

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 Nacional de Estadística Geográfica e Informática  
y el  
Ministerio de Salud**

# 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                            | 06 Ausente temporal                           |
| 02 Entrevista completa con informante sustituto   | 07 Nunca se encontró a la persona en su hogar |
| 03 Entrevista completa con informante auxiliar    | 08 Se negó a dar información                  |
| 04 Entrevista incompleta (anote en observaciones) | 09 Sin capacidad y sin informante sustituto   |
| 05 Entrevista aplazada                            | 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
		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;"><b>¿En qué mes y año nació usted?</b></p>	<p>Mes .....        </p> <p>Año .....            </p>
<p>A.1b</p> <p style="text-align: center;"><b>¿Cuántos años cumplidos tiene usted?</b></p>	<p>Años .....          </p>
<p>A.1c <b>ATENCIÓN:</b></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 ES MUJER Y TIENE MENOS DE 50 AÑOS O SI ES HOMBRE Y TIENE MENOS DE 60 AÑOS AGRADEZCA Y TERMINE LA ENTREVISTA.</p>	<p>Suma .....            </p>
<p>A.2</p> <p style="text-align: center;"><b>¿Nació usted en México?</b></p>	<p>Sí ..... 1 → <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PASE A A.4a</span></p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>A.3</p> <p style="text-align: center;"><b>¿En qué país nació usted?</b></p>	<p>País _____</p> <p style="text-align: center;"><i>Especifique</i></p>
<p>A.4a</p> <p style="text-align: center;"><b>En total, ¿cuántos años ha vivido en México?</b></p>	<p>Años .....          </p> <p>No sabe ..... 998</p> <p>No responde ..... 999</p>
<p>A.4b</p> <p style="text-align: center;"><b>Desde que usted nació hasta los 15 años, ¿vivió en el campo por cinco años o más?</b></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;"><b>¿Usted sabe leer y escribir un recado?</b></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	} <b>PASE A A.7</b>
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	→ <b>PASE A A.8</b>
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?**

**~~o~~**

**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)

Pregunta Opcional que no se hace en el caso de Mexico, pase a la A.13

PASE A  
A.13a

## 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><b>¿En qué año comenzó su primera (segunda... etc.) unión o matrimonio?</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">UTILICE UN RENGLÓN POR CADA MATRIMONIO O UNIÓN</div> <p>No sabe.....9998 No responde .....9999</p> <p style="text-align: right;">→ A.14</p>	<p><b>¿Ésta fue:</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</div> <p>una unión libre? ..... 1</p> <p>un matrimonio por lo civil o por la iglesia? ..... 2</p> <p>No sabe.....8 No responde .....9</p> <p style="text-align: right;">→ A.15</p>	<p><b>¿Este(a) matrimonio o unión continúa o se terminó?</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</div> <p>¿Continúa? ..... 1</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">PASE A A.18</div> <p>¿Terminó en:</p> <p>separación? ..... 2 viudez? ..... 3 divorcio? ..... 4 No sabe.....8 No responde .....9</p> <p style="text-align: right;">→ A.16</p>	<p><b>¿En qué año terminó este(a) matrimonio o unión?</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">VERIFIQUE SI LA PERSONA TUVO OTRA UNIÓN MARITAL (VER A.13b)</div> <p>Sí.....PASE A A.14 No.....PASE A A.18</p> <p>No sabe.....9998 No responde .....9999</p> <p style="text-align: right;">→ A.17</p>
	<b>INICIO</b>	<b>UNIÓN</b>	<b>DISOLUCIÓN</b>
1	_ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _
2	_ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _
3	_ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _
4	_ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _
5	_ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _

**Ahora quiero hacerle algunas preguntas sobre su historia familiar:**

<p>A.18</p> <p><b>¿Cuántas hijas e hijos nacidos vivos tuvo usted?</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">NO INCLUYA HIJASTROS, HIJOS ADOPTIVOS, ABORTOS O HIJOS NACIDOS MUERTOS.</div>	<p>Número de hijos ..... _ _ _ </p> <p>No sabe ..... <b>98</b></p> <p>No responde ..... <b>99</b></p>
<p>A.19</p> <p><b>¿Tiene o tuvo hijastros?</b></p>	<p>Sí ..... <b>1</b></p> <p>No ..... <b>2</b></p> <p>No sabe ..... <b>8</b></p> <p>No responde ..... <b>9</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0; text-align: center;">PASE A A.21</div>
<p>A.20</p> <p><b>¿Cuántos hijastros tuvo?</b></p>	<p>Número de hijastros ..... _ _ _ </p> <p>No sabe ..... <b>98</b></p> <p>No responde ..... <b>99</b></p>



## SECCIÓN A. DATOS PERSONALES

A.21  
¿Tiene o tuvo hijos adoptados?

A.22  
¿Cuántos hijos adoptados tuvo?

A.23  
En total, ¿cuántos de los hijos, hijastros e hijos adoptivos que me mencionó siguen vivos?

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

PASE A  
A.23

Número de hijos adoptados ..... | | | |  
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

A.24  
¿Está su padre vivo?

A.25  
¿Dónde vive su padre?

A.26  
¿Qué edad tenía su padre cuando murió?

A.27  
¿Está su madre viva?

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

PASE A  
A.26

PASE A  
A.27

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  
A.27

Edad ..... | | | |  
No sabe ..... 998  
No responde ..... 999

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

PASE A  
A.29

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"/>
Día del mes .....	_ _	<input type="text"/>
Año .....	_ _	<input type="text"/>
Día de la semana .....	_ _	<input type="text"/>
TOTAL		<input type="text"/>

**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="text"/>	
Mesa .....		<input type="text"/>	
Perro .....		<input type="text"/>	
TOTAL		<input type="text"/>	
Número de repeticiones .....	_ _		

## 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

Recordó 1  
No recordó 0

Correcto

Árbol .....

Mesa .....

Perro .....

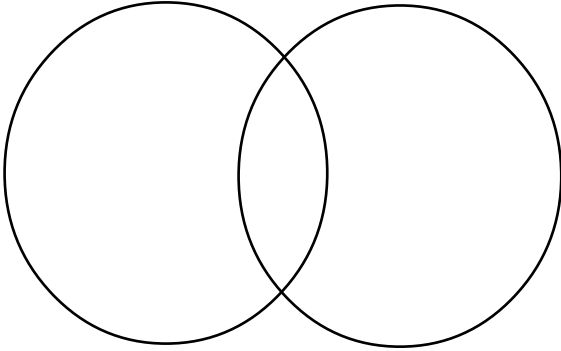
TOTAL

## 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	} <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">PASE A C.5</div>
No .....	2	
No sabe .....	8	
No responde .....	9	

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><b>Con el fin de bajar la presión, ¿durante los últimos 12 meses, ha bajado de peso o ha seguido alguna dieta especial?</b></p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.4c</p> <p><b>¿Está su presión sanguínea generalmente controlada?</b></p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.4d</p> <p><b>En comparación con hace 12 meses, ¿su problema de presión alta está mejor, igual o peor?</b></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><b>¿Alguna vez un doctor o enfermera le ha dicho si tiene diabetes, es decir, niveles altos de azúcar en la sangre?</b></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><b>¿Está tomando algún medicamento en forma oral para controlar su diabetes?</b></p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.5b</p> <p><b>¿Para controlar su diabetes, se pone o le ponen inyecciones de insulina?</b></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.5c  
**Con el fin de controlar la diabetes, ¿durante los últimos 12 meses, ha bajado de peso o ha seguido una dieta especial?**

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

C.5d  
**¿Está su diabetes generalmente controlada?**

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

C.5e  
**En comparación con hace 12 meses, ¿su diabetes está mejor, igual o peor?**

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

C.6  
**¿Alguna vez un doctor le ha dicho si tiene cáncer o un tumor maligno, excluyendo tumores pequeños de la piel?**

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

PASE A  
C.7

C.6a  
**¿En qué año o a qué edad le diagnosticaron por primera vez que tenía un cáncer?**

- Edad ..... | | | |
- Año ..... | | | | | |
- No sabe ..... 9998
- No responde ..... 9999

C.6b  
**¿Ha tenido algún otro tipo de cáncer además del primero que me mencionó?**

- Sí, ¿cuántos? ..... | |
- No ..... 97
- No sabe ..... 98
- No responde ..... 99

C.6c  
**¿En qué órgano u órganos o parte(s) del cuerpo le comenzó el cáncer? (Empiece con el más reciente.)**

APUNTE TODOS LOS ÓRGANOS O PARTES DEL CUERPO EN QUE CADA UNO COMENZÓ

- Órgano(s) o parte(s) del cuerpo:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- No sabe ..... 98
  - No responde ..... 99

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

Sí .....	1	} <b>PASE A C.9</b>
No .....	2	
No sabe .....	8	
No responde .....	9	

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

Año ..... | | | | |

Edad ..... | | | | |

No sabe ..... **9998**

No responde ..... **9999**

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

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

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

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

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

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

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

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

<p>C.9e</p> <p><b>¿Alguna dificultad al hablar o tragar?</b> <b>(Después del derrame)</b></p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.9f</p> <p><b>¿Alguna dificultad con su vista?</b></p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.9g</p> <p><b>¿Alguna dificultad para pensar o encontrar las palabras correctas?</b></p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.9h</p> <p><b>¿Está tomando alguna medicina debido al derrame o por sus complicaciones?</b></p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.9i</p> <p><b>¿Recibe o recibió algún tipo de terapia física u ocupacional como consecuencia del derrame o sus complicaciones?</b></p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.9j</p> <p><b>¿Esta condición interfiere mucho, poco o nada con sus actividades diarias?</b></p>	<p>Mucho ..... 1</p> <p>Poco ..... 2</p> <p>Nada ..... 3</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>

## SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

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

## SECCIÓN C ESTADO DE SALUD

<p>C.10g</p> <p><b>¿Cuál articulación le operaron?</b></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><b>¿Se ha caído en los últimos 12 meses?</b></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: 20px;">PASE A C.11c</div>
<p>C.11a</p> <p><b>¿Cuántas veces se ha caído durante los últimos 12 meses?</b></p>	<p>Veces .....        </p> <p>No sabe ..... 98</p> <p>No responde ..... 99</p>
<p>C.11b</p> <p><b>¿Se lastimó en alguna de estas caídas de tal manera que necesitó tratamiento médico?</b></p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.11c</p> <p><b>En los últimos 12 meses, ¿se fracturó la cadera?</b></p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.11d</p> <p><b>En los últimos 12 meses, ¿se fracturó la muñeca?</b></p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.11e</p> <p><b>¿Alguna vez un doctor o enfermera le dijo si tiene osteoporosis?</b></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: 20px;">PASE A C.12</div>
<p>C.11f</p> <p><b>¿En qué año o a qué edad le diagnosticaron la osteoporosis?</b></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: 20px;">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 → |
| No sabe .....     | 8   |
| No responde ..... | 9   |

PASE A  
C.14f

C.14a

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

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

PASE A  
C.14c

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 <b>FILTRO</b></p> <p><b>Sexo del entrevistado:</b></p>	<p>Mujer.....1</p> <p>Hombre.....2 → <b>PASE A C.19</b></p>
<p>C.18a</p> <p><b>¿En los últimos dos años se ha examinado usted misma los senos en forma regular para ver si tiene "nódulos" (bolitas o tumores)?</b></p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.18b</p> <p><b>¿En los últimos dos años la ha examinado un profesional de la salud para ver si tiene "nódulos" (bolitas o tumores) en los senos?</b></p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.18c</p> <p><b>¿En los últimos dos años se ha hecho una mamografía o radiografía de sus pechos (mamas)?</b></p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.18d</p> <p><b>¿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?</b></p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.18e</p> <p><b>¿Ha tenido usted una histerectomía, es decir, una cirugía para quitarle la matriz (útero) y ovarios, o la matriz (útero) solamente?</b></p>	<p>Sí, matriz (útero) y ovarios ..... 1</p> <p>Sí, matriz (útero) solamente ..... 2</p> <p>No ..... 3</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p> <p style="text-align: right;"><b>PASE A C.18g</b></p>
<p>C.18f</p> <p><b>¿Qué edad tenía cuando le hicieron la histerectomía?</b></p>	<p>Edad ..... <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>No sabe ..... 998</p> <p>No responde ..... 999</p> <p style="text-align: right;"><b>PASE A C.18h</b></p>

