

Número de Cuestionario |__|__|__|__|

Número de Listado |__|__|__|__|



S A B E

**Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe
Proyecto SABE**



Organización Panamericana de la Salud

y el



Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos

ENCUESTA SOBRE SALUD, BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO, 1999

NÚM. DE CUESTIONARIO |__|_|_|_|_|_|

ENTIDAD _____

MUNICIPIO O DELEGACIÓN: _____

COLONIA: _____

DIRECCIÓN (Calle, camino, número exterior e interior): _____

MANZANA O AREA DE LISTADO |__|_|_|_| SEGMENTO |__|_| VIVIENDA |__|_| HOGAR |__|_|

TOTAL DE PERSONAS ENTREVISTADAS EN EL MISMO HOGAR |__|_|

NÚMERO DEL CUESTIONARIO |__|_|_|_|_|_| |__|_|_|_|_|_| |__|_|_|_|_|_|

PARENTESCO _____

NOMBRE DEL ENTREVISTADO					SEXO: H M
VISITAS DEL ENTREVISTADOR	1	2	3	4	
FECHA	_ _ _ _ _ DÍA MES	_ _ _ _ _ DÍA MES	_ _ _ _ _ DÍA MES	_ _ _ _ _ DÍA MES	1999
NOMBRE DEL ENTREVISTADOR					
CLAVE DEL ENTREVISTADOR	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	
HORA EN QUE COMENZÓ	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	
HORA EN QUE TERMINÓ	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	
DURACIÓN	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	MIN
RESULTADO*	_ _	_ _	_ _	_ _	

***Código de resultados**

- | | |
|--|--|
| 01 Entrevista completa
02 Entrevista completa con informante sustituto
03 Entrevista completa con informante auxiliar
04 Entrevista incompleta (anote en observaciones)
05 Entrevista aplazada | 06 Ausente temporal
07 Nunca se encontró a la persona en su hogar
08 Se negó a dar información
09 Sin capacidad y sin informante sustituto
10 Otros (anote en observaciones) |
|--|--|

OBSERVACIONES

NOMBRE DEL INFORMANTE SUSTITUTO O AUXILIAR	PARENTESCO CON EL ENTREVISTADO	TIEMPO DE CONOCERLO (EN CASO DE NO SER FAMILIAR)
	SUPERVISADO POR	CRITICADO POR
NOMBRE		CODIFICADO POR
	GRABADO POR	
FECHA	_ _ _ _ _ DÍA MES	_ _ _ _ _ DÍA MES
	_ _ _ _ _ DÍA MES	_ _ _ _ _ DÍA MES
		1999

SECCIÓN A. DATOS PERSONALES

HORA DE INICIO: _____

DECLARACIÓN VOLUNTARIA

Antes de comenzar, quisiera asegurarle que esta entrevista es completamente voluntaria y confidencial. Si hay alguna pregunta que usted no desea responder, simplemente me avisa y seguimos a la próxima pregunta.

<p>A.1a</p> <p style="text-align: center;">¿En qué mes y año nació usted?</p>	<p>Mes </p> <p>Año </p>																
<p>A.1b</p> <p style="text-align: center;">¿Cuántos años cumplidos tiene usted?</p>	<p>Años </p>																
<p>A.1c ATENCIÓN:</p> <p>SUME EDAD CON AÑO DE NACIMIENTO Y ANOTE TOTAL.</p> <p>SI YA CUMPLIÓ AÑOS EN 99, LA SUMA DEBE SER 1999. SI NO HA CUMPLIDO AÑOS EN 99 LA SUMA DEBE SER 1998.</p> <p>EN CASO DE INCONSISTENCIA ACLARE CON EL (LA) ENTREVISTADO(A). PIDA DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN QUE MUESTREN FECHA DE NACIMIENTO O EDAD.</p> <p>SI TIENE MENOS DE 60 AÑOS AGRADEZCA Y TERMINE LA ENTREVISTA.</p>	<p>Suma </p>																
<p>A.2</p> <p style="text-align: center;">¿Nació usted en Chile?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Sí</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">→</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; text-align: center; padding: 2px;">PASE A A.4a</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Sí	1	→	PASE A A.4a	No	2			No sabe	8			No responde	9		
Sí	1	→	PASE A A.4a														
No	2																
No sabe	8																
No responde	9																
<p>A.3</p> <p style="text-align: center;">¿En qué país nació usted?</p>	<p>País _____</p> <p style="text-align: center;"><i>Especifique</i></p>																
<p>A.4a</p> <p style="text-align: center;">En total, ¿cuántos años ha vivido en Chile?</p>	<p>Años </p> <p>No sabe 998</p> <p>No responde 999</p>																
<p>A.4b</p> <p style="text-align: center;">Desde que usted nació hasta los 15 años, ¿vivió en el campo por cinco años o más?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>																
<p>A.5a</p> <p style="text-align: center;">¿Usted sabe leer y escribir un recado?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No responde 9</p>																

SECCIÓN A. DATOS PERSONALES

A.5b

¿Fue usted alguna vez a la escuela?

Sí	1	} PASE A A.7
No	2	
No sabe	8	
No responde	9	

A.6

¿Cuál fue el último grado que usted aprobó en la escuela?

ANOTE EL ÚLTIMO GRADO APROBADO, Y CIRCULE SÓLO LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA A ESTE GRADO

Primaria	01		_____
Secundaria	02		_____
Estudios con primaria como requisito - técnicos, comerciales o secretariales	03		_____
Estudios con secundaria como requisito - técnicos, comerciales, secretariales o normales	04		_____
Preparatoria	05		_____
Normal	06		_____
Profesional	07		_____
Posgrado	08		_____

A.7

¿Actualmente, vive usted solo(a) o acompañado(a)?

Solo	1
Acompañado	2

A.7a **Hace 5 años, ¿vivía usted exactamente con las mismas personas con las que vive ahora?**
- o -
¿también vivía solo(a)?

Sí	1	→ PASE A A.8
No	2	

UTILICE LA REDACCIÓN QUE CORRESPONDA SEGÚN EL CASO

A.7b

Hace 5 años, ¿usted vivía....

LEA CADA OPCIÓN Y CIRCULE TODAS LAS QUE SEAN AFIRMATIVAS

sólo?	1
con su esposo(a) o compañero(a)?	2
con un(a) o más hijos(as) casados(as)?	3
con un(a) o más hijos(as) solteros(as)?	4
con otro familiar?	5
con otro no familiar?	6
No sabe	8
No responde	9

SECCIÓN A. DATOS PERSONALES

A.7c

¿Por qué ya no vive usted con las mismas personas con quien vivía hace 5 años?

CIRCULE TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE

- Razones relacionadas con sus hijos:
- económicas 01
 - separación conyugal 02
 - unión conyugal 03
 - cuidado de los niños 04
- Razones relacionadas con su situación personal:
- económicas 05
 - separación conyugal 06
 - fallecimiento 07
 - se sentía solo 08
 - necesitaba ayuda 09
 - se enfermó 10
 - Otro 11
- Especifique*
- No sabe 98
 - No responde 99

A.8

En general, ¿está a gusto de vivir...

solo?

con las personas con quien vive ahora?

