



## SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

## SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

<p>C.4b</p> <p>Con el fin de bajar la presión, ¿durante el último año (12 meses), ha bajado de peso o ha seguido alguna dieta especial?</p>	<p>Si ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.4c</p> <p>¿Está su presión sanguínea generalmente controlada?</p>	<p>Si ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.4d</p> <p>En comparación con hace un año (12 meses), ¿su problema de presión alta está mejor, igual o peor?</p>	<p>Mejor ..... 1</p> <p>Igual ..... 2</p> <p>Peor ..... 3</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.5</p> <p>¿Alguna vez un doctor o enfermera le ha dicho si tiene diabetes, es decir, niveles altos de azúcar en la sangre?</p>	<p>Si .....1→ <span style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 2px;">Hace que tiempo       años</span></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">Menos de 1 año = 00</div> <p>No .....2</p> <p>No sabe .....8</p> <p>No responde .....9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px;">PASE a C.6</div>
<p>C.5a</p> <p>¿Está tomando algún medicamento en forma oral para controlar su diabetes?</p>	<p>Si ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.5b</p> <p>¿Para controlar su diabetes, se pone o le ponen inyecciones de insulina?</p>	<p>Si ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>

## SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

<b>C.5c</b> <b>Con el fin de controlar la diabetes, ¿durante el último año (12 meses), ha bajado de peso o ha seguido una dieta especial?</b>	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8 No responde ..... 9
<b>C.5d</b> <b>¿Está su diabetes generalmente controlada?</b>	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8 No responde ..... 9
<b>C.5e</b> <b>En comparación con hace un año (12 meses), ¿su diabetes está mejor, igual o peor?</b>	Mejor ..... 1 Igual ..... 2 Peor ..... 3 No sabe ..... 8 No responde ..... 9
<b>C.6</b> <b>¿Alguna vez un doctor le ha dicho si tiene cáncer o un tumor maligno, excluyendo tumores pequeños de la piel?</b>	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8 No responde ..... 9
<b>C.6a</b> <b>¿A qué edad o año le diagnosticaron por primera vez que tenía un cáncer?</b>	Edad ..... <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">0</span> Año ..... <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">9</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">8</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">9</span> No sabe ..... 9998 No responde ..... 9999
<b>C.6b</b> <b>¿Ha tenido algún otro tipo de cáncer además del primero que me mencionó?</b>	Si, ¿cuántos? ..... <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">0</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</span> No ..... 97 No sabe ..... 98 No responde ..... 99
<b>C.6c</b> <b>¿En qué órgano u órganos o parte(s) del cuerpo le comenzó el cáncer? (Empiece con el más reciente)</b>  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> APUNTE TODOS LOS ÓRGANOS O PARTES DEL CUERPO EN QUE COMENZÓ CADA UNO </div>	Órgano(s) o parte(s) del cuerpo: <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">USO INEC</span> <div style="margin-top: 5px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> </div> <div style="float: right; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> </div> No sabe ..... 98 No responde ..... 99

## SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

C.6d

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

Edad ..... 0 5 0

Año..... 1 9 8 9

No sabe ..... 9998

No responde ..... 9999

C.6e

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

Si ..... 1

No ..... 2 → PASE a C.6g

No sabe ..... 8 } PASE a C.6h

No responde ..... 9

C.6f

Durante el último año (12 meses), ¿qué tipo de tratamiento ha recibido?

ENCIERRE CON UN CÍRCULO  
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) ..... 5PASE a  
C.6h

Otro ..... 7

Especifique

No sabe ..... 8

No responde ..... 9

C.6g

¿Cuál fue la razón principal por la que **NO** recibió tratamiento?ENCIERRE CON UN CÍRCULO  
SOLO UNA RESPUESTATuvo cáncer hace más de  
un año (12 meses) ..... 01

El médico no lo indicó ..... 02

No podía pagar ..... 03

No tenía seguro ..... 04

No tenía quién lo lleve ..... 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?