**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 quema") 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; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>CONSIDERAR EL DESAYUNO Y LA CENA 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><b>¿Come carne, pescado o aves al menos tres veces por semana?</b></p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.22e</p> <p><b>¿Consuma frutas o verduras al menos dos veces al día?</b></p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.22f</p> <p><b>¿Está comiendo menos en los últimos doce meses de lo que comía antes por problemas digestivos o falta de apetito?</b></p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.22g</p> <p><b>¿Cuántos vasos o tazas de líquido (agua, café, te, leche, jugo, etcétera) consume usted diariamente?</b></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><b>En los últimos doce meses ¿ha disminuido de peso sin haber hecho ninguna dieta?</b></p>	<p><b>Sí...¿Cuántos kilos bajó?</b></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><b>Respecto a su estado nutricional ¿se considera usted bien nutrido?</b></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<br>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<br>C.24b |
| Antes fumaba pero ya no ..... | 2 | → |                 |
| Nunca ha fumado .....         | 3 |   | PASE A<br>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<br>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	<b>Nefritis</b>	1	2	8	9
C.28b	<b>Hepatitis</b>	1	2	8	9
C.28c	<b>Sarampión</b>	1	2	8	9
C.28d	<b>Tuberculosis</b>	1	2	8	9
C.28e	<b>Fiebre reumática</b>	1	2	8	9
C.28f	<b>Asma</b>	1	2	8	9
C.28g	<b>Bronquitis crónica</b>	1	2	8	9
C.28h	<p>¿Tuvo alguna otra? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	1	2	8	9
	<p>INDAGAR SOBRE LAS OTRAS 3 MÁS IMPORTANTES PARA EL ENTREVISTADO</p> <p><i>Especifique</i></p>	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

## SECCIÓN D. ESTADO FUNCIONAL (AVD/AIVD)

HORA DE INICIO: \_\_\_\_\_

**Necesito conocer las dificultades que algunas personas tienen para hacer ciertas actividades que son importantes para la vida diaria DEBIDO A UN PROBLEMA DE SALUD. Por favor, dígame si usted tiene dificultad (ahora) haciendo cada una de las actividades que le voy a mencionar. NO TOME EN CUENTA PROBLEMAS QUE USTED ESPERA QUE DUREN MENOS DE TRES MESES.**

	Sí	No	No puede	No lo hace	No responde
D.1a ¿Tiene dificultad para correr o trotar un kilómetro y medio o 15 cuadras?	1	2 PASE A D.2	3	4	9
D.1b ¿Tiene dificultad para caminar varias calles (cuadras)?	1	2 PASE A D.2	3	4	9
D.1c ¿Tiene alguna dificultad para caminar una calle (cuadra)?	1	2	3	4	9
D.2 ¿Tiene dificultad al estar sentado durante dos horas?	1	2	3	4	9
D.3 ¿Tiene dificultad al levantarse de una silla después de estar sentado un largo rato?	1	2	3	4	9
D.4 ¿Tiene dificultad para subir por las escaleras varios pisos sin descansar?	1	2 PASE A D.6	3	4	9
D.5 ¿Tiene dificultad para subir un piso por las escaleras sin descansar?	1	2	3	4	9
D.6 ¿Tiene dificultad para agacharse, arrodillarse o encorvarse?	1	2	3	4	9
D.7 ¿Tiene dificultad para extender sus brazos más arriba de los hombros?	1	2	3	4	9
D.8 ¿Tiene dificultad para tirar o empujar un objeto grande, como un sillón?	1	2	3	4	9

**SECCIÓN D. ESTADO FUNCIONAL (AVD/AIVD)**

	Sí	No	No puede	No lo hace	No responde
D.9 ¿Tiene dificultad para levantar o transportar un peso de más de 5 kilos (10 libras), como una bolsa pesada de compras?	1	2	3	4	9
D.10 ¿Tiene dificultad usted en levantar una moneda de una mesa?	1	2	3	4	9

**Voy a mencionarle algunas actividades del vivir diario. Por favor dígame si usted tiene alguna dificultad en realizarlas DEBIDO A UN PROBLEMA DE SALUD. Le ruego ignorar problemas que usted espera que duren menos de tres meses.**

D.11  
¿Tiene dificultad para cruzar un cuarto caminando?

Sí .....	1	} <b>PASE A D.13a</b>
No .....	2	
No sabe .....	8	
No responde .....	9	

D.12a  
¿Usa algún aparato o instrumento de apoyo para cruzar un cuarto caminando?

Sí .....	1	} <b>PASE A D.12c</b>
No .....	2	
No sabe .....	8	
No responde .....	9	

D.12b  
¿Qué tipo de aparato o medio de apoyo es el que usa?

Pasamanos .....	01
Andador .....	02
Bastón .....	03
Muletas .....	04
Zapatos ortopédicos .....	05
Soporte o refuerzo (pierna o espalda) .....	06
Prótesis .....	07
Oxígeno o respirador .....	08
Muebles o paredes .....	09
Silla de ruedas o carretilla .....	10
Otro _____	11
	<i>Especifique</i>
No sabe .....	98
No responde .....	99



**SECCIÓN D. ESTADO FUNCIONAL (AVD/AIVD)**

<p>D.12c</p> <p><b>¿Alguien le ayuda para cruzar un cuarto caminando?</b></p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>D.13a</p> <p><b>¿Tiene dificultad para vestirse (incluyendo ponerse los zapatos y los calcetines o las medias)?</b></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 D.14a         </div>
<p>D.13b</p> <p><b>¿Alguien le ayuda a vestirse?</b></p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>D.14a</p> <p><b>¿Tiene dificultad para bañarse (incluyendo entrar y salir de la bañera)?</b></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 D.15a         </div>
<p>D.14b</p> <p><b>¿Ha usado alguna vez algún aparato o instrumento para bañarse (como barandillas o taburete)?</b></p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>D.14c</p> <p><b>¿Alguien le ayuda a bañarse?</b></p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>

**SECCIÓN D. ESTADO FUNCIONAL (AVD/AIVD)**

D.15a

**¿Tiene alguna dificultad para comer (incluyendo cortar la comida, llenar los vasos, etcétera)?**

Sí .....	1	} <b>PASE A D.16a</b>
No .....	2	
No sabe .....	8	
No responde .....	9	

D.15b

**¿Alguien le ayuda a comer?**

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

D.16a

**¿Tiene dificultad para acostarse o pararse de la cama?**

Sí .....	1	} <b>PASE A D.17a</b>
No .....	2	
No sabe .....	8	
No responde .....	9	

D.16b

**¿Ha usado alguna vez algún aparato o instrumento de apoyo para acostarse o pararse de la cama?**

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

D.16c

**¿Alguien le ayuda a acostarse o pararse de la cama?**

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

D.17a

**¿Tiene dificultad para usar el servicio sanitario (incluyendo sentarse y levantarse del excusado o inodoro)?**

Sí .....	1	} <b>PASE A D.18a</b>
No .....	2	
No sabe .....	8	
No responde .....	9	

**SECCIÓN D. ESTADO FUNCIONAL (AVD/AIVD)**

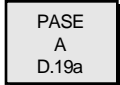
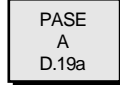
D.17b  
**¿Ha utilizado alguna vez un aparato o instrumento de apoyo para usar el servicio sanitario?**

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

D.17c  
**¿Alguien le ayuda a usar el servicio sanitario?**

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

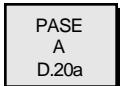
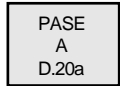
D.18a  
**¿Tiene dificultad para preparar una comida caliente?**

- Sí ..... 1
- No ..... 2 → 
- No puede ..... 3
- No lo hace ..... 4
- No sabe ..... 8 } → 
- No responde ..... 9

D.18b  
**¿Alguien le ayuda a preparar una comida caliente?**

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

D.19a  
**¿Tiene dificultad para manejar su propio dinero?**

- Sí ..... 1
- No ..... 2 → 
- No puede ..... 3
- No lo hace ..... 4
- No sabe ..... 8 } → 
- No responde ..... 9

D.19b  
**¿Alguien le ayuda a manejar su propio dinero?**

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

**SECCIÓN D. ESTADO FUNCIONAL (AVD/AIVD)**

D.20a

**¿Tiene dificultad para ir a otros lugares solo(a), como ir al doctor, la iglesia, etcétera?**

Sí .....	1	
No .....	2	→
No puede .....	3	
No lo hace .....	4	} →
No sabe .....	8	
No responde .....	9	

PASE  
A  
D.21a

PASE  
A  
D.21a

D.20b

**¿Alguien lo acompaña para ayudarlo a subir y bajar del transporte, le brinda transporte o lo ayuda a conseguir un transporte (llama al radiotaxi, por ejemplo)?**

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

D.21a

**¿Tiene dificultad para hacer las compras de alimentos?**

Sí .....	1	
No .....	2	→
No puede .....	3	
No lo hace .....	4	} →
No sabe .....	8	
No responde .....	9	

PASE  
A  
D.22a

PASE  
A  
D.22a

D.21b

**¿Alguien le ayuda a hacer las compras de alimentos?**

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

D.22a

**¿Tiene dificultad para llamar por teléfono?**

Sí .....	1	
No .....	2	→
No puede .....	3	
No tiene teléfono .....	4	} →
No sabe .....	8	
No responde .....	9	

PASE  
A  
D.23a

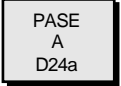
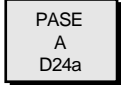
PASE  
A  
D.23a

**SECCIÓN D. ESTADO FUNCIONAL (AVD/AIVD)**

D.22b  
**¿Alguien le ayuda a llamar por teléfono?**

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

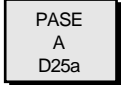
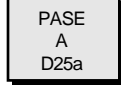
D.23a  
**¿Tiene dificultad para hacer los quehaceres ligeros de la casa, como hacer las camas, sacudir, etcétera?**

- Sí ..... 1
- No ..... 2 → 
- No puede ..... 3
- No lo hace ..... 4
- No sabe ..... 8 → 
- No responde ..... 9

D.23b  
**¿Alguien le ayuda a hacer los quehaceres ligeros de la casa?**

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

D.24a  
**¿Tiene dificultad para hacer los quehaceres pesados de la casa, como limpiar el baño, limpiar pisos, etcétera?**

- Sí ..... 1
- No ..... 2 → 
- No puede ..... 3
- No lo hace ..... 4
- No sabe ..... 8 → 
- No responde ..... 9

D.24b  
**¿Alguien le ayuda a hacer los quehaceres pesados de la casa?**

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

**SECCIÓN D. ESTADO FUNCIONAL (AVD/AIVD)**

D.25a

**¿Tiene dificultad para tomar sus medicinas?**

Sí .....	1		→	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">                 PASE A D.26a             </div>
No .....	2			
No puede .....	3		}	→
No lo hace .....	4			
No sabe .....	8			
No responde .....	9			

D.25b

**¿Alguien le ayuda a tomar sus medicinas?**

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

**D.26 FILTRO**

**Recibe ayuda**

**Verificar si contestó Sí a D.12c, 13.b, 14.c, 15.b, 16.c, 17.c, 18.b, 19.b, 20.b, 21.b, 22.b, 23.b, 24.b o 25.b.**

Ningún persona ayuda..... .00 → **PASE A SECCIÓN E**

Al menos un "sí" ↴

¿Cuántas personas en total le ayudan con sus actividades del vivir diario?.....|\_|\_|

**SECCIÓN D. ESTADO FUNCIONAL (AVD/AIVD)**

D.26a	D.26b	D.26c	D.26d		D.26e
<p><b>Por favor, dígame los nombres de las personas que le ayudan con las actividades que ha mencionado, empezando con la persona que ayuda más.</b></p>	<p><b>¿Qué relación tiene (NOMBRE) con usted?</b></p> <p>Esposo(a) o Compañero(a) ..... 01 Hijo(a) ..... 02 Hijastro(a) ..... 03 Padres o suegros ..... 04 Hermano(a) ..... 05 Yerno / nuera ..... 06 Nieto(a) ..... 07 Otro familiar ..... 08 Otro no familiar ..... 09 Ayuda pagada/doméstica ..... 10 No sabe ..... 98 No responde ..... 99</p>	<p><b>¿Dónde vive (NOMBRE)?</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> <p>LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</p> </div> <p>Misma casa.....1 Mismo vecindario.....2 Diferente colonia, pero misma ciudad...3 Otra ciudad pero mismo país.....4 Otro.....5 No sabe.....8 No responde.....9</p>	<p><b>En total, ¿qué tan a menudo le ayuda (NOMBRE)?</b></p> <p>Frecuencia:</p> <p>Periodo:</p> <p>Semana.....1 Mes.....2 Año.....3</p>		<p><b>En total, ¿por cuánto tiempo ha estado (NOMBRE) ayudándole?</b></p> <p>No sabe ..... 98 No responde ..... 99</p>
↓	→	→	→		→
NOMBRE	PARENTESCO	RESIDENCIA	FRECUENCIA	PERIODO	TIEMPO
1	_ _ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _	_ _ _  .....MESES  _ _ _  .....AÑOS
2	_ _ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _	_ _ _  .....MESES  _ _ _  .....AÑOS
3	_ _ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _	_ _ _  .....MESES  _ _ _  .....AÑOS
4	_ _ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _	_ _ _  .....MESES  _ _ _  .....AÑOS
5	_ _ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _	_ _ _  .....MESES  _ _ _  .....AÑOS

# SECCIÓN E. MEDICINAS

HORA DE INICIO: \_\_\_\_\_

ME GUSTARÍA TOMAR NOTA DE LOS MEDICAMENTOS, REMEDIOS Y OTRAS COSAS QUE USTED ESTÁ ACTUALMENTE TOMANDO O USANDO.

