Centro UC
Encuestas y Estudios
Longitudinales

# Termómetro de la Salud Mental ACHS-UC

## Décima Ronda
## Noviembre 2024

# INDICE


| | |
|---|---|
| **Módulo A.** Composición del Hogar | **3** |
| **Módulo B.** Educación | **7** |
| **Módulo C.** Empleo | **8** |
| **Módulo D.** Ingresos | **13** |
| **Módulo E.** Salud Mental | **16** |
| **Módulo F.** Otros Temas | **28** |

# Módulo A. Composición del Hogar

**Este módulo lo contestan todos los(as) entrevistados(as), respecto a cada uno de los integrantes del hogar.**

**a1. Por favor, ¿podría indicarme los nombres de las personas que viven habitualmente en este hogar?**

*Encuestador:*
- *Empiece por el jefe de hogar.*
- *Escriba el nombre de pila de todas las personas del hogar.*
- *No se olvide de incluir a las guaguas, niños pequeños y adultos mayores.*

**a2. Sexo.**

1. Hombre
2. Mujer

**a3. Edad (en años cumplidos).**

*Selección aleatoria del integrante del hogar a ser entrevistado.*
*Sigue adelante solo con el miembro del hogar seleccionado. Si no es posible realizar la encuesta a esta persona se cierra la entrevista y se reintenta posteriormente.*
*Se sigue con el(la) entrevistado(a) seleccionado(a)*

| | a1 | a2 | a3 |
|---|---|---|---|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |

**a4. ¿Qué relación tiene *[NOMBRE]* con Ud. (Entrevistado)?**

1. Entrevistado
2. Cónyuge o pareja
3. Hijo(a)
4. Padre o madre
5. Suegro(a)
6. Yerno o nuera
7. Nieto(a)
8. Hermano(a)
9. Cuñado(a)
10. Otro familiar
11. Otro no familiar
12. S. Doméstico P. Adentro

**a5. ¿Quién es el Jefe de Hogar?**

**Ante-pregunta a6: Personas de 15 o más años (a3 > 14), si no → pase a a7**

**a6. ¿Cuál es el estado civil o conyugal actual de *[NOMBRE]*?**

1. Casado(a)
2. Conviviente o pareja
3. Anulado(a)
4. Separado(a)
5. Divorciado(a)
6. Viudo(a)
7. Soltero(a)

**a7. ¿Cuál es la nacionalidad de [NOMBRE]?**

1. Chilena (exclusivamente) → ***Pase a a11a***
2. Chilena y otra (doble nacionalidad)
3. Otra nacionalidad (extranjeros)

**a8. Cuando nació *[NOMBRE]*, ¿en qué país vivía su madre?**

1. Perú
2. Haití
3. Colombia
4. Venezuela
5. Ecuador
6. Bolivia
7. Argentina
8. Otro. Especifique:

| | a4 | a5 | a6 | a7 | a8 | a8_Especifique |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |

**a9. ¿En qué año llegó [NOMBRE] a Chile?**

1. Ingrese año: → *Pase a a11a*
2. No sabe o No se acuerda

**a10. Aproximadamente, ¿entre qué años llegó a Chile?**

1. Año 1989 o antes
2. Entre 1990 y 1999
3. Entre 2000 y 2004
4. Entre 2005 y 2009
5. Entre 2010 y 2014
6. Entre 2015 y 2016
7. Entre 2017 y 2018
8. Año 2019 o después
9. No sabe

**a11a. ¿Alguno de los miembros del hogar es una persona con discapacidad?**

1. Sí
2. No → *Pase a a12*

**a11b. ¿Qué condiciones o alteraciones presenta *[NOMBRE]*?**

*No lea alternativas. Registre todas las que mencione.*

1. Dificultad física y/o motora
2. Ceguera o alteraciones de la visión
3. Sordera o alteraciones de la audición
4. Discapacidad intelectual (o retardo mental)
5. Trastorno del espectro autista (incluye Asperger)
6. Trastorno del aprendizaje
7. Trastorno del lenguaje
8. Demencia
9. Alteración psiquiátrica (esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad, depresión, trastorno de personalidad, adicciones)
10. Alteración genética (Síndrome de Down u otros)
11. Otra

| | a9 | a10 | a11a | a11b |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