Si ..... 1

No ..... 2

No sabe ..... 8

No responde ..... 9

## SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

## SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

<b>C.7</b> <b>¿Alguna vez un doctor o enfermera le dijo si tiene alguna enfermedad pulmonar crónica tal como asma, bronquitis o enfisema?</b>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Si .....1  No .....2  No sabe .....8  No responde .....9 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> PASE a C.7.2a </div> </div>
<b>C.7a</b> <b>¿Está usted tomando algún tipo de medicamento o tiene tratamiento para esta enfermedad pulmonar?</b>	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8 No responde .....9
<b>C.7b</b> <b>En comparación con hace un año (12 meses), ¿esta enfermedad pulmonar está mejor, igual o peor?</b>	Mejor ..... 1 Igual ..... 2 Peor ..... 3 No sabe .....8 No responde .....9
<b>C.7c</b> <b>¿Está usted recibiendo oxígeno?</b>	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8 No responde .....9
<b>C.7d</b> <b>¿Está usted recibiendo alguna terapia física o respiratoria?</b>	Si .....1 No .....2 No sabe .....8 No responde .....9
<b>C.7e</b> <b>¿Esta enfermedad pulmonar le limita sus actividades diarias tales como trabajar o hacer las cosas de la casa, mucho, poco o nada?</b>	Mucho .....1 Poco .....2 Nada (no interfiere) .....3 No sabe .....8 No responde .....9
<b>C.7f</b> <b>¿A qué edad y en qué año le diagnosticaron por primera vez que tenía una enfermedad pulmonar?</b>	Edad ..... <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">0</span> Año ..... <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">9</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">8</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">9</span> No sabe .....9998 No responde .....9999

## SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

C.7.2a

¿Alguna vez un doctor o enfermera le dijo si tiene tuberculosis?

Si .....1

No .....2

No sabe .....8

No responde .....9

PASE a C.8
---------------

C.7.2b

¿Esta enfermedad le limita sus actividades diarias tales como trabajar o hacer las cosas de la casa, mucho, poco o nada?

Mucho ..... 1

Poco ..... 2

Nada (no interfiere) ..... 3

No sabe ..... 8

No responde ..... 9

C.7.2c

¿A qué edad o en qué año le diagnosticaron por primera vez que tenía tuberculosis?

Edad ..... | 5 | 0 |

Año..... | 1 | 9 | 8 | 9 |

No sabe ..... 9998

No responde ..... 9999

## SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

## SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

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?

Si .....1

No .....2

No sabe .....8

No responde .....9

PASE a  
C.9

C.8a

¿A qué edad o año le diagnosticaron por primera vez el problema del corazón?

Edad ..... 0 5 0

Año ..... 1 9 8 9

No sabe ..... 9998

No responde ..... 9999

C.8b

En el último año (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?

Si ..... 1

No ..... 2

No sabe ..... 8

No responde ..... 9

C.8d

Durante el último año (12 meses) ¿ha visto usted a un doctor o enfermera por su problema del corazón?

Si ..... 1

No ..... 2

No sabe ..... 8

No responde ..... 9

C.8e

Durante el último año (12 meses) ¿ha estado hospitalizado un día o más por su problema del corazón?

Si ..... 1

No ..... 2

No sabe ..... 8

No responde ..... 9

# SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

C.8f

¿Su problema del corazón le limita sus actividades diarias tales 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 un embolia, derrame, ataque, isquemia o trombosis cerebral?

Si .....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 (problema cerebral)?

Año..... 1 9 8 9  
 Edad ..... 5 0  
 No sabe ..... 9998  
 No responde ..... 9999

C.9b

En el último año (12 meses), ¿ha visto usted a un doctor a consecuencia de este problema?

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

C.9c

¿Tiene usted alguna secuela derivada de estos problemas?

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

DESPUÉS DEL PROBLEMA CEREBRAL (EMBOLIA, DERRAME, ATAQUE, ISQUEMIA O TROMBOSIS CEREBRAL) HA TENIDO USTED...