E.1

¿Podría mostrarme los medicamentos y remedios que actualmente está tomando o usando?

Sí ..... 1

No ..... 2

Entrevistado no toma medicamentos ..... 3 →

PASE A  
E.6

	LISTA DE MEDICAMENTOS O REMEDIOS	E.3	E.4	E.5
	<p><b>EN CASO DE QUE NO SE LOS HAYA MOSTRADO PREGUNTE:</b></p> <p><b>E.2 ¿ME PODRÍA DECIR LOS NOMBRES DE LOS MEDICAMENTOS O REMEDIOS QUE ACTUALMENTE ESTÁ TOMANDO O USANDO?</b></p> <p style="text-align: center;">↓ E.2</p>	<p><b>¿Quién se lo recetó?</b></p> <p>Doctor.....1</p> <p>Farmacéutico.....2</p> <p>Enfermera.....3</p> <p>Usted mismo.....4</p> <p>Otro.....5</p> <p>No sabe.....8</p> <p>No responde.....9</p> <p style="text-align: center;">→ E.3</p>	<p><b>¿Por cuánto tiempo lo ha estado usted usando de manera continua?</b></p> <p>No lo toma de manera continua ..... 95</p> <p>No sabe ..... 98</p> <p>No responde ..... 99</p> <p style="text-align: center;">→ E.4</p>	<p><b>¿Cómo lo obtuvo o quién pagó este medicamento la última vez que lo compró?</b></p> <p>Seguro social ..... 1</p> <p>Otro seguro público ..... 2</p> <p>Seguro privado ..... 3</p> <p>De su propio bolsillo ..... 4</p> <p>Hijos pagan ..... 5</p> <p>Otro ..... 6</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p> <p style="text-align: center;">→ E.5</p>
	<b>MEDICAMENTO O REMEDIO</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>MODO DE OBTENCIÓN</b>
1	_____	_____	MESES..... ____  AÑOS..... ____	_____
2	_____	_____	MESES..... ____  AÑOS..... ____	_____
3	_____	_____	MESES..... ____  AÑOS..... ____	_____
4	_____	_____	MESES..... ____  AÑOS..... ____	_____
5	_____	_____	MESES..... ____  AÑOS..... ____	_____
6	_____	_____	MESES..... ____  AÑOS..... ____	_____
7	_____	_____	MESES..... ____  AÑOS..... ____	_____
8	_____	_____	MESES..... ____  AÑOS..... ____	_____



# SECCIÓN E. MEDICINAS

CONTINUA DE LA PAGINA PREVIA...

	E.2 LISTA DE MEDICAMENTOS O REMEDIOS	E.3	E.4	E.5
		<b>¿Quién se lo recetó?</b>  Doctor.....1 Farmacéutico.....2 Enfermera.....3 Usted mismo.....4 Otro.....5 No sabe.....8 No responde.....9	<b>¿Por cuánto tiempo lo ha estado usted usando de manera continua?</b>  No lo toma de manera continua ..... 95 No sabe ..... 98 No responde ..... 99	<b>¿Cómo lo obtuvo o quién pagó este medicamento la última vez que lo compró?</b>  Seguro social ..... 1 Otro seguro público ..... 2 Seguro privado ..... 3 De su propio bolsillo ..... 4 Hijos pagan ..... 5 Otro ..... 6 No sabe ..... 8 No responde ..... 9
	↓ E.2	→ E.3	→ E.4	→ E.5
	MEDICAMENTO O REMEDIO	RESPONSABLE	TIEMPO	MODO DE OBTENCIÓN
9	_____		MESES.....        AÑOS.....	
10	_____		MESES.....        AÑOS.....	
11	_____		MESES.....        AÑOS.....	
12	_____		MESES.....        AÑOS.....	
13	_____		MESES.....        AÑOS.....	
14	_____		MESES.....        AÑOS.....	
15	_____		MESES.....        AÑOS.....	
16	_____		MESES.....        AÑOS.....	
17	_____		MESES.....        AÑOS.....	

**SECCIÓN E. MEDICINAS**

E.6  
 ¿Actualmente toma usted (otros) remedios naturales como hierbas (medicina verde) o productos homeopáticos para el cuidado de su salud?

- Sí ..... 1 → **REGRESE A E.2 Y ANOTE**
- No ..... 2
- No sabe ..... 8
- No responde ..... 9

E.7  
 ¿Usted toma o usa algún otro medicamento? Por ejemplo, aspirina u otro medicamento contra el dolor, laxantes, medicamentos para la gripe, medicamentos para dormir, tranquilizantes, antiácidos, vitaminas, ungüento o complementos alimenticios.

- Sí ..... 1
- No ..... 2 } **PASE A E.7b**
- No sabe ..... 8
- No responde ..... 9

E.7a  
 ¿Durante las últimas dos semanas, ha tomado o usado alguno de estos medicamentos?

- Sí ..... 1 → **REGRESE A E.2 Y ANOTE**
- No ..... 2
- No sabe ..... 8
- No responde ..... 9

E.7b **FILTRO**  
 Toma de medicamentos o remedios (ver preguntas E.1, E.6 y E.7)

- Toma al menos uno ..... 1
- No toma ninguno ..... 2 → **PASE A E.9**

E.8  
 En total, durante el último mes, ¿cuánto gastó en medicinas sin contar lo que está pagando por algún programa o seguro (incluyendo inyecciones, cremas, etc. compradas con recetas médicas o sin receta)?

- Nada ..... 0
- Gasto total ..... | | | | |
- Si la persona no recuerda, sondee...**
- Menos de \$65.00 ..... 1
- \$65.00 a \$160.00 ..... 2
- Más de \$160.00 a \$320.00 ..... 3
- Más de \$320.00 o más ..... 4
- No sabe ..... 8
- No responde ..... 9

E.9  
 ¿En algún momento durante los últimos 12 meses, usted dejó de tomar o tomó menos de un medicamento que le fue recetado?

**CIRCULE TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE**

- Sí, ¿por qué?
- por el costo ..... 1
- la medicina no estaba disponible ..... 2
- no tenía transporte ..... 3
- no le gusta tomar medicinas ..... 4
- otra razón \_\_\_\_\_ 5  
*Especifique*
- No ..... 6
- No sabe ..... 8
- No responde ..... 9

## SECCIÓN F. USO Y ACCESIBILIDAD A SERVICIOS

HORA DE INICIO: \_\_\_\_\_

F.1

**¿Qué tipo de seguro de salud tiene usted?**

CIRCULE TODAS LAS OPCIONES  
QUE MENCIONE EL  
ENTREVISTADO

IMSS .....	1	→	
ISSSTE .....	2		PASE A F.3
Otra institución pública (Pemex, Ejército, Marina, etc.) .....	3		
Seguro privado pagado por entrevistado(a) .....	4		
pagado por la empresa .....	5		
Ninguno .....	6		PASE A F.3
No sabe .....	8		
No responde .....	9		

¿Su o sus seguro(s) cubre(n) todo, parte, o ninguno de los siguientes gastos médicos?	Todo	Parte	Ninguno	No sabe	No responde
F.2a ¿Consulta de medicina general?	1	2	3	8	9
F.2b ¿Consulta de especialista?	1	2	3	8	9
F.2c ¿Medicamentos recetados?	1	2	3	8	9
F.2d ¿Los exámenes que le manden hacer?	1	2	3	8	9
F.2e ¿Los gastos de hospitalización o internación?	1	2	3	8	9
F.2f ¿Anteojos?	1	2	3	8	9
F.2g ¿Prótesis o aparatos de apoyo?	1	2	3	8	9
F.2h ¿Servicios de rehabilitación? (i.e. terapia física)	1	2	3	8	9
F.2i ¿Servicio de odontología?	1	2	3	8	9
F.2j ¿Consulta homeopática?	1	2	3	8	9
F.2k ¿Pago de ingresos perdidos por enfermedad? (En caso de estar trabajando)	1	2	3	8	9



## SECCIÓN F. USO Y ACCESIBILIDAD A SERVICIOS

F.5

En total, ¿cuántas noches estuvo internado en un hospital en los últimos cuatro meses?

Noches ..... | | | |  
 No sabe ..... 998  
 No responde ..... 999

F.6

¿Dónde estuvo internado la última vez?

CIRCULE SÓLO UNA RESPUESTA

Hospital o clínica del IMSS ..... 1  
 Hospital o clínica de las SSA ..... 2  
 Hospital o clínica del ISSSTE ..... 3  
 Otro hospital o clínica público (Pemex, Ejército, Marina, etc.) ..... 4  
 Hospital o clínica privado ..... 5  
 Otro ..... 7  
 Especifique  
 No sabe ..... 8  
 No responde ..... 9

(OPCIONAL PARA LOS PAISES INTERESADOS EN VINCULAR CON SISTEMAS DE REGISTROS)

F.6b

Pregunta Opcional que no se hace en el caso de Mexico, pase a la F.7

PASE A  
F.7

F.7

¿Cuánto tiempo se demoró en llegar al hospital?

Minutos ..... | | |  
 Horas ..... | | |  
 No sabe ..... 98  
 No responde ..... 99

F.8

Después de que llegó al hospital, ¿cuánto tiempo esperó para ser atendido?

Minutos ..... | | |  
 Horas ..... | | |  
 No sabe ..... 98  
 No responde ..... 99

**SECCIÓN F. USO Y ACCESIBILIDAD A SERVICIOS**

F.9

**¿Quién pagó por el internamiento?**

**CIRCULE TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE**

- Entrevistado(a) ..... 01
- Esposo(a) / compañero(a) ..... 02
- Hijo(a) ..... 03
- Otro familiar ..... 04
- Otra persona no familiar ..... 05
- Se atendió en institución de seguridad social ..... 06
- Se atendió en otra institución pública ..... 07
- Lo pagó su seguro privado de gastos médicos ..... 08
- No sabe ..... 98
- No responde ..... 99

**PASE A F.11**

F.10

**¿Cuánto pagó o pagaron en forma particular por esta internación?**

Pago total ..... | | | | | | | |

**Si la persona no pueda dar una cifra exacta, sondee...**

- Menos de \$550.00 ..... 1
- \$550.00 o más, pero menos de \$1,400.00 ..... 2
- Más de \$1,400.00, pero menos de \$5,500.00 ..... 3
- Más de \$5,500.00, pero menos de \$13,750.00 ..... 4
- Más de \$13,750.00, pero menos de \$27,500.00 ..... 5
- \$27,500.00 y más ..... 6
- No sabe ..... 8
- No responde ..... 9

F.11

**(No incluyendo esta internación) ¿En los últimos cuatro meses solicitó atención médica o una consulta médica de cualquier tipo?**

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

**PASE A F.30**

F.12

**En los últimos cuatro meses ¿cuántas veces buscó atención médica?**

- Veces ..... | | | |
- No sabe ..... 98
- No responde ..... 99

F.13

**La última vez que solicitó atención médica, ¿con quién realizó la consulta?**

**CIRCULE SÓLO UNA RESPUESTA**

- Médico ..... 1
- Enfermera ..... 2
- Farmacéutico ..... 3
- Curandero (naturista) ..... 4
- Otro ..... 5
- No sabe ..... 8
- No responde ..... 9

## SECCIÓN F. USO Y ACCESIBILIDAD A SERVICIOS

F.14

¿Dónde recibió esta atención o consulta?

