
2. Restricciones de espacios para fumar	¿cuántas horas alguien fumó en su presencia dentro de su casa?		
<ol> <li>Elevados precios de los cigarrillos o tabaco</li> </ol>	Si es una cantidad de horas variable, calcule el promedio diario		
4. Propia voluntad	ta11_1. Horas en un día normal de semana (lunes a jueves)		
<ol> <li>Ayuda o consejo de familiar o persona cercana</li> </ol>	ta11_2. Horas en un día libre o de fin de se-		
6. La ley que regula el consumo de taba- co	mana (viernes a domingo o festivo)		
7. Por embarazo suyo o de su pareja	ta12. Durante los 7 días de la semana (de lunes a domin go), aproximadamente, ¿cuántas horas en promedio a		
<ol> <li>Sentía molestias, o enfermedades por causas del tabaco</li> </ol>	día, acostumbra estar Ud. expuesto al humo de tabaco en su lugar de estudio o de trabajo?		
9. Aumentó su preocupación por los efectos dañinos del tabaco <i>(riesgo</i> para la salud)	ta12_1. Horas en un día normal de semana (lunes a jueves)		
10. Otro. ¿Cuál?	ta12_2. Horas en un día libre o de fin de se- mana (viernes a domingo o festivo)		
-8888. No sabe	ta13. Durante los 7 días de la semana (de lunes a domingo)		
-9999. No responde	aproximadamente, ¿cuántas horas en promedio al día acostumbra estar Ud. en ambientes cargados de humo de		
ta10_1. 1ra Opción	tabaco fuera de su casa o fuera de su trabajo? Conside re medios de transporte y lugares públicos cerrados o de		
ta10_2. 2da Opción	ocio (bares, restaurantes, centros comerciales, etc.)		
ta10_3. 3ra Opción	ta13_1. Horas en un día normal de semana (lunes a jueves)		
	ta13_2. Horas en un día libre o de fin de se- mana (viernes a domingo o festivo)		

Responden	solo si ta3	=1 o 2		
ta14. En promedio, ¿cuántos de los siguientes productos fuma usted al día o a la semana?  Me puede contestar al día o por semana.  Si no fuma, seleccionar al día y colocar 0 en cantidad.				
	A diario	Semanal- mente		
1. Cigarros de Fábrica			Si es 0 → Pasa a ta15	
2. Cigarros armados a Mano				
3. Pipas con Tabaco				
4. Puros o Tiparillos				

ta14\_5. En los últimos 5 días, ¿en cuántos de esos días fumó un cigarro electrónico?

6. Narguile (Pipa árabe o pipa de agua)	
7. Otro	

ta14\_7c. ¿Cuál?

5. Cigarro electrónico

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

1. Sí
2. No

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

1. Sí
2. No

#### Todos responden

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

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

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

	Mar	que hasta 3 alternativas			
	1. Parques y plazas para niños				
2. Terrazas y patios exteriores de cafe restaurantes, bares, pubs, discothe ques o casinos					
	3. Estadios o recintos deportivos				
	4. Exterior de edificios de oficina				
	5. Paraderos de micro				
	6. En ninguno de estos espacios me h expuesto al humo del tabaco				
		7. No he visitado estos lugares en los últimos 6 meses			
e	ste ho	gar ¿Se permite fumar dentro de la casa?			
		1. Nunca			

ta17. En

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

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

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

ta18\_esp. ¿Cuántas personas?



# MÓDULO XV: SALUD BUCAL (SB)

sb1. En general, usted diría que su salud bucal es:		sb5. ¿Ha estado o se ha sentido en alguna de las siguientes situaciones?						
	1. Muy buena		tes situaciones?	g	. <u>.</u> g	ses	i. ore	ore
	2. Buena			Nunca	Casi	A veces	Casi siempre	Siempre
	3. Regular		1. Mis dientes o prótesis					
	4. Mala		me incomodan cuando hablo	1	2	3	4	5
	5. Muy mala		2. Mis dientes o prótesis son causa de sufrimiento	1	2	3	4	5
sb2. ¿Cuándo fue la última vez que visitó al dentista?			y dolor  3. Mis dientes o prótesis					
	1. Hace menos de 6 meses		me producen incomodi- dad cuando como	1	2	3	4	5
	2. Entre 6 meses y un año		4. Mis dientes o prótesis interfieren con mis activi-					
	3. Más de 1 año y me- nos de 2 años		dades diarias (trabajo, estudio, labores de casa,	1	2	3	4	5
	4. 2 o más años, pero menos de 5 años		etc.)					
	5. 5 o más años		5. Mis dientes o prótesis interfieren con mis rela-	1	2	3	4	5
	6. Nunca lo he visitado → Pasa a sb5		ciones sociales					
sb3. Motivo principal de la última visita al dentista								
sb3. Mo	tivo principal de la última visita al dentista		OBSERVACIONES					
sb3. Mo	1. Dolor o molestias con los dientes, encías o boca		OBSERVACIONES					
sb3. Mo	1. Dolor o molestias con los dientes,		OBSERVACIONES					
sb3. Mo	1. Dolor o molestias con los dientes, encías o boca		OBSERVACIONES					
sb3. Mo	1. Dolor o molestias con los dientes, encías o boca  2. Tratamiento/continuar un tratamiento		OBSERVACIONES					
sb3. Mo	<ol> <li>Dolor o molestias con los dientes, encías o boca</li> <li>Tratamiento/continuar un tratamiento</li> <li>Revisión o control de rutina</li> </ol>		OBSERVACIONES					
	1. Dolor o molestias con los dientes, encías o boca 2. Tratamiento/continuar un tratamiento 3. Revisión o control de rutina -8888. No sabe -9999. No responde		OBSERVACIONES					
	1. Dolor o molestias con los dientes, encías o boca 2. Tratamiento/continuar un tratamiento 3. Revisión o control de rutina -8888. No sabe		OBSERVACIONES					
	1. Dolor o molestias con los dientes, encías o boca 2. Tratamiento/continuar un tratamiento 3. Revisión o control de rutina -8888. No sabe -9999. No responde		OBSERVACIONES					
	1. Dolor o molestias con los dientes, encías o boca 2. Tratamiento/continuar un tratamiento 3. Revisión o control de rutina -8888. No sabe -9999. No responde  os últimos 6 meses, ¿tuvo atención dental?		OBSERVACIONES					
	1. Dolor o molestias con los dientes, encías o boca 2. Tratamiento/continuar un tratamiento 3. Revisión o control de rutina -8888. No sabe -9999. No responde  os últimos 6 meses, ¿tuvo atención dental?  1. Sí 2. No. Solicitó atención, se la dieron,		OBSERVACIONES					
	1. Dolor o molestias con los dientes, encías o boca 2. Tratamiento/continuar un tratamiento 3. Revisión o control de rutina -8888. No sabe -9999. No responde  os últimos 6 meses, ¿tuvo atención dental?  1. Sí 2. No. Solicitó atención, se la dieron, pero no pudo asistir		OBSERVACIONES					
	1. Dolor o molestias con los dientes, encías o boca 2. Tratamiento/continuar un tratamiento 3. Revisión o control de rutina -8888. No sabe -9999. No responde  os últimos 6 meses, ¿tuvo atención dental?  1. Sí 2. No. Solicitó atención, se la dieron, pero no pudo asistir 3. No. Solicitó atención y no se la dieron 4. No. Necesito atención pero no la		OBSERVACIONES					