**a12. En Chile, la ley reconoce diez pueblos indígenas. ¿Pertenece o es descendiente de alguno de ellos usted o alguno de los miembros de su hogar?**

1. Sí *[Se marcan los miembros del hogar que correspondan]*
2. No → ***Pase a Módulo B***

**a12b. Indique el pueblo indígena al que pertenece o es descendiente:**

1. Aimara
2. Rapa-Nui o Pascuenses
3. Quechua
4. Mapuche
5. Atacameño (Likan-Antai)
6. Collas
7. Kawashkar o Alacalufes
8. Yámana o Yagán
9. Diaguita
10. Chango
11. No pertenece a ninguno de estos pueblos indígenas.

| | a12 | a12b |
|---|---|---|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |

# Módulo B. Educación

**Este módulo lo contestan todos los(as) entrevistados(as) respecto a cada uno de los integrantes del hogar.**

**b1. Actualmente, *[NOMBRE]* ¿está matriculado o asiste a algún establecimiento educacional desde sala cuna o jardín infantil hasta educación superior?**

1. Sí
2. No → *Pase a b4a*

**b2. La semana pasada ¿asistió a clases presenciales al establecimiento educacional?**

1. Sí
2. No

**b4a. ¿Cuál es el nivel más alto alcanzado o el nivel educacional actual?**

*Lea alternativas.*

1. Nunca asistió
2. Preescolar
3. Especial (Diferencial)

→ *Pase a Módulo C*

4. Básica
5. Media Científico-Humanista
6. Media Técnica. Profesional
7. Superior Técnica (en CFT o I. Profesional)
8. Superior Universitaria (Pregrado)
9. Post-grado
10. NS/NR → *Pase a Módulo C*

**Antepregunta b5: Solo quienes contestaron Postgrado (b4a = 9); si no → pase a Módulo C.**

**b4b. En ese nivel educacional, ¿cuál fue el último curso que aprobó (para los que no están estudiando), o qué cursa actualmente (para los que están estudiando)?**

Curso:

**b5. ¿Cuántos años duró su carrera de pregrado?**

años:

| | b1 | b2 | b4a | b4b | b5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |

# Módulo C. Empleo

**Este módulo lo contesta solo el(la) entrevistado(a) de 15 años o más (a3 > 14), seleccionado aleatoriamente. En caso contrario → pase a d8.**

**c1. Durante la semana pasada, ¿trabajó al menos una hora, sin considerar los quehaceres del hogar?**

1. Sí → *Pase a c8*
2. No

**c2. Aunque no trabajó la semana pasada, ¿realizó alguna actividad por lo menos durante alguna hora:**

- … **por un salario o remuneración?**
- … **en su empresa o negocio?**
- … **para la empresa o negocio de un familiar (con o sin remuneración)?**
- … **por pago en especies?**
- … **como aprendiz o realizando una práctica remunerada?**
- … **de venta, sin incluir los bienes del hogar?**
- … **agrícola, minera o artesanal para la venta?**
- … **para empresas de transporte o reparto de encargos o comidas?**

1. Sí → *Pase a c8*
2. No

**c3. Aunque no trabajó la semana pasada, ¿tenía algún empleo, negocio u otra actividad del cual estuvo ausente temporalmente por:**

1. Sí, por suspensión temporal de su contrato laboral por COVID-19
2. Sí, por licencia médica por COVID-19
3. Sí, por permiso de su empleador por cuarentena u otra razón
4. Sí, por licencia médica por otra enfermedad
5. Sí, por permiso pre o post-natal
6. Sí, por huelga
7. Sí, por enfermedad
8. Sí, por vacaciones
9. Sí, por otra razón. Especifique:
10. No

