



COLOMBIA

ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD 2010  
ADULTO MAYOR

**IDENTIFICACIÓN**

1. SEGMENTO No.

2. VIVIENDA No.

3. HOGAR

DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA: \_\_\_\_\_

4. DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

5. MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

6. ÁREA: CABECERA MUNICIPAL 1   
 RESTO (CENTRO POBLADO) 2   
 RESTO (DISPERSO) 3

7. ÁREA DE MUESTREO

8 NOMBRE Y No. DE ORDEN DE LA PERSONA EN EL CUESTIONARIO DE HOGAR  
 \_\_\_\_\_

**CONTROL DE LA ENCUESTA**

	1a.	2a.	3a.	VISITA FINAL		
<b>FECHA</b>				FECHA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ENTREVISTADORA					DÍA	MES AÑO
RESULTADO*				RESULTADO*		<input type="checkbox"/>
HORA DE INICIO				NÚMERO VISITAS		<input type="checkbox"/>
HORA TERMINACIÓN						

CÓDIGOS SUPERVISORA     ENTREVISTADORA

\* CÓDIGOS DE RESULTADO: COMPLETA 1 AUSENTE 3 OTRO: \_\_\_\_\_ 6  
 RECHAZO 2 INCOMPLETA 4

Buenos Días. Mi nombre es \_\_\_\_\_ y estoy trabajando para Profamilia. Estamos realizando una encuesta a nivel nacional, entrevistando a adultos mayores de diferentes temas. Apreciaríamos su participación en esta entrevista. Esta información será utilizada solo con fines estadísticos para establecer políticas. La entrevista dura aproximadamente entre 15 y 20 minutos. Toda la información que nos provea será mantenida en estricta confidencialidad y no será mostrada a otras personas. Su participación en esta entrevista es voluntaria y si se presentara alguna pregunta que no quisiera responder déjeme saber y continuaré con las siguientes preguntas o puede interrumpir la entrevista en cualquier momento. Esperamos que usted participe en esta entrevista pues sus opiniones son importantes.

Tiene alguna pregunta sobre la encuesta? **Me gustaría empezar la entrevista ahora**

Firma Encuestadora: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Encuestado(a) acepta entrevista SI  NO  → FIN



### VINCULO FAMILIAR

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS					PASE A
1211	<p>Ahora vamos hablar acerca de cómo se siente usted con su familia, entendiendo familia como: el o los individuos con quienes usted usualmente vive. Si usted vive solo, su "familia" consiste de la(s) persona(s) con quien(es) usted tiene ahora los lazos emocionales más fuertes.</p> <p>En una escala de "Nunca", "Casi nunca", "Algunas veces", "Casi siempre" o "Siempre", en los últimos 6 meses, con qué frecuencia se ha sentido satisfecho(a) con:</p> <p>a. La ayuda que recibe de su familia cuando tiene algún problema y/o necesidad?.....</p> <p>b. La forma en que su familia habla de las cosas y comparte los problemas con usted?.....</p> <p>c. La forma como su familia acepta y apoya sus deseos de hacer nuevas actividades?.....</p> <p>d. La forma como su familia expresa afecto y responde a sus emociones como rabia, tristeza o amor?.....</p> <p>e. La manera como comparte en familia: el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa o el dinero?.....</p>	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	
		1	2	3	4	5	
		1	2	3	4	5	
		1	2	3	4	5	
		1	2	3	4	5	
		1	2	3	4	5	

### DISCAPACIDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS					PASE A
1212	<p>En los últimos 30 días, contados hasta hoy y sin ayuda, qué grado de dificultad ha tenido usted para:</p> <p>a. Mantenerse concentrado haciendo algo por diez minutos o más?.....</p> <p>b. Aprender algo nuevo, como por ejemplo, aprender cómo llegar a un nuevo lugar?.....</p> <p>c. Estar de pie durante largos períodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?.....</p> <p>d. Caminar largas distancias, como un kilómetro o algo equivalente?.....</p> <p>e. Bañarse (lavarse todo el cuerpo)?.....</p> <p>f. Vestirse?.....</p> <p>g. Relacionarse con personas que no conoce?.....</p> <p>h. Mantener una amistad?.....</p> <p>i. Realizar bien las actividades de su casa?.....</p> <p>j. Realizar su trabajo, estudio o actividad diaria?.....</p> <p>k. Participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad, como fiestas, reuniones o actividades religiosas?...</p>	NINGUNA	LEVE	MODERADA	SEVERA	EXTREMA NO PUEDE HACERLO	
		1	2	3	4	5	
		1	2	3	4	5	
		1	2	3	4	5	
		1	2	3	4	5	
		1	2	3	4	5	
		1	2	3	4	5	
		1	2	3	4	5	
		1	2	3	4	5	
1213	<p>En los últimos 30 días en qué grado lo ha afectado emocionalmente su situación de salud?</p>	NINGUNO.....				1	
		LEVE.....				2	
		MODERADA.....				3	
		SEVERA.....				4	
		EXTREMA, NO PUEDE HACERLO.....				5	

### SALUD MENTAL - DEPRESIÓN

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS				PASE A
1214	<p>En los últimos 15 días con que frecuencia:</p> <p>a. Se ha sentido triste y decaído(a)?.....</p> <p>b. Ha tenido ganas de llorar o ha llorado?.....</p> <p>c. Ha tenido palpitaciones?.....</p> <p>d. Se ha sentido cansado(a) sin razón aparente?.....</p> <p>e. Ha tenido la mente tan despejada como siempre?.....</p> <p>f. Le ha sido fácil hacer las cosas como antes?.....</p> <p>g. Se ha sentido inquieta, intranquila?.....</p> <p>h. Se ha sentido más irritable que de costumbre?.....</p> <p>i. Ha disfrutado las actividades cotidianas?.....</p> <p>j. Ha encontrado agradable vivir?.....</p>	NUNCA	A VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE	
		1	2	3	4	
		1	2	3	4	
		1	2	3	4	
		1	2	3	4	
		1	2	3	4	
		1	2	3	4	
		1	2	3	4	
		1	2	3	4	
		1	2	3	4	

### ESTADO DE SALUD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		PASE A
1215	<p>Alguna vez ha tenido alergias diagnosticadas por un médico?</p>	SI.....	1	
		NO.....	2	
1216	<p>Alguna vez ha tenido problemas en el cerebro diagnosticados por un médico?</p>	SI.....	1	
		NO.....	2	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																																	
1217	Un doctor u otro profesional de la salud, alguna vez le dijo que tenía:  a. Alguna enfermedad del corazón? ..... b. Neumonía o bronconeumonía? ..... c. Una enfermedad respiratoria crónica?..... d. Diabetes?..... e. VIH/SIDA?..... f. Epilepsia o ataques?..... g. Cáncer?..... Tipo de cáncer que le diagnosticaron la primera vez?..... Tipo de cáncer que le diagnosticaron en el último año?..... h. Hipertensión?..... i. Artritis?..... j. Una enfermedad renal crónica?..... k. Alzheimer?.....	<p>b. Edad qué tenía la primera vez que le diagnosticaron (ENFERMEDAD)?</p> <p>c. En el último año, contado hasta hoy, un doctor u otro profesional de salud, le dijo que tenía (ENFERMEDAD)?</p> <table> <thead> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	SI	NO		SI	NO	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>			1	2	<input type="checkbox"/>			1	2	<input type="checkbox"/>			1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>			1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>			1	2	<input type="checkbox"/>			
SI	NO		SI	NO																																																																
1	2	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																
1	2	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																
1	2	<input type="checkbox"/>																																																																		
1	2	<input type="checkbox"/>																																																																		
1	2	<input type="checkbox"/>																																																																		
1	2	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																
1	2	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																
1	2	<input type="checkbox"/>																																																																		
1	2	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																
1	2	<input type="checkbox"/>	1	2																																																																
1	2	<input type="checkbox"/>																																																																		
1	2	<input type="checkbox"/>																																																																		

### ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1219	Cómo cree que es su estado de salud en general:	EXCELENTE..... 1 MUY BUENO..... 2 BUENO..... 3 REGULAR..... 4 MALO..... 5	
1220	Se ha hecho un chequeo general por lo menos una vez al año con:	MÉDICO..... 1 ODONTÓLOGO..... 2 MEDICO Y ODONTÓLOGO..... 3 NINGUNO..... 4	
1221	En los últimos 30 días tuvo algún accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud?	SI..... 1 NO..... 2	→TERMINE
1222	Qué hizo principalmente para tratar el problema de salud?  (ACUPUNTURA, ESCENCIAS FLORALES, MUSICOTERAPIA, ETC.)  (TEGÜA, EMPÍRICO, CURANDERO, HIERBATERO, COMADRONA)	ACUDIÓ A MÉDICO GENERAL, MÉDICO ESPECIALISTA, ODONTÓLOGO, TERAPEUTA O INSTITUCIÓN DE SALUD..... 01 ACUDIÓ A PROMOTOR/ENFERMERA..... 02 ASISTIÓ A TERAPIAS ALTERNATIVAS..... 03 ACUDIÓ A FARMACIA/DROGUERÍA/BOTICA..... 04 ACUDIÓ A MEDICINA TRADICIONAL..... 05 USÓ REMEDIOS CASEROS..... 06 SE AUTOMEDICÓ..... 07 NADA..... 95 OTRO..... 96	→ 1224
1223	Cuál fue la razón principal por la que no solicitó o recibió atención médica?	CASO LEVE..... 01 FALTA DE TIEMPO..... 02 SERVICIO QUEDA LEJOS..... 03 TRANSPORTE MUY COSTOSO..... 04 SERVICIO MUY COSTOSO..... 05 SERVICIO DE MALA CALIDAD..... 06 FUE PERO NO LO ATENDIERON..... 07 NO CONFÍA EN MÉDICOS..... 08 MUCHOS TRÁMITES..... 09 NO SABE DÓNDE PRESTAN EL SERVICIO..... 10 HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN..... 11 DEMORA EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS..... 12 DEMORA EN LA ATENCIÓN EN EL SITIO..... 13 NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (RC/RS)..... 14 NO ESTA AFILIADO(A)..... 15 OTRA..... 96	→TERMIN
1224	Cuántos días transcurrieron entre el momento de pedir la cita y el momento de la consulta, con el médico general u odontólogo?	No. DE DÍAS..... <input type="checkbox"/>	
1225	En general, considera que la calidad del servicio fue:	BUENA..... 1 REGULAR..... 2 MALA..... 3	
1226	Por esta enfermedad le formularon medicamentos?	SI..... 1 NO..... 2	→TERMINE

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1227	Estos medicamentos o remedios le fueron entregados, por parte de la institución a la cual está afiliado(a)?	SI, TOTALMENTE ..... 1 SI, PARCIALMENTE ..... 2 NO ..... 3 NO ESTA AFILIADO(A)/NO ESTABA AFILIADO(A) ..... 4	1 → TERMINE 4 → TERMINE
1228	Cuál fue la principal razón por la cual no le fueron entregados los medicamentos (todos o algunos)?	NO ESTÁN INCLUIDOS EN EL POS ..... 01 NO HABÍA LOS MEDICAMENTOS RECETADOS ..... 02 NO HABÍA LA CANTIDAD REQUERIDA ..... 03 POR ERRORES O DEFICIENCIAS EN LA EXPEDICIÓN DE LA FORMULA MÉDICA ..... 04 NO HIZO LAS GESTIONES PARA RECLAMARLOS ..... 05 OTRA ..... 96	