



# ENCUESTA DE SALUD Y BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR 2015 DATOS DEL ADULTO MAYOR



CUESTIONARIO CONFIDENCIAL: AMPARADO POR EL DECRETO LEGISLATIVO N° 604 Y POR EL  
DECRETO SUPREMO 043-2001-PCM: SECRETO ESTADÍSTICO

<b>ESBAM.02</b>	
<b>Contiene:</b> Evaluación cognitiva del adulto mayor y del cuidador responsable, Educación, Salud, Redes de apoyo social, Empleo e ingreso, Percepción del hogar y autovaloración, Conocimiento y participación en el Programa Nacional Pensión 65, Uso del tiempo y Características de los hijos del adulto mayor que viven fuera del hogar.	
<b>CUESTIONARIO N°</b>	Cuestionario Adicional
	1

<b>CONGLOMERADO N°</b>	<b>N° DE SELECCIÓN DE LA VIVIENDA</b>

### UBICACIÓN GEOGRÁFICA

<b>1. DEPARTAMENTO</b>	
<b>2. PROVINCIA</b>	
<b>3. DISTRITO</b>	
<b>4. CENTRO POBLADO</b>	

### UBICACIÓN MUESTRAL

<b>5. ZONA N°</b>		<b>9. TOTAL DE HOGARES QUE OCUPAN LA VIVIENDA</b>	
<b>6. MANZANA N°</b>		<b>10. HOGAR N°</b>	
<b>7. AER N°</b>			
<b>8. VIVIENDA N°</b>			

## 13A. ENTREVISTA Y SUPERVISIÓN

VISITA	ANTROPOMETRISTA					SUPERVISOR/A LOCAL				
	FECHA	HORA		PRÓXIMA VISITA		RESULTADO DE LA VISITA (*)	FECHA	HORA		RESULTADO DE LA VISITA (*)
		DE	A	FECHA	HORA			DE	A	
Primera										
Segunda										
Tercera										
Cuarta										
Quinta										
Sexta										

### 14A. RESULTADO FINAL DE LA ENCUESTA AL ADULTO MAYOR

<b>FECHA</b>	
<b>RESULTADO</b>	

(*) CÓDIGOS DE RESULTADO		
1. COMPLETA	4. AM NO PRESENTE	7. AM NO UBICADO
2. INCOMPLETA	5. AM FALLECIDO	8. OTRO _____ (Especifique)
3. RECHAZO	6. NO SE INICIÓ LA ENTREVISTA	9. AM MIGRÓ

## 15A. FUNCIONARIOS DE LA ENCUESTA

CARGO	DNI.	NOMBRES Y APELLIDOS
ANTROPOMETRISTA:		
SUPERVISOR/A LOCAL:		
COORDINADOR/A DEPARTAMENTAL:		
SUPERVISOR/A NACIONAL:		

## 16. N° TOTAL DE CUIDADOR / RESPONSABLE

<b>VIVE EN EL HOGAR</b>		<b>NO VIVE EN EL HOGAR</b>	
-------------------------	--	----------------------------	--

## OBSERVACIONES


## 700. EVALUACIÓN COGNITIVA DEL ADULTO MAYOR

Persona N°		Nombre:
------------	--	---------

**701. SR(A) ....., QUISIÉRAMOS SABER CÓMO SE SIENTE USTED ACERCA DE ALGUNOS PROBLEMAS DE SALUD Y ME GUSTARÍA EMPEZAR CON LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, ¿TIENE UD:**

- |   |          |                      |
|---|----------|----------------------|
| <i>Problemas auditivos graves (sordo), vive solo y no tiene cuidador/responsable?.....</i>  | 1        | FIN DE LA ENTREVISTA |
| <i>Problemas de ceguera graves (ciego), vive solo y no tiene cuidador/responsable?.....</i> | 2        |                      |
| <i>Problemas auditivos graves (sordo) y tiene cuidador/responsable?.....</i>                | 3        | PASE A 708           |
| <i>Problemas de ceguera graves (ciego) y tiene cuidador/responsable? .....</i>              | 4        |                      |
| <b>NO TIENE LAS DIFICULTADES ANTERIORES .....</b>   | <b>5</b> |                      |

**702. POR FAVOR, DÍGEME UD. ¿CUÁL ES LA FECHA DEL DÍA DE HOY?**  
(Día del mes, mes, año y día de la semana)

	(A) FECHA	(B) PUNTAJE
<i>Número del día</i>		
<i>del mes..... 1</i>		
<i>Mes..... 2</i>		
<i>Año..... 3</i>		
<i>Día de la semana .... 4</i>		
<b>TOTAL</b>		

**ANTROPOMETRISTA:** Anote un punto por cada respuesta correcta y cero por cada incorrecta o no contestada.

**703. AHORA LE VOY A MENCIONAR TRES PALABRAS, REPITA EN VOZ ALTA LAS PALABRAS QUE PUEDA RECORDAR EN CUALQUIER ORDEN. RECUERDE CUÁLES SON PORQUE SE LAS VOY A VOLVER A PREGUNTAR MÁS ADELANTE.**

	(A) PUNTAJE
<i>Árbol..... 1</i>	
<i>Mesa..... 2</i>	
<i>Perro..... 3</i>	
<b>TOTAL</b>	

**ANTROPOMETRISTA:** Lea las tres palabras en forma pausada, clara y una sola vez: **ÁRBOL, MESA, PERRO.** Anote un punto por cada respuesta correcta y cero por cada incorrecta o no contestada.

**704. LE VOY A DAR UN PAPEL Y CUANDO SE LO ENTREGUE, TOMA EL PAPEL CON SU MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD CON LAS DOS MANOS Y COLÓQUELO SOBRE LAS PIERNAS.**

	(A) PUNTAJE
<i>Toma el papel con la mano derecha..... 1</i>	
<i>Dobla por la mitad con las dos manos..... 2</i>	
<i>Coloca sobre las piernas..... 3</i>	
<b>TOTAL</b>	

**ANTROPOMETRISTA:** Entregue el papel, observe las acciones que realice el ADULTO MAYOR y anote un punto por cada acción correcta.

**705. HACE UN MOMENTO LE DIJE UNA SERIE DE TRES PALABRAS Y USTED REPITIÓ LAS QUE RECORDÓ. POR FAVOR, DÍGEME AHORA CUÁLES RECUERDA.**

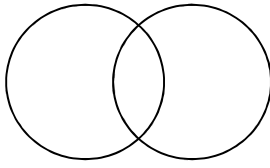
	(A) PUNTAJE
<i>Árbol..... 1</i>	
<i>Mesa..... 2</i>	
<i>Perro..... 3</i>	
<b>TOTAL</b>	

**ANTROPOMETRISTA:** Anote un punto por cada respuesta correcta y cero por cada incorrecta o no contestada.

<b>OBSERVACIONES</b>	
----------------------	--

706. SR(A).....POR FAVOR, COPIE ESTE DIBUJO.  
(Nombre)

(Entregue la tarjeta N° 3)



Puntaje:

NO ACEPTÓ PRUEBA..... 1

**ANTROPOMETRISTA:** Entregue el entrevistado la tarjeta con el dibujo de los círculos que se cruzan. La acción estará correcta si los círculos no se cruzan más de la mitad. Anote un punto si el dibujo está correcto. No leer instrucciones.

710. ¿SU CUIDADOR/RESPONSABLE ES:

Hombre?..... 1

Mujer?..... 2

711. ¿CUÁL ES EL NOMBRE Y APELLIDOS DE SU CUIDADOR/RESPONSABLE?

NOMBRES	APELLIDOS

NO SABE/NO RESPONDE..... 1

707. ENCUESTADOR/A: Transcriba los puntos obtenidos en las preguntas 702 al 706 y obtenga el puntaje total.

PREGUNTA	PUNTAJE
702	
703	
704	
705	
706	

Si el puntaje total es de 7 ó más

**PASE AL CAPÍTULO 800**

Si el puntaje total es de 6 ó menos

**CONTINÚE CON 708**

TOTAL

712. ¿QUÉ EDAD TIENE SU CUIDADOR /RESPONSABLE?

EDAD

NO SABE/NO RESPONDE..... 1

713. ¿QUÉ RELACIÓN DE PARENTESCO TIENE CON UD. SU CUIDADOR/RESPONSABLE?

(Entregue la tarjeta N° 4)

- Esposo/a..... 1
- Padre/Madre..... 2
- Abuelo/a..... 3
- Hermano/a..... 4
- Hijo/a..... 5
- Tío/a..... 6
- Suegro/a..... 7
- Yerno/Nuera..... 8
- Otro pariente..... 9
- Trabajador del Hogar?..... 10
- Otro No Pariente?..... 11

(Especifique)

**DATOS DEL CUIDADOR / RESPONSABLE**

708. SR(A)..... TIENE UD. UNA PERSONA QUE LO CUIDE Y SE HAGA CARGO DE USTED?  
(Nombre)

Sí..... 1

No..... 2

**PASE AL CAPÍTULO 800**

Sr(a)..... ahora le voy a realizar algunas preguntas sobre su CUIDADOR /RESPONSABLE. Si tiene más de uno hablaremos del PRINCIPAL.  
(Nombre)

709. ¿SU CUIDADOR/RESPONSABLE VIVE CON USTED?

Sí..... 1

No..... 2

**A) ANTROPOMETRISTA:**

Si la edad del cuidador es menor de 65 años.

**PASE AL CAPÍTULO 800**

Si la edad del cuidador es mayor o igual a 65 años.

**DILIGENCIE CAPÍTULO 700A**

**OBSERVACIONES**

**700A. EVALUACIÓN COGNITIVA DEL CUIDADOR/RESPONSABLE**  
(Solo para el cuidador(a)/responsable de 65 años a más.)

<b>Persona N°</b> <small>(Sólo si es residente del hogar)</small>	<b>Nombre:</b>
--	----------------

**714. POR FAVOR, DÍGEME UD. ¿CUÁL ES LA FECHA DEL DÍA DE HOY?**  
(Día del mes, mes, año y día de la semana)

	(A) FECHA	(B) PUNTAJE
Número del día		
del mes .....1		
Mes.....2		
Año .....3		
Día de la semana .....4		
<b>TOTAL</b>		<input style="width:50px;" type="text"/>

**ANTROPOMETRISTA:** Pregunte por día del mes, mes, año y día de la semana. Anote un punto por cada respuesta correcta y cero por cada incorrecta o no contestada.

**715. AHORA LE VOY A MENCIONAR TRES PALABRAS, REPITA EN VOZ ALTA LAS PALABRAS QUE PUEDA RECORDAR EN CUALQUIER ORDEN. RECUERDE CUÁLES SON PORQUE SE LAS VOY A VOLVER A PREGUNTAR MÁS ADELANTE.**

	PUNTAJE
Árbol.....1	<input style="width:50px;" type="text"/>
Mesa.....2	<input style="width:50px;" type="text"/>
Perro.....3	<input style="width:50px;" type="text"/>
<b>TOTAL</b>	<input style="width:50px;" type="text"/>

**ANTROPOMETRISTA:** Lea las tres palabras en forma pausada, clara una y sola vez: **ÁRBOL, MESA, PERRO**. Anote un punto por cada respuesta correcta y cero por cada incorrecta o no contestada.