→ *Pase a c8*

c3_9

**c4. ¿Ha trabajado alguna vez?**

1. Sí
2. No

**c5. ¿Buscó trabajo remunerado o realizó alguna gestión para iniciar una actividad por cuenta propia, emprendimiento, negocio o empresa, durante las últimas cuatro semanas?**

1. Sí → *Pase a c31*
2. No

**c6. ¿Cuál es la razón principal por la que no buscó trabajo o realizó alguna gestión para iniciar una actividad por cuenta propia en las últimas cuatro semanas?**

1. Está dedicado(a) a los quehaceres del hogar
2. Está dedicado(a) al cuidado de menores
3. Está dedicado(a) al cuidado de algún adulto mayor o enfermo
4. Está estudiando
5. Está inválido(a) o tiene alguna enfermedad crónica
6. Está jubilado(a) o tiene alguna pensión
7. Es menor de edad o de edad avanzada
8. Otra razón. Especifique:

c6_8

→ *Pase a d7*

## OCUPADOS:

**c8. ¿Cuál es su ocupación u oficio o qué hace Ud. en su trabajo principal?**

*Encuestador: Describa el nombre completo del empleo o indique detalles del trabajo que hace la persona.*

**c9. ¿Desde qué fecha tiene su trabajo o negocio principal?**

| | |
|---|---|
| Mes: | |
| Año: | |

**c10. En su trabajo o negocio principal, Ud. trabaja como:**

1. Patrón o empleador
2. Trabajador por cuenta propia
3. Empleado u obrero del sector público
4. Empleado u obrero de empresa pública
5. Empleado u obrero del sector privado
6. Servicio doméstico P. Adentro
7. Servicio doméstico P. Afuera
8. FF.AA. y de Orden
9. Familiar no remunerado

**Ante-pregunta c11: Solo a Ocupado(a) Dependiente o Asalariado(a) (c10 = 3, 4, 5, 6 ó 7), si no → pase a c12.**

**c11. En su trabajo principal, ¿tiene contrato de trabajo escrito?**

1. Sí, tiene contrato firmado
2. Sí, tiene contrato, pero no ha firmado
3. No tiene contrato escrito
4. No sabe o no se acuerda si firmó contrato

**c12. ¿A qué se dedica o qué hace el negocio, empresa o institución donde trabaja?**

*Encuestador:*
- *Describa la actividad a que se dedica la empresa, negocio o institución en que la persona trabaja.*
- *En caso que la empresa o institución tenga múltiples establecimientos y actividades, describa la actividad principal del establecimiento en que trabaja la persona.*

**c13. ¿Cuántas personas trabajan en total en el negocio, empresa o institución donde trabaja?**

*Lea alternativas*

1. Sólo 1 persona
2. De 2 a 5 personas
3. De 6 a 9 personas
4. De 10 a 49 personas
5. De 50 a 199 personas
6. 200 o más personas
7. No sabe

**c13a. En su negocio, empresa o institución donde trabaja, ¿tiene algún cargo de jefatura o gerencia?**

1. Sí
2. No → *Pasa a c14a*

**c13b. ¿Cuántas personas aproximadamente tiene a su cargo de manera directa o indirecta?**

Nº:

**c14a. ¿Cuántas horas y días trabajó durante la semana pasada en su trabajo principal, ya sea en su casa, por teletrabajo, o en su lugar de trabajo habitual?**

*Encuestador: Si encuestado indica NS/NR, anote 999 en Horas y 9 en Días.*

Total de horas trabajadas en la semana: ☐☐☐

Total de días trabajados en la semana: ☐

**c14b. Del total de horas trabajadas la semana pasada, ¿cuántas realizó bajo la modalidad de teletrabajo desde su casa?**