CIRCULE SÓLO UNA RESPUESTA

<b>IMSS:</b>	
Clínica .....	01
Hospital .....	02
Sala de emergencia .....	03
<b>SSA:</b>	
Centro de salud .....	04
Hospital .....	05
Sala de emergencia .....	06
<b>ISSSTE:</b>	
Clínica .....	07
Hospital .....	08
Sala de emergencia .....	09
DIF .....	10
Otra institución pública (Pemex, Ejército, Marina etc.) .....	11
Consultorio privado .....	12
Clínica privada .....	13
Sala de emergencia privada .....	14
Hospital privado .....	15
Farmacia .....	16
Curandero .....	17
En la casa del entrevistado .....	18
Otro _____	19
	<i>Especifique</i>
No sabe .....	98
No responde .....	99

F.15

¿Cuánto tiempo pasó entre que solicitó la consulta y se la dieron?

Días .....	
Meses .....	
No sabe .....	98
No responde .....	99

F.16

¿Cuánto tiempo demoró en llegar al lugar donde recibió la consulta?

Minutos .....	
Horas .....	
No sabe .....	98
No responde .....	99

F.17

En el lugar de la consulta, ¿cuánto tiempo esperó para ser atendido por un profesional de la salud?

Minutos .....	
Horas .....	
No sabe .....	98
No responde .....	99

F.18

¿Quién pagó por esa consulta?

CIRCULE TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE

Entrevistado(a) .....	01
Esposo(a) / compañero(a) .....	02
Hijo(a) .....	03
Otro familiar .....	04
Otra persona no familiar .....	05
Se atendió en institución de la seguridad social .....	06
Se atendió en otra institución pública gratuita .....	07
Lo pagó su seguro privado .....	08
No sabe .....	98
No responde .....	99

PASE A  
F.20







**SECCIÓN F. USO Y ACCESIBILIDAD A SERVICIOS**

F.27  
**¿Tuvieron que pagar algo por estas medicinas?**

- Sí ..... 1
  - No ..... 2
  - No sabe ..... 8
  - No responde ..... 9
- PASE A  
F.31

F.28  
**¿Quién pagó?**

CIRCULE TODAS LAS OPCIONES QUE  
MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE

- Entrevistado(a) ..... 1
- Esposo(a)/compañero(a) ..... 2
- Hijo(a) ..... 3
- Otro familiar ..... 4
- Otra persona no familiar ..... 5
- No sabe ..... 8
- No responde ..... 9

F.29  
**¿Cuánto pagaron por estas medicinas?**

- Gasto total ..... | | | | |
- Si la persona no recuerda, sondee...**
- Menos de \$65.00 ..... 1
  - \$65.00 a \$160.00 ..... 2
  - Más de \$160.00 a \$320.00 ..... 3
  - Más de \$320.00 ..... 4
  - No sabe ..... 8
  - No responde ..... 9
- PASE A  
F.31

F.30  
**¿Por qué no hizo ninguna consulta médica en los últimos cuatro meses?**

CIRCULE TODAS LAS OPCIONES QUE  
MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE

- No lo necesitó ..... 01
- Costo de la atención ..... 02
- Costo del viaje ..... 03
- Tiempo requerido para el viaje y la espera ..... 04
- Problema no era grave ..... 05
- Atención es usualmente mala ..... 06
- Mi familia me necesitaba ..... 07
- Se automedicó ..... 08
- Otro ..... 09  
 Especifique
- No sabe ..... 98
- No responde ..... 99

F.31  
**Antes de terminar con esta sección, ¿me podría decir si ha recibido...**

...la vacuna contra la gripe en los últimos 12 meses?

...la vacuna de tétanos en los últimos 10 años?

- Sí, gripe durante los últimos 12 meses ..... 1
- Sí, tétanos ..... 2
- Ninguna ..... 3
- No sabe ..... 8
- No responde ..... 9

## SECCIÓN G. RED DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL

HORA DE INICIO: \_\_\_\_\_

Ahora voy a preguntarle sobre su hogar. Las familias y amistades a menudo se apoyan unas a otras de diferentes maneras y como parte de esta investigación se requiere saber cómo lo hacen. Para tener un panorama completo de la situación de las personas mayores, necesito conocer algunos detalles de las personas que viven habitualmente en este hogar.

### DATOS GENERALES DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Anote los nombres de todos los miembros del hogar e incluya el nombre del entrevistado registrando "ENTREVISTADO". Pregunte G.3 a G.16 para cada miembro del hogar y **SÓLO PREGUNTE G.3 PARA EL ENTREVISTADO.**

	G.1	G.2	G.3	G.4	G.5	G.6
N U M E R O  D E  R E G I S T R O	Por favor, dígame el nombre de cada una de las personas que viven aquí, empezando por el jefe o la jefa del hogar; no olvide incluir su nombre y el de los niños. Incluya también la ayuda doméstica que viva aquí en la casa.	Entonces, ¿son  _____ personas las que forman este hogar?  Sí..... 1 NO..... 2 →	¿Cuál es el parentesco de (NOMBRE) con el jefe o la jefa del hogar?  Esposo o compañero(a) 02 Hijo(a)..... 03 Padres..... 04 Suegros..... 05 Hermanos..... 06 Yerno o nuera..... 07 Nieto(a)..... 08 Hijastro(a)..... 09 Otro familiar..... 10 Otro no familiar..... 11 Empleado doméstico..... 12 No sabe..... 98 No responde..... 99	¿Cuál es el parentesco de (NOMBRE) con usted?  Esposo o compañero(a).. 01 Hijo(a)..... 02 Padres..... 03 Suegros..... 04 Hermanos..... 05 Yerno o nuera..... 06 Nieto(a)..... 07 Hijastro(a)..... 08 Otro familiar..... 09 Otro no familiar..... 10 Empleado doméstico..... 11 No sabe..... 98 No responde..... 99	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?  Hombre..... 1 Mujer..... 2	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">                         EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS                     </div> Menos de un año.....000 No sabe.....998 No responde...999
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">                         ANOTE LOS NOMBRES DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR. INCLUYA AL ENTREVISTADO REGISTRANDO "ENTREVISTADO".                     </div> ↓ G.1	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">                         VERIFIQUE Y CORRIJA LA LISTA                     </div>	↓ G.3	↓ G.4	→ G.5	→ G.6
	<b>LISTA DE PERSONAS</b>		<b>PARENTESCO</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>SEXO</b>	<b>EDAD</b>
1			<b>01 Jefe(a) del hogar</b>	_____	_____	_____
2			_____	_____	_____	_____
3			_____	_____	_____	_____
4			_____	_____	_____	_____
5			_____	_____	_____	_____
6			_____	_____	_____	_____
7			_____	_____	_____	_____
8			_____	_____	_____	_____
9			_____	_____	_____	_____
10			_____	_____	_____	_____

**DATOS GENERALES Y EDUCACIÓN**

		PARA LAS PERSONAS DE 5 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS	
N Ú M E R O D E R E G I S T R O	G.7	G.8	G.9
		<p>¿(NOMBRE) tiene derecho a servicio médico (o cobertura médica)...</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">                     LEA CADA OPCIÓN Y ANOTE HASTA DOS CÓDIGOS                 </div> <p>en el IMSS? ..... 1</p> <p>en el ISSSTE? ..... 2</p> <p>en otra institución pública (Pemex, Ejército, Marina, etc.)? ..... 3</p> <p>en institución privada (pagado por la empresa)? ..... 4</p> <p>por seguro privado (pagado por entrevistado(a))? ..... 5</p> <p>no tiene derecho a servicio médico? ..... 6</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p> <p style="text-align: center;">→ G.7</p>	<p>¿(NOMBRE) sabe leer y escribir un recado?</p> <p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde .... 9</p> <p style="text-align: center;">→ G.8</p>
	AFIILIACIÓN	ALFABETISMO	ASISTENCIA
1	_ _ _   _ _ _	_ _ _	_ _ _
2	_ _ _   _ _ _	_ _ _	_ _ _
3	_ _ _   _ _ _	_ _ _	_ _ _
4	_ _ _   _ _ _	_ _ _	_ _ _
5	_ _ _   _ _ _	_ _ _	_ _ _
6	_ _ _   _ _ _	_ _ _	_ _ _
7	_ _ _   _ _ _	_ _ _	_ _ _
8	_ _ _   _ _ _	_ _ _	_ _ _
9	_ _ _   _ _ _	_ _ _	_ _ _
10	_ _ _   _ _ _	_ _ _	_ _ _

**CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS Y SERVICIOS DE SALUD**

PARA LAS PERSONAS DE 5 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS		PARA LAS PERSONAS DE 12 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS		
G.10		G.11	G.12	
N Ú M E R O D E R E G I S T R O	¿Cuál fue el último grado que (NOMBRE) aprobó en la escuela?		¿Actualmente (NOMBRE)...	
	ANOTE EL ÚLTIMO GRADO APROBADO Y EL NIVEL CORRESPONDENTE		CIRCULE SÓLO UNA RESPUESTA	LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA
	Primaria..... 01 Secundaria.....02		vive en unión libre? ..... 1	trabajó? ..... 01
	Estudios con primaria como requisito - técnicos, comerciales o secretariales..... 03		es casado(a)? ..... 2	no trabajó, pero sí tenía trabajo? ..... 02
	Estudios con secundaria como requisito - técnicos, comerciales, secretariales o normales..... 04		es viudo(a)? ..... 3	buscó trabajo? ..... 03
	Preparatoria..... 05 Normal..... 06 Profesional..... 07 Posgrado..... 08 No sabe......98 No responde......99		es divorciado(a)? ..... 4	se dedicó a los quehaceres de su hogar? ..... 04
			es separado(a)? ..... 5	asistió a la escuela? ..... 05
			es soltero(a)? ..... 6	está jubilado(a) o pensionado(a)? ..... 06
			No sabe ..... 8	está incapacitado(a) permanentemente para trabajar? . 07
			No responde ..... 9	no trabajó? ..... 08
			No sabe ..... 98	
			No responde ..... 99	
→ G.10		→ G.11	→ G.12	
NIVEL	GRADO	ESTADO CIVIL	CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	
1	_____	_____	_____	
2	_____	_____	_____	
3	_____	_____	_____	
4	_____	_____	_____	
5	_____	_____	_____	
6	_____	_____	_____	
7	_____	_____	_____	
8	_____	_____	_____	
9	_____	_____	_____	
10	_____	_____	_____	

## TRANSFERENCIAS

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS								
	G.13	G.14		G.15		G.16		
N Ú M E R O D E E R E G I S T R O	<b>Ahora dígame si (NOMBRE) lo ayuda a usted de alguna forma.</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">SI CONTESTA SÍ, LEA CADA OPCIÓN Y ANOTE HASTA TRES CÓDIGOS</div> <p>Sí,</p> <p>con dinero ..... 1</p> <p>con servicios como transporte, haciendo quehaceres del hogar y patio, etc. .... 2</p> <p>dándole cosas que necesita como comida, ropas, etc. .... 3</p> <p>otro ..... 4</p> <p>No ..... 5</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0; display: inline-block;">PASE A G.15</div>	<b>En total, ¿con qué frecuencia le ayuda (NOMBRE) a usted?</b> <p>Veces</p> <p>por</p> <p>Periodo:</p> <p>Semana ..... 1</p> <p>Mes ..... 2</p> <p>Año ..... 3</p> <p>Menos de una vez al año.....00, 4</p> <p>No sabe .....98, 8</p> <p>No responde ..99, 9</p>		<b>Ahora dígame, si usted ayuda a (NOMBRE) de alguna forma.</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">SI CONTESTA SÍ, LEA CADA OPCIÓN Y ANOTE HASTA TRES CÓDIGOS</div> <p>Sí,</p> <p>con dinero ..... 1</p> <p>con servicios como transporte, haciendo quehaceres del hogar y patio, etc. .... 2</p> <p>dándole cosas que necesita como comida, ropas, etc. .... 3</p> <p>con el cuidado de los niños ..... 4</p> <p>otro ..... 5</p> <p>No ..... 6</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0; display: inline-block;">PASE A G.17a</div>		<b>En total, ¿con qué frecuencia ayuda usted a (NOMBRE)?</b> <p>Veces</p> <p>por</p> <p>Periodo:</p> <p>Semana ..... 1</p> <p>Mes ..... 2</p> <p>Año ..... 3</p> <p>Menos de una vez al año.....00, 4</p> <p>No sabe .....98, 8</p> <p>No responde ..99, 9</p>		
		→ G.13	→ G.14		→ G.15		→ G.16	
		AYUDA RECIBIDA	VECES	PERIODO	AYUDA DEL ENTREVISTADO	VECES	PERIODO	
	1	_ _     _ _     _ _	_ _     _ _	_ _     _ _	_ _     _ _     _ _	_ _     _ _	_ _     _ _	
	2	_ _     _ _     _ _	_ _     _ _	_ _     _ _	_ _     _ _     _ _	_ _     _ _	_ _     _ _	
	3	_ _     _ _     _ _	_ _     _ _	_ _     _ _	_ _     _ _     _ _	_ _     _ _	_ _     _ _	
	4	_ _     _ _     _ _	_ _     _ _	_ _     _ _	_ _     _ _     _ _	_ _     _ _	_ _     _ _	
	5	_ _     _ _     _ _	_ _     _ _	_ _     _ _	_ _     _ _     _ _	_ _     _ _	_ _     _ _	
	6	_ _     _ _     _ _	_ _     _ _	_ _     _ _	_ _     _ _     _ _	_ _     _ _	_ _     _ _	
	7	_ _     _ _     _ _	_ _     _ _	_ _     _ _	_ _     _ _     _ _	_ _     _ _	_ _     _ _	
8	_ _     _ _     _ _	_ _     _ _	_ _     _ _	_ _     _ _     _ _	_ _     _ _	_ _     _ _		
9	_ _     _ _     _ _	_ _     _ _	_ _     _ _	_ _     _ _     _ _	_ _     _ _	_ _     _ _		
10	_ _     _ _     _ _	_ _     _ _	_ _     _ _	_ _     _ _     _ _	_ _     _ _	_ _     _ _		

## TRANSFERENCIAS

G.17a

¿Hay alguien mayor de 60 años que ha residido en este hogar y que ahora esté permanentemente en un hospital, asilo u otra institución?