**716. LE VOY A DAR UN PAPEL Y CUANDO SE LO ENTREGUE, TOMÉ EL PAPEL CON SU MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD CON LAS DOS MANOS Y COLÓQUELO SOBRE LAS PIERNAS.**

	PUNTAJE
Toma el papel con la mano derecha..... 1	<input style="width:50px;" type="text"/>
Dobla por la mitad con las dos manos..... 2	<input style="width:50px;" type="text"/>
Coloca sobre las piernas ..... 3	<input style="width:50px;" type="text"/>
<b>TOTAL</b>	<input style="width:50px;" type="text"/>

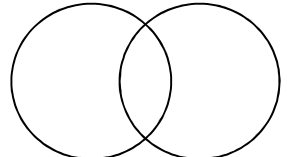
**ANTROPOMETRISTA:** Entregue el papel, observe las acciones que realice el ADULTO MAYOR y anote un punto por cada acción correcta.

**717. HACE UN MOMENTO LE DIJE UNA SERIE DE TRES PALABRAS Y USTED REPITIÓ LAS QUE RECORDÓ. POR FAVOR, DÍGEME AHORA CUÁLES RECUERDA.**

	PUNTAJE
Árbol..... 1	<input style="width:50px;" type="text"/>
Mesa.....2	<input style="width:50px;" type="text"/>
Perro.....3	<input style="width:50px;" type="text"/>
<b>TOTAL</b>	<input style="width:50px;" type="text"/>

**ANTROPOMETRISTA:** Anote un punto por cada respuesta correcta y cero por cada incorrecta o no contestada.

**718. POR FAVOR, ..... COPIE ESTE DIBUJO.**  
(Nombre)  
(Entregue la tarjeta N° 3)



Puntaje:

NO ACEPTÓ PRUEBA..... 1

**ANTROPOMETRISTA:** Entregue el entrevistado la tarjeta con el dibujo de los círculos que se cruzan. La acción estará correcta si los círculos no se cruzan más de la mitad. Anote un punto si el dibujo está correcto. No leer instrucciones.

**719. ANTROPOMETRISTA:** Transcriba los puntos obtenidos en las preguntas 714 a la 718 y sume:

PREGUNTA	PUNTAJE
714	<input style="width:50px;" type="text"/>
715	<input style="width:50px;" type="text"/>
716	<input style="width:50px;" type="text"/>
717	<input style="width:50px;" type="text"/>
718	<input style="width:50px;" type="text"/>
<b>TOTAL</b>	<input style="width:50px;" type="text"/>

**Si el puntaje total es de 7 o más: El cuidador/ responsable califica para asistir al adulto mayor en el capítulo 800. De lo contrario no califica, para asistir al adulto mayor.**

**ANTROPOMETRISTA:** De aquí en adelante, continúa la entrevista:

- Los ADULTOS MAYORES que pasaron el test cognitivo con **7 ó más puntos** en la pregunta 707 (CAP. 700) o
- Los ADULTOS MAYORES **asistidos** con su CUIDADOR/RESPONSABLE que tiene **menos de 65 años, o**
- Los ADULTOS MAYORES **asistidos** con su CUIDADOR/RESPONSABLE que tiene **65 a 83 años y que pasó el test cognitivo con 7 ó más puntos de la pregunta 719 (CAP. 700A).**

\* Por excepción, sí el adulto mayor vive sólo, continúe la entrevista independientemente del puntaje obtenido en la Pgta. 707 (CAP. 700).

**800. EDUCACIÓN DEL ADULTO MAYOR**

<b>Persona N°</b>	<b>Nombre:</b>	<b>Informante N°</b>
-------------------	----------------	----------------------

<p><b>801. ¿CUÁL ES EL IDIOMA O LENGUA MATERNA QUE APRENDIÓ EN SU NIÑEZ:</b></p> <p>Quechua? ..... 1</p> <p>Aymara?..... 2</p> <p>Otra lengua nativa? _____ 3 (Especifique)</p> <p>Castellano? ..... 4</p> <p>Lengua extranjera? _____ 5 (Especifique)</p> <p>Es sordo mudo..... 6</p>	<p><b>804. ¿SABE LEER Y ESCRIBIR?</b></p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <p><b>804A.</b></p> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Respuesta Espontánea</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Respuesta con Cartilla de Lectura</td> <td style="text-align: center;">No se aplicó cartilla</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Sí.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td rowspan="2" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">→</td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">No .....</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </table> </div>		Respuesta Espontánea		Respuesta con Cartilla de Lectura	No se aplicó cartilla	Sí.....	1	→	Sí	No	No .....	2	1	2	3
	Respuesta Espontánea		Respuesta con Cartilla de Lectura	No se aplicó cartilla												
Sí.....	1	→	Sí	No												
No .....	2		1	2	3											

**ANTROPOMETRISTA:** Luego de la respuesta espontánea aplique la Cartilla de Lectura

<p><b>803. ¿CUÁL ES EL ÚLTIMO AÑO O GRADO DE ESTUDIOS Y NIVEL QUE APROBÓ?</b></p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">Año</th> <th rowspan="2">Grado</th> <th colspan="2">Centro de Estudios</th> </tr> <tr> <th>Estatad</th> <th>No Estadad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Sin nivel.....1</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Educación inicial.....2</td><td></td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Primaria incompleta.....3</td><td></td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Primaria completa.....4</td><td></td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Secund. incompleta...5</td><td></td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Secund. completa.....6</td><td></td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Sup. no universitaria incompleta.....7</td><td></td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Sup. no universitaria completa.....8</td><td></td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Sup. universitaria incompleta.....9</td><td></td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Sup. universitaria completa..... 10</td><td></td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Postgrado..... 11</td><td></td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A 804</div> <div style="margin-left: 20px; border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A CAP. 900</div> </div>		Año	Grado	Centro de Estudios		Estatad	No Estadad	Sin nivel.....1					Educación inicial.....2			1	2	Primaria incompleta.....3			1	2	Primaria completa.....4			1	2	Secund. incompleta...5			1	2	Secund. completa.....6			1	2	Sup. no universitaria incompleta.....7			1	2	Sup. no universitaria completa.....8			1	2	Sup. universitaria incompleta.....9			1	2	Sup. universitaria completa..... 10			1	2	Postgrado..... 11			1	2	<p><b>805. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿RECIBIÓ ALGÚN PROGRAMA DE ALFABETIZACIÓN?</b></p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sí</th> <th>No</th> <th colspan="4">805A. ¿Quién le dio el programa?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><b>PASE A CAP. 900</b></td> <td colspan="4">                     PRONAMA ..... 1                      Iglesia ..... 2                      ONG..... 3                      Otro (Especifique) ..... 4                 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4.....</td> </tr> </tbody> </table>	Sí	No	805A. ¿Quién le dio el programa?					<b>PASE A CAP. 900</b>	PRONAMA ..... 1 Iglesia ..... 2 ONG..... 3 Otro (Especifique) ..... 4				1	2	1	2	3	4.....
				Año	Grado	Centro de Estudios																																																																											
	Estatad	No Estadad																																																																															
Sin nivel.....1																																																																																	
Educación inicial.....2			1	2																																																																													
Primaria incompleta.....3			1	2																																																																													
Primaria completa.....4			1	2																																																																													
Secund. incompleta...5			1	2																																																																													
Secund. completa.....6			1	2																																																																													
Sup. no universitaria incompleta.....7			1	2																																																																													
Sup. no universitaria completa.....8			1	2																																																																													
Sup. universitaria incompleta.....9			1	2																																																																													
Sup. universitaria completa..... 10			1	2																																																																													
Postgrado..... 11			1	2																																																																													
Sí	No	805A. ¿Quién le dio el programa?																																																																															
	<b>PASE A CAP. 900</b>	PRONAMA ..... 1 Iglesia ..... 2 ONG..... 3 Otro (Especifique) ..... 4																																																																															
1	2	1	2	3	4.....																																																																												

<b>OBSERVACIONES</b>	
----------------------	--

## 900. SALUD DEL ADULTO MAYOR

<b>Persona N°</b>	<b>Nombre:</b>	<b>Informante N°</b>	
-------------------	----------------	----------------------	--

<p><b>901. ¿EN QUÉ DÍA, MES Y AÑO NACIÓ USTED?</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 33%;">DÍA</th> <th style="width: 33%;">MES</th> <th style="width: 33%;">AÑO</th> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO				<p><b>903. ¿CUÁL ES SU NÚMERO DE DNI?</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;"><b>PASE A 905</b></p> <p><i>NO SABE / NO RESPONDE</i> ..... 1</p>								
DÍA	MES	AÑO													
<p><b>902. ¿TIENE UD. DNI?</b></p> <p><i>Sí, Mostrando DNI</i> ..... 1</p> <p><i>Sí, Sin Mostrar DNI</i> ..... 2</p> <p><i>No</i> ..... 3 → <b>PASE A 904</b></p>	<p><b>904. ¿TIENE UD. PARTIDA DE NACIMIENTO?</b></p> <p><i>Sí</i> ..... 1</p> <p><i>No</i> ..... 2</p>														

### DISCAPACIDAD

905. ¿PRESENTA UD. DIFICULTAD PERMANENTE: (Lea cada alternativa y marque el código correspondiente)	905-A. LA DIFICULTAD QUE TIENE ES	905-B. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES TUVO ALGÚN PROBLEMA DE SALUD SÍNTOMA O MALESTAR RELACIONADO CON LA DIFICULTAD QUE TIENE?	905-C. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA CONSULTAR POR ESTE PROBLEMA, SÍNTOMA O MALESTAR?	905-D. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE NO ACUDIÓ A UN CENTRO O PUESTO DE SALUD?
	<i>Leve?</i> ..... 1 <i>Moderada?</i> .. 2 <i>Severa?</i> ..... 3		<i>Puesto de salud MINSA</i> ..... 1 <i>Centro de salud MINSA</i> ..... 2 <i>Centro o puesto de salud CLAS</i> ..... 3 <i>Posta, policlínico</i> ..... 4 <i>ESSALUD</i> ..... 4 <i>Hospital MINSA</i> ..... 5 <i>Hospital del Seguro (ESSALUD)</i> ..... 6 <i>Hospital de las FF.AA. y/o</i> ..... 7 <i>Policía Nacional</i> ..... 7 <i>Consultorio médico particular</i> ..... 8 <i>Clinica particular</i> ..... 9 <i>Farmacia o botica</i> ..... 10 <i>NO ACUDIÓ</i> ..... 11	<i>No tuvo dinero</i> ..... 1 <i>Se encuentra lejos</i> ..... 2 <i>Demoran mucho en atender</i> ..... 3 <i>No confía en los médicos</i> ..... 4 <i>No era grave/ no fue necesario</i> ..... 5 <i>Prefiere curarse con remedios caseros</i> ..... 6 <i>No tiene seguro</i> ..... 7 <i>Se auto recetó o repitió receta anterior</i> ..... 8 <i>Falta de tiempo</i> ..... 9 <i>Por el maltrato del personal de salud</i> ..... 10 <i>Otro (Especifique)</i> ..... 11
<b>PASE A LA SGTE. LÍNEA</b>	<b>PASE A LA SGTE. LÍNEA</b>	<b>Pase a 906</b>		
	SÍ NO	SÍ NO	CÓDIGO	CÓDIGO
1. Para ver, aún usando lentes?.....	1 2	1 2	1 2 3	
2. Para oír, aún usando audífonos para sordera? .....	1 2	1 2	1 2 3	
3. Para hablar (entonar / vocalizar)?....	1 2	1 2	1 2 3	
4. Para usar brazos y manos/ piernas y pies? .....	1 2	1 2	1 2 3	
5. Mental o intelectual (dificultad, permanente para entender o para relacionarse con los demás)? .....	1 2	1 2	1 2 3	
6. Otra dificultad o limitación permanente? (Especifique)	1 2	1 2	1 2 3	