*Encuestador: Si encuestado indica NS/NR, anote 999.*

N° de horas en la semana: ☐☐☐

Si c14b=0 → ***Pase a c18 o módulo D según corresponda***

**c14d. ¿Cuán satisfecho está con su actual modalidad de trabajo que incluye horas de teletrabajo? Utilice una escala de 0 a 10 donde 0 es muy insatisfecho y 10 es muy satisfecho.**

Escala: _____( 0 a 10) ☐☐

**c14e. ¿Tiene programado volver a trabajar de manera 100% presencial en los próximos 12 meses?**

1. Sí.
2. No → ***Pasa a c14g***

☐

**c14f. ¿Cuán de acuerdo está con volver a trabajar 100% presencial? Responda indicando si está muy en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo o muy de acuerdo.**

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

☐

**Antepregunta c14g, c14h, c14i, c14j, c14k y c14k: Solo a ocupado(a) dependiente o asalariado(a) (c10=3,4,5,6,7 u 8)**

**c14g. En su trabajo, ¿Dispone de un periodo diario de desconexión asegurado de al menos 12 horas continuas, en los que no está obligado a responder comunicaciones, órdenes o requerimientos y en el que no es contactado por la empresa (llamadas telefónicas, WhatsApp, correo electrónico u otros medios)?**

1. Sí
2. No

☐

**c14h. En su trabajo, ¿Cuenta con información respecto a los objetivos o metas asociadas a sus labores y recibe retroalimentación oportuna respecto a estas?**

1. Sí
2. No

☐

**c14i. En su trabajo, ¿Existen instancias establecidas de interacción y apoyo con compañeros(as) de trabajo?**

1. Sí
2. No

☐

**c14j. En su trabajo, ¿Puede comunicarse de manera expedita y fácil con su jefatura directa durante la jornada laboral?**

1. Sí
2. No

**Antepregunta c14l, c14m: Solo a ocupado(a) empleador o trabajador(a) por cuenta propia (c10=1 ó 2)**

**c14l. ¿Dispone de un periodo diario de desconexión asegurado de al menos 12 horas continuas, en los que no responde comunicaciones, órdenes o requerimientos?**

1. Sí
2. No

**CESANTE:**

**Antepregunta c31: Solo a Entrevistado(a) Cesante (c4 = 1). (En caso contrario → pase a d7).**

**c31. ¿En qué fecha perdió o dejó su último trabajo?**

*Indique mes y año*

| | |
|---|---|
| Mes: | |
| Año: | |

**c32. ¿Cuál era su ocupación u oficio o qué hacía Ud. en su último trabajo?**

*Encuestador: Describa el nombre completo del empleo o indique detalles del trabajo que hacía la persona.*

**c34. En su último trabajo o negocio, Ud. trabajaba como:**

1. Patrón o empleador
2. Trabajador por cuenta propia
3. Empleado u obrero del sector público
4. Empleado u obrero de empresa pública
5. Empleado u obrero del sector privado
6. Servicio doméstico P. Adentro
7. Servicio doméstico P. Afuera
8. FF.AA. y de Orden
9. Familiar no remunerado

**Ante-pregunta c35: Solo a desocupados(as) asalariados(as) (c34 = 3, 4, 5, 6 ó 7). En caso contrario, → pase a c36.**

**c35. En su último trabajo, ¿tenía contrato de trabajo escrito?**

1. Sí, tenía contrato firmado
2. Sí, tenía contrato, pero no firmado
3. No tenía contrato escrito
4. No sabe o no se acuerda si firmó contrato

**c36. ¿A qué se dedicaba o qué hacía el negocio, empresa o institución donde trabajó por última vez?**

*Encuestador:*
- *Describa la actividad a que se dedica la empresa, negocio o institución en que la persona trabajaba.*
- *En caso que la empresa o institución tenía múltiples establecimientos y actividades, describa la actividad principal del establecimiento en que trabajaba la persona.*