Sí, número de personas ..... | |

No ..... 0

No sabe ..... 8

No responde ..... 9

PASE  
A  
G.18

N U M E R O  D E  R E G I S T R O	G.17b	G.17c	G.17d	G.17e
	Indagar el nombre o los nombres de las personas ausentes.	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?	¿En qué tipo de institución está ahora?
	↓ G.17b	→ G.17c	→ G.17d	→ G.17e
	LISTA DE PERSONAS	EDAD	SEXO	INSTITUCIÓN
1		_ _ _ _	_ _	_ _
2		_ _ _ _	_ _	_ _
3		_ _ _ _	_ _	_ _
4		_ _ _ _	_ _	_ _

LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA

- Hospital/clínica/  
institución médica ..... 1
- Asilo, residencia o  
geriátrico ..... 2
- Institutos de rehabilitación  
de drogas o alcohol ..... 3
- Institutos de rehabilitación  
física ..... 4
- Institutos psiquiátricos ..... 5
- Otro ..... 6
- No sabe ..... 8
- No responde ..... 9

EDAD EN  
AÑOS  
CUMPLIDOS

No sabe.....998

No responde...999

Hombre ..... 1

Mujer ..... 2

G.18 FILTRO

Al menos un hijo actualmente vivo  
(ver pregunta A.23)

Sí ..... 1

No ..... 2 →

PASE A G.32

**DATOS GENERALES DE LOS HIJOS QUE NO VIVEN EN EL HOGAR**

N Ú M E R O D E R E G I S T R O	G.18a	G.19	G.20	G.21
	Ahora, quiero preguntarle acerca de los hijos que no viven con usted.  Por favor, dígame los nombres de sus hijos que no viven con usted.  ANOTE EL NOMBRE DE TODOS LOS HIJOS QUE NO RESIDEN EN EL HOGAR Y PREGUNTE G.19 A G.31 PARA CADA UNO  Numero de hijos fuera del hogar          No tiene hijos fuera del hogar.....00 No sabe.....98 No responde....99 ↓ G.18a	¿(NOMBRE) es su...  LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA  Hijo(a) propio? ..... 1 Hijastro(a)? ..... 2 Hijo(a) adoptado(a)? ..... 3 No sabe ..... 8 No responde ..... 9  → G.19	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?    Hombre ..... 1 Mujer ..... 2  → G.20	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?    EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS  Menos de un año.....000 No sabe.....998 No responde.....999  → G.21
	<b>NOMBRE</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>SEXO</b>	<b>EDAD</b>
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			
	7			
8				
9				
10				





## DATOS GENERALES DE HIJOS QUE NO VIVEN EN EL HOGAR

N Ú M E R O D E E R E G I S T R O	G.26	G.27a		G.27b
	<p>¿Dónde vive (NOMBRE)?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</div> <p>Mismo vecindario ..... 1</p> <p>Diferente colonia (barrio), pero misma ciudad ..... 2</p> <p>Otra ciudad pero mismo país ..... 3</p> <p>Otro país ..... 4</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p> <p style="text-align: right;">→ G.26</p>	<p>¿Con qué frecuencia ve o habla usted con (NOMBRE)?</p> <p>Veces</p> <p>por</p> <p>Periodo:</p> <p>Semana ..... 1</p> <p>Mes ..... 2</p> <p>Año ..... 3</p> <p>Menos de una vez al año.....00, 4</p> <p>Nunca.....00, 0</p> <p>No sabe .....98, 8</p> <p>No responde ..99, 9</p> <p style="text-align: right;">→ G.27a</p>		<p>¿Qué tan satisfecho(a) está usted con su comunicación con (NOMBRE)?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</div> <p>Muy satisfecho(a) ..... 1</p> <p>Satisfecho (a) ..... 2</p> <p>No satisfecho(a) ..... 3</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p> <p style="text-align: right;">→ G.27b</p>
	RESIDENCIA	VECES	PERIODO	SATISFACCIÓN CON LA COMUNICACIÓN
1	_ _	_ _	_ _	_ _
2	_ _	_ _	_ _	_ _
3	_ _	_ _	_ _	_ _
4	_ _	_ _	_ _	_ _
5	_ _	_ _	_ _	_ _
6	_ _	_ _	_ _	_ _
7	_ _	_ _	_ _	_ _
8	_ _	_ _	_ _	_ _
9	_ _	_ _	_ _	_ _
10	_ _	_ _	_ _	_ _

**DATOS GENERALES DE HIJOS QUE NO VIVEN EN EL HOGAR**

N Ú M E R O D E R E G I S T R O	G.28	G.29	G.30	G.31		
	Ahora dígame si (NOMBRE) lo ayuda a usted de alguna forma. SI CONTESTA SÍ, LEA CADA OPCIÓN Y ANOTE HASTA TRES CÓDIGOS Sí, con dinero ..... 1 con servicios como transporte, haciendo quehaceres del hogar y patio, etc. .... 2 dándole cosas que necesita como comida, ropas, etc. .... 3 compañía ..... 4 otro ..... 5 No ..... 6 No sabe ..... 8 No responde ..... 9 PASE A G.30 → G.28	¿Con que frecuencia le ayuda (NOMBRE) a usted...? Veces por Periodo: Semana ..... 1 Mes ..... 2 Año ..... 3 Menos de una vez al año.....00, 4 No sabe .....98, 8 No responde ..99, 9 → G.29	Ahora dígame, si usted ayuda a (NOMBRE) de alguna forma. SI CONTESTA SÍ, LEA CADA OPCIÓN Y ANOTE HASTA TRES CÓDIGOS Sí, con dinero ..... 1 con servicios como transporte, haciendo quehaceres del hogar y patio, etc. .... 2 dándole cosas que necesita como comida, ropas, etc. .... 3 con el cuidado de los niños ..... 4 otro ..... 5 No ..... 6 No sabe ..... 8 No responde ..... 9 PASE A G.32 → G.30	En total, ¿con qué frecuencia ayuda usted a (NOMBRE)? Veces por Periodo: Semana ..... 1 Mes ..... 2 Año ..... 3 Menos de una vez al año.....00, 4 No sabe .....98, 8 No responde ..99, 9 → G.31		
	<b>AYUDA RECIBIDA</b>	<b>VECES</b>	<b>PERIODO</b>	<b>AYUDA DEL ENTREVISTADO</b>	<b>VECES</b>	<b>PERIODO</b>
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					
	7					
8						
9						
10						

**DATOS GENERALES DE HERMANOS Y HERMANAS**

N Ú M E R O D E R E G I S T R O	G.32	G.33	G.34	G.35	G.36
	Continuemos con algunas preguntas sobre los hermanos y hermanas que no viven con usted.  Empezando con su hermano mayor, por favor dígame los nombres de cada uno de sus hermanos que no viven con usted.  APUNTE TODOS LOS HERMANOS QUE NO RESIDEN EN EL HOGAR Y DESPUÉS PREGUNTE G33-G43.  Tiene hermanos fuera del hogar...1 No tiene hermanos fuera del hogar o ya fallecieron.....0 No sabe.....8 No responde.....9 PASE A G.44	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?  Hombre ..... 1 Mujer ..... 2	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?  EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS  No sabe ..... 998 No responde ... 999	¿Actualmente (NOMBRE)...?  LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA  vive en unión libre?....1 es separado(a)?.....2 es divorciado(a)?.....3 es viudo(a)?.....4 es soltero(a)?.....5 es casado(a)?.....6 No sabe.....8 No responde.....9	¿Cuántos hijos tiene (NOMBRE)?  ANOTE NÚMERO DE HIJOS  No sabe ..... 98 No responde ... 99
	↓ G.32	→ G.33	→ G.34	→ G.35	→ G.36
	NOMBRE DE HERMANOS	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	NÚMERO DE HIJOS
	1	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _
	2	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _
	3	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _
	4	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _
	5	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _
	6	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _
7	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _	
8	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _	
9	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _	
10	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _	



## DATOS GENERALES DE HERMANOS Y HERMANAS

N Ú M E R O D E R E G I S T R O	G.40	G.41		G.42	G.43	
	<p><b>Ahora dígame si (NOMBRE) lo ayuda a usted de alguna forma.</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">SI CONTESTA SÍ, LEA CADA OPCIÓN Y ANOTE HASTA TRES CÓDIGOS</div> <p>Sí,</p> <p>con dinero ..... 1</p> <p>con servicios como transporte, haciendo quehaceres del hogar y patio, etc. .... 2</p> <p>dándole cosas que necesita como comida, ropas, etc. .... 3</p> <p>compañía ..... 4</p> <p>otro ..... 5</p> <p>No ..... 6</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0; width: fit-content;">PASE A G.42</div> <p style="text-align: center;">→ G.40</p>	<p><b>¿Con qué frecuencia le ayuda (NOMBRE) a usted...?</b></p> <p>Veces</p> <p>por</p> <p>Periodo:</p> <p>Semana ..... 1</p> <p>Mes ..... 2</p> <p>Año ..... 3</p> <p>Menos de una vez al año.....00, 4</p> <p>No sabe .....98, 8</p> <p>No responde ..99, 9</p> <p style="text-align: center;">→ G.41</p>		<p><b>Ahora dígame, si usted ayuda a (NOMBRE) de alguna forma.</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">SI CONTESTA SÍ, LEA CADA OPCIÓN Y ANOTE HASTA TRES CÓDIGOS</div> <p>Sí,</p> <p>con dinero ..... 1</p> <p>con servicios como transporte, haciendo quehaceres del hogar y patio, etc. .... 2</p> <p>dándole cosas que necesita como comida, ropas, etc. .... 3</p> <p>compañía ..... 4</p> <p>otro ..... 5</p> <p>No ..... 6</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0; width: fit-content;">PASE A G.44</div> <p style="text-align: center;">→ G.42</p>	<p><b>En total, ¿con qué frecuencia ayuda usted a (NOMBRE)?</b></p> <p>Veces</p> <p>por</p> <p>Periodo:</p> <p>Semana ..... 1</p> <p>Mes ..... 2</p> <p>Año ..... 3</p> <p>Menos de una vez al año.....00, 4</p> <p>No sabe .....98, 8</p> <p>No responde ..99, 9</p> <p style="text-align: center;">→ G.43</p>	
	AYUDA RECIBIDA	VECES	PERIODO	AYUDA DEL ENTREVISTADO	VECES	PERIODO
1	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _
2	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _
3	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _
4	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _
5	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _
6	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _
7	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _
8	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _
9	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _
10	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _

**DATOS GENERALES DE OTROS FAMILIARES Y AMIGOS**

	G.44a	G.44b	G.45	G.46
N Ú M E R O D E R E G I S T R O	<p>¿Existe algún otro familiar o amigo del cual usted recibe o da ayuda y que no viva con usted?</p> <p>Sí ..... 1 → ¿Me podría decir el nombre de estas personas?</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px 0;">PASE A G.52</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px 0;">APUNTE TODOS LOS OTROS FAMILIARES Y AMIGOS QUE NO RESIDEN EN EL HOGAR Y DESPÚES PREGUNTE G44b-G51</div> <p style="text-align: center;">↓ G.44a</p>	<p>¿Cuál es el parentesco de (NOMBRE) con usted?</p> <p>Padres ..... 1</p> <p>Suegros ..... 2</p> <p>Yerno o nuera ..... 3</p> <p>Nieto(a) ..... 4</p> <p>Sobrino(a) ..... 5</p> <p>Otro familiar ..... 6</p> <p>No familiar ..... 7</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p> <p style="text-align: center;">→ G.44b</p>	<p>¿(NOMBRE) es hombre o mujer?</p> <p>Hombre ..... 1</p> <p>Mujer ..... 2</p> <p style="text-align: center;">→ G.45</p>	<p>¿Dónde vive (NOMBRE)?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;">LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</div> <p>Mismo vecindario ..... 1</p> <p>Diferente colonia pero misma ciudad 2</p> <p>Otra ciudad pero mismo país ..... 3</p> <p>Otro país ..... 4</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p> <p style="text-align: center;">→ G.46</p>
		<b>NOMBRE</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>SEXO</b>
1		_ _ _	_ _ _	_ _ _
2		_ _ _	_ _ _	_ _ _
3		_ _ _	_ _ _	_ _ _
4		_ _ _	_ _ _	_ _ _
5		_ _ _	_ _ _	_ _ _
6		_ _ _	_ _ _	_ _ _
7		_ _ _	_ _ _	_ _ _
8		_ _ _	_ _ _	_ _ _
9		_ _ _	_ _ _	_ _ _
10		_ _ _	_ _ _	_ _ _

**DATOS GENERALES DE OTROS FAMILIARES Y AMIGOS**

N Ú M E R O D E R E G I S T R O	G.47a		G.47b		G.48	
	¿Con qué frecuencia ve o habla usted con (NOMBRE)?		¿Qué tan satisfecho(a) está usted con su comunicación con (NOMBRE)?		Ahora dígame si (NOMBRE) lo ayuda a usted de alguna forma.	
	<b>Veces</b> por <b>Periodo:</b> Semana ..... 1 Mes ..... 2 Año ..... 3  Menos de una vez al año.....00, 4 Nunca.....00, 0 No sabe .....98, 8 No responde ..99, 9		LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA		SI CONTESTA SÍ, LEA CADA OPCIÓN Y ANOTE HASTA TRES CÓDIGOS	
			Muy satisfecho(a) ..... 1 Satisfecho(a) ..... 2 No satisfecho(a) ..... 3 No sabe ..... 8 No responde ..... 9		Sí, con dinero ..... 1 con servicios como transporte, haciendo quehaceres del hogar y patio, etc. .... 2 dándole cosas que necesita como comida, ropas, etc. .... 3 con compañía ..... 4 otro ..... 5 No ..... 6 No sabe ..... 8 No responde ..... 9	
	→ G.47a		→ G.47b		→ G.48	
	<b>VECES</b>		<b>SATISFACCIÓN CON LA COMUNICACIÓN</b>		<b>AYUDA RECIBIDA</b>	
	<b>PERIODO</b>					
	1	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
	2	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
	3	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
4	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	
5	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	
6	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	
7	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	
8	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	
9	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	
10	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	

PASE A G.50



**DATOS GENERALES DE OTROS FAMILIARES Y AMIGOS**

N Ú M E R O D E R E G I S T R O	G.49	G.50	G.51			
	En total, ¿con qué frecuencia? <b>Veces</b> por <b>Periodo:</b> Semana ..... 1 Mes ..... 2 Año ..... 3  Menos de una vez al año.....00, 4 No sabe .....98, 8 No responde ..99, 9  → G.49		Ahora dígame, si usted ayuda a (NOMBRE) de alguna forma. <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; margin: 5px 0;">                     SI CONTESTA SÍ, LEA CADA OPCIÓN Y ANOTE HASTA TRES CÓDIGOS                 </div> Sí, con dinero ..... 1  con servicios como transporte, haciendo quehaceres del hogar y patio, etc. .... 2  dándole cosas que necesita como comida, ropas, etc. .... 3 cuidado de niños ..... 4 con compañía ..... 5 otro ..... 6 No ..... 7 No sabe ..... 8 No responde ..... 9 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; margin: 5px 0;">                     PASE A G.52                 </div> → G.50		En total, ¿con qué frecuencia? <b>Veces</b> por <b>Periodo:</b> Semana ..... 1 Mes ..... 2 Año ..... 3  Menos de una vez al año.....00, 4 No sabe .....98, 8 No responde ..99, 9  → G.51	
	VECES	PERIODO	AYUDA DEL ENTREVISTADO	VECES	PERIODO	
	1	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _	
	2	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _	
	3	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _	
	4	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _	
	5	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _	
	6	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _	
	7	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _	
8	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _		
9	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _		
10	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _		

**PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y TRANSFERENCIAS**

N Ú M E R O D E R E G I S T R O	G.52	G.53	G.54	
		<p>¿Durante los últimos 12 meses, recibió usted asistencia de algún tipo de institución u organización que apoya a los adultos mayores en su comunidad?</p> <p>ANOTE TODOS LOS CÓDIGOS QUE CORRESPONDEN. PONGA UNA SOLA RESPUESTA EN CADA LINEA</p> <p>Sí, servicio de bienestar social ..... 1</p> <p>un centro de adultos mayores ..... 2</p> <p>servicio de cuidado en la casa ..... 3</p> <p>iglesia o templo ..... 4</p> <p>otro ..... 5</p> <p>No ..... 6</p> <p>No sabe.....8</p> <p>No responde .....9</p> <p style="text-align: center;">↓ G.52</p>	<p>¿Qué tipo de ayuda recibe usted?</p> <p>LEA CADA OPCIÓN Y ANOTE HASTA TRES CÓDIGOS</p> <p>Dinero ..... 01</p> <p>Comida ..... 02</p> <p>Ropa ..... 03</p> <p>Ayuda con quehaceres de hogar ..... 04</p> <p>Ayuda con cuidado personal ..... 05</p> <p>Transporte ..... 06</p> <p>Entretenimiento ..... 07</p> <p>Compañía ..... 08</p> <p>Otro ..... 09</p> <p>No sabe ..... 98</p> <p>No responde ..... 99</p> <p style="text-align: center;">→ G.53</p>	<p>En total, ¿con qué frecuencia recibe usted esta ayuda?</p> <p>Veces por</p> <p>Periodo: Semana ..... 1 Mes ..... 2 Año ..... 3</p> <p>Menos de una vez al año.....00, 4</p> <p>No sabe .....98, 8</p> <p>No responde ..99, 9</p> <p style="text-align: center;">→ G.54</p>
	ASISTENCIA	TIPO DE AYUDA DE LAS INSTITUCIONES	VECES	PERIODO
1	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _
2	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _
3	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _
4	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _
5	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _
6	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _
7	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _
8	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _
9	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _
10	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _

PASE A  
G.55

**PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y TRANSFERENCIAS**

N Ú M E R O D E E R E G I S T R O	G.55	G.56	G.57	
	<p><b>Durante el último año, ¿ha prestado algún servicio de forma voluntaria o gratis a alguna organización en su comunidad?</b></p> <p><b>ANOTE TODOS LOS CÓDIGOS QUE CORRESPONDEN. PONGA UNA SOLA RESPUESTA EN CADA LINEA</b></p> <p>Sí,</p> <p>servicios de bienestar social ..... 01</p> <p>centro de adultos mayores ..... 02</p> <p>centro hogar de niños ..... 03</p> <p>colegio/universidad... 04</p> <p>puesto de salud. .... 05</p> <p>iglesia o templo ..... 06</p> <p>hospital ..... 07</p> <p>otro ..... 08</p> <p>No ..... 09</p> <p>No sabe.....98</p> <p>No responde .....99</p> <p style="text-align: center;">↓ G.55</p>	<p><b>Díganos de cada una de las organizaciones o agencias a la que usted da servicios, ¿qué tipo de ayuda da usted?</b></p> <p><b>ANOTE HASTA TRES CÓDIGOS</b></p> <p>Dinero ..... 01</p> <p>Comida ..... 02</p> <p>Ropa ..... 03</p> <p>Ayuda con la administración del programa ..... 04</p> <p>Transporte ..... 05</p> <p>Ayuda con enseñanza ..... 06</p> <p>Ayuda en la oficina ..... 07</p> <p>Otro ..... 08</p> <p>No sabe ..... 98</p> <p>No responde ..... 99</p> <p style="text-align: center;">→ G.56</p>	<p><b>En total, ¿con qué frecuencia da usted esta ayuda?</b></p> <p>Veces</p> <p>por</p> <p>Periodo:</p> <p>Semana ..... 1</p> <p>Mes ..... 2</p> <p>Año ..... 3</p> <p>Menos de una vez al año.....00, 4</p> <p>No sabe .....98, 8</p> <p>No responde ..99, 9</p> <p style="text-align: center;">G.57</p>	
	SERVICIO VOLUNTARIO	TIPO DE AYUDA DEL ENTREVISTADO	VECES	PERIODO
1	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____	_____
7	_____	_____	_____	_____
8	_____	_____	_____	_____
9	_____	_____	_____	_____
10	_____	_____	_____	_____

**PASE A SECCIÓN H**

## SECCIÓN H. HISTORIA LABORAL Y FUENTES DE INGRESO

HORA DE INICIO: \_\_\_\_\_

H.1

**¿Alguna vez en su vida ha tenido algún trabajo por el cual recibió un pago en dinero o en especie?**

Sí .....	1	→	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">PASE A H.4</div>
No .....	2		
No sabe .....	8		
No responde .....	9		

H.2

**¿Alguna vez trabajó o ayudó en un establecimiento o predio familiar sin recibir pago alguno?**

Sí .....	1	→	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">PASE A H.4</div>
No .....	2		
No sabe .....	8		
No responde .....	9		

H.3

**¿Cuál es la razón principal por la que nunca ha trabajado?**

CIRCULE SÓLO UNA RESPUESTA

Problemas de salud .....	1	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">PASE A H.26</div>
No tenía necesidad económica .....	2	
Me dediqué a cuidar a mi familia .....	3	
Me casé muy joven .....	4	
No había oportunidades de trabajo .....	5	
Mis padres no me dejaron .....	6	
Otro _____	7	
<i>Especifique</i>		
No sabe .....	8	
No responde .....	9	

H.4

**¿Qué edad tenía cuando empezó a trabajar por primera vez?**

Años .....	
No sabe .....	98
No responde .....	99

H.5

**¿Durante la semana pasada usted...**

LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA

trabajó? .....	01	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">PASE A H.9</div>
tenía trabajo, pero no trabajó? .....	02	
trabajó ayudando en algún negocio familiar con o sin pago? .....	03	
buscó trabajo? .....	04	
se dedicó a los quehaceres del hogar? .....	05	
era jubilado(a) o pensionado(a)? .....	06	
estaba incapacitado(a) temporalmente para trabajar? .....	07	
está incapacitado(a) permanentemente para trabajar? .....	08	
no trabajó? .....	09	
No sabe .....	98	
No responde .....	99	

**SECCIÓN H. HISTORIA LABORAL Y FUENTES DE INGRESO**

H.6

**Además de esa actividad (condicion en H.5) ¿la semana pasada usted...**

**LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA**

- vendió algún producto?..... 01
  - hizo algunos productos para vender? ..... 02
  - lavó, planchó o cocinó, reparó electrodomésticos, cuidó chicos o cualquier otra tarea a cambio de un pago? ..... 03
  - ayudó a trabajar en actividades agrícolas o en la cría de animales? ..... 04
  - (no leer) no realizó ninguna de estas actividades? .... 05
  - No sabe ..... 98
  - No responde ..... 99
- PASE  
A H.9

H.7

**¿A qué edad dejó usted de trabajar?**

- Años ..... | | | |
- No sabe ..... 998
- No responde ..... 999

H.8

**¿Cuál es la razón principal por la que actualmente no trabaja?**

**CIRCULE SÓLO UNA RESPUESTA**

- No consigue trabajo ..... 1
- Problemas de salud ..... 2
- Me jubilaron por la edad ..... 3
- Me dejaron cesante ..... 4
- Mi familia no quiere que trabaje ..... 5
- Otro ..... 6
- Especifique*
- No sabe ..... 8
- No responde ..... 9

H.9

**Ahora me voy a referir a su trabajo actual o al último que realizó.**

**¿Cuál es el nombre de la ocupación u oficio que usted desempeñó en su empleo (principal) la semana pasada (la última vez que trabajó)?**

- Textual \_\_\_\_\_ | | | |
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- No sabe ..... 98
- No responde ..... 99

H.10

**¿Cuáles fueron las actividades o tareas más importantes que usted desarrolló en su empleo (principal) la semana pasada (la última vez que trabajó)?**

- Textual \_\_\_\_\_ | | | |
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- No sabe ..... 98
- No responde ..... 99

## SECCIÓN H. HISTORIA LABORAL Y FUENTES DE INGRESO

H.11

¿A qué se dedica (dedicaba) el establecimiento donde usted trabaja?