C.9d

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

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



## SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

**DESPUÉS DEL PROBLEMA CEREBRAL (EMBOLIA, DERRAME, ATAQUE, ISQUEMIA O TROMBOSIS CEREBRAL) HA TENIDO USTED...**

C.9e <b>¿Alguna dificultad al hablar o tragar (después del problema cerebral)?</b>	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8 No responde .....9
C.9f <b>¿Alguna dificultad con su vista (después del problema cerebral)?</b>	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8 No responde .....9
C.9f1 <b>¿Alguna dificultad para oír (después del problema cerebral)?</b>	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8 No responde .....9
C.9g <b>¿Alguna dificultad para pensar o encontrar las palabras correctas (después del problema cerebral)?</b>	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8 No responde .....9
C.9h <b>¿Está tomando alguna medicina debido al problema cerebral o por sus complicaciones?</b>	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8 No responde ..... 9
C.9i <b>¿Recibe o recibió algún tipo de terapia física u ocupacional como consecuencia del problema cerebral o sus complicaciones?</b>	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8 No responde ..... 9
C.9j <b>¿Esta condición interfiere mucho, poco o nada con sus actividades diarias?</b>	Mucho ..... 1 Poco ..... 2 Nada ..... 3 No sabe ..... 8 No responde ..... 9

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

SR. ENCUESTADOR, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

<p>C.10</p> <p>¿Alguna vez un doctor o enfermera le dijo si tiene artritis, reumatismo o artrosis?</p>	<p>Si .....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;">PASE a C.11</div>
<p>C.10a</p> <p>¿Tiene dolor, rigidez o hinchazón en las articulaciones?</p>	<p>Si .....1</p> <p>No .....2</p> <p>No sabe .....8</p> <p>No responde .....9</p>
<p>C.10b</p> <p>En comparación con el último año (12 meses), ¿su artritis, reumatismo o artrosis esta mejor, igual o peor?</p>	<p>Mejor ..... 1</p> <p>Igual .....2</p> <p>Peor .....3</p> <p>No sabe .....8</p> <p>No responde .....9</p>
<p>C.10c</p> <p>En el último año (12 meses) ¿Ha visto a un doctor específicamente por su artritis, reumatismo o artrosis?</p>	<p>Si .....1</p> <p>No .....2</p> <p>No sabe .....8</p> <p>No responde .....9</p>
<p>C.10d</p> <p>¿Está tomando algún medicamento o tiene tratamiento para su artritis, reumatismo o artrosis?</p>	<p>Si .....1</p> <p>No .....2</p> <p>No sabe .....8</p> <p>No responde .....9</p>
<p>C.10e</p> <p>¿Su artritis, reumatismo o artrosis le limita mucho, poco o nada sus actividades diarias como trabajar o hacer las cosas de la casa?</p>	<p>Mucho .....1</p> <p>Poco .....2</p> <p>Nada .....3</p> <p>No sabe .....8</p> <p>No responde .....9</p>
<p>C.10f</p> <p>En relación a su artritis, reumatismo o artrosis, ha tenido usted alguna cirugía?</p>	<p>Si .....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;">PASE a C.11</div>

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

<p>C.10g</p> <p><b>¿Cuál articulación le operaron?</b></p>	<p>Cadera ..... 1</p> <p>Rodilla ..... 2</p> <p>Otro ..... 3</p> <p style="text-align: center;"><i>Especifique</i></p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.11</p> <p><b>¿Se ha caído en el último año (12 meses)?</b></p>	<p>Si ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; float: right;">PASE a C.11c</div>
<p>C.11a</p> <p><b>¿Cuántas veces se ha caído durante el último año (12 meses)?</b></p>	<p>Veces ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe ..... 98</p> <p>No responde ..... 99</p>
<p>C.11b</p> <p><b>¿Se lastimó en alguna de esas caídas de tal manera que necesitó tratamiento médico?</b></p>	<p>Si ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.11b1</p> <p><b>¿Al caerse presentó fractura que necesitó cirugía?</b></p>	<p>Si ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; float: right;">PASE a C.11c</div>
<p>C.11b2</p> <p><b>¿Pudo realizarse la cirugía que necesitaba?</b></p>	<p>Si ..... 1</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p> <p>No ..... 2</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; float: right;">PASE a C.11c</div>
<p>C.11b3</p> <p><b>¿Cuál fue la razón principal por la que no se realizó la cirugía?</b></p>	<p>No tenía dinero ..... 1</p> <p>No recomendó el médico ..... 2</p> <p>El establecimiento de salud está lejos ..... 3</p> <p>Otro ..... 4</p> <p style="text-align: center;"><i>Especifique</i></p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>

## SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

## SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

<p>C.11c</p> <p><b>En el último año (12 meses) ¿se fracturó la cadera?</b></p>	<p>Si .....1</p> <p>No .....2</p> <p>No sabe .....8</p> <p>No responde .....9</p>
<p>C.11d</p> <p><b>En el último año (12 meses) ¿se fracturó la muñeca?</b></p>	<p>Si .....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 (descalcificación de huesos)?</b></p>	<p>Si .....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;">PASE a C.12</div>
<p>C.11f</p> <p><b>¿En qué año o a qué edad le diagnosticaron osteoporosis (descalcificación de huesos)?</b></p>	<p>Año..... <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">9</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">8</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">9</span></p> <p>Edad ..... <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px; color: red;">5</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px; color: red;">0</span></p> <p>No sabe ..... 9998</p> <p>No responde ..... 9999</p>

## SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

SR. ENCUESTADOR, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

<b>C.12</b> Usualmente no nos gusta hablar de esto, pero necesito saber para el estudio si durante el último año (12 meses), ¿la orina se le ha salido alguna vez involuntariamente?	Si .....1 No .....2 No sabe .....8 No responde .....9 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px;">PASE a C.12b</div>
<b>C.12a</b> ¿Cuántos días le sucedió esto en el último mes?	Menos de 5 días .....1 Entre 5 – 14 días .....2 Más de 15 días .....3 No sabe .....8 No responde .....9
<b>C.12b</b> Durante el último año (12 meses), ¿ha perdido involuntariamente heces fecales ?	Si .....1 No .....2 No sabe .....8 No responde .....9

**AHORA NECESITAMOS QUE NOS DIGA SI DURANTE EL ÚLTIMO AÑO (12 MESES) USTED HA TENIDO ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS:**

En el último año (12 meses), ¿ha tenido usted...	Si	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, flema o silbido en el pecho?	1	2	⑧	9
C.13i Problemas en las articulaciones (cadera, rodilla, codo, muñeca, etc.)?	1	②	8	9
C.13j Náusea persistente y vómito?	1	2	8	⑨
C.13k Sudoración excesiva o sed persistente?	1	2	8	9

⑦

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

SR. ENCUESTADOR

Por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

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.14e1

C.14a

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

Si .....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

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

<p>C.14d</p> <p><b>¿Usa usted anteojos o lentes de contacto para ver de cerca?</b></p>	<p>Si .....1</p> <p>No .....2 → <b>PASE a C.14e1</b></p> <p>No sabe .....8</p> <p>No responde .....9</p>
<p>C.14e</p> <p><b>Usando anteojos o lentes como acostumbra, ¿diría usted que su vista para ver de cerca es excelente, muy buena, buena, regular o mala?</b></p>	<p>Excelente .....1</p> <p>Muy Buena .....2</p> <p>Buena .....3</p> <p>Regular .....4</p> <p>Mala .....5</p> <p>No sabe .....8</p> <p>No responde .....9</p>
<p>C.14e1</p> <p><b>¿Alguna vez un doctor o enfermera le dijo si tiene cataratas?</b></p>	<p>Si .....1</p> <p>No .....2 } <b>PASE a C.14h</b></p> <p>No sabe .....8</p> <p>No responde .....9</p>
<p>C.14e2</p> <p><b>¿A qué edad o año le diagnosticaron cataratas?</b></p>	<p>Edad ..... <b>5</b>   <b>0</b></p> <p>Año..... <b>1</b>   <b>9</b>   <b>8</b>   <b>9</b></p> <p>No sabe .....9998</p> <p>No responde .....9999</p>
<p>C.14f</p> <p><b>¿Alguna vez lo han operado de cataratas?</b></p>	<p>Si .....1</p> <p>No .....2 } <b>PASE a C.14h</b></p> <p>No sabe .....8</p> <p>No responde .....9</p>
<p>C.14g</p> <p><b>¿Le pusieron lentes intraoculares?</b></p>	<p>Si .....1</p> <p>No .....2</p> <p>No sabe .....8</p> <p>No responde .....9</p>
<p>C.14h</p> <p><b>¿Alguna vez un doctor lo ha tratado por glaucoma (aumento de la presión intraocular)?</b></p>	<p>Si .....1</p> <p>No .....2</p> <p>No sabe .....8</p> <p>No responde .....9</p>

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

SR. ENCUESTADOR, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

C.15

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

- Si .....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?