**c37. ¿Cuántas personas trabajaban en total en el negocio, empresa o institución donde trabajó por última vez?**

*Lea alternativas.*

1. Sólo 1 persona
2. De 2 a 5 personas
3. De 6 a 9 personas
4. De 10 a 49 personas
5. De 50 a 199 personas
6. 200 o más personas
7. No sabe

# Módulo D. Ingresos

## Solo a Entrevistado(a)

**Ante-pregunta d1: Solo a Trabajador Dependiente o Asalariado (c10 = 3, 4, 5, 6, 7 u 8), si no → pase d5.**

**d1. En el mes anterior, ¿cuál fue su sueldo o salario líquido recibido por su trabajo asalariado? INCLUYA: asignaciones familiares, horas extras, bonificaciones, gratificaciones, aguinaldos, propinas y otros beneficios y EXCLUYA: descuentos legales por sistema previsional, de salud e impuestos a las remuneraciones.**

1. Indique monto: $
2. No recibió sueldo o salario
3. NS/NR

Monto

**d2. En el mes anterior, ¿cuál fue el monto líquido recibido en especies o regalías provenientes de su(s) trabajo(s) asalariado(s)? INCLUYA: casa cedida, alimentos, productos u otros bienes o servicios otorgados por su empleador principal.**

1. Indique monto: $
2. No recibió especies o regalías
3. NS/NR

Monto

**Ante-pregunta d5: Solo a Trabajador(a) Independiente (c10 = 1 o 2), si no → pase a d7.**

**d5. En el mes anterior, ¿cuál fue el total de ingresos obtenidos por actividades independientes, tales como, agrícolas, industriales, comerciales y/o profesionales?**

1. Indique monto: $
2. No recibió ingresos
3. NS/NR

Monto

**d7. En el mes anterior, ¿recibió ingresos por:**

| | Indique monto $ |
|---|---|
| 1. Seguro de Cesantía | |
| 2. Indemnización por Despido | |
| 3. Devolución de Impuestos | |
| 4. Trabajos ocasionales o pololos | |
| 5. Sueldo o salario del trabajo anterior | |
| 6. Ingresos del trabajo anterior | |

**d8. En el mes anterior, ¿recibió ingresos por:**

| | Indique monto $ |
|---|---|
| 1. Arriendo de propiedades | |
| 2. Arriendo de maquinaria/ animales | |
| 3. Intereses por depósitos | |
| 4. Dividendos por acciones o bonos | |
| 5. Retiro de utilidades de empresas | |

**d9. En el mes anterior, ¿recibió ingresos por:**

| | Indique monto $ |
|---|---|
| 1. Jubilación o pensión de vejez | |
| 2. Jubilación o pensión de invalidez | |
| 3. Montepío o pensión de viudez | |
| 4. Pensión de orfandad | |
| 5. Pensión Básica Solidaria | |
| 6. Pensión por Leyes Especiales | |

**d10. En el mes anterior, ¿recibió ingresos por:**

| | Indique monto $ |
|---|---|
| 1. Pensión de Alimentos | |
| 2. Aporte de familiares o Amigos | |
| 3. Aporte de Instituciones | |

**d11. En el mes anterior, ¿recibió ingresos por:**

| | Indique monto $ |
|---|---|
| 1. Subsidio Único Familiar (SUF) | |
| 2. Bono de Protección Familiar | |
| 3. Bono Base Familiar (Chile Solidario) | |
| 4. Aporte Familiar Permanente | |
| 5. Subsidio al Empleo Joven | |
| 6. Bono al Trabajo de la Mujer | |
| 7. Bono COVID-19 | |
| 8. Ingreso Mínimo Garantizado | |
| 9. Ingreso Familiar de Emergencia | |
| 10. Bono Clase Media | |
| 11. IFE laboral | |
| 12. Subsidio Protege (a madres trabajadoras para cuidado de hijos menores de 2 años) | |
| 13. Otros subsidios del Estado | |