UTILICE LA REDACCIÓN QUE CORRESPONDA SEGÚN EL CASO

- Sí 1 →
- No 2
- No sabe 8
- No responde 9

PASE A A.10a

A.9

Si usted pudiera escoger, ¿le gustaría vivir...

LEA CADA OPCIÓN Y CIRCULE TODAS LAS QUE SEAN AFIRMATIVAS

- solo? 1
- con su esposo(a) o compañero(a)? 2
- con un(a) hijo(a)? 3
- con un(a) nieto(a)? 4
- con otro familiar? 5
- con otro no familiar? 6
- No sabe 8
- No responde 9

A.10a

Hace 5 años, ¿vivía usted en esta misma vivienda?

- Sí 1 →
- No 2

PASE A A.11a

SECCIÓN A. DATOS PERSONALES

A.10b

¿Cuál es la razón más importante por la que vino a vivir aquí?

CIRCULE SÓLO UNA RESPUESTA

- Estar cerca de o con hijo(s) 01
- Estar cerca de o con familiares o amigos 02
- Estar cerca de los servicios médicos o de salud ... 03
- Por temor a la delincuencia 04
- Por fallecimiento de su pareja 05
- Por separación conyugal 06
- Por unión conyugal 07
- Costo de la vivienda 08
- Otro _____ 09
Especifique
- No sabe 98
- No responde 99

**PASE A
A.11a**

A.10c

¿Por qué deseaba estar con o cerca de los hijos, otros familiares o amigos?

CIRCULE TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE

- Por problemas de salud
 - suyos 01
 - hijo o familiares 02
- Por problemas económicos
 - suyos 03
 - hijo o familiares 04
- Porque se sentía solo 05
- Para ayudar con el cuidado de nietos u otros niños 06
- Porque piensa que los adultos mayores deben vivir con la familia o parientes 07
- Otro _____ 08
Especifique
- No sabe 98
- No responde 99

A.11a

¿Cuál es su religión?

- Católica 1
- Protestante o evangélica 2
- Judaica 3
- Otros cultos sincréticos 4
- Otro _____ 5
Especifique
- Ninguna 6
- No sabe 8
- No responde 9

**PASE A
A.12**

SECCIÓN A. DATOS PERSONALES

A.11b

¿Qué importancia tiene para usted la religión en su vida?

Importante 1
Regular 2
Nada importante 3
No sabe 8
No responde 9

A.12 (PREGUNTA OPCIONAL)

¿Cuál de estas opciones lo describe mejor a usted?

LEA CADA OPCIÓN HASTA
OBTENER UNA RESPUESTA
AFIRMATIVA

Blanco (de origen Europeo) 1
Mestizo (combinación de blanco e indígena) 2
Mulato (combinación de blanco y negro) 3
Negro 4
Indígena 5
Asiático 6
Otra 8
No sabe 98
No responde 99

HISTORIA DE UNIONES

A.13a

Respecto a su estado marital, ¿alguna vez ha estado usted casado o en una unión libre?

Sí 1
No 2 →

PASE A
A.18

A.13b

¿Cuántas veces en total ha estado usted casado o unido?

Veces | | |

SECCIÓN A. DATOS PERSONALES

A.14	A.15	A.16	A.17
<p>¿En qué año comenzó su primera (segunda... etc.) unión o matrimonio?</p> <p>UTILICE UN RENGLÓN POR CADA MATRIMONIO O UNIÓN</p> <p>No sabe.....9998</p> <p>No responde9999</p> <p style="text-align: right;">→ A.14</p>	<p>¿Ésta fue:</p> <p>LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</p> <p>una unión libre? 1</p> <p>un matrimonio por lo civil o por la iglesia? 2</p> <p>No sabe.....8</p> <p>No responde9</p> <p style="text-align: right;">→ A.15</p>	<p>¿Este(a) matrimonio o unión continúa o se terminó?</p> <p>LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</p> <p>continúa? 1</p> <p style="text-align: center;">PASE A A.18</p> <p>Terminó en:</p> <p>separación? 2</p> <p>viudez? 3</p> <p>divorcio? 4</p> <p>No sabe.....8</p> <p>No responde9</p> <p style="text-align: right;">→ A.16</p>	<p>¿En qué año terminó este(a) matrimonio o unión?</p> <p>VERIFIQUE SI LA PERSONA TUVO OTRA UNIÓN MARITAL (VER A.13b)</p> <p>Sí.....PASE A A.14</p> <p>No.....PASE A A.18</p> <p>No sabe.....9998</p> <p>No responde9999</p> <p style="text-align: right;">→ A.17</p>
INICIO	UNIÓN	DISOLUCIÓN	DISOLUCIÓN
1			
2			
3			
4			
5			

Ahora quiero hacerle algunas preguntas sobre su historia familiar:

<p>A.18</p> <p>¿Cuántas hijas e hijos nacidos vivos tuvo usted?</p> <p>NO INCLUYA HIJASTROS, HIJOS ADOPTIVOS, ABORTOS O HIJOS NACIDOS MUERTOS.</p>	<p>Número de hijos _ _ _ </p> <p>No sabe 98</p> <p>No responde 99</p>
<p>A.19</p> <p>¿Tiene o tuvo hijastros?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p> <p style="text-align: right;">PASE A A.21</p>
<p>A.20</p> <p>¿Cuántos hijastros tuvo?</p>	<p>Número de hijastros _ _ _ </p> <p>No sabe 98</p> <p>No responde 99</p>

SECCIÓN A. DATOS PERSONALES

<p>A.21</p> <p>¿Tiene o tuvo hijos adoptados?</p>	<table> <tr> <td>Sí</td> <td>1</td> <td rowspan="4">} PASE A A.23</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>9</td> </tr> </table>	Sí	1	} PASE A A.23	No	2	No sabe	8	No responde	9
Sí	1	} PASE A A.23								
No	2									
No sabe	8									
No responde	9									
<p>A.22</p> <p>¿Cuántos hijos adoptados tuvo?</p>	<table> <tr> <td>Número de hijos adoptados</td> <td> _ _ </td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>99</td> </tr> </table>	Número de hijos adoptados	_ _	No sabe	98	No responde	99			
Número de hijos adoptados	_ _									
No sabe	98									
No responde	99									
<p>A.23</p> <p>En total, ¿cuántos de los hijos, hijastros e hijos adoptivos que me mencionó siguen vivos?</p>	<table> <tr> <td>Número de hijos vivos</td> <td> _ _ </td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>99</td> </tr> </table>	Número de hijos vivos	_ _	No sabe	98	No responde	99			
Número de hijos vivos	_ _									
No sabe	98									
No responde	99									