- Si, unos pocos (hasta cuatro) .....1  
Si, bastantes (más de cuatro y menos de la mitad).....2  
Si, la mayoría (la mitad o más) .....3  
Si, faltan todos .....4  
No .....5  
No sabe .....8  
No responde .....9

PASE a  
C.17

C.16a

¿Tiene puentes, dientes o dentadura postiza?

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

C.17

En el último año (12 meses), ¿con qué frecuencia ha tenido que comer menos o cambiar de comida por problemas con sus dientes, muelas, puentes o dentadura postiza?

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



**SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD**
**SABE 2009 (ECUADOR)**
**SR. ENCUESTADOR**
**En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.**
**AHORA QUISIERA QUE ME CONTESTARA SI LO QUE LE PREGUNTO LE HA SUCEDIDO SIEMPRE, FRECUENTEMENTE, ALGUNAS VECES, RARA VEZ O NUNCA, EN EL ÚLTIMO AÑO (12 MESES)**

En el último año (12 meses) ...	Siempre	Frecuen- temente	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 ¿Con qué frecuencia sus dientes o su dentadura, le han permitido tragar bien?	1	2	3	4	5	8	9
C.17c ¿Cuántas veces ha tenido problemas para hablar bien por culpa de sus dientes o su dentadura?	1	2	3	4	5	8	9
C.17d ¿Cuántas veces ha tenido problemas para comer las cosas que quería por tener alguna molestia en sus dientes o dentadura?	1	2	3	4	5	8	9
C.17e ¿Cuántas veces ha tenido problemas para salir a la calle o hablar con otras personas por culpa de sus dientes o 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 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 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 su dientes o de su dentadura?	1	2	3	4	5	8	9
C.17j ¿Cuántas veces ha tenido problemas para comer 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

**C.17l En el último año (12 meses) ¿se ha hecho atender por un odontólogo?**

Si ..... 1 →

No ..... 2

No sabe ..... 8

No responde ..... 9

**PASE a  
C.18**
**C.17m ¿Por qué no se ha hecho atender por un odontólogo?**

No quiso ir ..... 1

Odontólogo está lejos ..... 2

No podía pagar ..... 3

No tenía seguro ..... 4

No ha tenido quien le lleve ..... 5

Otro ..... 6

*Especifique*

No sabe ..... 8

No responde ..... 9

## SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

## SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

## C.18 FILTRO

Sexo del entrevistado:

Mujer .....1

Hombre .....2 →

PASE a C.19

## SOLO MUJERES

## C.18a

¿En los últimos dos años se ha examinado usted misma los senos en forma regular para ver si tiene “nódulos” (bolitas o tumores)?

Si .....1

No .....2

No sabe .....8

No responde .....9

## C.18b

¿En los últimos dos años le ha examinado un profesional de la salud para ver si tiene “nódulos” (bolitas o tumores) en los senos?

Si ..... 1

No ..... 2

No sabe .....8

No responde .....9

## C.18c

¿En los últimos dos años se ha hecho una mamografía o radiografía de sus pechos (mamas)?

Si ..... 1

No ..... 2

No sabe .....8

No responde .....9

## C.18d

¿En los últimos dos años le han hecho a usted un Papanicolaou, es decir, la prueba para determinar si tiene cáncer del cérvix o del cuello uterino?

Si ..... 1

No ..... 2

No sabe ..... 8

No responde .....9

## C.18e

¿Ha tenido usted una histerectomía, es decir, una cirugía para quitarle la matriz (útero) y ovarios, o la matriz (útero) solamente?

Si, matriz (útero) y ovarios .....1

Si, matriz (útero) solamente .....2

No .....3

No sabe .....8

No responde .....9

PASE a C.18g

## C.18f

¿Qué edad tenía cuando le hicieron la histerectomía?