ESTABLECIMIENTO: NEGOCIO,  
DESPACHO, FÁBRICA, EMPRESA,  
INSTITUCIÓN COMPAÑÍA

Textual \_\_\_\_\_ | | | |  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No sabe ..... 98

No responde ..... 99

H.12

¿En su trabajo principal usted es (era)...

LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER  
UNA RESPUESTA AFIRMATIVA

Obrero o empleado no agropecuario? ..... 01

Jornalero rural o peón de campo? ..... 02

Patrón, empleador o propietario de un negocio  
(de 1 a 5 trabajadores)? ..... 03

Patrón, empleador o propietario de un negocio  
(de 6 y más trabajadores)? ..... 04

Trabajador por cuenta propia? ..... 05

Trabajador familiar sin retribución? ..... 06

Trabajador no familiar sin retribución? ..... 07

Trabajador a destajo? ..... 08

Otro \_\_\_\_\_ 09  
*Especifique*

No sabe ..... 98

No responde ..... 99

H.13

¿Cuántas horas le dedica (dedicaba) usted a ese trabajo (principal) o actividad?

Al día ..... 1 | | | |

A la semana ..... 2 | | | |

Al mes ..... 3 | | | | |

No sabe ..... 998

No responde ..... 999

H.14

¿Cuántos días a la semana trabajó (en su trabajo principal) la semana pasada (la última vez que trabajó)?

Días ..... | | | |

No sabe ..... 98

No responde ..... 99

H.14a

¿Cuántas semanas al año trabajó (en su trabajo principal) en los últimos doce meses (o la última vez que trabajó)?

Semanas ..... | | | |

No sabe ..... 98

No responde ..... 99

**SECCIÓN H. HISTORIA LABORAL Y FUENTES DE INGRESO**

H.15  
**¿La ocupación u oficio que usted desempeña (o la última que desempeñó) es la que ha realizado durante la mayor parte de su vida adulta?**

Sí .....	1	→	PASE A H.18
No .....	2		
Trabajó por poco tiempo .....	3	→	PASE A H.21
No sabe .....	8		
No responde .....	9		

H.16  
**¿Cuál es la ocupación en la que trabajó la mayor parte de su vida?**

Textual \_\_\_\_\_ [ ] [ ] [ ] [ ]

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No sabe ..... 98

No responde ..... 99

H.17  
**¿Por qué cambió de ocupación?**

Textual \_\_\_\_\_ [ ] [ ] [ ] [ ]

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No sabe ..... 98

No responde ..... 99

H.18  
**¿Por cuántos años se ha dedicado (se dedicó) a esa ocupación?**

Años ..... [ ] [ ] [ ] [ ]

No sabe ..... 98

No responde ..... 99

H.19  
**¿Alguna vez un doctor o enfermera le ha dicho a usted si tiene un problema de salud provocado por las condiciones de esta ocupación?**

Sí .....	1	PASE A H.21
No .....	2	
No sabe .....	8	
No responde .....	9	

H.20  
**¿Qué tipo de problema es éste?**

Textual \_\_\_\_\_ [ ] [ ] [ ] [ ]

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No sabe ..... 98

No responde ..... 99

## SECCIÓN H. HISTORIA LABORAL Y FUENTES DE INGRESO

H.21 **FILTRO**

Trabajo actual. Ver preguntas H.5 y H.6.

Trabaja actualmente ..... 1  
 No trabaja actualmente ..... 2 →

PASE  
A H.26

H.22

¿Cuál es la razón principal por la que trabaja?

CIRCULE SÓLO UNA RESPUESTA

Tengo necesidad del ingreso ..... 1  
 Para ayudar a mi familia ..... 2  
 Para mantenerme ocupado ..... 3  
 Para sentirme útil ..... 4  
 Porque me gusta mi trabajo ..... 5  
 Otro ..... 6  
 (Especifique)  
 No sabe ..... 8  
 No responde ..... 9

H.23

En su trabajo, ¿usted recibe alguno de los siguientes beneficios?

LEA CADA OPCIÓN Y CIRCULE  
TODAS LAS QUE SEAN AFIRMATIVAS

Bonos ..... 01  
 Participación en los beneficios ..... 02  
 Jubilación o pensión ..... 03  
 Servicios médicos privados ..... 04  
 Vales de despensa (bonos de alimentos) ..... 05  
 Aguinaldo (bono de Navidad) ..... 06  
 Otro ..... 07  
 (Especifique)  
 Ninguno ..... 08  
 No sabe ..... 98  
 No responde ..... 99

H.24

En ese trabajo ¿cómo le pagan?

CIRCULE TODAS LAS OPCIONES QUE  
MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE

Salario fijo (mensual o quincenal) ..... 01  
 Por hora o día ..... 02  
 A destajo ..... 03  
 Por comisión o porcentaje ..... 04  
 Por honorarios ..... 05  
 Por propinas ..... 06  
 En especie ..... 07  
 Por ganancias ..... 08  
 ¿Otro? ..... 09  
 (Especifique)  
 No le pagan ..... 10 →  
 No sabe ..... 98  
 No responde ..... 99

PASE  
A H.26



**SECCIÓN H. HISTORIA LABORAL Y FUENTES DE INGRESO**

H.25

**En total, ¿cuánto gana usted por éste y otros trabajos que realice y cada cuanto recibe esta cantidad?**

**ESCOJA LA ALTERNATIVA QUE MÁS SE AJUSTE**

- Al día ..... 1|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|
- A la semana ..... 2|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|
- A la quincena ..... 3|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|
- Al mes ..... 4|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|
- Al año ..... 5|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|
- No sabe ..... 98
- No responde ..... 99

H.26	H.27a Monto	H.27b Frecuencia
<p><b>¿Recibe usted ingresos por...</b></p> <p><b>LEA CADA OPCIÓN Y CIRCULE TODAS LAS QUE SEAN AFIRMATIVAS</b></p> <p>jubilación o pensión? ..... 1</p> <p>ayuda de familiares desde otro país? ..... 2</p> <p>ayuda de familiares dentro del país? ..... 3</p> <p>alquiler (renta) o ingresos bancarios? ..... 4</p> <p>subsidio de bienestar social? ..... 5</p> <p>otro? _____ 6 <i>(Especifique)</i></p> <p>Ninguno ..... 7</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>	<p><b>¿Cuánto recibe usted por (BENEFICIO en H.26)?</b></p> <p><b>PARA CADA RESPUESTA AFIRMATIVA EN H.26, PREGUNTE H.27a Y H.27b</b></p> <p> _ _ _ _ _ _ _ </p> <p> _ _ _ _ _ _ _ </p> <p> _ _ _ _ _ _ _ </p> <p> _ _ _ _ _ _ _ </p> <p> _ _ _ _ _ _ _ </p> <p> _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p><b>¿Con qué frecuencia recibe usted (BENEFICIO en H.26)?</b></p> <p>a la semana..... 1</p> <p>al mes..... 2</p> <p>a la quincena..... 3</p> <p>al año..... 4</p> <p><b>Periodo      Veces</b></p> <p> _ _      _ _ </p> <p> _ _      _ _ </p> <p> _ _      _ _ </p> <p> _ _      _ _ </p> <p> _ _      _ _ </p> <p> _ _      _ _ </p>
	<p><b>PASE A H.29a</b></p>	

H.27c **FILTRO**

**Recibe ingresos. Ver preguntas H.23, H.24 y H.26.**

- Sí ..... 1
- No ..... 2 →

**PASE A H.29a**

H.28

**¿Cuántas personas dependen de sus ingresos?**

**INCLUYA AL ENTREVISTADO EN LA CANTIDAD DE PERSONAS QUE DEPENDEN DE ESTOS INGRESOS**

- Sólo el entrevistado ..... 01
- Número de personas ..... |\_|\_|
- No sabe ..... 98
- No responde ..... 99

Le voy a mencionar diferentes gastos de la vida diaria y quisiera que me dijera si usted los paga o alguien más lo hace.	Lo paga usted		Alguien más	No los hace	No Resp.
	Sí, todo	Sí, en parte			
H.29a <b>Casa</b>	1	2	3	4	9
H.29b <b>Comida</b>	1	2	3	4	9
H.29c <b>Ropa</b>	1	2	3	4	9
H.29d <b>Gastos médicos</b>	1	2	3	4	9
H.29e <b>Paseos o transporte</b>	1	2	3	4	9
H.29f <b>Otros</b> _____ <i>Especifique</i>	1	2	3	4	9

H.30

**¿Considera que usted (y su pareja) tiene(n) suficiente dinero para cubrir sus necesidades del vivir diario?**

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

## SECCIÓN J. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

HORA DE INICIO: \_\_\_\_\_

J.1  
**Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de esta vivienda.**  
**¿Este vivienda es:**

LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER  
UNA RESPUESTA AFIRMATIVA

casa sola? .....	1
departamento (apartamento)? .....	2
cuarto de azotea? .....	3
refugio? .....	4
otro? _____	5
<i>Especifique</i>	

J.2  
**¿La vivienda es:**

LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER  
UNA RESPUESTA AFIRMATIVA

propia y totalmente pagada, en terreno propio? .....	1
la está pagando actualmente? .....	2
propia en terreno que no es propio? .....	3
rentada o alquilada? .....	4
prestada? .....	5
otro? _____	6
<i>Especifique</i>	
No sabe .....	8
No responde .....	9

J.3  
**¿Hay luz eléctrica en esta vivienda?**

Sí .....	1
No .....	2

J.4  
**¿Los ocupantes de esta vivienda disponen de agua entubada:**

LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER  
UNA RESPUESTA AFIRMATIVA

dentro de la vivienda? .....	1
fuera de la vivienda, pero dentro del terreno? .....	2
de llave pública? .....	3
no disponen de agua entubada? .....	4

J.5a  
**¿Disponen de drenaje en esta vivienda?**

Sí .....	1
No .....	2 →

PASE  
A J.6

J.5b  
**¿Está conectado al drenaje de la calle o a fosa séptica o a un pozo?**

Conectado al drenaje de la calle .....	1
Conectado a la fosa séptica o pozo .....	2
Desagua al suelo, río o lago .....	3
No sabe .....	8
No responde .....	9

## SECCIÓN J. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

<p>J.6</p> <p><b>¿De qué material es la mayor parte del piso de esta vivienda?</b></p>	<p>Tierra ..... 1</p> <p>Cemento o ladrillo ..... 2</p> <p>Madera, mosaico, alfombra u otros recubrimientos ..... 3</p>
<p>J.7</p> <p><b>¿Cuántos cuartos en total tiene esta vivienda, sin contar el baño, la cocina y los pasillos?</b></p>	<p>Número de cuartos ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>J.8</p> <p><b>¿Tiene esta vivienda un cuarto para cocinar?</b></p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p>
<p>J.9</p> <p><b>¿Qué tipo de combustible se usa para cocinar?</b></p> <p style="text-align: center;"><b>LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</b></p>	<p>Gas natural por tubería ..... 1</p> <p>Gas de garrafa ..... 2</p> <p>Electricidad ..... 3</p> <p>Kerosene o parafina ..... 4</p> <p>Carbón o leña ..... 5</p> <p>Otro ..... 6</p>
<p>J.10</p> <p><b>¿Tiene baño (excusado) esta vivienda?</b></p>	<p>Sí, tiene dentro de la vivienda ..... 1</p> <p>Sí, tiene fuera de la vivienda pero en el mismo terreno ..... 2</p> <p>No ..... 3 → <b>PASE A J.12</b></p>
<p>J.11</p> <p><b>¿Tiene el excusado (baño) conexión de agua?</b></p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p>
<p>J.12</p> <p><b>¿Alguien de este hogar posee...</b></p> <p style="text-align: center;"><b>LEA CADA OPCIÓN Y CIRCULE TODAS LAS QUE SEAN AFIRMATIVAS</b></p>	<p>bicicleta? ..... 1</p> <p>motocicleta o motoneta? ..... 2</p> <p>automóvil? ..... 3</p> <p>Otro vehículo? ..... 4</p> <p>Ningún vehículo ..... 5</p> <p>No responde ..... 9</p>

## SECCIÓN J. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

J.13

¿Tiene este hogar...