**OBSERVACIONES**


### AUTO PERCEPCIÓN DE SU ESTADO DE SALUD

906. EN GENERAL ¿CÓMO CALIFICARÍA SU ESTADO DE SALUD EL DÍA DE HOY:  
(Acepte solo un código)

- Muy bueno? ..... 1
- Bueno?.....2
- Malo? ..... 3
- Muy malo?..... 4
- NO SABE / NO RESPONDE..... 5

907. COMPARANDO SU SALUD ACTUAL CON LA DE HACE 12 MESES, ¿DIRÍA USTED QUE AHORA ESTÁ:

- Mucho mejor? ..... 1
- Algo mejor?.....2
- Igual? ..... 3
- Algo peor?..... 4
- Mucho peor? ..... 5
- NO SABE / NO RESPONDE..... 6

908. CON RELACIÓN A OTRAS PERSONAS DE SU EDAD ¿CÓMO CONSIDERA SU SALUD EL DÍA DE HOY:  
(Acepte solo un código)

- Muy buena? ..... 1
- Buena?.....2
- Mala? ..... 3
- Muy mala?..... 4
- NO SABE / NO RESPONDE..... 5

### CONSECUENCIAS DEL ESTADO DE SALUD FÍSICO Y EMOCIONAL

909. ¿DURANTE EL MES ANTERIOR....., COMO RESULTADO DE SU ESTADO DE SALUD FÍSICA, UD.:

	SÍ	NO	NO SABE	NO APLICA
1. ¿Ha disminuido la cantidad de tiempo que Ud. dedicaba a su trabajo u otras actividades diarias?	1	2	3	
2. ¿Rindió menos en su trabajo que lo que Ud. desearía?	1	2	3	4
3. ¿Dejó de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades diarias?	1	2	3	
4. ¿Tuvo Ud. alguna dificultad para realizar su trabajo o sus actividades diarias (es decir le costó más de lo normal)?	1	2	3	

910. ¿DURANTE EL MES ANTERIOR....., SUS PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA O SU ESTADO DE ÁNIMO HAN AFECTADO SUS ACTIVIDADES SOCIALES: (COMO VISITAR A FAMILIARES O AMIGOS)?

- Mucho? ..... 1
- Poco? ..... 2
- Nada? ..... 3

NO TUVO PROBLEMAS DE SALUD FÍSICOS O EMOCIONALES ..... 4

911. EL MES ANTERIOR.....¿UD. TUVO O SINTIÓ:

- Mucho dolor en su cuerpo? ..... 1
- Poco dolor en su cuerpo?.....2
- Ningún dolor en su cuerpo? .....3

**PASE A 913**

912. EL MES ANTERIOR....., ¿HASTA QUE PUNTO EL DOLOR QUE SINTIÓ LE HA DIFICULTADO SU TRABAJO NORMAL (DENTRO Y FUERA DEL HOGAR):

- Mucho? ..... 1
- Poco? ..... 2
- Nada? ..... 3

ENCUESTADOR/A: Si en la Pgta. 905A marcó el código 3 (Severa) para el ítem 4 (para usar brazos y manos / piernas y pies pase a la Pgta. 916 (Síntomas de Depresión).

### ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Sr(a) ahora necesito conocer las dificultades que Ud. podría tener para realizar hacer ciertas actividades que son importantes en la vida diaria, DEBIDO A ALGÚN PROBLEMA DE SALUD.

913. DÍGAME UD. SI TIENE DIFICULTAD PARA REALIZAR ALGUNA DE LAS ACTIVIDADES QUE LE VOY A MENCIONAR, POR FAVOR NO CONSIDERE DIFICULTADES QUE CREE QUE DURARÁN MENOS DE 3 MESES.

(Entregue la tarjeta N° 5)

	Mucha dificultad	Poca dificultad	Ninguna dificultad	No sabe/ No responde
1. ¿Tiene alguna dificultad para cruzar de un cuarto a otro caminando?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para comer (incluyendo cortar la comida, llenar los vasos, etc.)?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para bañarse (incluyendo entrar y salir del baño)?	1	2	3	4
4. ¿Tiene alguna dificultad para usar el baño o servicio higiénico (incluyendo sentarse y levantarse del baño o silo)?	1	2	3	4
5. ¿Tiene alguna dificultad para acostarse o levantarse de la cama?	1	2	3	4
6. ¿Tiene alguna dificultad para vestirse?	1	2	3	4

**ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA**

**914. SR(A)....., AHORA LE VOY A MENCIONAR OTRAS ACTIVIDADES IMPORTANTES. POR FAVOR, DÍGME UD. SI TIENE ALGUNA DIFICULTAD PARA REALIZARLAS DEBIDO A ALGÚN PROBLEMA DE SALUD. NO CONSIDERE PROBLEMAS DE SALUD QUE USTED ESPERA QUE DUREN MENOS DE 3 MESES.**

**(Entregue la tarjeta N° 5)**

	Mucha dificultad	Poca dificultad	Ninguna dificultad	No sabe/No responde
1. ¿Tiene alguna dificultad para cocinar (si cocina o tuviese que cocinar)?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para hacer las compras de los alimentos?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para tomar sus medicinas (si toma alguna o tuviera que tomar alguna)?	1	2	3	4
4. ¿Tiene alguna dificultad para gastar (administrar) su propio dinero?	1	2	3	4
5. ¿Tiene alguna dificultad para ir a otros lugares solo(a), como ir al establecimiento de salud, el mercado, la iglesia, etc.?	1	2	3	4
6. ¿Tiene alguna dificultad para hacer los quehaceres de la casa, como tender la cama, barrer, sacudir, etc.?	1	2	3	4
7. Tiene dificultad para levantar o cargar las bolsas del mercado, bolsas de víveres (productos de la chacra)?	1	2	3	4
8. Tiene dificultad para correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?	1	2	3	4
9. Tiene dificultad para realizar sus actividades tales como mover una mesa, empujar una carretilla, cargar un balde con agua, o caminar más de una hora?	1	2	3	4
10. Tiene dificultad para doblarse, arrodillarse o agacharse?	1	2	3	4

**ANTROPOMETRISTA:** Diligencie la Pgta. 915, sólo si en la Pgta. 914, marcó el código 2 ó 3 para alguno de los ítems del 7 al 10. De lo contrario, pase a la Pgta. 916.

**915. ¿CON QUÉ FRECUENCIA UD. REALIZA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:**

	Siempre?	A veces?	Muy poco?	Nunca?
1. Salir de su hogar, para movilizarse dentro de la urbanización/centro poblado, anexo donde vive	1	2	3	4
2. Salir de su hogar, para movilizarse fuera de la urbanización/centro poblado, anexo donde vive	1	2	3	4
3. Realizar ejercicios físicos o practicar algún deporte	1	2	3	4
4. Participar en reuniones eventos organizados por su municipalidad	1	2	3	4

**DEPRESIÓN, AUTOESTIMA Y SATISFACCIÓN**

**916. AHORA, LE HARÉ UNA PREGUNTA DE OPINIÓN, ¿UD. SE CONSIDERA UNA PERSONA VALIOSA?**

**(Entregue la tarjeta N° 6)**

- Sí, siempre ..... 1
- Sí, la mayor parte del tiempo..... 2
- Algunas veces ..... 3
- Muy pocas veces..... 4
- Nunca ..... 5

**917. SR(A) ....., DÍGME, ¿QUÉ TAN CONTENTO(A) ESTÁ...**

**(Entregue la tarjeta N° 7)**

	Muy contento/a?	Contento/a?	Poco contento/a?	Nada contento/a?
1. Con su estado de salud? .....	1	2	3	4
2. Con Ud. mismo(a)?.....	1	2	3	4
3. Con su capacidad para realizar sus actividades de la vida diaria (Cotidianas)? .....	1	2	3	4
4. Con sus relaciones personales (Vecinos, amigos)? .....	1	2	3	4
5. Con el lugar donde Ud. vive?.....	1	2	3	4
6. Con la relación que tiene con sus hijos?.....	1	2	3	4
7. Con la relación que tiene con sus demás familiares? .....	1	2	3	4
8. Con su vida en general? .....	1	2	3	4

**917A. SR(A)....., A CONTINUACIÓN LE HARÉ ALGUNAS PREGUNTAS QUE SE REFIEREN A CÓMO SE SIENTE ACTUALMENTE, DÍGME:**

	Sí	No
1. En general, ¿Se siente Ud. satisfecho(a), contento(a), a gusto con su vida.....	1	2
2. ¿Ha dejado de lado alguna de sus actividades de interés personal? .....	1	2
3. ¿Siente que su vida está vacía (que le falta algo)? .....	1	2
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido(a)? .....	1	2
5. ¿Se encuentra alegre y con buen ánimo la mayor parte del tiempo? .....	1	2
6. ¿Teme que le vaya a pasar algo malo?.....	1	2
7. ¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	1	2
8. ¿Se siente a menudo desamparado(a) o abandonado(a) (falta de atención)? .....	1	2
9. ¿Prefiere quedarse en casa, que salir y hacer cosas nuevas? .....	1	2



## EMPODERAMIENTO

**918. LE VOY HACER ALGUNAS PREGUNTAS QUE SE RELACIONAN CON USTED, SU FAMILIA Y SU HOGAR.**

**¿CONSIDERA UD:  
(Entregue la tarjeta N° 6)**

	Sí, siempre	Sí, la mayor parte del tiempo	Algunas veces	Muy pocas veces	Nunca	NO APLICA
1. Que su familia lo toma en cuenta para las decisiones del gasto del hogar?.....	1	2	3	4	5	6
2. Que su familia lo toma en cuenta para las decisiones importantes del hogar?.....	1	2	3	4	5	6
3. Que aporta para los gastos del hogar?.....	1	2	3	4	5	6
4. Que decide libremente en qué gastar su dinero? .....	1	2	3	4	5	6
5. Que sus familiares lo tratan con respeto? .....	1	2	3	4	5	
6. Que sus familiares respetan sus deseos, opiniones y otros intereses que Ud. tenga?.....	1	2	3	4	5	