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre sus padres

<p>A.24</p> <p>¿Está su padre vivo?</p>	<table> <tr> <td>Sí</td> <td>1</td> <td rowspan="4">} PASE A A.26</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>9</td> </tr> </table>	Sí	1	} PASE A A.26	No	2	No sabe	8	No responde	9						
Sí	1	} PASE A A.26														
No	2															
No sabe	8															
No responde	9															
<p>A.25</p> <p>¿Dónde vive su padre?</p>	<table> <tr> <td>Aquí en esta casa</td> <td>1</td> <td rowspan="7">} PASE A A.27</td> </tr> <tr> <td>En otra casa pero en este mismo barrio (o vecindario)</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>En otro barrio pero en esta misma ciudad</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>En otra ciudad en este país</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>En otro país</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>9</td> </tr> </table>	Aquí en esta casa	1	} PASE A A.27	En otra casa pero en este mismo barrio (o vecindario)	2	En otro barrio pero en esta misma ciudad	3	En otra ciudad en este país	4	En otro país	5	No sabe	8	No responde	9
Aquí en esta casa	1	} PASE A A.27														
En otra casa pero en este mismo barrio (o vecindario)	2															
En otro barrio pero en esta misma ciudad	3															
En otra ciudad en este país	4															
En otro país	5															
No sabe	8															
No responde	9															
<p>A.26</p> <p>¿Qué edad tenía su padre cuando murió?</p>	<table> <tr> <td>Edad</td> <td> _ _ </td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>998</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>999</td> </tr> </table>	Edad	_ _	No sabe	998	No responde	999									
Edad	_ _															
No sabe	998															
No responde	999															
<p>A.27</p> <p>¿Está su madre viva?</p>	<table> <tr> <td>Sí</td> <td>1</td> <td rowspan="4">} PASE A A.29</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>9</td> </tr> </table>	Sí	1	} PASE A A.29	No	2	No sabe	8	No responde	9						
Sí	1	} PASE A A.29														
No	2															
No sabe	8															
No responde	9															

PASE A
SIGUIENTE
SECCIÓN

SECCIÓN A. DATOS PERSONALES

A.28

¿Dónde vive su madre?

- Aquí en esta casa 1
- En otra casa pero en este mismo barrio (o vecindario) 2
- En otro barrio pero en esta misma ciudad 3
- En otra ciudad en este país 4
- En otro país 5
- No sabe 8
- No responde 9

PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN

A.29

¿Qué edad tenía su madre cuando murió?

- Edad | | | |
- No sabe 998
- No responde 999

A.30 **FILTRO**

Las preguntas A.1 a A.29 se realizaron con un informante sustituto.

- Sí 1 →
- No 2

PASE A B.10a

SECCION B. EVALUACIÓN COGNITIVA

HORA DE INICIO: _____

En este estudio estamos explorando cómo se siente usted acerca de algunos problemas de salud. Nos gustaría empezar con algunas preguntas sobre su memoria.

B.1
¿Diría usted que su memoria actualmente es excelente, muy buena, buena, regular o mala?

- Excelente 1
- Muy buena 2
- Buena 3
- Regular 4
- Mala 5
- No sabe 8
- No responde 9

B.2
¿Comparando con hace un año, diría usted que ahora su memoria es mejor, igual o peor?

- Mejor 1
- Igual 2
- Peor 3
- No sabe 8
- No responde 9

B.3
Por favor, dígame la fecha de hoy.

SONDEE MES, DÍA DEL MES, AÑO Y DÍA DE LA SEMANA

ANOTE UN PUNTO POR CADA RESPUESTA CORRECTA

		Correcto
Mes	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Día del mes	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Año	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Día de la semana	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL		<input type="checkbox"/>

Días de la semana:
 Lu 01 Ma 02 Mi 03
 Ju 04 Vi 05 Sa 06
 Do 07

B.4
Ahora le voy a nombrar 3 objetos. Después de que los diga le voy a pedir que repita en voz alta las palabras que pueda recordar en cualquier orden. Recuerde cuáles son porque se los voy a volver a preguntar más adelante. ¿Tiene alguna pregunta?.

Encuestador: Lea los tres objetos en forma pausada y clara una sola vez y registre

- SI EL TOTAL ES DISTINTO DE 3:
- 1) REPITA TODOS LOS OBJETOS HASTA QUE SE LOS APRENDA - MÁXIMO DE REPETICIONES: 5 VECES
 - 2) ANOTE EL NÚMERO DE REPETICIONES QUE TUVO QUE HACER.
 - 3) NUNCA CORRIJA LA PRIMERA PARTE.
 - 4) SE ANOTA UN PUNTO POR CADA OBJETO RECORDADO Y "0" PARA LOS NO RECORDADOS.

		Correcto	Recordó 1
			No recordó 0
Árbol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Perro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TOTAL		<input type="checkbox"/>	
Número de repeticiones	<input type="text"/>		

SECCIÓN B. EVALUACIÓN COGNITIVA

B.5

Ahora le voy a decir unos números y quiero que me los repita al revés:

1 3 5 7 9

ANOTE LA RESPUESTA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE

LA PUNTUACIÓN ES EL NÚMERO DE DÍGITOS EN EL ORDEN CORRECTO

Ej. 9 7 5 4 3 1 AÑADIÓ UN NÚMERO; $5 - 1 = 4$
 9 3 5 7 1 2 NÚMEROS EN OTRO LUGAR; $5 - 2 = 3$
 9 5 3 1 OLVIDÓ UN NÚMERO; $5 - 1 = 4$
 9 9 7 5 3 1 UN NÚMERO EXTRA; $5 - 1 = 4$

Respuesta de entrevistado:

Respuesta correcta:

9 7 5 3 1

Número de dígitos en el orden correcto

B.6

Le voy a dar un papel y cuando se lo entregue, tome el papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre las piernas.

ENTRÉGUELE EL PAPEL Y ANOTE UN PUNTO POR CADA ACCIÓN CORRECTA

Acción Correcta 1

Correcto

Incorrecta o no la recordó 0

Toma el papel en mano derecha.....

Dobla por la mitad con ambas manos.....

Coloca sobre las piernas.....

TOTAL

B.7

Hace un momento leí una serie de 3 palabras y usted repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.

ANOTE UN PUNTO POR CADA RESPUESTA CORRECTA EN CUALQUIER ORDEN

Correcto

Recordó 1
No recordó 0

Árbol

Mesa

Perro

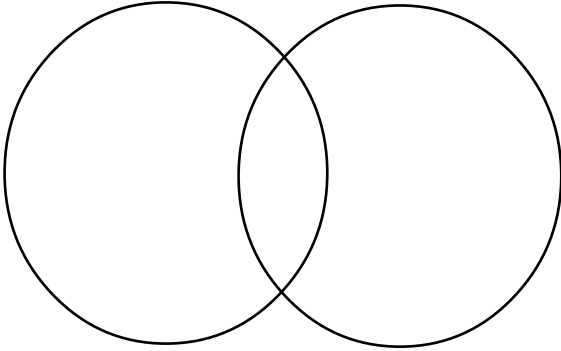
TOTAL

SECCIÓN B. EVALUACIÓN COGNITIVA

B.8

Por favor, copie este dibujo.