Edad ..... | |

No sabe .....998

No responde .....999

PASE a C.18h

## SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

## SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

C.18g  <b>¿Qué edad tenía usted cuando tuvo su última menstruación?</b>	Edad ..... <input type="text"/> <input type="text"/> Todavía menstrúa ..... 00 No sabe ..... 98 No responde ..... 99
C.18h  <b>¿Ha tomado usted alguna vez o toma actualmente estrógeno, es decir, hormonas de mujer para la menopausia, por medio de pastilla, parche o crema?</b>	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8 No responde ..... 9 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px;">PASE a C.18i</div>
C.18i  <b>¿A qué edad comenzó a tomar estrógeno, es decir, hormonas de mujer para la menopausia?</b>	Edad ..... <input type="text"/> <input type="text"/> años No sabe ..... 8 No responde ..... 9
C.18j  <b>¿Por cuánto tiempo ha tomado estrógeno?</b>	Meses ..... <input type="text"/> <input type="text"/> 1 – 4 años ..... 13 5 – 9 años ..... 14 10 y más años ..... 15 No sabe ..... 98 No responde ..... 99
C.18k  <b>¿Está usted tomando ahora estrógeno, es decir, hormonas de mujer?</b>	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 8 No responde ..... 9
C.18l  <b>¿Cuántos embarazos tuvo en total en su vida? (Incluye nacidos vivos, nacidos muertos o embarazos interrumpidos o abortos)</b>	Número ..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe ..... 98 No responde ..... 99 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px;">PASE a C.20</div>

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

SR. ENCUESTADOR, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

SOLO HOMBRES

C.19

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

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

	Si	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 le ha dicho si tiene algún problema nervioso o de salud mental (como: ansiedad, depresión, pérdida de memoria, cambios de comportamiento, entre otros)?

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

PASE a C.21a

C.20a

¿En comparación con hace un año (12 meses), su problema nervioso o de salud mental 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?

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

C.20c

¿Durante el último año (12 meses), ha tomado alguna medicina contra la depresión?

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

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

SR. ENCUESTADOR, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

AHORA PIENSE EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS Y DÍGAME SI DURANTE LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO EN LAS DOS SEMANAS PASADAS USTED ...

	Si	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
C. 21l ¿Se sintió inútil o que usted no vale 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 (de su misma edad) están en una situación mejor que usted?	①	2	8	9

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

SR. ENCUESTADOR, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

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.

C.22a

¿Cuántas comidas completas come al día?

CONSIDERE EL DESAYUNO, EL ALMUERZO Y LA MERIENDA COMO COMIDA COMPLETA

Una comida ..... 1  
Dos comidas ..... 2  
Tres o más comidas ..... 3  
No sabe ..... 8  
No responde ..... 9

C.22b

¿Consume leche, queso o yogurt al menos una vez al día?

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

C.22c

¿Come huevos, fréjol, lenteja, chocho (leguminosas) al menos una vez por semana?

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

C.22d

¿Come carne, pescado o aves al menos tres veces por semana?

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

C.22e

¿Consume frutas o verduras al menos dos veces al día?

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

C.22f

¿Está comiendo menos en el último año (12 meses) de lo que comía antes por problemas digestivos o falta de apetito?

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

C.22f1

Y en los últimos tres meses, ¿usted está comiendo más, igual o menos que antes?

Más ..... 1  
Igual ..... 2  
Menos que antes ..... 3  
No sabe ..... 8  
No responde ..... 9

## SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

SR. ENCUESTADOR, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

C.22g

¿Cuántos vasos o tazas de líquido (agua, café, té, leche, jugo, sopa, etc.) consume usted diariamente?

Menos de 3 vasos ..... 1  
 De 3 a 5 vasos ..... 2  
 Más de 5 vasos ..... 3  
 No sabe ..... 8  
 No responde ..... 9

C.22h

En el último año (12 meses) ¿ha disminuido de peso sin haber hecho ninguna dieta?

Si... ¿Cuántos kilos (libras) bajó?  
 Entre 1 y 3 kg. (2.2 y 6.6 lb.) ..... 1  
 Más de 3 kg. (más de 6.6 lb.) ..... 2  
 No ha disminuido ..... 3  
 No sabe ..... 8  
 No responde ..... 9

C.22i

Respecto a su estado nutricional ¿se considera usted bien nutrido?