## ENFERMEDADES CRÓNICAS

**Sr(a) las ENFERMEDADES CRÓNICAS, son enfermedades permanentes o de larga duración, constantes y que van avanzando con el tiempo.**

**919. TENIENDO EN CUENTA LA DEFINICIÓN LEÍDA LE HARÉ LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:**

**¿PADECE UD. DE: .....**

	SÍ	NO	NO SABE / NO RESPONDE	(919-A) ¿FUE DIAGNÓSTICADO POR UN MÉDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD?		(919-B) ¿ACTUALMENTE RECIBE UD. TRATAMIENTO MÉDICO (MEDICINA, TERAPIA, ETC)?		(919-C) ¿POR QUÉ NO RECIBE TRATAMIENTO? (Acepte un solo código)
				SÍ	NO	SÍ	NO	CÓDIGO
1. ¿Enfermedad pulmonar crónica tal como asma, bronquitis o enfisema?	1	2	3	1	2	1	2	
2. ¿Hipertensión, es decir, la presión alta?	1	2	3	1	2	1	2	
3. ¿Diabetes, es decir, niveles altos de azúcar en la sangre?	1	2	3	1	2	1	2	
4. ¿Depresión?	1	2	3	1	2	1	2	
5. ¿Cáncer o un tumor maligno, <u>excluyendo</u> tumores pequeños de la piel?	1	2	3	1	2	1	2	
6. ¿Infarto o ataque al corazón, enfermedad coronaria, angina, enfermedad cardíaca congestiva u otros problemas del corazón?	1	2	3	1	2	1	2	
7. ¿Derrame o hemorragia cerebral?	1	2	3	1	2	1	2	
8. ¿Artritis, reumatismo o artrosis?	1	2	3	1	2	1	2	
9. ¿Osteoporosis? (perdida de calcio en los huesos)	1	2	3	1	2	1	2	
10. ¿Insuficiencia renal crónica (problemas de riñón)?	1	2	3	1	2	1	2	
11. ¿Colesterol alto?	1	2	3	1	2	1	2	
12. ¿Enfermedades del sistema nervioso, Alzheimer o pérdida de memoria?	1	2	3	1	2	1	2	
13. ¿Otro? _____ (Especifique)	1	2	3	1	2	1	2	

### Código para registrar en P919-C

No tiene dinero .....	1	Prefiere curarse con remedios caseros .....	6
El centro de atención o consultorio se encuentra lejos .....	2	No tiene seguro.....	7
El centro o consultorio se demora mucho en atender .....	3	Se auto receta o repite receta anterior ...	8
No confía en los médicos .....	4	Falta de tiempo .....	9
No es grave o necesario.....	5	Por el maltrato del personal de salud ...	10
		Otro (Especifique) .....	11

## ATENCIÓN DE ENFERMEDADES

**920. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, DEL... AL.....  
¿PRESENTÓ UD. ALGÚN(A):  
(Acepte una o más alternativas)**

- Síntoma o malestar (tos persistente, dolor de cabeza, fiebre, náuseas)?.....* 1
- Lesiones / úlceras en la piel?.....* 2
- Dolor al orinar? .....* 3
- Dificultad para masticar? .....* 4
- Enfermedad (gripe, diarrea, etc.)? .....* 5
- Recaída de enfermedad crónica?.....* 6
- Accidente? .....* 7
- NO TUVO ENFERMEDAD, SÍNTOMA, RECAÍDA, ACCIDENTE.....** 8 →

PASE  
A  
924

**922. ¿QUIÉN LE ATENDIÓ DURANTE LA CONSULTA?  
(Acepte una o más alternativas)**

- Médico.....* 1
- Dentista/odontólogo .....* 2
- Obstetra.....* 3
- Enfermera(o) .....* 4
- Sanitario(a) (auxiliar técnico en salud).....* 5
- Promotor(a) .....* 6
- Otro .....* 7

(Especifique)

PASE A 924

**921. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA CONSULTAR POR ESTA ENFERMEDAD, SÍNTOMA O MALESTAR Y/O ACCIDENTE?  
(Acepte una o más alternativas)**

- Puesto de salud MINSA .....* 1
- Centro de salud MINSA .....* 2
- Centro o puesto de salud CLAS.....* 3
- Posta, policlínico ESSALUD .....* 4
- Hospital MINSA.....* 5
- Hospital del Seguro (ESSALUD).....* 6
- Hospital de las FF.AA. y/o*
- Policía Nacional .....* 7
- Consultorio médico particular .....* 8
- Clínica particular .....* 9
- Farmacia o botica .....* 10
- En su domicilio (del paciente) .....* 11
- Otro .....* 12
- (Especifique)
- NO BUSCÓ ATENCIÓN .....** 13

PASE  
A  
923

**923. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ACUDIÓ A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD?  
(Acepte una o más alternativas)**

- No tuvo dinero .....* 1
- Se encuentra lejos.....* 2
- Demoran mucho en atender.....* 3
- No confía en los médicos.....* 4
- No era grave/ no fue necesario.....* 5
- Prefiere curarse con remedios caseros .....* 6
- No tiene seguro.....* 7
- Se auto recetó o repitió receta anterior.....* 8
- Falta de tiempo.....* 9
- Por el maltrato del personal de salud.....* 10
- Otro .....* 11

(Especifique)

**OBSERVACIONES**


## GASTOS POR SALUD

(924) ¿UD. RECIBIÓ:	(924-A) ¿EL GASTO REALIZADO FUE: (Acepte una o más alternativas)	(924-B) ¿CUÁNTO FUE EL MONTO TOTAL POR LA COMPRA O SERVICIO?		(924-C) ¿CUÁNTO CREE QUE LE COSTARÍA SI TUVIERA QUE PAGAR POR ESTE SERVICIO O PRODUCTO?										
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Revise la respuesta de la Pgta. 920 y aplique sondeo.</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;">PASE AL SIGUIENTE PRODUCTO O SERVICIO</div> <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 20px;"> <span>Sí</span> <span>No</span> </div>	Pagado por algún miembro de este hogar?..... 1 Autoconsumo?..... 2 Autosuministro?..... 3 Regalado o pagado por algún miembro de otro hogar?..... 4 Donado por alguna institución del Estado o programa social (SIS)?... 5 Donado por alguna institución privada?..... 6 Fue cubierto por el Seguro? ..... 7 Otro? (especifique) ..... 8 NO SABE/NO RESPONDE ..... 9	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">PASE A 924-C</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">PASE AL SGTE. PRODUC. O SERV.</div>		MONTO S/. Ent.    Dec.										
	<div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"> <span>1</span><span>2</span><span>3</span><span>4</span><span>5</span><span>6</span><span>7</span><span>8</span><span>9</span> </div>	Ent.    Dec.		Ent.    Dec.										
<b>A. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS</b>														
1. CONSULTA DE SALUD? .....	1 2	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
2. MEDICINAS / INSUMOS? .....	1 2	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
3. ANÁLISIS?.....	1 2	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
4. RAYOS "X", TOMOGRAFÍA, ETC.? .....	1 2	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
5. OTROS EXÁMENES (HEMODIÁLISIS, ETC.)? .....	1 2	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
(Especifique)														
<b>B. EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES</b>														
6. SERVICIO DENTAL Y CONEXOS?.....	1 2	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
7. SERVICIO OFTALMOLÓGICO? .....	1 2	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
8. COMPRA DE LENTES?.....	1 2	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
9. VACUNAS?.....	1 2	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
10. OTROS GASTOS (ORTOPEDIA, TERMÓMETRO, ETC.)? .....	1 2	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
(Especifique)														
<b>C. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES</b>														
11. HOSPITALIZACIÓN?.....	1 2	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
12. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?.....	1 2	1	2	3	4	5	6	7	8	9				

**925. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿UD. NO HA PODIDO TOMAR (ADQUIRIR) SUS MEDICAMENTOS POR FALTA DE DINERO:**

Si muchas veces?..... 1

Si, algunas veces?..... 2

Si, muy pocas veces? ..... 3

NO HA TENIDO ESE PROBLEMA ..... 4

NO NECESITO MEDICINA ..... 5

OBSERVACIONES	
---------------	--

## SEGURO DE SALUD

**926. EL SISTEMA DE PRESTACIÓN DE SEGURO DE SALUD AL CUAL UD. ESTÁ AFILIADO ACTUALMENTE ES:**  
(Acepte una o más alternativas)

PASE A  
LA SIGTE.  
LINEA

**926A. ¿QUIÉN APORTA LAS CUOTAS POR ESTAR AFILIADO:**

	Si	No	Su centro de Trabajo?	Ud. mismo?	Es jubilado?	Un familiar es el titular del seguro?	No Paga?
1. ¿ESSALUD (antes IPSS)? .....	1	2	1	2	3	4	
2. ¿Seguro privado de salud? .....	1	2	1	2	3	4	
3. ¿Entidad prestadora de salud? .....	1	2	1	2	3	4	
4. ¿Seguro de FF.AA. / Policiales? .....	1	2	1	2	3	4	
5. ¿Seguro Integral de Salud (SIS)? .....	1	2	1	2		4	5
6. ¿Otro? _____ (Especifique)	1	2	1	2	3	4	5

## SALUD PREVENTIVA

**927. ¿EL (LA) ÚLTIMO(A) ..... QUE SE REALIZÓ UD. POR PREVENCIÓN, LO HIZO: .....**  
(Examen/Prueba) (Periodo de Tiempo)

	Hace menos de 6 meses?	Hace 6 meses a menos de 2 años?	Hace 2 años a menos de 5 años?	Hace 5 años o más?	Nunca se realizó?	No sabe / no responde
1. Examen de la vista .....	1	2	3	4	5	6
2. Examen de los oídos .....	1	2	3	4	5	6
3. Medición (Toma) de su peso corporal .....	1	2	3	4	5	6
4. Análisis de sangre para revisar su nivel de colesterol .....	1	2	3	4	5	6
5. Prueba para diagnóstico de diabetes (azúcar en la sangre) .....	1	2	3	4	5	6
6. Medición (Toma) de su presión arterial .....	1	2	3	4	5	6
7. Vacunación contra la gripe fuerte (influenza) .....	1	2	3	4	5	6
<b>MUJERES</b>						
8. Examen de los pechos (senos) para detectar nudos o bultos? .....	1	2	3	4	5	6
9. Examen de mamografía para detectar cáncer en el pecho (senos) .....	1	2	3	4	5	6
10. Examen de Papanicolau para detectar cáncer uterino? .....	1	2	3	4	5	6
<b>HOMBRES</b>						
11. Examen manual o prueba de sangre para detectar cáncer de próstata? .....	1	2	3	4	5	6