ENTREGUE AL ENTREVISTADO EL DIBUJO CON LOS CÍRCULOS QUE SE CRUZAN. LA ACCIÓN ESTÁ CORRECTA SI LOS CÍRCULOS NO SE CRUZAN MÁS DE LA MITAD. ANOTE UN PUNTO SI EL DIBUJO ESTÁ CORRECTO.



Correcto

TOTAL

B.9 FILTRO

Sume las respuestas correctas de las preguntas B.3 a B.8. y anote el total en la casilla:

(El puntaje máximo obtenible es 19.)

TOTAL

Suma es 13 o más.....1 →

PASE A SECCIÓN C

Suma es 12 o menos.....2

B.9a

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

Sí 1

No 2

VALORE CON EL SUPERVISOR SI LA ENTREVISTA PUEDE CONTINUAR SÓLO CON LA PERSONA ENTREVISTADA

ANOTE NOMBRE DEL INFORMANTE Y APLIQUE A ÉSTE LA ESCALA PFEFFER _____

SECCIÓN B. EVALUACIÓN COGNITIVA

Muéstrele al informante la siguiente tarjeta con opciones y lea las preguntas. Anote el puntaje como sigue.

Sí es capaz	0
Nunca la ha hecho, pero podría hacerlo	0
Con alguna dificultad pero puede hacerlo	1
Nunca lo ha hecho, y tendría dificultad ahora	1
Necesita ayuda	2
No es capaz	3

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

B.11 FILTRO

Sume las respuestas correctas de las preguntas B.10a a B.10k. y anote el total en la casilla:

TOTAL

Suma es 6 o más.....1 →

CONTINÚE LA ENTREVISTA CON LA AYUDA DE UN INFORMANTE SUSTITUTO. REVISE LA SECCIÓN A.

Suma es 5 o menos.....2 →

CONTINÚE LA ENTREVISTA CON EL ENTREVISTADO. SI EL ENTREVISTADO NECESITA AYUDA PARA CONTESTAR ALGUNAS PREGUNTAS, CONTINÚE CON LA AYUDA DE UN INFORMANTE AUXILIAR

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

HORA DE INICIO: _____

C.1

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud. ¿Diría usted que su salud es excelente, muy buena, buena, regular o mala?

Excelente	1
Muy buena	2
Buena	3
Regular	4
Mala	5
No sabe	8
No responde	9

C.2

Comparando su salud con la de hace doce meses, ¿diría usted que ahora está mejor, igual o peor que entonces?

Mejor	1
Igual	2
Peor	3
No sabe	8
No responde	9

C.3

En comparación con otras personas de su edad, ¿diría usted que su salud está mejor, igual o peor?

Mejor	1
Igual	2
Peor	3
No sabe	8
No responde	9

C.4

¿Alguna vez un doctor o enfermera le dijo si tiene la presión sanguínea alta, es decir, hipertensión?

SI RESPONDE INFORMANTE,
REFIERA A ENTREVISTADO

Sí	1
No	2
No sabe	8
No responde	9

PASE A
C.5

C.4a

¿Está tomando algún medicamento para bajar la presión?

Sí	1
No	2
No sabe	8
No responde	9

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

<p>C.4b</p> <p>Con el fin de bajar la presión, ¿durante los últimos 12 meses, ha bajado de peso o ha seguido alguna dieta especial?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.4c</p> <p>¿Está su presión sanguínea generalmente controlada?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.4d</p> <p>En comparación con hace 12 meses, ¿su problema de presión alta está mejor, igual o peor?</p>	<p>Mejor 1</p> <p>Igual 2</p> <p>Peor 3</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.5</p> <p>¿Alguna vez un doctor o enfermera le ha dicho si tiene diabetes, es decir, niveles altos de azúcar en la sangre?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> PASE A C.6 </div>
<p>C.5a</p> <p>¿Está tomando algún medicamento en forma oral para controlar su diabetes?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.5b</p> <p>¿Para controlar su diabetes, se pone o le ponen inyecciones de insulina?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

<p>C.5c</p> <p>Con el fin de controlar la diabetes, ¿durante los últimos 12 meses, ha bajado de peso o ha seguido una dieta especial?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.5d</p> <p>¿Está su diabetes generalmente controlada?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.5e</p> <p>En comparación con hace 12 meses, ¿su diabetes está mejor, igual o peor?</p>	<p>Mejor 1</p> <p>Igual 2</p> <p>Peor 3</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.6</p> <p>¿Alguna vez un doctor le ha dicho si tiene cáncer o un tumor maligno, excluyendo tumores pequeños de la piel?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> PASE A C.7 </div>
<p>C.6a</p> <p>¿En qué año o a qué edad le diagnosticaron por primera vez que tenía un cáncer?</p>	<p>Edad </p> <p>Año </p> <p>No sabe 9998</p> <p>No responde 9999</p>
<p>C.6b</p> <p>¿Ha tenido algún otro tipo de cáncer además del primero que me mencionó?</p>	<p>Sí, ¿cuántos? </p> <p>No 97</p> <p>No sabe 98</p> <p>No responde 99</p>
<p>C.6c</p> <p>¿En qué órgano u órganos o parte(s) del cuerpo le comenzó el cáncer? (Empiece con el más reciente.)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> APUNTE TODOS LOS ÓRGANOS O PARTES DEL CUERPO EN QUE CADA UNO COMENZÓ </div>	<p>Órgano(s) o parte(s) del cuerpo:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>No sabe 98</p> <p>No responde 99</p>

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

C.6d

¿A qué edad o en que año le diagnosticaron el cáncer? (más reciente)

Edad | | | | |

Año | | | | |

No sabe **9998**

No responde **9999**

C.6e

¿Ha recibido algún tratamiento para el cáncer? (más reciente)

Sí **1**

No **2** → **PASE A C.6g**

No sabe **8**

No responde **9** } **PASE A C.6h**

C.6f

Durante los últimos 12 meses, ¿qué tipo de tratamientos ha recibido?

CIRCULE TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE

Ninguno en los últimos 12 meses **1**

Quimioterapia o medicamentos **2**

Cirugía o biopsia **3**

Radiación o rayos X **4**

Medicamentos para los síntomas (dolor, náusea, alergias) **5**

Otro **7**
Especifique

No sabe **8**

No responde **9** } **PASE A C.6h**

C.6g

¿Cuál fue la razón principal por la que NO recibió tratamiento?

CIRCULE SÓLO UNA RESPUESTA

Tuvo cáncer hace más de 12 meses **01**

El médico no lo indicó **02**

No podía pagar **03**

No tenía seguro **04**

No tenía quién lo llevara **05**

Responsabilidades familiares (tenía que cuidar a alguien en la familia) **06**

No quiso aceptar el tratamiento **07**

Otro **08**
Especifique

No sabe **98**

No responde **99**

C.6h

¿Se le ha extendido el cáncer a otras partes del cuerpo?