## MÓDULO XVI. ENCUESTA DE HIPERTENSIÓN (H)

h1. ¿Cuándo fue la última vez que se midió la presión arterial?  h1a. Año  O. Nunca  -8888. No sabe  -9999. No responde	h5. ¿En estos momentos está llevando o haciendo algún programa o tratamiento indicado por un profesional de la salud para mantener controlada su presión arterial?  1. Sí 2. No
<b>h1b.</b> Mes 0. Nunca -8888. No sabe	Si h2=3 y h4=2 o No sabe o No responde y h5=2 y es mujer $\rightarrow$ Pasa a h11
-9999. No responde	Si h2=3 y h4=2 o No sabe o No responde y h5=2 y es hombre → Pasa al siguiente módulo
h2. ¿Alguna vez un doctor, una enfermera u otro profesional de la salud le ha dicho a Ud. que ha tenido o que tiene o que padece de la presión alta?  1. Sí, una sola vez 2. Sí, más de una vez 3. No, nunca me lo han dicho 4. No recuerdo, no estoy seguro(a)  h3. ¿A qué edad se lo diagnosticaron por primera vez?  Edad  -8888. No sabe -9999. No responde  1. Sí 2. No -8888. No sabe -9999. No responde	h6. ¿Qué tipo de tratamiento está llevando?  1. Medicamentos 2. Tratamiento sin medicamentos (dieta, ejercicios, bajar de peso) 3. Ambos  h7. Piense acerca de la atención que Ud. recibió por la hipertensión arterial o presión alta durante los últimos 6 meses.  (Si hace más de 6 meses que fue atendido por su médico o enfermera, piense en su última consulta).  ¿Le preguntaron su idea u opinión cuando fue preparado su plan de tratamiento?  1. Nunca 2. Muy pocas veces 3. Algunas veces 4. La mayoría de las veces 5. Siempre

h8. ¿En qué tipo de establecimiento de salud se controla habitualmente por su presión alta o hipertensión arte-	h10_1. ¿Cuál es la razón principal por la cual no se controló por su Médico, por su presión alta o hipertensión					
rial?	arterial en el último año?					
1. Establecimiento del Sistema público (Consultorio general o municipal, CESFAM, CECOF, posta rural o municipal, CRS o CDT o consultorio de especialidades, Hospital público)  2. Establecimiento del Sistema	1. No quise $\rightarrow$ Pasa a h10a_1  2. Quise, pero no pude $\rightarrow$ Pasa a h10b_1  3. Otra razón. Especifique $\rightarrow$ *  -8888. No sabe $\rightarrow$ *					
privado (Consulta, centro médico, clínica u hospital privado)  3. En ambos establecimientos,	-9999. No responde → * h10_1_esp.					
públicos y privados						
4. No me controlo en ningún establecimiento de salud mi presión alta o hipertensión arterial → Pasa a h10_1	<ul> <li>→ * Pasa a h10_2 si Enfermera = 0 o Pasa a h10_3 si nutricionista = 0; sino pasa a h11 si es mujer sino a siguiente módulo</li> <li>h10a_1. ¿Cuál es la razón principal por la cual no quiso</li> </ul>					
5. Otro	ser controlado por su Médico en el último año?  → Pasa a h10_2 si Enfermera = 0 o Pasa a h10_3 si nutricionista					
h8_esp. Especifique	= 0; sino pasa a h11 si es mujer sino a siguiente módulo					
	<ol> <li>No lo consideré necesario, así que no hice nada</li> <li>Tomé remedios caseros</li> <li>Decidí tomar mis medicamentos habituales sin control</li> </ol>					
h9. Debido a su presión alta o hipertensión arterial ¿Cuántas veces en el último año fue controlado por:	4. Preferí consultar en una farmacia por medicamentos para la presión elevada o hipertensión arterial					
1. Médico? Si es 0 → Pasa a h10_1	5. Preferí consultar a un especialista en medicina complementaria (medicina vibracional, biomagnetismo, reiki, iriología, flores de Bach, medicina oriental					
-8888. No sabe -9999. No responde	o china, etc.)  6. Preferí buscar atención de medicina indígena					
2. Enfermera? Si es $0 \rightarrow Pasa \ a \ h10_2$	7. Preferí acudir a la medicina homeopá- tica					
-8888. No sabe						
-9999. No responde						
3. Nutricionista? Si es $0 \rightarrow Pasa\ a\ h10_3$						
-8888. No sabe						
-9999. No responde						
Si hay un 0 en alguna de las opciones → Pasar a h10_1 o h10_2 o h10_3, sino, → Pasar a h11 solo si es mujeres, si es hombre						

siguiente módulo.