**OBSERVACIONES**

## EVALUACIÓN NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR

**928. ¿CUÁNTAS COMIDAS COMPLETAS REALIZA AL DÍA?** (considerar el desayuno y la cena como comida)

*Una comida..... 1*  
*Dos comidas..... 2*  
*Tres o más comidas ..... 3*

**929. ¿CONSUME UD. ALIMENTOS COMO:**

	SÍ	NO
1. <i>Leche, queso u otros productos lácteos</i> <b>al menos una vez al día?</b>	1	2
2. <i>Huevos y menestras (como las lentejas, frejoles, habas, etc.)</i> <b>al menos una vez por semana?</b>	1	2
3. <i>Carne, pescado o aves (como pollo, gallina, pavo, etc.)</i> <b>al menos tres veces por semana?</b>	1	2
4. <i>Frutas o verduras</i> <b>al menos dos veces al día?</b>	1	2

**930. DIRÍA UD. QUE:**

	SÍ	NO
1. <i>¿Está comiendo menos en los últimos 12 meses (de lo que comía antes) por problemas digestivos o falta de apetito?</i>	1	2
2. <i>¿Con respecto a su estado nutricional se encuentra bien nutrido?</i>	1	2

**931. SU CONSUMO DIARIO DE LÍQUIDOS (AGUA E INFUSIONES) ES DE:**

*Menos de 3 vasos al día?..... 1*  
*De 3 a 5 vasos al día?..... 2*  
*Más de 5 vasos al día?..... 3*

**OBSERVACIONES**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ahora vamos a hablar de las principales personas con las que usted se relaciona. La relación con estas personas puede darse a través de: consejos, compañía, cuidados, información, alimentación y/o dinero. Esta relación puede ser con parientes, amigos, vecinos, grupos religiosos u otros.

(936-1) Nº ORDEN	(936) POR FAVOR, MENCIONE UD. EL NOMBRE DE LAS PERSONAS MÁS IMPORTANTES:  DE LAS QUE RECIBE APOYO O A LAS QUE UD. BRINDA APOYO ACTUALMENTE	(936-A) ¿QUÉ EDAD TIENE  ..... (Nombre) O, QUÉ EDAD CREE QUE TIENE?	(936-B) SEXO		(936-C) ¿QUÉ RELACIÓN DE PARENTESCO TIENE..... (Nombre) CON UD?	(936-D) ¿QUÉ TAN SEGUIDO SE VE O HABLA CON .....? (Nombre)	(936-E) ¿QUÉ APOYO / AYUDA RECIBE DE .....? (Nombre)  (Mencione los 3 más importantes)			(936-F) ¿QUÉ APOYO / AYUDA BRINDA A .....? (Nombre)  (Mencione los 3 más importantes)			(936-G) (EL), VIVE EN LA MISMA(O):			(936-H) ¿QUÉ TANTA CONFIANZA TIENE UD. CON ..... (Nombre) PARA COMPARTIR LO MÁS PERSONAL Y PROFUNDO DE USTED?				(936-I) ¿EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES UD. HA RECIBIDO AYUDA ECONÓMICA DE.....? (Nombre)				(936-J) ¿EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES UD. LE HA DADO AYUDA ECONÓMICA A.....? (Nombre)			
			H	M			CÓDIGO			CÓDIGO			CÓDIGO			CÓDIGO				SÍ	NO	FREC.	MONTO POR VEZ	SÍ	NO	FREC.	MONTO POR VEZ
			1	2			1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4	1	2			1	2		
1.			1	2											1	2	3	4	1	2			1	2			
2.			1	2											1	2	3	4	1	2			1	2			
3.			1	2											1	2	3	4	1	2			1	2			
4.			1	2											1	2	3	4	1	2			1	2			
5.			1	2											1	2	3	4	1	2			1	2			
6.			1	2											1	2	3	4	1	2			1	2			
7.			1	2											1	2	3	4	1	2			1	2			
8.			1	2											1	2	3	4	1	2			1	2			
9.			1	2											1	2	3	4	1	2			1	2			
10.			1	2											1	2	3	4	1	2			1	2			

**PARENTESCO:**

Esposa(o.)..... 1	Yerno/Nuera..... 4	Suegro(a)..... 7	Pensionista..... 10
Hijo(a)..... 2	Hermano(a)..... 5	Otro pariente..... 8	Otro no pariente..... 11
Nieto..... 3	Padre/Madre..... 6	Trabaj. Hogar..... 9	

**FRECUENCIA:**

Diario..... 1	Mensual..... 4	Semestral..... 7
Semanal..... 2	Bimestral..... 5	Anual..... 8
Quincenal..... 3	Trimestral..... 6	2 ó 3 veces por semana..... 9

<p><b>937. ¿EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES UD. HA RECIBIDO AYUDA CON LOS QUEHACERES DEL HOGAR O CON SU CUIDADO PERSONAL COMO VESTIRSE, ALIMENTARSE, ACOSTARSE, ETC.?</b></p> <p style="text-align: center;">937A. ¿CON QUÉ FRECUENCIA RECIBIÓ LA AYUDA?</p> <p>Sí..... 1 → <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><th style="background-color: #cccccc;">CÓDIGO</th></tr><tr><td style="height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>No ..... 2 → <b>PASE A 939</b></p>	CÓDIGO		<p><b>939. ¿EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES UD. HA AYUDADO HA CUIDAR A SUS NIETOS, O CON LOS QUEHACERES DEL HOGAR, ETC.?</b></p> <p style="text-align: center;">939A. ¿CON QUÉ FRECUENCIA AYUDÓ UD.?</p> <p>Sí..... 1 → <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><th style="background-color: #cccccc;">CÓDIGO</th></tr><tr><td style="height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>No ..... 2 → <b>PASE A CAP. 1000</b></p>	CÓDIGO	
CÓDIGO					
CÓDIGO					

<p><b>938. ¿CON LA AYUDA RECIBIDA UD. ESTÁ:</b></p> <p>Muy contento(a)?..... 1</p> <p>Contento(a)?..... 2</p> <p>Poco contento(a)? ..... 3</p>	<p><b>940. ¿CON LA AYUDA QUE UD. DIO, ESTÁ:</b></p> <p>Muy contento(a)?..... 1</p> <p>Contento(a)?..... 2</p> <p>Poco contento(a)? ..... 3</p>
--	--

FRECUENCIAS PARA PREGUNTAS 937A Y 939A		
Diario..... 1	Quincenal .....4	Cada 3 meses o más ..... 7
2 a 6 veces por semana ..... 2	Mensual.....5	
Semanal ..... 3	Bimestral .....6.....	

OBSERVACIONES	
---------------	--

# 1000. EMPLEO E INGRESO DEL ADULTO MAYOR

Persona N°	Nombre :	Informante N°
------------	----------	---------------

## CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

**1. LA SEMANA PASADA, DEL..... AL....., ¿TUVO UD. ALGÚN TRABAJO? (Sin contar los quehaceres del hogar)**

Sí..... 1 → **PASE A 5**

No ..... 2

**2. AUNQUE NO TRABAJÓ LA SEMANA PASADA, ¿TIENE ALGÚN EMPLEO FIJO AL QUE PRÓXIMAMENTE VOLVERÁ?**

Sí..... 1 → **PASE A 5**

No ..... 2

**3. AUNQUE NO TRABAJÓ LA SEMANA PASADA, ¿TIENE ALGÚN NEGOCIO PROPIO AL QUE PRÓXIMAMENTE VOLVERÁ?**

Sí..... 1 → **PASE A 5**

No ..... 2

**4. LA SEMANA PASADA, ¿REALIZÓ ALGUNA ACTIVIDAD AL MENOS UNA HORA PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE, COMO:**

	Sí	No
1. Trabajando en algún negocio propio o de un familiar? .....	1	2
2. Ofreciendo algún servicio? .....	1	2
3. Haciendo algo en casa para vender? .....	1	2
4. Vendiendo productos de belleza, ropa, joyas, etc.? .....	1	2
5. Realizando alguna labor artesanal? ....	1	2
6. Haciendo prácticas pagadas en un centro de trabajo? .....	1	2
7. Trabajando para un hogar particular? .....	1	2
8. Fabricando algún producto? .....	1	2
9. Realizando labores remuneradas en la chacra o cuidado de animales? .....	1	2
10. Ayudando a un familiar sin remuneración? .....	1	2
11. Otra? .....	1	2

(Especifique)

**A. ANTROPOMETRISTA:** Verifique pregunta 4.

Si todas las alternativas tienen marcado el código 2 → **PASE A 26**

Si alguna alternativa tiene marcado el código 1 → Continúe con la Preg. 5.

## OCUPADOS

### OCUPACIÓN PRINCIPAL

**5. a) ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN PRINCIPAL QUE DESEMPEÑÓ?**

\_\_\_\_\_

(Especifique)

**b) ¿QUÉ TAREAS REALIZÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Especifique)

**6. ¿A QUÉ SE DEDICA EL NEGOCIO, ORGANISMO O EMPRESA EN LA QUE TRABAJÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL?**

\_\_\_\_\_

(Especifique)

**7. UD. SE DESEMPEÑÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL O NEGOCIO COMO:**

¿Empleador o patrono? ..... 1

¿Trabajador independiente?..... 2

¿Empleado? ..... 3

¿Obrero? ..... 4

¿Trabajador familiar no remunerado? ..... 5

¿Trabajador del hogar? ..... 6

¿Otro? ..... 7

(Especifique)



8. ¿EL TIPO DE PAGO O INGRESO QUE UD. RECIBE EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL ES:  
(Acepte una o más alternativas)

- Sueldo?..... 1
  - Salario?..... 2
  - Comisión?..... 3
  - Destajo?..... 4
  - Subvención?..... 5
  - Honorarios profesionales (con R.U.C.)?..... 6
  - Ingreso (ganancia) por negocio o servicio... 7
  - Ingreso como productor agropecuario?..... 8
  - Propina?..... 9
  - En especie?..... 10
  - ¿Otro?..... 11
- (Especifique)

NO RECIBE..... 12

9. EN SU TRABAJO, NEGOCIO O EMPRESA, INCLUYÉNDOSE UD. ¿LABORARON:

- Hasta 20 personas?..... 1
  - De 21 a 50 personas?..... 2
  - De 51 a 100 personas?..... 3
  - De 101 a 500 personas?..... 4
  - Más de 500 personas?..... 5
- }   
N° de personas

10. ¿CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ LA SEMANA PASADA, EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL, EL DÍA.....