Sí **1**

No **2**

No sabe **8**

No responde **9**

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

<p>C.7</p> <p>¿Alguna vez un doctor o enfermera le dijo si tiene alguna enfermedad pulmonar crónica tal como asma, bronquitis o enfisema?</p>	<table> <tr> <td>Sí</td> <td>1</td> <td rowspan="4">} PASE A C.8</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>9</td> </tr> </table>	Sí	1	} PASE A C.8	No	2	No sabe	8	No responde	9	
Sí	1	} PASE A C.8									
No	2										
No sabe	8										
No responde	9										
<p>C.7a</p> <p>¿Está usted tomando algún tipo de medicamento o tiene tratamiento para esta enfermedad pulmonar?</p>	<table> <tr> <td>Sí</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>9</td> </tr> </table>	Sí	1	No	2	No sabe	8	No responde	9		
Sí	1										
No	2										
No sabe	8										
No responde	9										
<p>C.7b</p> <p>En comparación con hace 12 meses, ¿esta enfermedad pulmonar está mejor, igual o peor?</p>	<table> <tr> <td>Mejor</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Igual</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Peor</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>9</td> </tr> </table>	Mejor	1	Igual	2	Peor	3	No sabe	8	No responde	9
Mejor	1										
Igual	2										
Peor	3										
No sabe	8										
No responde	9										
<p>C.7c</p> <p>¿Está usted recibiendo oxígeno?</p>	<table> <tr> <td>Sí</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>9</td> </tr> </table>	Sí	1	No	2	No sabe	8	No responde	9		
Sí	1										
No	2										
No sabe	8										
No responde	9										
<p>C.7d</p> <p>¿Está recibiendo alguna terapia física o respiratoria?</p>	<table> <tr> <td>Sí</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>9</td> </tr> </table>	Sí	1	No	2	No sabe	8	No responde	9		
Sí	1										
No	2										
No sabe	8										
No responde	9										
<p>C.7e</p> <p>¿Esta enfermedad pulmonar le limita sus actividades diarias tales como trabajar o hacer las cosas de la casa?</p>	<table> <tr> <td>Mucho</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Poco</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>No interfiere</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>9</td> </tr> </table>	Mucho	1	Poco	2	No interfiere	3	No sabe	8	No responde	9
Mucho	1										
Poco	2										
No interfiere	3										
No sabe	8										
No responde	9										

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

C.8
¿Alguna vez un doctor o enfermera le dijo si ha tenido un ataque al corazón, una enfermedad coronaria, angina, enfermedad congestiva u otros problemas del corazón?

C.8a
¿En qué año o a qué edad le diagnosticaron por primera vez su problema del corazón?

C.8b
En los últimos 12 meses, ¿su problema del corazón ha mejorado, se ha mantenido igual o ha empeorado?

C.8c
¿Toma usted algún tipo de medicamento para su problema del corazón?

C.8d
Durante los últimos 12 meses ¿ha visto usted a un doctor o enfermera por un problema del corazón?

C.8e
Durante los últimos 12 meses ¿ha estado hospitalizado un día o más por un problema del corazón?

Sí	1	} PASE A C.9
No	2	
No sabe	8	
No responde	9	

Año | | | | | | |

Edad | | | | |

No sabe **9998**

No responde **9999**

Mejor	1
Igual	2
Peor	3
No sabe	8
No responde	9

Sí	1
No	2
No sabe	8
No responde	9

Sí	1
No	2
No sabe	8
No responde	9

Sí	1
No	2
No sabe	8
No responde	9

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

C.8f

¿Su problema del corazón le limita sus actividades diarias como trabajar o hacer las cosas de la casa mucho, poco o nada?

Mucho 1

Poco 2

Nada 3

No sabe 8

No responde 9

C.9

¿Alguna vez un doctor le ha dicho si ha tenido una embolia, derrame, ataque, isquemia o trombosis cerebral?

Sí 1

No 2

No sabe 8

No responde 9

PASE A
C.10

C.9a

¿En qué año o a qué edad tuvo el más reciente?

Año | | | | |

Edad | | | |

No sabe 9998

No responde 9999

C.9b

En los últimos 12 meses, ¿ha visto usted a un doctor a consecuencia de este problema o derrame cerebral?

Sí 1

No 2

No sabe 8

No responde 9

C.9c

¿Tiene usted alguna secuela o problema derivado del(los) derrame(s) cerebral(es)?

Sí 1

No 2

No sabe 8

No responde 9

DESPUÉS DEL DERRAME, HA TENIDO USTED...

C.9d

¿Alguna debilidad en los brazos y las piernas o dificultad en moverlos o usarlos?

Sí 1

No 2

No sabe 8

No responde 9

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

C.9e
¿Alguna dificultad al hablar o tragar?
(Después del derrame)

- Sí 1
- No 2
- No sabe 8
- No responde 9

C.9f
¿Alguna dificultad con su vista?

- Sí 1
- No 2
- No sabe 8
- No responde 9

C.9g
¿Alguna dificultad para pensar o encontrar las palabras correctas?

- Sí 1
- No 2
- No sabe 8
- No responde 9

C.9h
¿Está tomando alguna medicina debido al derrame o por sus complicaciones?

- Sí 1
- No 2
- No sabe 8
- No responde 9

C.9i
¿Recibe o recibió algún tipo de terapia física u ocupacional como consecuencia del derrame o sus complicaciones?

- Sí 1
- No 2
- No sabe 8
- No responde 9

C.9j
¿Esta condición interfiere mucho, poco o nada con sus actividades diarias?

- Mucho 1
- Poco 2
- Nada 3
- No sabe 8
- No responde 9

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

<p>C.10</p> <p>¿Alguna vez un doctor o enfermera le dijo si tiene artritis, reumatismo o artrosis?</p>	<table> <tr> <td>Sí</td> <td>1</td> <td rowspan="4">} PASE A C.11</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>9</td> </tr> </table>	Sí	1	} PASE A C.11	No	2	No sabe	8	No responde	9	
Sí	1	} PASE A C.11									
No	2										
No sabe	8										
No responde	9										
<p>C.10a</p> <p>¿Tiene dolor, rigidez o hinchazón en las articulaciones?</p>	<table> <tr> <td>Sí</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>9</td> </tr> </table>	Sí	1	No	2	No sabe	8	No responde	9		
Sí	1										
No	2										
No sabe	8										
No responde	9										
<p>C.10b</p> <p>En comparación con hace 12 meses, ¿su artritis, reumatismo o artrosis está mejor, igual o peor?</p>	<table> <tr> <td>Mejor</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>igual</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Peor</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>9</td> </tr> </table>	Mejor	1	igual	2	Peor	3	No sabe	8	No responde	9
Mejor	1										
igual	2										
Peor	3										
No sabe	8										
No responde	9										
<p>C.10c</p> <p>En los últimos 12 meses, ¿ha visto a un doctor específicamente por su artritis, reumatismo o artrosis?</p>	<table> <tr> <td>Sí</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>9</td> </tr> </table>	Sí	1	No	2	No sabe	8	No responde	9		
Sí	1										
No	2										
No sabe	8										
No responde	9										
<p>C.10d</p> <p>¿Está tomando algún medicamento o tiene tratamiento para su artritis, reumatismo o artrosis?</p>	<table> <tr> <td>Sí</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>9</td> </tr> </table>	Sí	1	No	2	No sabe	8	No responde	9		
Sí	1										
No	2										
No sabe	8										
No responde	9										
<p>C.10e</p> <p>¿Su artritis, reumatismo o artrosis le limita mucho, poco o nada sus actividades diarias como trabajar o hacer las cosas de la casa?</p>	<table> <tr> <td>Mucho</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Poco</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Nada</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>9</td> </tr> </table>	Mucho	1	Poco	2	Nada	3	No sabe	8	No responde	9
Mucho	1										
Poco	2										
Nada	3										
No sabe	8										
No responde	9										
<p>C.10f</p> <p>En relación a su artritis, reumatismo o artrosis, ¿ha tenido usted alguna cirugía?</p>	<table> <tr> <td>Sí</td> <td>1</td> <td rowspan="4">} PASE A C.11</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>9</td> </tr> </table>	Sí	1	} PASE A C.11	No	2	No sabe	8	No responde	9	
Sí	1	} PASE A C.11									
No	2										
No sabe	8										
No responde	9										