LEA CADA OPCIÓN Y CIRCULE  
TODAS LAS QUE SEAN AFIRMATIVAS

refrigerador? .....	01
lavarropas (lavadora automática de ropa)? .....	02
calentador de agua (calefont)? .....	03
horno de microondas? .....	04
televisión? .....	05
teléfono? .....	06
videocassetera? .....	07
radio, tocadiscos, modular o equipo de discos compactos? .....	08
calefacción? .....	09
aire acondicionado? .....	10
ventilador? .....	11
Ninguna .....	97

## SECCIÓN K ANTROPOMETRÍA

HORA DE COMIENZO: \_\_\_\_\_

<b>K.1 (PREGUNTA OPCIONAL)</b>  Toma de presión
---

Presión .....         /
-------------------------

PARA LA EXTREMIDAD CORRESPONDIENTE ANOTE LO APROPIADO	Sí	No
<b>PARA EL BRAZO IZQUIERDO</b>		
K.1a ¿Tiene todos los dedos?	1 <small>PASE A K.2a</small>	2
K.1b ¿Tiene la mano?	1 <small>PASE A K.1e</small>	2
K.1c ¿Tiene el antebrazo?	1 <small>PASE A K.1e</small>	2
K.1d ¿Tiene el brazo?	1 <small>PASE A K.1e</small>	2
K.1e ¿Tiene algún tipo de prótesis?	1	2
<b>PARA EL BRAZO DERECHO</b>		
K.2a ¿Tiene todos los dedos?	1 <small>PASE A K.3a</small>	2
K.2b ¿Tiene la mano?	1 <small>PASE A K.2e</small>	2
K.2c ¿Tiene el antebrazo?	1 <small>PASE A K.2e</small>	2
K.2d ¿Tiene el brazo?	1 <small>PASE A K.2e</small>	2
K.2e ¿Tiene algún tipo de prótesis?	1	2
<b>PARA LA PIERNA IZQUIERDA</b>		
K.3a ¿Tiene todos los dedos?	1 <small>PASE A K.4a</small>	2
K.3b ¿Tiene el pie?	1 <small>PASE A K.3e</small>	2
K.3c ¿Tiene pierna?	1 <small>PASE A K.3e</small>	2
K.3d ¿Tiene muslo?	1 <small>PASE A K.3e</small>	2
K.3e ¿Tiene algún tipo de prótesis?	1	2
<b>PARA LA PIERNA DERECHA</b>		
K.4a ¿Tiene todos los dedos?	1 <small>PASE A K.5</small>	2
K.4b ¿Tiene el pie?	1 <small>PASE A K.4e</small>	2
K.4c ¿Tiene pierna?	1 <small>PASE A K.4e</small>	2
K.4d ¿Tiene muslo?	1 <small>PASE A K.4e</small>	2
K.4e ¿Tiene algún tipo de prótesis?	1	2

# SECCIÓN K. ANTROPOMETRÍA

Toma tres medidas para todas las preguntas que siguen

<p>K.5</p> <p>Para medir su estatura, necesito que se quite los zapatos. Ponga los pies y talones juntos. Párese tocando la pared con la espalda y la cabeza. Mire hacia delante.</p>	<p>Altura .....  __ __ __  cm</p> <p>No puede pararse ..... 999</p>
<p>K.6</p> <p>Medida de la altura de la rodilla</p>	<p>Altura .....  __ __ __  cm</p>
<p>K.7</p> <p>Circunferencia del brazo</p>	<p>Circunferencia del brazo .....  __ __  cm</p>
<p>K.8</p> <p>Cintura</p>	<p>Cintura .....  __ __ __  cm</p> <p>No puede pararse ..... 999</p>
<p>K.9</p> <p>Cadera</p>	<p>Cadera .....  __ __ __  cm</p> <p>No puede pararse ..... 999</p>
<p>K.10</p> <p>Pliegue tricipital</p>	<p>Pliegue tricipital .....  __ __  cm</p>
<p>K.11</p> <p>Peso</p>	<p>Peso .....  __ __ __  .  __  kg</p> <p>No puede pararse ..... 999</p>
<p>K.12</p> <p>Circunferencia de pantorrilla</p>	<p>Circunferencia de pantorrilla .....  __ __  cm</p>
<p>K.13</p> <p>Ancho de muñeca</p>	<p>Ancho de muñeca .....  __ __  cm</p>

## SECCIÓN K. ANTROPOMETRÍA

K.14

¿Ha tenido usted alguna operación en los brazos o en las manos en los últimos tres meses?

Sí ..... 1 →

No ..... 2

No sabe ..... 8

No responde ..... 9

PASE  
A LA  
SECCION L

K.15

Voy a usar un instrumento que se llama Dinamómetro para probar la fuerza de la mano. Esta prueba sólo la puedo hacer si usted NO ha tenido ninguna cirugía en el brazo o en la mano, en los últimos tres meses.

Usando el brazo que usted cree es el más fuerte, ponga el codo sobre la mesa y la palma de la mano hacia arriba. Tome las dos piezas de metal juntas así (haga la demostración). Dígame si tengo que ajustar el aparato a su tamaño.

Cuando yo le avise, apriete tan fuerte como le sea posible. Las dos piezas de metal no se moverán, pero yo podré leer con cuánta fuerza puede usted apretar. Voy a hacer la prueba dos veces. Me detengo si usted siente cualquier dolor o molestia.

Apunte la mano usada:

1. Derecha

2. Izquierda



Primera vez:

Trató, pero no pudo ..... 95

No se intentó por seguridad ..... 96

Entrevistado incapacitado ..... 97

Rehusó hacerlo ..... 98

Completó la prueba:

|\_|\_|\_|\_| kg

Segunda vez:

Trató, pero no pudo ..... 95

No se intentó por seguridad ..... 96

Entrevistado incapacitado ..... 97

Rehusó hacerlo ..... 98

Completó la prueba:

|\_|\_|\_|\_| kg



## SECCIÓN L. FLEXIBILIDAD Y MOVILIDAD

HORA DE INICIO: \_\_\_\_\_

PARA CONTINUAR NECESITO HACER ALGUNAS PRUEBAS, CON EL FIN DE MEDIR SU MOVILIDAD Y FLEXIBILIDAD. PRIMERO LE VOY A MOSTRAR CÓMO HACER CADA MOVIMIENTO Y LUEGO ME GUSTARÍA QUE USTED TRATARA DE HACERLO. SI CREE QUE NO PUEDE O CREE QUE ES PELIGROSO PARA USTED, LE RUEGO QUE ME LO DIGA Y PASAREMOS A OTRA PRUEBA.

L.1 FILTRO

Incapacitado para realizar cualquier prueba de flexibilidad y movilidad.

Sí ..... 1 →  
No ..... 2

Termina la entrevista

L.1a

Quiero que trate de pararse con los pies juntos manteniendo los ojos abiertos. Le ruego mantener esa posición hasta que yo le avise (diez segundos). Puede usar los brazos, doblar las rodillas o mover el cuerpo para mantener su equilibrio o balance, pero trate de no mover los pies.

Trató, pero no pudo ..... 95  
No se intentó por seguridad ..... 96  
Rehusó hacerla ..... 98

PASE A  
L.4

Realizó la prueba durante:

segundos |\_\_| |\_\_|

L.2

Ahora quiero que trate de pararse con el talón de un pie enfrente del otro pie por unos diez segundos. Usted puede usar cualquier pie, con el que se sienta más a gusto. Usted puede usar los brazos, doblar las rodillas, o mover su cuerpo para mantener su equilibrio o balance, pero procure no mover los pies. Le ruego mantener esa posición hasta que yo le avise (diez segundos).

Trató, pero no pudo ..... 95  
No se intentó por seguridad ..... 96  
Rehusó hacerla ..... 98

PASE A  
L.4

Realizó la prueba durante:

segundos |\_\_| |\_\_|

L.3

Estando de pie, me gustaría que usted intentara pararse en un solo pie sin apoyarse o agarrarse de ninguna cosa. Puede intentarlo con cualquiera de sus piernas, después probaremos con la otra...

Voy a contar el tiempo, así le avisaré cuándo empezar y cuándo terminar (diez segundos). Podemos parar en cualquier momento que usted sienta que pierde el equilibrio.

**Pie derecho**

Trató, pero no pudo ..... 95  
No se intentó por seguridad ..... 96  
Rehusó hacerla ..... 98

Realizó la prueba durante:

Segundos |\_\_| |\_\_|

**Pie izquierdo**

Trató, pero no pudo ..... 95  
No se intentó por seguridad ..... 96  
Rehusó hacerla ..... 98

Realizó la prueba durante:

Segundos |\_\_| |\_\_|

**SECCIÓN L FLEXIBILIDAD Y MOVILIDAD**

L.4  
**¿Se siente usted capacitado(a) para levantarse rápidamente de la silla cinco veces?**

Sí ..... 1  
 No ..... 2 → **PASE A L.8**

L.5  
**Ahora quiero que intente pararse y sentarse en una silla cinco veces.**

Trató, pero no pudo ..... 95  
 No se intentó por seguridad ..... 96 } **PASE A L.8**  
 Rehusó hacerla ..... 98  
 Completó la prueba en:  
 segundos |\_\_\_\_|\_\_\_\_|

L.6  
**¿Se siente usted seguro de sí mismo para tratar de levantarse de la silla con los brazos en el pecho cinco veces?**

Sí ..... 1  
 No ..... 2 → **PASE A L.8**

L.7  
**Ahora, manteniendo los brazos cruzados sobre el pecho, por favor párese tan rápidamente como pueda, cinco veces sin hacer pausas. Después de cada vez que se levante, siéntese y párese de nuevo.**

Trató, pero no pudo ..... 95  
 No se intentó por seguridad ..... 96  
 Rehusó hacerla ..... 98  
 Completó la prueba en:  
 segundos |\_\_\_\_|\_\_\_\_|  
 Apunte altura de la silla al piso  
 cm |\_\_\_\_|\_\_\_\_|

L.8  
**¿Ha tenido usted una operación de cataratas o una intervención en la retina en las últimas seis semanas?**

Sí ..... 1 → **TERMINE LA ENTREVISTA**  
 No ..... 2  
 No sabe ..... 8  
 No responde ..... 9

L.9  
**En la próxima actividad hay que agacharse y recoger un lápiz. Este es un movimiento que haríamos solo si usted NO ha tenido una operación de cataratas en las últimas seis semanas.**  
**Estando de pie, por favor agáchese, recoja este lápiz y enderécese.**

PONGA EL LÁPIZ EN EL PISO, AL FRENTE DEL ENTREVISTADO, Y AVÍSELE CUANDO COMENZAR. SI EL ENTREVISTADO NO PUEDE HACERLO EN MENOS DE 30 SEGUNDOS, NO DEJE QUE SIGA

Trató, pero no pudo ..... 95  
 No se intentó por seguridad ..... 96  
 Rehusó hacerla ..... 98  
 Completó la prueba en:  
 segundos |\_\_\_\_|\_\_\_\_|

**HORA DE TERMINACIÓN:** \_\_\_\_\_

## PREGUNTAS Y COMENTARIOS FINALES

1. **¿Observó que existiera violencia, abandono o maltrato, hacia la(s) persona(s) entrevistada(s) por parte de algún(os) integrante(s) del hogar?**

Sí ..... 1  
No ..... 2 → **PASE A 3**

2. **Describa la situación:**

Textual \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. **¿Tuvo dificultades para completar el cuestionario individual?**

Sí ..... 1  
No ..... 2 → **PASE A 5**

4. **¿De qué tipo?**

Textual \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. **¿Hubo alguna situación especial que dificultara su labor durante la entrevista?**

Sí ..... 1  
No ..... 2 → **PASE A 7**

6. **Describa la situación.**

Textual \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## PREGUNTAS Y COMENTARIOS FINALES

7. ¿Hubo más personas durante el desarrollo de la entrevista (además de los "informantes" o "reemplazantes"?

Sí ..... 1  
No ..... 2 → 

PASE A 9
-------------

8. ¿Qué relación tenían con la persona entrevistada y qué tipo de participación tuvieron durante la entrevista?

Textual \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. ¿Hubo rechazo y oposición de la persona entrevistada durante el desarrollo de la entrevista?

Sí ..... 1  
No ..... 2 → 

PASE A 11
--------------

10. ¿En qué parte (sección) de la entrevista?

Textual \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. ¿En qué horario y qué día de la semana considera usted que es más fácil encontrar a la persona entrevistada, en caso de que se requiera mayor información a futuro?

Textual \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_