	HORAS
Domingo.....?	
Lunes.....?	
Martes.....?	
Miércoles.....?	
Jueves.....?	
Viernes.....?	
Sábado.....?	
<b>TOTAL</b>	<input type="text"/>

11. LA SEMANA PASADA. ¿CUÁNTO TIEMPO LE TOMÓ TRASLADARSE DE SU CASA U OTRO LUGAR A SU TRABAJO, EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL?  
(Considere el tiempo de ida y vuelta e incluya el tiempo de espera)

Día de semana (lunes a viernes)			Fin de semana (sábado a domingo)		
N° Días	Horas por Día		N° Días	Horas por Día	
	Horas	Minutos		Horas	Minutos

TRABAJA EN SU CASA..... 1

B. **ANTROPOMETRISTA:** Verifique la respuesta de la pregunta 7.

Igual a 1 ó 2 →

Igual a 3, 4 ó 6 →

Igual a 5 ó 7 →

**INGRESO POR OCUPACIÓN PRINCIPAL**

**INGRESO DE LA OCUPACIÓN PRINCIPAL DEPENDIENTE**

12. EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL, ¿A UD. LE PAGAN:

- Diario?..... 1
- Semanal?..... 2
- Quincenal?..... 3
- Mensual?..... 4

13. ¿CUÁNTO FUE SU INGRESO TOTAL SIN DESCUENTOS EN EL (LA).....  
Frecuencia

ANTERIOR, INCLUYENDO HORAS EXTRAS, BONIFICACIONES, PAGO POR CONCEPTO DE REFRIGERIO, MOVILIDAD, COMISIONES, ETC.?

CONCEPTO	MONTO S/. (Enteros)	No Sabe	No Recibe
A. Monetario (ingreso bruto)		1	2
B. En especie(alimentos, servicio de transporte)		1	2

**INGRESO DE LA OCUPACIÓN PRINCIPAL INDEPENDIENTE**

14. ¿EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL CUÁL FUE SU GANANCIA NETA EN EL MES ANTERIOR?

CONCEPTO	MONTO S/. (Enteros)	No Sabe	No Recibe
A. Monetario (ganancia neta)		1	2
B. En especie (ingreso en productos)		1	2

**OCUPACIÓN SECUNDARIA**

15. LA SEMANA PASADA, ADEMÁS DE SU OCUPACIÓN PRINCIPAL, ¿TUVO UD. OTRO TRABAJO PARA OBTENER INGRESOS?

Sí..... 1

No..... 2 →

**16. UD. SE DESEMPEÑÓ EN SU OCUPACIÓN SECUNDARIA O NEGOCIO COMO:**

- ¿Empleador o patrono? ..... 1
- ¿Trabajador independiente?..... 2
- ¿Empleado?..... 3
- ¿Obrero? ..... 4
- ¿Trabajador familiar no remunerado?..... 5
- ¿Trabajador del hogar? ..... 6
- ¿Otro?..... 7

(Especifique)

**17. LA SEMANA PASADA. ¿CUÁNTO TIEMPO LE TOMÓ TRASLADARSE DE SU CASA U OTRO LUGAR A SU TRABAJO, EN SU OCUPACIÓN SECUNDARIA? (Considere el tiempo de ida y vuelta e incluya el tiempo de espera)**

Día de semana (lunes a viernes)			Fin de semana (sábado a domingo)		
N° Días	Horas por Día		N° Días	Horas por Día	
	Horas	Minutos		Horas	Minutos

TRABAJA EN SU CASA ..... 1

**18. ¿CUÁNTAS OCUPACIONES SECUNDARIAS TUVO UD. LA SEMANA PASADA?**

- Sólo 1 ocupación secundaria..... 1
- 2 o más ocupaciones secundarias ..... 2

**19. ¿CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ LA SEMANA PASADA EN SU(S) OCUPACIÓN(ES) SECUNDARIA(S)?**

Número de Horas  
(Todas las ocupaciones secundarias)

**C. ANTROPOMETRISTA:** Transcriba el total de horas de la pregunta 10 y el número de horas de la pregunta 19 a los recuadros respectivos; luego realice la suma.

Total de Horas de Pgta. 10	
N° de Horas de Pgta. 19	
<b>TOTAL</b>	

Transcriba el total obtenido a la línea punteada de la pregunta 20

**20. EN TOTAL UD. TRABAJÓ..... HORAS LA SEMANA PASADA. ¿NORMALMENTE TRABAJA ESAS HORAS A LA SEMANA?**

- Sí..... 1 → **PASE A 22**
- No ..... 2

**21. NORMALMENTE, ¿CUÁNTAS HORAS TRABAJA A LA SEMANA EN TODAS SUS OCUPACIONES?**

Número de Horas

**22. LA SEMANA PASADA, ¿QUERÍA TRABAJAR MÁS HORAS DE LAS QUE NORMALMENTE TRABAJA?**

- Sí..... 1
- No ..... 2 → **PASE A (D)**

**23. LA SEMANA PASADA, ¿ESTUVO DISPONIBLE PARA TRABAJAR MÁS HORAS?**

- Sí..... 1
- No ..... 2

**(D) ANTROPOMETRISTA:**

1. Si el informante tiene solo (1) ocupación secundaria, verifique la respuesta de la pregunta 16, y si es:

Igual a 1 ó 2 → **PASE A 25**

Igual a 3, 4 ó 6 → **PASE A 24**

Igual a 5 o 7 y Total de la Pgta.10 es menor de 15 horas. → **PASE A 26**

Igual a 5 o 7 y Total de la Pgta.10 es mayor o igual a 15 horas. → **PASE A 32**

2. Si tiene más de (1) ocupación secundaria, pregunte también por los ingresos de las otras ocupaciones secundarias y regístrelos en la pregunta 24 y/o 25, según corresponda.

**INGRESO POR LA(S) OCUPACIÓN(ES)  
SECUNDARIA(S)**

**INGRESO DE LA OCUPACIÓN SECUNDARIA  
DEPENDIENTE**

24. ¿CUÁNTO FUE SU INGRESO TOTAL EN EL MES ANTERIOR, INCLUYENDO HORAS EXTRAS, BONIFICACIONES, PAGO POR CONCEPTO DE REFRIGERIO, MOVILIDAD, COMISIONES, ETC. EN SU(S) OCUPACION(ES) SECUNDARIA(S)?

CONCEPTO	MONTO S/. (Enteros)	No Sabe	No Recibe
A. Monetario (ingreso bruto)		1	2
B. En especie (alimentos, servicio de transporte)		1	2

NO CORRESPONDE.....3

**INGRESO DE LA OCUPACIÓN SECUNDARIA  
INDEPENDIENTE**

25. ¿EN SU(S) OCUPACIÓN(ES) SECUNDARIA(S) CUÁL FUE SU GANANCIA NETA EN EL MES ANTERIOR?

CONCEPTO	MONTO S/. (Enteros)	No Sabe	No Recibe
A. Monetario (ganancia neta)		1	2
B. En especie (ingreso en productos)		1	2

NO CORRESPONDE.....3

**PASE A 32**

**DESOCUPADOS**

26. LA SEMANA PASADA, ¿HIZO UD. ALGO PARA CONSEGUIR TRABAJO?

Sí..... 1 → **PASE A 29**  
No..... 2

27. LA SEMANA PASADA, ¿QUERÍA UD. TRABAJAR?

Sí..... 1  
No..... 2 → **PASE A 32**

28. LA SEMANA PASADA, ¿ESTUVO DISPONIBLE PARA TRABAJAR?

Sí..... 1  
No..... 2 → **PASE A 32**

29. LA SEMANA PASADA, ¿QUÉ HIZO UD. PARA CONSEGUIR TRABAJO?

**Consultó:**

Empleador / patrono ..... 1  
Agencia de empleo / bolsa de trabajo ..... 2  
Sólo amigos, parientes ..... 3  
Sólo leyó avisos ..... 4  
Búsqueda a través de INTERNET ..... 5  
Otro ..... 6

(Especifique)

No hizo nada para conseguir trabajo ..... 7 → **PASE A 32**

30. LA SEMANA PASADA. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ A BUSCAR TRABAJO?

Número de Horas  
(Tiempo de búsqueda)

31. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE ACTUALMENTE NO TRABAJA?

- 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
- Prefiero dedicarme a quehaceres del hogar..... 6
- No tengo necesidad del ingreso ..... 7
- Otra ..... 8

(Especifique)

NO SABE/ NO RESPONDE ..... 9

**TRANSFERENCIAS CORRIENTES**

32. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES, DE..... A....., ¿RECIBIÓ UD. INGRESOS POR CONCEPTO DE:

	MONTO POR VEZ (S/.)				
	SI	NO	FRECUENCIA	DEL PAIS?	FRECUENCIA DEL EXTRANJERO?
1. Pensión de divorcio o separación? .....	1	2			
2. Pensión por alimentación? .....	1	2			
3. Remesas de otros hogares o personas? ....	1	2			
4. Pensión de jubilación /cesantía? .....	1	2			
5. Pensión por viudez, orfandad o sobrevivencia? .....	1	2			
6. Transferencia del Programa PENSIÓN 65? .....	1	2			
7. Otras transferencias de las instituciones públicas o privadas (Programa JUNTOS)? (Especifique)	1	2			
8. Otras transferencias de hogares? (Especifique)	1	2			

**TOTAL**

**FRECUENCIA:**

Diario ..... 1    Mensual..... 4    Semestral ..... 7  
Semanal ..... 2    Bimestral..... 5    Anual ..... 8  
Quincenal..... 3    Trimestral ..... 6

### OTROS INGRESOS

33. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DE.....A....., ¿RECIBIÓ UD. INGRESOS POR CONCEPTO DE:

	Sí	No	FRECUENCIA	MONTO S/.
1. Arrendamiento de casas, habitaciones, vehículos y/o maquinarias? .....	1	2		
2. Arrendamiento de tierras agrícolas? .....	1	2		
3. Intereses por depósitos en bancos, cooperativas?.....	1	2		
4. Indemnizaciones? .....	1	2		
5. Gratificación, escolaridad de jubilados, etc.?	1	2		
6. Otro ingreso? _____	1	2		

(Especifique)

**TOTAL**

**FRECUENCIA:**

Diario..... 1    Mensual..... 4    Semestral.....7  
 Semanal.....2    Bimestral..... 5    Anual.....8  
 Quincenal.....3    Trimestral..... 6

34. EL SISTEMA DE PENSIONES AL CUAL UD. ESTÁ AFILIADO ES:  
(Acepte una o más alternativas)

	Sí	No
1. Sistema Privado de Pensiones (AFP)? ....	1	2
2. Sistema Nacional de Pensiones: Ley 19990? .....	1	2
3. Sistema Nacional de Pensiones: Ley 20530(cédula viva)? .....	1	2
4. Otro Sistema de Pensiones? _____	1	2

(Especifique)

### OCUPACIÓN Y RIESGO LABORAL (Sólo para los ocupados)

35. ¿LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE UD. TRABAJA ES:  
(Acepte una o más alternativas)

- Por necesidad del ingreso? ..... 1
- Por ayudar en el negocio familiar? ..... 2
- Por mantenerse ocupado? .....3
- Para sentirse útil?.....4
- Porque le gusta su trabajo?.....5
- Otra razón?.....6  
(Especifique)
- NO SABE / NO RESPONDE ..... 7

36. ¿UD. TIENE ACTUALMENTE.....AÑOS HASTA QUE EDAD CREE QUE TRABAJARÁ?