h10b_1. ¿Cuál es la razón principal por la cual no pudo ser controlado en el último año por su Médico?  → Pasa a h10_2 si Enfermera = 0 o Pasa a h10_3 si nutricionista = 0; sino pasa a h11 si es mujer sino a siguiente módulo	h10a_2. ¿Cuál es la razón principal por la cual no quiso ser controlado por su Enfermera en el último año?  → Pasa a h10_3 si nutricionista = 0; sino pasa a h11 si es mujer sino a siguiente módulo		
1. No tuve tiempo de acudir	1. No lo consideré necesario, así que no hice nada		
2. Los horarios de atención no me sirven	2. Tomé remedios caseros		
3. Mucho trámite	3. Decidí tomar mis medicamentos habituales sin control		
4. No confío en los profesionales que atienden	4. Preferí consultar en una farmacia por medicamentos para la presión elevada		
5. Pensé en consultar pero me cuesta mucho llegar al lugar de atención	o hipertensión arterial  5. Preferí consultar a un especialista en		
6. Pensé en consultar pero no tuve dinero	medicina complementaria (medicina vibracional, biomagnetismo, reiki, irio-		
7. No me dieron permiso en el trabajo	logía, flores de Bach, medicina oriental o china, etc.)		
8. No pude conseguir hora	6. Preferí buscar atención de medicina indígena		
9. Perdí la hora  10. Otra razón. Especifique	7. Preferí acudir a la medicina homeopá- tica		
h10b_1_esp.  h10_2. ¿Cuál es la razón principal por la cual no se controló por su Enfermera, por su presión alta o hipertensión arterial en el último año?  1. No quise → Pasa a h10a_2 2. Quise, pero no pude → Pasa a h10b_2 3. Otra razón. Especifique → * -8888. No sabe → * -9999. No responde → *  h10_2_esp.  → * Pasa a h10_3 si nutricionista = 0; sino pasa a h11 si es mujer sino a siguiente módulo	<ul> <li>h10b_2. ¿Cuál es la razón principal por la cual no pudo ser controlado en el último año por su Enfermera?  → Pasa a h10_3 si nutricionista = 0; sino pasa a h11 si es mujer sino a siguiente módulo  1. No tuve tiempo de acudir 2. Los horarios de atención no me sirven 3. Mucho trámite 4. No confío en los profesionales que atienden 5. Pensé en consultar, pero me cuesta mucho llegar al lugar de atención 6. Pensé en consultar, pero no tuve dinero 7. No me dieron permiso en el trabajo 8. No pude conseguir hora 9. Perdí la hora 10. Otra razón. Especifique</li> </ul>		

h10_3. ¿Cuál es la razón principal por la cual no se controló por su Nutricionista, por su presión alta o hipertensión arterial en el último año?	h10b_3. ¿Cuál es la razón principal por la cual no pudo ser controlado en el último año por su Nutricionista?  → Pasa a h11 si es mujer sino a siguiente módulo		
1. No quise → Pasa a h10a_3  2. Quise, pero no pude → Pasa a h10b_3  3. Otra razón. Especifique -8888. No sabe → * -9999. No responde → *  h10_3_esp.  → * Pasa a h11 si es mujer sino a siguiente módulo	<ol> <li>No tuve tiempo de acudir</li> <li>Los horarios de atención no me sirven</li> <li>Mucho trámite</li> <li>No confío en los profesionales que atienden</li> <li>Pensé en consultar, pero me cuesta mucho llegar al lugar de atención</li> <li>Pensé en consultar, pero no tuve dinero</li> <li>No me dieron permiso en el trabajo</li> </ol>		
h10a_3. ¿Cuál es la razón principal por la cual no quiso ser controlado por su Nutricionista en el último año?  → Pasa a h11 si es mujer sino a siguiente módulo  1. No lo consideré necesario, así que no hice nada  2. Tomé remedios caseros  3. Decidí tomar mis medicamentos habi-	8. No pude conseguir hora 9. Perdí la hora 10. Otra razón. Especifique h10b_3_esp.		
<ul> <li>tuales sin control</li> <li>4. Preferí consultar en una farmacia por medicamentos para la presión elevada o hipertensión arterial</li> <li>5. Preferí consultar a un especialista en medicina complementaria (medicina vibracional, biomagnetismo, reiki, iriología, flores de Bach, medicina oriental o china, etc.)</li> <li>6. Preferí buscar atención de medicina indígena</li> <li>7. Preferí acudir a la medicina homeopática</li> </ul>	h11. ¿Alguna vez un médico o matrona le ha diagnosticado presión alta durante el embarazo?  1. Sí 2. No 3. No estoy segura 4. No ha tenido embarazos		

# MÓDULO XVII: DIABETES (DI)

di1. Antes de esta entrevista ¿alguna vez un profesional	Pregunta a todos los entrevistados
de la salud le ha medido (tomado, chequeado) el azúcar en la sangre?  1. Sí	di5. ¿Alguna vez ha hecho algún programa, tratamiento o cambio en el estilo de vida (dieta, ejercicios o bajar de peso) para la diabetes o azúcar alta en la sangre?
2. No → Pasa a di3	1. Sí
3. No estoy seguro(a) → Pasa a di3	2. No
di2. ¿Cuándo fue la última vez que se midió el azúcar en la sangre?	-8888. No sabe -9999. No responde
di2a. Año -8888. No sabe	di6. ¿En estos momentos está llevando o haciendo algún
-9999. No responde	programa, tratamiento o cambio en el estilo de vida (die- ta, ejercicios o bajar de peso) para mantener controlada
di <b>2b.</b> Mes -8888. No sabe	su diabetes/glicemia/azúcar?
-9999. No responde	1. Sí
di3. ¿Alguna vez un doctor, una enfermera u otro pro-	2. No → Pasa a di9
fesional de la salud le ha dicho a Ud. que ha tenido o que tiene o que padece de Diabetes (azúcar alta en la	di7. ¿Qué tipo de tratamiento está llevando?
sangre)?	Alternativa Múltiple
1. Sí	1. Medicamentos
2. No → Pasa a di5	2. Insulina
3. No recuerdo → Pasa a di5	3. Tratamiento sin medicamentos (die- ta, ejercicios, bajar de peso)
di3a. ¿A qué edad se la diagnosticaron?	
Edad -8888. No sabe	Preguntar solo a quienes contestan alternativa 2 (Insulina) en di7
-9999. No responde	di8. ¿A qué edad inició su tratamiento con insulina?
Pregunta solo a mujeres	Edad -8888. No sabe
di4. ¿Eso ocurrió cuando estuvo embarazada?	-9999. No responde
1. Sí	<ul> <li>* La edad registrada debe ser menor o igual a la edad del entrevistado.</li> </ul>
2. No	
3. No recuerdo, no estoy segura	
4. No ha tenido embarazos	