SECCIÓN C ESTADO DE SALUD

<p>C.10g</p> <p>¿Cuál articulación le operaron?</p>	<p>Cadera 1</p> <p>Rodilla 2</p> <p>Otro _____ 3 <i>Especifique</i></p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.11</p> <p>¿Se ha caído en los últimos 12 meses?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;"> PASE A C.11c </div>
<p>C.11a</p> <p>¿Cuántas veces se ha caído durante los últimos 12 meses?</p>	<p>Veces </p> <p>No sabe 98</p> <p>No responde 99</p>
<p>C.11b</p> <p>¿Se lastimó en alguna de estas caídas de tal manera que necesitó tratamiento médico?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.11c</p> <p>En los últimos 12 meses, ¿se fracturó la cadera?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.11d</p> <p>En los últimos 12 meses, ¿se fracturó la muñeca?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.11e</p> <p>¿Alguna vez un doctor o enfermera le dijo si tiene osteoporosis?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;"> PASE A C.12 </div>
<p>C.11f</p> <p>¿En qué año o a qué edad le diagnosticaron la osteoporosis?</p>	<p>Año </p> <p>Edad </p> <p>No sabe 9998</p> <p>No responde 9999</p>

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

<p>C.12</p> <p>Usualmente no nos gusta hablar de esto, pero necesito saber para el estudio si durante los últimos 12 meses la orina se le ha salido alguna vez involuntariamente.</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 100px;">PASE A C.12b</div>
<p>C.12a</p> <p>¿Cuántas días le sucedió esto en el último mes?</p>	<p>Menos de 5 días 1</p> <p>Entre 5 - 14 días 2</p> <p>Más de 15 días 3</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.12b</p> <p>Durante los últimos 12 meses, ¿ha perdido alguna vez el control de sus movimientos intestinales o de materia fecal?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>

Ahora necesitamos que nos diga si durante los últimos 12 meses usted ha tenido algunos de los siguientes problemas:

En los últimos 12 meses, ¿ha tenido usted...	Sí	No	No sabe	No responde
C.13a dolor en el pecho?	1	2	8	9
C.13b hinchazón persistente de los pies y los tobillos?	1	2	8	9
C.13c le ha faltado la respiración estando despierto?	1	2	8	9
C.13d mareos persistentes?	1	2	8	9
C.13e dolor o problemas de espalda?	1	2	8	9
C.13f dolor de cabeza persistente?	1	2	8	9
C.13g fatiga o cansancio severo?	1	2	8	9
C.13h tos persistente, flemas o silbido en el pecho?	1	2	8	9
C.13i problemas de las articulaciones (cadera, rodilla, codo, muñeca, etc.)?	1	2	8	9
C.13j nausea persistente y vómito?	1	2	8	9
C.13k transpiración excesiva o sed persistente?	1	2	8	9

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

Ahora quiero saber algunos detalles sobre la salud de los ojos, los oídos y la boca

C.14

¿Qué tan buena es su vista (sin anteojos o lentes de contacto) para ver de lejos (como para reconocer a un amigo al otro lado de la calle), es excelente, muy buena, buena, regular o mala?

Excelente	1	
Muy buena	2	
Buena	3	
Regular	4	
Mala	5	
Ciego	6	→ PASE A C.14f
No sabe	8	
No responde	9	

C.14a

¿Usa usted anteojos o lentes de contacto para ver de lejos?

Sí	1	
No	2	→ PASE A C.14c
No sabe	8	
No responde	9	

C.14b

Usando anteojos o lentes como acostumbra, ¿diría usted que su vista para ver de lejos es excelente, muy buena, buena, regular o mala?

Excelente	1
Muy buena	2
Buena	3
Regular	4
Mala	5
No sabe	8
No responde	9

C.14c

¿Qué tan buena es su vista (sin anteojos o lentes de contacto) para ver de cerca (como para leer el periódico o ver las fotografías en una revista), es excelente, muy buena, buena, regular o mala?

Excelente	1
Muy buena	2
Buena	3
Regular	4
Mala	5
No sabe	8
No responde	9

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

C.14d
¿Usa usted anteojos o lentes de contacto para ver de cerca?

Sí	1	PASE A C.14f
No	2 →	
No sabe	8	
No responde	9	

C.14e
Usando anteojos o lentes como acostumbra, ¿diría usted que su vista para ver de cerca es excelente, muy buena, buena, regular o mala?

Excelente	1
Muy buena	2
Buena	3
Regular	4
Mala	5
No sabe	8
No responde	9

C.14f
¿Alguna vez lo han operado de cataratas?

Sí	1	PASE A C.14h
No	2	
No sabe	8	
No responde	9	

C.14g
¿Le pusieron lentes intraoculares?

Sí	1
No	2
No sabe	8
No responde	9

C.14h
¿Alguna vez un doctor lo ha tratado por glaucoma?

Sí	1
No	2
No sabe	8
No responde	9

SECCIÓN C ESTADO DE SALUD

C.15

¿Usa usted algún tipo de aparato (como audífono) para oír mejor?

- Sí 1
- No 2
- No sabe 8
- No responde 9

C.15a

¿En general diría que su audición es excelente, muy buena, buena, regular o mala (con o sin audífono)?

- Excelente 1
- Muy buena 2
- Buena 3
- Regular 4
- Mala 5
- Sordo 6
- No sabe 8
- No responde 9

C.16

Ahora, quisiera hacerle algunas preguntas acerca de su boca y sus dientes. Por favor dígame, ¿le faltan algunos dientes o muelas?

- Sí, unos pocos (hasta cuatro) 1
- Sí, bastantes (más de cuatro y menos de la mitad) .. 2
- Sí, la mayoría (la mitad o más) 3
- No 4
- No sabe 8
- No responde 9

→ PASE A C.17

C.16a

¿Tiene puentes, dientes o dentadura postiza?