Edad

37. CUANDO UD. DEJE DE TRABAJAR, ¿CÓMO PIENSA MANTENERSE (ECONÓMICAMENTE) EN SU VEJEZ?  
(Rpta. Espontánea)  
(Señale tres fuentes de ingreso más importantes)

- Con una pensión de la AFP..... 1
- Con una pensión del Sistema Nacional ó Público.....2
- Con la pensión de su cónyuge ..... 3
- Con Pensión 65 ..... 4
- Con ayuda de sus hijos ..... 5
- Con ayuda de sus nietos ..... 6
- Con ayuda de otros familiares.....7
- Con ayuda de amigos o vecinos..... 8
- Con renta (alquiler) de sus propiedades..... 9
- Con sus ahorros personales..... 10
- Con ayuda de programas sociales ..... 11
- Con un negocio propio..... 12
- De otra forma ..... 13  
(Especifique)
- NO LO HA PENSADO ..... 14

**OBSERVACIONES**


Persona N°   **1100. PERCEPCIÓN DEL HOGAR Y AUTOVALORACIÓN**

**1. SU SITUACIÓN ECONÓMICA ACTUAL ES:**

¿Muy buena?..... 1  
 ¿Buena? ..... 2  
 ¿Regular? ..... 3  
 ¿Mala? ..... 4  
 ¿Muy mala?..... 5  
 NO SABE/NO RESPONDE ..... 6

**2. ¿SUS INGRESOS LE ALCANZAN PARA PODER VIVIR (considerando alimentos, vestido, calzado, salud, educación, transporte, etc.):**

Sí, de sobra? ..... 1  
 Sí, con las justas? ..... 2  
 No, le alcanza para vivir?.. ..... 3  
 NO SABE/NO RESPONDE ..... 4  
 NO TIENE INGRESOS..... 5 → **PASE A 4**

**3. ¿CUÁNTO DE SUS INGRESOS APORTA USTED PARA LOS GASTOS DEL HOGAR, DONDE VIVE:**

Todo?..... 1  
 Casi todo?..... 2  
 Más de la mitad? ..... 3  
 La mitad? ..... 4  
 Menos de la mitad? ..... 5  
 Poco?..... 6  
 NO APORTA..... 7  
 NO TIENE INGRESOS..... 8

**4. ¿CONSIDERA USTED QUE:**

	Siempre?	A veces?	Muy poco?	Nunca?
1. Ayuda a la economía familiar	1	2	3	4
2. Ayuda en las labores de mantenimiento del hogar (limpiar, cocinar, etc.)	1	2	3	4
3. Ayuda en el cuidado de los niños/as	1	2	3	4
4. Ayuda con sus consejos y experiencia	1	2	3	4
5. Es una carga para la familia	1	2	3	4

Persona N°   **1100A. CONOCIMIENTO Y PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA NACIONAL PENSIÓN 65**

**5. ¿CONOCE USTED SOBRE EL PROGRAMA NACIONAL PENSIÓN 65?**

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

**6. ¿QUÉ AYUDA RECIBEN LAS PERSONAS BENEFICIARIAS DEL PROGRAMA NACIONAL PENSIÓN 65? (Acepte una o más alternativas)**

Dinero ..... 1  
 Alimentos ..... 2  
 Servicios / atención de salud..... 3  
 Otro \_\_\_\_\_ 4  
 (Especifique)

NO SABE/NO RESPONDE ..... 5

**7. ¿A QUÉ PERSONAS BENEFICIA EL PROGRAMA NACIONAL PENSIÓN 65? (Acepte una o más alternativas)**

Adultos a partir de 65 años..... 1  
 Adultos muy pobres..... 2  
 Adulto sin pensión ..... 3  
 Adulto sin apoyo de hijos y/o familiares ..... 4  
 Otro? \_\_\_\_\_ 5  
 (Especifique)

**8. ¿CUÁL ES SU OPINIÓN SOBRE EL PROGRAMA NACIONAL PENSIÓN 65, EN LOS SIGUIENTES ASPECTOS:**

	Muy bueno?	Bueno?	Malo?	Muy Malo?	No Sabe / No Opina
1. La selección de los beneficiarios es .....	1	2	3	4	5
2. La cantidad de dinero que se entrega es.....	1	2	3	4	5
3. El lugar donde se entrega el dinero es.....	1	2	3	4	5
4. La información sobre los lugares y fechas de cobro de dinero es..	1	2	3	4	5

**OBSERVACIONES**

8A. ¿USTED ES BENEFICIARIO DEL PROGRAMA NACIONAL PENSIÓN 65?

Sí..... 1

No ..... 2 → **PASE A 11**

8B. ¿DESDE CUÁNDO ES USTED BENEFICIARIO DEL PROGRAMA PENSIÓN 65?

Mes	Año

No sabe..... 1

8C. EN EL ÚLTIMO PAGO, ¿CUÁNTO DINERO RECIBIÓ COMO APOYO DEL PROGRAMA PENSIÓN 65?

Monto S/.

NO COBRÓ..... 1

NO SABE..... 2

8D. GENERALMENTE, ¿QUIÉN RECOGE EL DINERO QUE LE ENTREGA EL PROGRAMA PENSIÓN 65?

El mismo usuario..... 1

Un integrante del hogar..... 2

Otra persona que no forma parte del hogar..... 3

8E. ¿Cuánto le entregó?

8G. ¿EN QUÉ HA GASTADO EL ÚLTIMO MONTO RECIBIDO DE PARTE DEL PROGRAMA PENSIÓN 65?

(Acepte una o más alternativas)

Alimentos..... 1

Medicinas ..... 2

Vitaminas o suplementos..... 3

Gastos del hogar ..... 4

Compra de ropa y zapatos ..... 5

Consultas médicas ..... 6

Compra de productos de aseo personal . 7

Regalos ..... 8

Ahorro ..... 9

Pago de servicios de la vivienda ..... 10

Compra de semillas, fertilizantes o animales de corral ..... 11

Otro..... 12

8H. PRINCIPALMENTE, ¿QUIÉN DECIDIÓ CÓMO DEBÍA GASTARSE EL ÚLTIMO MONTO RECIBIDO DE PARTE DEL PROGRAMA PENSIÓN 65?

El mismo usuario ..... 1

Una persona del mismo hogar..... 2

Una persona de otro hogar..... 3

Nombre	Relación de parentesco	Sexo	
	Código	Hombre	Mujer
		1	2

Relación de parentesco		
Esposa(o)..... 1	Hermano(a) ..... 5	Trabaj. Hogar ..... 9
Hijo(a)..... 2	Padre/Madre..... 6	Pensionista ..... 10
Nieto(a)..... 3	Suegro(a) ..... 7	Otro no pariente ..... 11
Yerno/Nuera..... 4	Otro pariente ..... 8	

8F. ¿EN QUIÉN HA GASTADO PRINCIPALMENTE, EL APOYO RECIBIDO DE PARTE DEL PROGRAMA PENSIÓN 65?

En sí mismo ..... 1

En un familiar miembro del hogar ..... 2

En otro familiar/persona que no forma parte del hogar ..... 3

8I. DESDE QUE RECIBE APOYO DEL PROGRAMA PENSIÓN 65, ¿CÓMO SE SIENTE RESPECTO A:

	¿Mejor que antes?	¿Igual que antes?	¿Peor que antes?
1. Su alimentación?	1	2	3
2. Su salud?	1	2	3
3. La relación con sus familiares?	1	2	3
4. La relación con otros miembros de la comunidad?	1	2	3

OBSERVACIONES

**ACCESO Y CONOCIMIENTO DEL SERVICIO BANCARIO**

11. ¿TIENE USTED UNA CUENTA DE AHORRO O CUENTA CORRIENTE EN ALGÚN BANCO U OTRA INSTITUCIÓN FINANCIERA (CAJA MUNICIPAL DE AHORRO Y CRÉDITO, CAJA RURAL DE AHORRO Y CRÉDITO)?

- Sí..... 1
- No ..... 2
- NO SABE / NO RESPONDE ..... 3

**PASE A 13**

12. ¿ESTARÍA DISPUESTO A QUE UNA PERSONA DE SU CONFIANZA ADMINISTRE SU CUENTA BANCARIA (POR EJEMPLO: RETIRAR DINERO O REALIZAR TRANSFERENCIAS POR USTED)?

- Sí..... 1
- No ..... 2
- NO SABE / NO RESPONDE ..... 3

13. ¿CON QUÉ FRECUENCIA ACUDE UD. A ALGÚN BANCO, AGENCIA BANCARIA O INSTITUCIÓN FINANCIERA (CAJA MUNICIPAL, CAJA RURAL, ETC.)?

**CÓDIGO**

NUNCA ACUDIÓ..... 1

**FRECUENCIA:**

Diario ..... 1	Mensual ..... 4	Semestral ..... 7
Semanal ..... 2	Bimestral ..... 5	Anual ..... 8
Quincenal ..... 3	Trimestral ..... 6	Más de un año ..... 9

14. ¿NECESITA O NECESITARÍA COMPAÑÍA PARA ACUDIR A ALGUNA AGENCIA BANCARIA O INSTITUCIÓN FINANCIERA (BANCO, CAJA MUNICIPAL, CAJA RURAL, ETC.)?

- Sí..... 1
- No ..... 2

**PASE A 16**

15. ¿GENERALMENTE LO ACOMPAÑA O PODRÍA ACOMPAÑARLO(A) UN:

- Familiar? ..... 1
- Cuidador? ..... 2
- Vecino? ..... 3
- Otro? ..... 4  
(Especifique)

16. ¿CUÁNTO TIEMPO SE DEMORA UD. EN LLEGAR A LA AGENCIA DEL BANCO DE LA NACIÓN O PUNTO DE PAGO MÁS CERCANO A SU CASA:

Menos de 24 horas? .... 1 → **16A. N° de horas**

(Si es menor a una hora anote 00)

(Horas)

- Más de 24 horas? ..... 2
- NO SABE / NO RESPONDE ..... 3
- NO ACUDE ..... 4

17A. ¿CUÁNTO GASTA UD. EN LLEGAR A LA AGENCIA DEL BANCO DE LA NACIÓN O PUNTO DE PAGO MÁS CERCANO A SU CASA:

Menos de 50 Nuevos Soles?... 1 → **17B. Total Sí.**

(Si es menor a un nuevo sol, anote 00)

(Nuevos soles)

- Más de 50 Nuevos Soles?..... 2
- NO SABE / NO RESPONDE... 3
- NO ACUDE..... 4

18A. ¿CON QUÉ MEDIO DE TRANSPORTE VIAJA UD. PARA LLEGAR A LA AGENCIA DEL BANCO DE LA NACIÓN O PUNTO DE PAGO MÁS CERCANO A SU CASA:

(Acepte una o más alternativas)

- A pie o caminando?..... 1
- A lomo de bestia y/o cabalgando? ..... 2
- Colectivo/Microbus/Coaster/Camión? ..... 3
- Bicicleta/Mototaxi/Motocicleta? ..... 4
- Otro? ..... 5  
(Especifique)

NO ACUDE..... 6

19. ¿HA ENTREGADO UD. ALGUNA VEZ UN PODER (CARTA PODER) PARA QUE OTRA PERSONA REALICE ALGÚN TRÁMITE POR USTED?