di9. En el último año, ¿ha tenido que consultar a un pro-		→ Pasa al siguiente módulo			
fesional de la salud o asistir a una curación por "úlceras, heridas o llagas" que no cierran, o que no cicatrizan en las piernas o pies (o "gangrena")?		di13. Piense acerca de la atención que Ud. recibió por la Diabetes o azúcar alta en la sangre durante los últimos 6 meses			
_	1. Sí	enfermera,	ás de 6 meses que fue atendido por su médico o piense en su última consulta).		
_	2. No		taron su idea u opinión cuando fue preparado tratamiento?		
	-8888. No sabe		1. Nunca		
di10. ¿Cu pies?	aándo fue la última vez que le examinaron los		2. Muy pocas veces		
	1. Hace 6 meses o menos.		3. Algunas veces		
	2. Hace más de 6 meses y menos de 1 año.		4. La mayoría de las veces		
	3. Entre 1 año y 2 años.		5. Siempre		
	4. Hace más de 2 años.		cuál tipo de establecimiento de salud se con-		
	5. Nunca.	trola habit sangre?	ualmente por su Diabetes o azúcar alta en la		
	ándo fue la última vez que lo examinó un oftal- oculista?		Establecimiento del Siste- ma público (Consultorio general o municipal, CES-		
_	1. Hace 1 año o menos 2. Hace más de 1 y menos de 2 años		FAM, CECOF, posta rural o municipal, CRS o CDT o consultorio de especiali-		
-	3. Entre 2 y 5 años		dades, Hospital público)  2. Establecimiento del Sis-		
-	4. Hace más de 5 años		tema privado (Consulta, centro médico, clínica u hospital privado)		
	5. Nunca		3. En ambos establecimien- tos, públicos y privados		
fre o tien	guna vez un médico o doctor le ha dicho que su- e alteración de la retina del ojo o que tiene una ía a causa de la diabetes?		4. No me controlo en ningún establecimiento de salud → Pasa a di16_1 mi diabetes.		
	1. Sí		5. Otra razón. Especifique ¿cuál o cuáles?		
-	2. No	di14_esp.			
	-8888. No sabe				
	-9999. No responde				
-					

Si di3= 2 o 3 y di6= 2 y di5= 2 No sabe o No responde

Pregunta a todos los entrevistados

di15. Debido a su diabetes o azúcar alta en la sangre ¿Cuántas veces en el último año fue controlado por:	di16a_1. ¿Cuál es la razón principal por la cual no quiso ser controlado por su Médico en el último año?		
<b>di15_1.</b> Médico? Si es $0 \rightarrow Pasa \ a \ di16_1$	→ Pasa a di16_2 si Enfermera = 0 o Pasa a di16_3 si nutricionis ta = 0; sino a siguiente módulo		
-8888. No sabe	1. No lo consideré necesario, así que no hice nada		
-9999. No responde	2. Tomé remedios caseros		
<b>di15_2.</b> Enfermera? Si es $0 \rightarrow Pasa \ a \ di16_2$	3. Decidí tomar mis medicamentos habituales sin control		
-8888. No sabe	4. Preferí consultar en una farmacia por medicamentos para la Diabetes o azúcar alta en la sangre		
di15_3. Nutricionista? Si es $0 \rightarrow Pasa\ a$ di16_3  -8888. No sabe	5. Preferí consultar a un especialista en medicina complementaria (medicina vibracional, biomagnetismo, reiki, iriología, flores de Bach, medicina oriental o china, etc.)		
-9999. No responde	6. Preferí buscar atención de medicina indígena		
Si hay un 0 en alguna de las opciones pasar a di16_1 o di16_2 o di16_3, sino, al siguiente módulo.	7. Preferí acudir a la medicina homeopá- tica		
di16_1. ¿Cuál es la razón principal por la cual no se controló por su Médico, por su Diabetes o azúcar alta en la sangre en el último año?  1. No quise → Pasa a di16a_1 2. Quise, pero no pude → Pasa a di16b_1 3. Otra razón. Especifique → * -8888. No sabe → * -9999. No responde → *  → * Pasa a di16_2 si Enfermera = 0 o Pasa a di16_3 si nutricionista = 0; sino a siguiente módulo  di16_1_esp.	di16b_1. ¿Cuál es la razón principal por la cual no pudo ser controlado en el último año por su Médico?  → Pasa a di16_2 si Enfermera = 0 o Pasa a di16_3 si nutricionista = 0; sino a siguiente módulo  1. No tuve tiempo de acudir 2. Los horarios de atención no me sirven 3. Mucho trámite 4. No confío en los profesionales que atienden 5. Pensé en consultar, pero me cuesta mucho llegar al lugar de atención 6. Pensé en consultar, pero no tuve dinero 7. No me dieron permiso en el trabajo 8. No pude conseguir hora 9. Perdí la hora 10. Otra razón. Especifique		

di16_2. ¿Cual es la razon principal por la cual no se con- troló por su Enfermera, por su Diabetes o azúcar alta en la sangre en el último año?	di16b_2. ¿Cual es la razon principal por la cual no pudo ser controlado en el último año por su Enfermera? → Pasa a di16_3 si nutricionista=0; sino a siguiente módulo
	·
<ul> <li>→ Pasa a di16_3 si nutricionista=0; sino a siguiente módulo</li> <li>1. No lo consideré necesario, así que no hice nada</li> <li>2. Tomé remedios caseros</li> <li>3. Decidí tomar mis medicamentos habituales sin control</li> <li>4. Preferí consultar en una farmacia por medicamentos para la Diabetes o azúcar alta en la sangre</li> <li>5. Preferí consultar a un especialista en medicina complementaria (medicina vibracional, biomagnetismo, reiki, iriología, flores de Bach, medicina oriental o china, etc.)</li> <li>6. Preferí buscar atención de medicina indígena</li> <li>7. Preferí acudir a la medicina homeopática</li> </ul>	di16b_2_esp.  di16_3. ¿Cuál es la razón principal por la cual no se controló por su Nutricionista, por su Diabetes o azúcar alta en la sangre en el último año?  1. No quise → Pasa a di16a_3 2. Quise, pero no pude → Pasa a di16b_3 3. Otra razón. Especifique -8888. No sabe → * -9999. No responde → *  → * Pasa a siguiente módulo  di16_3_esp.

	Cuál es la razón principal por la cual no quiso ado por su Nutricionista en el último año?	OBSERVACIONES
	No lo consideré necesario, así que no hice nada	
	2. Tomé remedios caseros	
	Decidí tomar mis medicamentos habituales sin control	
	4. Preferí consultar en una farmacia por medicamentos para la Diabetes o azúcar alta en la sangre	
	5. Preferí consultar a un especialista en medicina complementaria (medicina vibracional, biomagnetismo, reiki, iriología, flores de Bach, medicina oriental o china, etc.)	
	6. Preferí buscar atención de medicina indígena	
	7. Preferí acudir a la medicina homeopá- tica	
	Cuál es la razón principal por la cual no pudo ado en el último año por su Nutricionista?	
	1. No tuve tiempo de acudir	
	2. Los horarios de atención no me sirven	
	3. Mucho trámite	
	4. No confío en los profesionales que atienden	
	5. Pensé en consultar, pero me cuesta mucho llegar al lugar de atención	
	6. Pensé en consultar, pero no tuve dinero	
	7. No me dieron permiso en el trabajo	
	8. No pude conseguir hora	
	9. Perdí la hora	
	10. Otra razón. Especifique	
di16b_3_es	p.	