- Sí 1
- No 2
- No sabe 8
- No responde 9

C.17

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido que comer menos o cambiar de comida por problemas con sus dientes, muelas, puentes o dentadura postizas?

- Siempre 1
- Frecuentemente 2
- Algunas veces 3
- Rara vez 4
- Nunca 5
- No sabe 8
- No responde 9

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

Ahora quisiera que me contestara si lo que le pregunto le ha sucedido siempre, frecuentemente, algunas veces, rara vez o nunca, en los últimos 12 meses

En los últimos 12 meses...	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Nunca	No sabe	No responde
C.17a ¿Cuántas veces ha tenido problemas al masticar comidas duras como la carne o las manzanas?	1	2	3	4	5	8	9
C.17b ¿Cuántas veces ha podido tragar bien?	1	2	3	4	5	8	9
C.17c ¿Cuántas veces no ha podido hablar bien por culpa de sus dientes o su dentadura?	1	2	3	4	5	8	9
C.17d ¿Cuántas veces no ha podido comer las cosas que quería por tener alguna molestia en sus dientes o con su dentadura?	1	2	3	4	5	8	9
C.17e ¿Cuántas veces no ha querido salir a la calle o hablar con otras personas por culpa de sus dientes o su dentadura?	1	2	3	4	5	8	9
C.17f Cuando usted se mira en el espejo, ¿cuántas veces ha estado contento de cómo se ven sus dientes o su dentadura?	1	2	3	4	5	8	9
C.17g ¿Cuántas veces ha tenido que utilizar algún medicamento para aliviar el dolor de sus dientes o las molestias en su boca?	1	2	3	4	5	8	9
C.17h ¿Cuántas veces ha estado preocupado o se ha dado cuenta de que sus dientes o su dentadura no están bien?	1	2	3	4	5	8	9
C.17i ¿Cuántas veces se ha puesto nervioso por los problemas de sus dientes o de su dentadura?	1	2	3	4	5	8	9
C.17j ¿Cuántas veces no ha comido a gusto delante de otras personas por culpa de sus dientes o su dentadura?	1	2	3	4	5	8	9
C.17k ¿Cuántas veces ha tenido molestias o dolor en sus dientes por las comidas o bebidas frías, calientes o dulces?	1	2	3	4	5	8	9

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

<p>C.18 FILTRO</p> <p>Sexo del entrevistado:</p>
<p>C.18a</p> <p>¿En los últimos dos años se ha examinado usted misma los senos en forma regular para ver si tiene "nódulos" (bolitas o tumores)?</p>
<p>C.18b</p> <p>¿En los últimos dos años la ha examinado un profesional de la salud para ver si tiene "nódulos" (bolitas o tumores) en los senos?</p>
<p>C.18c</p> <p>¿En los últimos dos años se ha hecho una mamografía o radiografía de sus pechos (mamas)?</p>
<p>C.18d</p> <p>¿En los últimos dos años le han hecho a usted un Papanicolaou, es decir, la prueba para determinar si tiene cáncer de la cérvix o del cuello uterino?</p>
<p>C.18e</p> <p>¿Ha tenido usted una histerectomía, es decir, una cirugía para quitarle la matriz (útero) y ovarios, o la matriz (útero) solamente?</p>
<p>C.18f</p> <p>¿Qué edad tenía cuando le hicieron la histerectomía?</p>

Mujer.....1

Hombre.....2 → **PASE A C.19**

Sí 1

No 2

No sabe 8

No responde 9

Sí 1

No 2

No sabe 8

No responde 9

Sí 1

No 2

No sabe 8

No responde 9

Sí 1

No 2

No sabe 8

No responde 9

Sí, matriz (útero) y ovarios 1

Sí, matriz (útero) solamente 2

No 3

No sabe 8

No responde 9

PASE A C.18g

Edad

No sabe 998

No responde 999

PASE A C.18h

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

C.18g
¿Qué edad tenía usted cuando tuvo su última menstruación?

Edad | | | |

Todavía menstrúa **00**

No sabe **98**

No responde **99**

C.18h
¿Ha tomado usted alguna vez o toma actualmente estrógeno, es decir, hormonas de mujer para la menopausia, por medio de pastilla, parche o crema?

Sí **1**

No **2**

No sabe **8**

No responde **9**

} **PASE A
C.20**

C.18i
¿A qué edad comenzó a tomar estrógeno, es decir, hormonas de mujer para la menopausia?

Edad | | | |

C.18j
¿Por cuánto tiempo ha tomado estrógeno?

Meses | | | |

1 - 4 años **13**

5 - 9 años **14**

10 y más años **15**

No sabe **98**

No responde **99**

C.18k
¿Está usted tomando ahora estrógeno, es decir, hormonas de mujer?

Sí **1**

No **2**

No sabe **8**

No responde **9**

} **PASE A
C.20**

C.19
En los últimos dos años, ¿alguna vez se ha hecho un examen de próstata?

Sí **1**

No **2**

No sabe **8**

No responde **9**

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

	Sí	No	No sabe	No responde
C.19a ¿Tiene usted que orinar con frecuencia?	1	2	8	9
C.19b ¿Siente que a pesar de tener ganas, el chorro es débil y pequeño?	1	2	8	9
C.19c ¿Siente ardor (o que "le quemara") al orinar?	1	2	8	9
C.19d ¿Tiene que orinar tres veces o más durante la noche?	1	2	8	9

C.20
¿Alguna vez un doctor o enfermera de la salud le ha dicho si tiene algún problema nervioso o psiquiátrico?

Sí 1
 No 2
 No sabe 8
 No responde 9

} PASE
A
C.21a

C.20a
¿En comparación con hace 12 meses, su problema nervioso o psiquiátrico está mejor, igual o peor?

Mejor 1
 Igual 2
 Peor 3
 No sabe 8
 No responde 9

C.20b
¿Tiene usted tratamiento psiquiátrico o psicológico por este problema?

Sí 1
 No 2
 No sabe 8
 No responde 9

C.20c
¿Durante los últimos 12 meses, ha tomado alguna medicina contra la depresión?

Sí 1
 No 2
 No sabe 8
 No responde 9

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

Ahora piense en las últimas dos semanas y dígame si durante la mayor parte del tiempo durante las dos semanas pasadas usted...