- Sí ..... 1
- No ..... 2
- NO SABE / NO RESPONDE ..... 3

**ETNICIDAD**

20. POR SUS ANTEPASADOS Y DE ACUERDO A SUS COSTUMBRES, ¿USTED SE CONSIDERA:

- Quechua? ..... 1
- Aymara? ..... 2
- Nativo o Indígena de la Amazonía? ..... 3
- Negro/ Mulato/Zambo/Afro peruano? ..... 4
- Blanco? ..... 5
- Mestizo? ..... 6

Otro? ..... 7  
(Especifique)

NO SABE / NO RESPONDE ..... 8

21. ¿USTED PERTENECE O SE CONSIDERA PARTE DE UN PUEBLO INDÍGENA?

Sí ..... 1

No ..... 2

NO SABE/NO RESPONDE ..... 3

**CONCLUYA EL CAPÍTULO**

22. ¿A QUÉ PUEBLO INDÍGENA PERTENECE?

.....  
(Especifique)

Sr(a). Ahora vamos a hablar sobre las tareas que usted realizó o ayudó a realizar en su hogar o fuera de él la semana pasada.

(1) LA SEMANA PASADA, DEL LUNES..... AL DOMINGO..... ¿USTED REALIZÓ/AYUDÓ A REALIZAR, ALGUNA DE LAS TAREAS SIGUIENTES COMO:	PASE A LA SGTE. LÍNEA		(2) ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ A ..... DE <u>LUNES A VIERNES</u> ? (Tarea)			(3) ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ A ..... DE <u>SÁBADO A DOMINGO</u> ? (Tarea)		
	Sí	No	N° Total de Horas		No realizó la tarea	N° Total de Horas		No realizó la tarea
			Horas.	Minutos		Horas.	Minutos	
A. ACTIVIDADES CULINARIAS?	1	2			1			1
B. ASEO DE LA VIVIENDA?	1	2			1			1
C. CUIDADO Y CONFECCIÓN DE ROPA?	1	2			1			1
D. CUIDADO DE BEBÉS, NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES? <i>(Verifique capítulo 200, si hay registrados miembros del hogar de 0 a 17 años de edad, realice el sondeo para no omitir información)</i>	1	2			1			1
E. ADMINISTRACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE SU HOGAR <i>(Llevar las cuentas, distribuir el presupuesto, cobrar subsidio de Juntos u otros, llevar a bebé o niño(a) a guardería, cuna más, wawawasi, etc.)?</i>	1	2			1			1
F. COMPARTIR TIEMPO CON OTROS MIEMBROS DE SU HOGAR <i>(Conversar, oír música, ver TV, etc.) Y/O ASISTIR A ACTIVIDADES RECREATIVAS, FAMILIARES O SOCIALES?</i>	1	2			1			1
G. USAR SU TIEMPO LIBRE <i>(Ver TV., leer por distracción, pasear, descansar sin hacer nada, hacer deporte o ejercicios, conversar con amigos, dibujar, pintar, bailar u otras actividades artísticas)?</i>	1	2			1			1
H. CUIDADO DE HUERTOS Y ANIMALES DEL HOGAR (Actividad No Económica)?	1	2			1			1
I. TRABAJO VOLUNTARIO PARA ORGANIZACIONES O INSTITUCIONES <i>(Cocinar por turnos en comedor popular, club de madres, vaso de leche, realizar labores para la iglesia, faenas comunales o vecinales, participar en asambleas, sindicato o grupo político, etc.)?</i>	1	2			1			1
J. OTRAS TAREAS <i>(Asistir a charlas de escuela de padres, ayudar en las tareas escolares, reparación y/o mantenimiento de su vivienda, acompañar al puesto de salud; ir al curandero, etc.)?</i> _____ <i>(Especifique)</i>	1	2			1			1
K. OTRAS TAREAS? _____ <i>(Especifique)</i>	1	2			1			1



1. SR(A)....., TIENE HIJOS(AS) QUE VIVE(N) FUERA DE ESTE HOGAR?

Sí..... 1

No ..... 2

↓  
Pase al Capítulo siguiente

25

(2) N° DE ORD.	(3) ¿CUÁL ES EL NOMBRE Y APELLIDOS DE CADA UNO DE SUS HIJOS QUE VIVEN FUERA DE ESTE HOGAR?		(4) SEXO		(5) ¿QUÉ EDAD TIENE EN AÑOS CUMPLIDOS?	(6) ¿CUÁL ES EL ÚLTIMO AÑO O GRADO DE ESTUDIOS Y NIVEL QUE APROBÓ?	(7) ¿CUÁL ES EL LUGAR DE RESIDENCIA?	
	NOMBRE	APELLIDOS	HOMBRE	MUJER	AÑOS	CÓDIGO	OTRO DISTRITO	DEPARTAMENTO / PAÍS
1			1	2			1	
2			1	2			1	
3			1	2			1	
4			1	2			1	
5			1	2			1	
6			1	2			1	
7			1	2			1	
8			1	2			1	
9			1	2			1	

- Sin nivel..... 1*  
*Educación inicial.... 2*  
*Primaria ..... 3*  
*Secundaria ..... 4*  
*Sup. No univ ..... 5*  
*Sup. Univ ..... 6*  
*Post grado ..... 7*

Aquí en este distrito

  
↓

**OBSERVACIONES**

OBSERVACIONES



# ENCUESTA DE SALUD Y BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR 2015 EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA Y BIOLÓGICA DEL ADULTO MAYOR



## CUESTIONARIO CONFIDENCIAL

AMPARADO POR EL DECRETO LEGISLATIVO N° 604  
Y POR EL DECRETO SUPREMO 043-2001-PCM: SECRETO ESTADÍSTICO

ALTITUD	
(msnm)	

<b>ESBAM.04</b>
Contiene: Evaluación Antropométrica y Biológica del Adulto Mayor

CONGLOMERADO N°	N° DE SELECCIÓN DE LA VIVIENDA

CUESTIONARIO N°	Cuestionario Adicional
	1

### UBICACIÓN GEOGRÁFICA

1. DEPARTAMENTO	
2. PROVINCIA	
3. DISTRITO	
4. CENTRO POBLADO	

### UBICACIÓN MUESTRAL

5. ZONA N°		9. TOTAL DE HOGARES QUE OCUPAN LA VIVIENDA	
6. MANZANA N°		10. HOGAR N°	/
7. AER N°			
8. VIVIENDA N°			

12. NOMBRE Y APELLIDOS DEL ADULTO MAYOR:	
--	--

### 13. ENTREVISTA Y SUPERVISIÓN

VISITA	ENCUESTADOR/A					SUPERVISOR/A LOCAL				
	FECHA	HORA		PRÓXIMA VISITA		RESULTADO DE LA VISITA (*)	FECHA	HORA		RESULTADO DE LA VISITA (*)
		DE	A	FECHA	HORA			DE	A	
Primera										
Segunda										
Tercera										
Cuarta										
Quinta										
Sexta										

### 14. RESULTADO FINAL DE LA EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA Y BIOLÓGICA

FECHA	
RESULTADO	

(*) CÓDIGOS DE RESULTADO	
1. COMPLETA	4. AUSENTE
2. INCOMPLETA	5. OTRO _____
3. RECHAZO	(Especifique)

### 15. EXÁMENES REALIZADOS

PRESIÓN ARTERIAL	PESO	PERÍMETRO ABDOMINAL	EXTENSIÓN DE BRAZOS	PERÍMETRO BRAQUIAL	PANTORRILLA	HEMOGLOBINA
1	2	3	4	5	6	7

### OBSERVACIONES


# 1600. EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA Y BIOLÓGICA

<b>Persona N°</b>	<b>Nombre:</b>	<b>Edad:</b>
-------------------	----------------	--------------

## CONTROL DEL ANTROPOMETRISTA

### 1. FECHA DE LA EVALUACIÓN

Día	Mes	Año

### 1B. N° DE VISITAS

--

## PRESIÓN ARTERIAL

### 2. SR(A).....NECESITO QUE UD. ESTÉ LO MÁS RELAJADO POSIBLE PARA PODER REALIZAR LA MEDICIÓN DE SU PRESIÓN ARTERIAL.

<b>Sistólica</b>	//	<b>Diastólica</b>

### 2A. HORA DE INICIO

Hora	Minutos

NO SE TOMÓ LA MEDICIÓN ..... 1

### 4. SR(A)....., A CONTINUACIÓN VOY A PESARLO Y PARA ELLO NECESITO QUE SE quite LA ROPA MÁS PESADA, COMO LA CASACA, PONCHO, CHOMPA, ZAPATOS, ETC; Y, PERMANEZCA QUIETO SOBRE LA BALANZA CON LAS MANOS PEGADAS AL CUERPO.

PESO BRUTO (Kg.)	
Entero	Decimal

### 4A. HORA DE INICIO

Hora	Minutos

NO SE PESÓ..... 1

### 5. SR(A)....., AHORA LE VOY A REALIZAR MEDICIONES DEL PERÍMETRO ABDOMINAL, EXTENSIÓN BRAZOS, PERÍMETRO BRAQUIAL Y PERÍMETRO DE PANTORRILLA.

MEDICIÓN (Centímetros)	5A. HUBO PROBLEMA FÍSICO EN EL ADULTO MAYOR QUE IMPIDIÓ O DIFICULTÓ LA MEDICIÓN (Especificar)			5B. HORA DE INICIO	
	ENTERO	DECI-MAL	NO SE MIDIÓ	HORA	MINU-TOS
1. <i>Perímetro abdominal</i>			1		
2. <i>Extensión brazos</i>			1		
3. <i>Perímetro braquial</i>			1		
4. <i>Perímetro pantorrilla</i>			1		

OBSERVACIONES	

**TOMA DE MUESTRAS DE SANGRE**

**HEMOGLOBINA**

6. SR(A)....., A CONTINUACIÓN LE HARÉ UN PIQUETE EN EL DEDO PARA CONOCER SU NIVEL DE HEMOGLOBINA EN LA SANGRE.

Hemoglobina (g/dl)	
Entero	Decimal

**6A. HORA DE INICIO**

Hora	Minutos

NO SE TOMÓ LA MUESTRA.....1  
NO SE OBTUVO MUESTRA SUFICIENTE.....2

OBSERVACIONES	