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

C.22i1

¿Cómo es su movilidad?

OBSERVE Y PREGUNTE

Confinado a cama o sillón ..... 1  
 Autonomía en el hogar ..... 2  
 Sale del domicilio ..... 3  
 No sabe ..... 8  
 No responde ..... 9

C.22i2

¿Durante los últimos tres meses usted ha tenido alguna enfermedad aguda (como: neumonía, diarrea, gripe, agravamiento de la diabetes o de la hipertensión, etc...)?

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

C.22i3

¿Actualmente usted presenta úlceras y/o escaras?

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

## SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

## SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

C.23

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

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

C.23a

En los últimos tres meses, en los días que tomó bebidas alcohólicas, ¿cuántas copas de vino, cerveza, 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
- Antes fumaba pero ya no ..... 2 → **PASE a C.24b**
- Nunca ha fumado ..... 3
- No sabe ..... 8
- No responde ..... 9

**PASE a C.25a**

C.24a

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

DEFINICIÓN:  
PAQUETE = 20 CIGARRILLOS

- Cigarillos por día .....
- Pipas .....
- Puros .....

**PASE a C.24c**

C.24b

¿Hace cuántos años, a qué edad o en qué año dejó de fumar?

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

- Hace cuántos años .....  0  5
- Edad en años .....  0  7  0
- Año .....
- No sabe ..... 9998
- No responde ..... 9999

C.24b

¿Hace cuántos años, a qué edad o en qué año dejó de fumar?

- Hace cuántos años .....  0  5
- Edad en años .....  0  7  0
- Año .....  2  0  0  4



## SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

C.24c

¿Qué edad tenía usted, hace cuántos años o en que año empezó a fumar?

Edad en años .....   Hace cuántos años.....  Año .....    

No sabe ..... 9998

No responde ..... 9999

C.25a

En el último año (12 meses), ¿hizo regularmente ejercicios o actividades físicas rigurosas como deportes, trotar, bailar o trabajo pesado por lo menos tres veces a la semana?

Si ..... 1

No ..... 2 →

PASE a  
C.25b

No sabe ..... 8

No responde ..... 9

C.25a1

De forma regular cuántos días a la semana realiza estas actividades físicas rigurosas y cuántos minutos al día le dedica?

ANOTE LA CANTIDAD DE DÍAS Y MINUTOS AL DÍA

Días

Menos de 10 minutos ..... 1

10 – 19 minutos ..... 2

20 – 29 minutos ..... 3

30 minutos y más..... 4

No sabe ..... 8

No responde ..... 9

C.25b

En el último año (12 meses), ¿realizó regularmente para distraerse alguna manualidad, artesanía, actividad artística por lo menos una vez a la semana?

Si ..... 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 ..... 4

No responde ..... 5

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

C.24c

¿Q  
cu  
em

## SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

### SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas **CON UN CÍRCULO**.

¿Antes de los 15 años, recuerda haber tenido alguna de estas enfermedades?		Si	No	No sabe	No responde
C.28a Nefritis (inflamación del riñón)		1	2	⑧	9
C.28b Hepatitis (Afección o enfermedad inflamatoria del hígado)		1	②	8	9
C.28c Sarampión (Enfermedad infecciosa, causada por un virus)		①	2	8	9
C.28d Tuberculosis (enfermedad infecciosa, predominantemente en los pulmones)		1	②	8	9
C.28e Fiebre reumática (Enfermedad inflamatoria)		1	②	8	9
C.28f Asma (enfermedad crónica del sistema respiratorio)		1	②	8	9
C.28g Bronquitis crónica (enfermedad inflamatoria de los bronquios)		1	②	8	9
C.28h <b>¿Tuvo alguna otra enfermedad?</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">             INDAGAR SOBRE LAS OTRAS 3 MÁS IMPORTANTES PARA LA PERSONA ADULTA MAYOR           </div>	COLERA	①	2	8	9
	<i>Especifique</i>	1	②	8	9
	<i>Especifique</i>	1	②	8	9
	<i>Especifique</i>	1	②	8	9

USO INEC  
0 1 0 1 0 1

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?

Si ..... 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?

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

HORA DE TERMINACIÓN: \_\_\_\_\_