# MÓDULO XVIII: DISLIPIDEMIAS (DIS)

-8888. No sabe

-9999. No responde

dis1. ¿Cuándo fue la última vez que se midió el colesterol?	dis5. ¿En estos momentos está llevando o haciendo algún programa, tratamiento o cambio en el estilo de vida
dis1a. Año 0. Nunca	(dieta, ejercicios o bajar de peso) para mantener contro- lado su colesterol?
-8888. No sabe	1. Sí
-9999. No responde	2. No → Pasa al siguiente módulo
dis1b. Mes 0. Nunca	dis6. ¿Qué tipo de tratamiento está llevando?
-8888. No sabe	1. Medicamentos
-9999. No responde	2. Tratamiento sin medicamentos (dieta, ejercicios, bajar de peso)
dis2. ¿Alguna vez un doctor, una enfermera u otro pro- fesional de la salud le ha dicho a Ud. que ha tenido, que tiene o que padece del colesterol alto?	3. Ambos
1. Sí, una sola vez	
2. Sí, más de una vez	
3. No, nunca me lo han dicho → Pasa a dis4	
4. No recuerdo, no estoy → Pasa a dis4 seguro(a)	
dis3. ¿A qué edad se lo diagnosticaron?	
Edad -8888. No sabe	
-9999. No responde	
dis4. ¿Alguna vez ha hecho algún programa, tratamiento o cambio en el estilo de vida (dieta, ejercicios o bajar de peso) por tener el colesterol elevado?	
1. Sí	
2. No	

## **MÓDULO XIX: ANTECEDENTES FAMILIARES (AF)**

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

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

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

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

### **MÓDULO XX: PSICOSOCIAL (P)**

dir ayuda a nadie

-9999. No responde

-8888. No sabe

INT19: Ahora le voy hacer preguntas sobre lo que usted ps4 F1. ¿Puede recurrir confiadamente a alguien cuando piensa: tiene un gasto imprevisto, emergencia económica u otra situación grave o catastrófica? ps1. ¿Cuán de acuerdo está Ud. con la siguiente frase?: 1. Sí, siempre "A nadie le importa mucho lo que me pasa" Mostrar 🖺 Tarjeta 26 2. Sí, casi siempre 1. Totalmente de acuerdo 3. Sí, algunas veces 2. Más o menos de acuerdo 4. Rara vez o nunca 3. Algo en desacuerdo 5. No necesita, no le gusta hablar ni pedir ayuda a nadie 4. Totalmente en desacuerdo -8888. No sabe -8888. No sabe -9999. No responde -9999. No responde ps5\_F1. Si se le cayera su monedero o billetera en su barrio, calle, villa o población y alguien la viera ¿piensa Ud. ps2\_F1. ¿Cuán de acuerdo está Ud. con la siguiente frase?: "Es más seguro no confiar en nadie" que él o ella se la devolvería? Mostrar 🖺 Tarieta 26 1. Muy de acuerdo 1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 2. Más o menos de acuerdo 3. Ni acuerdo ni en desacuerdo (más o menos) 3. Algo en desacuerdo 4. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo 5. Muy en desacuerdo -8888. No sabe ps6 F1. ¿Pertenece Ud. a alguno de los siguientes gru--9999. No responde pos? Mostrar 🖺 Tarjeta 27 ps3\_F1. Cuando tiene problemas, ¿tiene Ud. alguna per-1. Sí sona en quien confiar, pedir ayuda o consejo? 2. No, solo grupos en  $\rightarrow$  Pasa a ps7 F1 Internet 1. Sí, siempre 3. No, ningún tipo de → Pasa a ps7\_F1 2. Sí, casi siempre grupo -8888. No sabe → Pasa a ps7 F1 3. Sí, algunas veces → Pasa a ps7\_F1 -9999. No responde 4. Rara vez o nunca 5. No necesita, no le gusta hablar ni pe-

promedio, se junta con su(s) grupo(s) en un mes?	mularios o papeles para trámites usted solo?
1. Dos o más veces al mes	1. Totalmente seguro
2. Una vez al mes	2. Seguro
3. Menos de una vez al mes	3. Más o menos seguro
4. Nunca	4. Poco seguro
ps7_F1. ¿Con qué frecuencia se ha sentido estresado durante el último año (irritable, lleno de ansiedad o sin	5. Nada seguro
poder dormir) debido a situaciones en la casa o en el tra- bajo?	ODCEDVA CLONEC
1. Nunca sintió estrés	OBSERVACIONES
2. Algunas veces se ha sentido estresado en la casa o en el trabajo	
3. Varias veces se ha sentido estresado en la casa o en el trabajo	
4. Permanentemente se ha sentido estresado en la casa o en el trabajo	
ps8. ¿Qué nivel de estrés financiero, económico, de dine- ro o plata ha sentido Ud. en los últimos 12 meses?	
1. Poco o nada	
2. Moderado	
3. Alto o mucho	
-8888. No sabe	
-9999. No responde	
ps9_F1. Usted, aparte de sus actividades habituales,	
ttiene a su cargo el cuidado de niños, adultos mayores, personas en situación de discapacidad o personas con	
enfermedades crónicas?	
1. Sí, como único cuidador	
2. Sí, pero compartido con otra persona	
3. No, no tengo a cargo a nadie	
-8888. No sabe	
-9999. No responde	