	Sí	No	No sabe	No responde
C.21a ¿Ha estado básicamente satisfecho con su vida?	1	2	8	9
C.21b ¿Dejó de lado o disminuyó sus actividades o las cosas que le interesan hacer?	1	2	8	9
C.21c ¿Sintió que su vida está vacía?	1	2	8	9
C.21d ¿Se sintió aburrido frecuentemente?	1	2	8	9
C.21e ¿Estuvo de buen ánimo la mayoría del tiempo?	1	2	8	9
C.21f ¿Estuvo preocupado o temiendo que algo malo le sucediera?	1	2	8	9
C.21g ¿Se sintió feliz la mayor parte del tiempo?	1	2	8	9
C.21h ¿Se sintió con frecuencia desamparado o desvalido?	1	2	8	9
C.21i ¿Prefirió quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas?	1	2	8	9
C.21j ¿Sintió que tiene más problemas de memoria que otras personas de su edad?	1	2	8	9
C.21k ¿Creyó que es maravilloso estar vivo?	1	2	8	9

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

	Sí	No	No sabe	No responde
C.21l ¿Se sintió inútil o que no vale usted nada en su situación actual?	1	2	8	9
C.21m ¿Se sintió lleno de energía?	1	2	8	9
C.21n ¿Se encontró usted sin esperanza ante su situación actual?	1	2	8	9
C.21o ¿Creyó usted que las otras personas están en una situación mejor que usted?	1	2	8	9

Los estudios que se han hecho muestran que la nutrición y el régimen de vida son factores muy importantes en la salud. Para esto, quiero hacerle algunas preguntas sobre su alimentación.

<p>C.22a</p> <p>¿Cuántas comidas completas realiza al día?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>CONSIDERAR EL DESAYUNO COMO COMIDA</p> </div>	<p>Una comida 1</p> <p>Dos comidas 2</p> <p>Tres o más comidas 3</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.22b</p> <p>¿Consume leche, queso u otros productos lácteos al menos una vez al día?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.22c</p> <p>¿Come huevos, frijoles o lentejas (leguminosas) al menos una vez por semana?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

<p>C.22d</p> <p>¿Come carne, pescado o aves al menos tres veces por semana?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.22e</p> <p>¿Consuma frutas o verduras al menos dos veces al día?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.22f</p> <p>¿Está comiendo menos en los últimos doce meses de lo que comía antes por problemas digestivos o falta de apetito?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.22g</p> <p>¿Cuántos vasos o tazas de líquido (agua, café, te, leche, jugo, etcétera) consume usted diariamente?</p>	<p>Menos de 3 vasos 1</p> <p>De 3 a 5 vasos 2</p> <p>Más de 5 vasos 3</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.22h</p> <p>En los últimos doce meses ¿ha disminuido de peso sin haber hecho ninguna dieta?</p>	<p>Sí....¿Cuántos kilos bajó?</p> <p>Entre 1 y 3 kg 1</p> <p>Más de 3 kg 2</p> <p>No ha disminuido 3</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.22i</p> <p>Respecto a su estado nutricional ¿se considera usted bien nutrido?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

C.23

En los últimos tres meses, en promedio, ¿cuántos días por semana ha tomado bebidas alcohólicas (como por ejemplo cerveza, vino, aguardiente u otras bebidas que contienen alcohol)?

- | | | | |
|----------------------------------|---|---|----------------|
| No consumió | 1 | → | PASE A
C.24 |
| Menos de un día por semana | 2 | | |
| 1 día a la semana | 3 | | |
| 2 a 3 días a la semana | 4 | | |
| 4 a 6 días a la semana | 5 | | |
| Todos los días | 6 | | |
| No sabe | 8 | | |
| No responde | 9 | | |

C.23a

En los últimos tres meses, en los días que tomó bebidas alcohólicas, ¿cuántas copas de vino, cervezas, aguardiente o bebidas con licor tomó en promedio al día?

- | | |
|-------------------------|-------|
| Copas de vino | _ _ _ |
| Cervezas | _ _ _ |
| Bebidas con licor | _ _ _ |
| No sabe | 98 |
| No responde | 99 |

C.24

¿Usted...

LEA CADA OPCIÓN
HASTA OBTENER UNA
RESPUESTA AFIRMATIVA

- | | | | |
|-------------------------------|---|---|-----------------|
| Fuma actualmente | 1 | | PASE A
C.24b |
| Antes fumaba pero ya no | 2 | → | |
| Nunca ha fumado | 3 | | PASE A
C.25a |
| No sabe | 8 | | |
| No responde | 9 | | |

C.24a

¿Cuántos cigarrillos, puros o pipas fuma habitualmente por día?

DEFINICIÓN:
PAQUETE = 20
CIGARRILLOS

- | | | |
|---------------------------|-------|-------------------|
| Cigarrillos por día | _ _ _ | } PASE A
C.24c |
| Pipas | _ _ _ | |
| Puros | _ _ _ | |

C.24b

¿Hace cuántos años qué dejó de fumar?

SI DEJÓ DE FUMAR HACE MENOS
DE UN AÑO, REGISTRE 00

- | | |
|-------------------------|---------|
| Hace cuántos años | _ _ _ |
| Edad en años | _ _ _ _ |
| Año | _ _ _ _ |
| No sabe | 9998 |
| No responde | 9999 |

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

C.24c

¿Qué edad tenía usted cuando empezó a fumar?

Hace cuántos años | | | |

Edad en años | | | | |

Año | | | | |

No sabe 9998

No responde 9999

C.25a

En los últimos 12 meses, ¿hizo regularmente ejercicios o actividades físicas rigurosas como deportes, trotar, bailar o trabajo pesado, tres veces a la semana?

Sí 1

No 2

No sabe 8

No responde 9

C.25b

En los últimos 12 meses, ¿realizó regularmente para distraerse alguna manualidad, artesanía, actividad artística por lo menos una vez a la semana?

Sí 1

No 2

No sabe 8

No responde 9

Necesito hacerle algunas preguntas sobre los primeros 15 años de su vida.

C.26

¿Durante la mayor parte de sus primeros 15 años de vida, cuál era la situación económica de su familia?

LEA CADA OPCIÓN
HASTA OBTENER UNA
RESPUESTA AFIRMATIVA

Buena 1

Regular 2

Mala 3

No sabe 8

No responde 9

C.27

¿Durante la mayor parte de sus primeros 15 años de vida, diría usted que su salud era excelente, buena o mala?

Excelente 1

Buena 2

Mala 3

No sabe 8

No responde 9

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

¿Antes de los 15 años, recuerda haber tenido alguna de estas enfermedades?		Sí	No	No sabe	No responde
C.28a	Nefritis	1	2	8	9
C.28b	Hepatitis	1	2	8	9
C.28c	Sarampión	1	2	8	9
C.28d	Tuberculosis	1	2	8	9
C.28e	Fiebre reumática	1	2	8	9
C.28f	Asma	1	2	8	9
C.28g	Bronquitis crónica	1	2	8	9
C.28h	<p>¿Tuvo alguna otra? _____</p> <p><i>Especifique</i> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	1	2	8	9
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> INDAGAR SOBRE LAS OTRAS 3 MÁS IMPORTANTES PARA EL ENTREVISTADO </div>	1	2	8	9
		1	2	8	9

C.29

¿Durante los primeros 15 años de su vida, estuvo usted en cama por un mes o más debido a algún problema de salud?

- Sí 1
- No 2
- No sabe 8
- No responde 9

C.30

Durante los primeros 15 años de su vida, ¿diría usted que hubo algún tiempo en que no comió lo suficiente y tuvo hambre?

- Sí 1
- No 2
- No sabe 8
- No responde 9