### MÓDULO XXI: NIVEL SOCIOECONÓMICO DEL HOGAR

#### A todos los integrantes del hogar

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

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

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

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

de Hogar (ass=1, 2 0 3)	(complementario, escolar, catastrófico, entre otros). No considerar seguros obligatorios, por ejemplo seguro de accidentes y enfermedades profesionales				
as4. ¿Cuál es su estado conyugal o civil actual?					
1. Casado (a)					
2. Conviviente o pareja sin acuerdo de unión civil	1. Sí, contratado en forma particular     2. Sí, contratado a través del empleador				
3. Conviviente civil (con Acuerdo Unión Civil)	(ejemplo seguros colectivos)				
4. Anulado(a)	3. No				
5. Separado(a)	-8888. No sabe				
6. Divorciado(a)	as7. ¿Cuál es el nivel más alto alcanzado o el nivel educacional actual?				
7. Viudo(a)	Mostrar				
8. Soltero(a)	1. Nunca asistió → Pasa a as10				
-8888. No sabe	2. Sala cuna → Pasa a as10				
-9999. No responde	3. Jardín Infantil (medio menor y medio mayor) → Pasa a as10				
as5. ¿A qué sistema previsional de salud pertenece, ya sea como cotizante o carga?	4. Prekinder / Kinder ( <i>Tran-sición menor y Transición</i> → <i>Pasa a as10</i>				
1. Sistema Público FONASA Grupo A	Mayor)  5. Educación Especial (Dife- → Pasa a as10				
2. Sistema Público FONASA Grupo B	rencial) 6. Primaria o Preparatoria				
3. Sistema Público FONASA Grupo C	(Sistema antiguo)				
4. Sistema Público FONASA Grupo D	7. Educación Básica				
5. Sistema Público FONASA, no sabe Grupo	8. Humanidades (Sistema Antiguo)				
6. FFAA y de Orden	9. Educación Media Científi- co-Humanista				
7. ISAPRE	10. Técnica Comercial, Industrial o Normalista				
8. Ninguno	(Sistema Antiguo)				
9. Otro sistema. Especifique	11. Educación Media Técnica Profesional				
-8888. No sabe	12. Técnico Nivel Superior (carreras de 1 a 3 años)				
as5_esp.	13. Profesional (carreras de 4 o más años)				
	14. Postgrado				
	-8888. No sabe → Pasa a as10				
	-9999 No responde → Pasa a as10				

as6. ¿Ud. posee otro seguro privado de salud adicional?

as8. En ese nivel educacional, ¿cuál fue el último curso que aprobó (para los que no están estudiando) o que cursa actualmente (para los que están estudiando)?	as11. En los últimos 12 meses, ¿tuvo otros trabajos, empleos, actividades o negocios además de su trabajo o negocio principal?
as9. ¿Completó el nivel educacional anteriormente de-	1. Sí 2. No
clarado?	3. No trabajó
2. No	as13. ¿La semana pasada trabajó al menos una hora sin considerar los trabajos del hogar?
as10. ¿En cuál de las siguientes situaciones se encontraba la mayor parte de los últimos 12 meses?	1. Sí → Pasa a as15 2. No
1. Trabajando por ingreso	
2. Sin trabajar, pero tiene empleo	as14. Aunque no trabajó la semana pasada, es decir entre lunes y domingo, ¿tenía durante dicho período un
3. Buscando trabajo, habiendo trabajado antes	empleo, negocio u otra actividad por la que recibe o recibirá un pago en dinero o en especie?
4. Trabajando para un familiar sin pago de dinero	1. Sí
5. Buscando trabajo por primera vez	2. No → Pasa a INT21
6. En quehaceres de su hogar	
7. Estudiando	Las preguntas que vienen a continuación se refieren a su trabajo principal.
8. Jubilado	as15. En su trabajo o negocio principal, ¿usted trabaja
9. Rentista	como?
10. Incapacitado permanentemente para trabajar	
trabajar	1. Patrón o empleador
11. Otra situación. Especifique	2. Trabajador por cuenta propia
· ·	<u> </u>
11. Otra situación. Especifique	2. Trabajador por cuenta propia     3. Empleado u obrero del sector público
11. Otra situación. Especifique -8888. No sabe	2. Trabajador por cuenta propia     3. Empleado u obrero del sector público (Gobierno Central o Municipal)     4. Empleado u obrero de empresas públi-
11. Otra situación. Especifique -8888. No sabe -9999. No responde	<ul> <li>2. Trabajador por cuenta propia</li> <li>3. Empleado u obrero del sector público (Gobierno Central o Municipal)</li> <li>4. Empleado u obrero de empresas públicas</li> </ul>
11. Otra situación. Especifique -8888. No sabe -9999. No responde	<ol> <li>Trabajador por cuenta propia</li> <li>Empleado u obrero del sector público (Gobierno Central o Municipal)</li> <li>Empleado u obrero de empresas públicas</li> <li>Empleado u obrero del sector privado</li> </ol>
11. Otra situación. Especifique -8888. No sabe -9999. No responde	<ol> <li>Trabajador por cuenta propia</li> <li>Empleado u obrero del sector público (Gobierno Central o Municipal)</li> <li>Empleado u obrero de empresas públicas</li> <li>Empleado u obrero del sector privado</li> <li>Servicio doméstico puertas adentro</li> </ol>
11. Otra situación. Especifique -8888. No sabe -9999. No responde	<ol> <li>Trabajador por cuenta propia</li> <li>Empleado u obrero del sector público (Gobierno Central o Municipal)</li> <li>Empleado u obrero de empresas públicas</li> <li>Empleado u obrero del sector privado</li> <li>Servicio doméstico puertas adentro</li> <li>Servicio doméstico puertas afuera</li> </ol>
11. Otra situación. Especifique -8888. No sabe -9999. No responde	<ol> <li>Trabajador por cuenta propia</li> <li>Empleado u obrero del sector público (Gobierno Central o Municipal)</li> <li>Empleado u obrero de empresas públicas</li> <li>Empleado u obrero del sector privado</li> <li>Servicio doméstico puertas adentro</li> <li>Servicio doméstico puertas afuera</li> <li>FFAA y de Orden</li> </ol>

as16. Contandose Ud., ¿cuantas personas trabajan en esa empresa o institución en Chile?	as19. ¿Donde realiza la actividad o donde se ubica el ne- gocio, empresa o institución en la que trabaja?
1. Trabaja solo	1. Dentro de su vivienda
2. 2 - 4	2. Taller o local anexo a su vivienda
3. 5 - 9 4. 10 - 49	3. En un establecimiento independiente (como por ejemplo fábrica, oficina, u otro)
5. 50 - 199	4. En un predio agrícola
6. 200 o más	5. En un predio marítimo
-8888. No sabe	6. A domicilio (casa del empleador o cliente)
-9999. No responde	7. En la vía pública, transporte terrestre, aéreo o acuático
as17. ¿Qué ocupación o tipo de trabajo desempeña ac-	8. En faena, obras de construcción, mineras o similares
tualmente?	9. En otro lugar. Especifique
	as20. En su trabajo principal, ¿tiene contrato de trabajo escrito?
as18. ¿A qué se dedica o qué hace el negocio, empresa o	2. Sí, pero no ha firmado
institución donde usted trabaja?	3. No tiene
NT: Describa la actividad a que se dedica la empresa, ne- ocio o institución en que la persona realiza su actividad u ocupación principal.	4. No se acuerda o no sabe si firmó contrato
En caso que la empresa o institución tenga múltiples es-	as21. En su trabajo principal, ¿qué tipo de contrato o
tablecimientos y actividades, se debe describir actividad principal del establecimiento en que trabaja la persona.	acuerdo de trabajo tiene?
Para mayor detalle, ver manual  Ejemplos de descripción incompleta: fábrica, comercio,	1. Plazo indefinido
taller, construcción, minería, etc.	2. Plazo fijo
Ejemplos de descripción completa: fábrica de envases de vidrio, comercio de zapatillas, taller de reparación de au-	3. No tiene contrato o acuerdo
tos, construcción de edificio, extracción de cobre, etc.	-8888. No sabe
	-9999. No responde

		rante el mes pasado en algún sistema pre- na de pensiones?	
		Sí, AFP (Administradora de Fondos de Pensiones). Cotización obligatoria del trabajador dependiente	
		2. Sí, AFP (Administradora de Fondos de Pensiones). Cotización voluntaria del trabajador independiente	
		3. Sí, IPS ex INP [Caja Nacional de Empleados Públicos (CANAEMPU), Caja de Empleados Particulares (EMPART), Servicio de Seguro Social (SSS) u otras]	
		4. Sí, Caja de Previsión de la Defensa Nacional <i>(CAPREDENA)</i>	
		5. Sí, Dirección de Previsión de Carabineros (DIPRECA)	
		6. Sí, otra. Especifique	
_		7. No está cotizando	
		8. No está afiliado a ningún sistema	
		-8888. No sabe	
		-9999. No responde	
INT21: Se persona]	term	inaron las preguntas para [Nombre de la	
	P	reguntas para el entrevistado	
greso me do todos do se ref descuento	nsual los ir iere ( os).	ecirme, ¿cuál es aproximadamente el in- líquido de todo el hogar, es decir, suman- gresos de los miembros del hogar? (líqui- ll total de dinero que recibe sacando los	
		egistre monto, en caso de no responder ieta 29 y responda as28	
Ca pesos ch	ntida ileno		
		-8888. No sabe	
		-9999. No responde	

as28. De acuerdo a la siguiente tarjeta, podría decirme, ¿Dónde se encuentran los ingresos mensuales totales del hogar, sumando todos los ingresos de los miembros del hogar? (líquido se refiere al total de dinero que recibe sacando los descuentos)

Mostrar Tarjeta 29

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

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

		VIVIENDA
as29. ¿D	e dón	de proviene el agua de la vivienda?:
		1. Red pública con medidor propio
		2. Red pública con medidor compartido
		3. Red pública sin medidor
		4. Pozo o noria
		5. Río, vertiente, lago o estero
		6. Camión aljibe
		7. Otra fuente. ¿Cuál?
		-8888. No sabe
		-9999. No responde
as29_esp	D	
as <b>30.</b> ¿C		el sistema de distribución del agua en la
		1. Con llave dentro de la vivienda
		2. Con llave dentro del sitio, pero fuera de la vivienda
		3. No tiene sistema, la acarrea
		-8888. No sabe
		-9999. No responde

		nda donde usted vive, ¿dispone de sistema n de excretas?:
		1. Sí, con WC conectado al alcantarillado
		2. Sí, con WC conectado a fosa séptica
		3. Sí, con letrina sanitaria conectada a pozo negro
		4. Sí, con cajón sobre pozo negro
		5. Sí, con cajón sobre acequia o canal
		6. Sí, con cajón conectado a otro sistema
		7. Sí, baño químico dentro del sitio
		8. No dispone de sistema
		-8888. No sabe
		-9999. No responde
as32. La eléctrica		nda donde usted vive, ¿dispone de energía
		1. Sí, de la red pública con medidor propio
		2. Sí, de la red pública con medidor compartido
		3. Sí, de la red pública sin medidor
		4. Sí, de un generador propio o comunitario
		5. Sí, a través de placa solar
		6. Sí, de otra fuente. Especifique
		7. No dispone de energía eléctrica
as32_esp	<b>)</b> .	

as33. ¿Cuál es el principal combustible usado para cocinar?	as35_2. ¿Cuántos baños tiene la vivienda?  Encuestador: Registre el número de baños en la vivienda
1. Gas (licuado o de cañería)	Nº de baños
2. Parafina o petróleo	
3. Leña o derivados (pellets, astillas o briquetas)	INT23: Características de la vivienda y equipamiento de hogar: Acceso a bienes. Visualización (cuando no es posible
4. Carbón	visualizar, preguntar al encuestado)
5. Electricidad	as36. ¿Cuál es el tipo de vivienda que ocupa el entrevistado?:
6. Energía solar	1. Casa aislada (no pareada)
7. No usa combustible o fuente de ener- gía	2. Casa pareada por un lado
8. No tiene sistema	3. Casa pareada por ambos lados
-8888. No sabe	4. Departamento en edificio con ascensor
-9999. No responde	5. Departamento en edificio sin ascensor
as34. ¿Cuál es el principal combustible usado para cale-	6. Pieza en casa antigua o conventillo
faccionar?	7. Mediagua, mejora o vivienda de emergencia
1. Gas (licuado o de cañería)	8. Vivienda tradicional indígena
2. Parafina o petróleo	9. Rancho o choza
3. Leña o derivados (pellets, astillas o briquetas)	10. Vivienda precaria de materiales reuti-
4. Carbón	lizados (latas, plásticos, cartones, etc.)
5. Electricidad	as37. ¿Cuál es el material que predomina en el techo de la vivienda?:
6. Energía solar	1. Tejas o tejuela (arcilla, metálica,
7. No usa combustible o fuente de ener- gía	cemento, madera, asfáltica)
8. No tiene sistema	2. Loza hormigón
-8888. No sabe	3. Planchas metálicas (zinc, cobre, etc.)
-9999. No responde	4. Plancha de fibrocemento (pizarreño)
-9999. No responde	5. Fonolita o plancha de fieltro embreado
as35_1. ¿Cuántos dormitorios tiene la vivienda? Encuestador: Registre el número de dormitorios en la vi-	6. Paja, coirón, totora o caña
vienda	7. Materiales precarios o de desecho
Nº de dormitorios	8. Sin cubierta en el techo
(uso exclusivo para dormir)	-8888. No sabe
	-9999. No responde

as38. ¿Cuál es el material que predomina en los muros exteriores de la vivienda?:			OBSERVACIONES	
CACCITOT		1		
		1. Hormigón armado		
		Albañilería (bloque de cemento, piedra o ladrillo)		
		3. Tabique forrado por ambas caras (madera, acero, lata u otro)		
		4. Tabique sin forro interior (madera u otro)		
		5. Adobe, barro, quincha, pirca u otro artesanal tradicional	_	
		6. Materiales precarios o de desecho (cartón, latas, sacos, plásticos, etc.)	_	
		-8888. No sabe		
		-9999. No responde		
as39. ¿C	uál es	s el material que predomina en el piso de		
la vivien		The state of the s		
		1. Parquet, madera, piso flotante o similar	_	
		2. Cerámico, porcelanato, flexit o similar		
		3. Alfombra o cubrepiso		
		4. Baldosa de cemento		
		5. Radier	_	
		6. Tierra		
		-8888. No sabe		
		-9999. No responde		
		·		

# CIERRE FORMULARIO 1 (CF1)

cf1_1. ¿Cuáles so	n los	ape	ellido	s de	su	mad	re?		
Apellido Paterno									
					-8	8888.	No s	abe	
				-9	999.	Noı	respo	nde	
Apellido Materno									
					-8	8888.	No s	abe	
				-9	999.	No i	respo	nde	
cf1_2. ¿Cuáles so	n los	ape	ellido	os de	su	padr	e?		$M_{\scriptscriptstyle{-}}$
Apellido Paterno									
					-8	8888.	No s	abe	
				-9	999.	No i	respo	nde	
Apellido Materno									
					-8	8888.	No s	abe	
				-9	999.	No	respo	nde	
cf1_3. Nombre d al que se pueda d Si no sabe o no con	ubicar	en	caso	ne o	cesa			e coi	ntacto
Nombre									
Teléfono									
cf1_4. Nombre d al que se pueda Si no sabe o no con	ubicar	en	caso	ne	cesa			e coi	ntacto
Nombre					n		I		
Teléfono						V			
Ya estamos lleaan	do al 1	fina	l de	esta	enc	uesti	a		

REPETIR EN VOZ ALTA PARA VERIFICAR QUE ESTÁ CORREC-TAMENTE ANOTADO. Teléfono fijo (si no tiene anote 99999999) Teléfono móvil (si no tiene anote 99999999)

Cf1\_5\_1 ¿Me puede repetir su número de teléfono celular?

cf1\_5\_2 ¿Me puede facilitar otros teléfonos de contacto suyo? Por ejemplo, teléfono de red fija de este domicilio, su teléfono del trabajo, o bien el teléfono de otro familiar que viva aquí con Ud.

REPETIR EN VOZ ALTA PARA VERIFICAR QUE ESTÁ CORREC-TAMENTE ANOTADO

Otros teléfonos (si no tiene anote 9999999)				



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

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

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

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

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

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

cf1\_6\_1. ¿Me puede indicar qué día de lunes a viernes, entre 7 y 10 am podría Ud. recibir a la enfermera que va a venir a tomarle las muestras?

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

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



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

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

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

#### Necesita Certificado

cf1\_7. Como se mencionó anteriormente, si Ud. necesita contar con un documento que justifique un posible atraso el día de la Visita de Enfermería las doctoras responsables le pueden extender un "Certificado de Participación" de esta encuesta.

¿Necesita Ud. un Certificado de Participación?

1. Si necesita certificado
2. No necesita certificado

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

Resto de los participantes  $\rightarrow$  INT28

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

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

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

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

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

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

#### INT29: Resumen

- a. Resumiendo, la visita para la toma de muestra de exámenes quedó fijada para [INDICAR FECHA Y HORA]
- b. Recordar que para esta visita usted debe tener al menos 11 horas de ayuno, puede tomar agua sin problemas y DEBE tomarse sus medicamentos habituales en el horario correspondiente.
- c. Recordar que DEBE tener los medicamentos y otros tratamientos (hierbas medicinales, homeopatía, suplementos alimentarios, etc.) que actualmente esté tomando para la segunda visita.
- d. Recordar, en el caso de participantes mujeres de 20 a 47 años (inclusive), que deben tener una abstinencia sexual de 48 horas (dos días) y no haber utilizado talco, cremas, colonias, jabones, óvulos vaginales o realizado duchas vaginales las últimas 72 horas (tres días).
- e. Consultar si tiene alguna duda de la hoja de citación con instrucciones de preparación para la visita de la enfermera.
- cf1a\_8. (Si hay niños entre 7 meses y 4 años 11 meses) Además necesitamos fijar una cita para aplicar módulo de desarrollo infantil en el caso de no haberse aplicado durante la primera visita. Buscar días y horarios disponibles del entrevistado (padre, madre, tutor, tutora del menor del niño de 7 meses a 5 años).

Fecha 4ta. Visita	1 1					
Hora 4ta. Visita	:					
cf1a_8_1. Niño 1						
Fecha 4ta. Visita	1 1					
Hora 4ta. Visita	:					
cf1b_8_1. Niño 2						
Fecha 4ta. Visita	/ /					
Hora 4ta. Visita	:					
cf1c_8_1. Niño 3						
Fecha 4ta Visita						

Hora 4ta. Visita

	cf1d_	_8_	1.	Niño	4
--	-------	-----	----	------	---

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

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

#### **cf1 8.** *Si pertenece a la muestra 3*

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

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

cf1 9. ¿Se entregó copia del consentimiento general?

	1.	S

cf1\_10. ¿Se entregó citación para exámenes con enfermero(a)?

cf1\_11. ¿Se entregó instructivo para muestra de deposiciones?

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

	1. S
--	------

cf1\_12. ¿Se entregó citación para aplicar módulo de desarrollo infantil?

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

	1.	S

cf1\_13. ¿Se entregó citación para aplicar módulo de bienestar psicológico?

Solo si pertenece a la muestra 3.

	1. Sí
--	-------

cf1_14. ¿El participante requiere un acompañante para	Oso exclusivo de eficuestadores/as y supervisores/as
as otras visitas?  1. Sí → Pasa a cf1_14_1  2. No	cf1_15. Esta sección se ha creado especialmente para que registre cualquier situación que se escape a la planificación, así como también casos especiales con respecto a los informantes, como por ejemplo si necesita ayuda
cf1_14_1. Indique razón	para contestar la encuesta o si es diabético. En caso de que ello ocurra, detalle con la mayor minuciosidad posible la situación e informe a su supervisor/a
1. Discapacidad mental	· ·
2. Discapacidad motora	
3. Discapacidad sensorial(sordo o mudo)	
4. Otro, especifique:	



CUESTIONARIO

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD

(ENS 2016 -2017)