**d12. Sin considerar los ingresos recibidos en el mes anterior por usted, ¿me podría decir cuál fue el ingreso total recibido el mes pasado por el resto de los miembros de su hogar, ya sea por trabajo, utilidades del negocio u otras actividades comerciales, intereses por depósitos o inversiones, arriendo de propiedades u otros bienes, jubilaciones, pensiones o montepíos, otras ayudas de familiares o amigos o subsidios del Estado?**

| | Indique monto $ |
|---|---|
| 1. Ingresos por trabajo | |
| 2. Utilidades del negocio u otras actividades comerciales | |
| 3. Intereses por depósitos o inversiones | |
| 4. Arriendo de propiedades u otros bienes | |
| 5. Jubilaciones, pensiones o montepío | |
| 6. Ayuda de familiares o amigos | |
| 7. Subsidios del Estado | |
| 8. Otros ingresos | |

# Módulo E. Salud Mental

## Solo a Entrevistado(a)

### Escala GHQ-12

**e1. Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Queremos saber los problemas recientes y actuales, no los del pasado. Para contestar utilice la siguiente escala: Más que lo habitual, Igual que lo habitual, Menos que lo habitual o Mucho menos que lo habitual.**

| | Más que lo habitual | Igual que lo habitual | Menos que lo habitual | Mucho menos que lo habitual |
|---|---|---|---|---|
| a. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace? | | | | |
| b. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño? | | | | |
| c. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida? | | | | |
| d. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones? | | | | |
| e. ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión? | | | | |
| f. ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades? | | | | |
| g. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día? | | | | |
| h. ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas? | | | | |
| i. ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido? | | | | |
| j. ¿Ha perdido confianza en sí mismo? | | | | |
| k. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada? | | | | |
| l. ¿Se siente razonablemente feliz, considerando todas las circunstancias? | | | | |

## Antepregunta e2: Solo a Entrevistado(a) Ocupado(a)

**e2. Ahora nos gustaría saber, en relación a su trabajo, con qué frecuencia se ha sentido:**
**Para contestar utilice la siguiente escala: Nunca o casi nunca, Muy pocas veces, A veces, Muchas veces, Casi siempre o siempre.**

| | Nunca o casi nunca | Muy pocas veces | A veces | Muchas veces | Casi siempre o siempre |
|---|---|---|---|---|---|
| a. En mi trabajo me siento lleno de energía | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| b. Estoy entusiasmado con mi trabajo | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| c. Cuando estoy trabajando me olvido de todo lo que pasa a mi alrededor | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

## Escala Audit-C

**e3a1. ¿Qué tan seguido usted toma alguna bebida alcohólica?**

*Lea alternativas.*

1. Nunca → *Pase a e4a*
2. 1 vez al mes o menos
3. 2 a 4 veces al mes
4. 2 a 3 veces a la semana
5. 4 o más veces a la semana

☐

**e3a2. ¿Cuántos tragos suele tomar usted en un día típico de consumo de alcohol?**

1. Entre 0 y 2
2. Entre 3 y 4
3. Entre 5 y 6
4. Entre 7 y 9
5. 10 o más

☐

**e3a3. ¿Qué tan seguido usted toma 6 o más tragos en una sola ocasión?**

1. Nunca
2. Menos de una vez al mes
3. Mensualmente
4. Semanalmente
5. Todos o casi todos los días

☐

**e4a. Actualmente, ¿consume tabaco?**

1. Sí → *Pase a e4b*
2. No

☐

## Escala

**e5. A continuación, encontrará sentimientos y pensamientos que las personas tenemos con mayor o menos frecuencia. Indique, por favor, si los ha experimentado en los últimos seis meses. Para contestar utilice la siguiente escala: Casi nunca o nunca, Pocas veces, Algunas veces, Muchas veces o Casi siempre.**

| | Casi nunca o nunca | Pocas veces | Algunas veces | Muchas veces | Casi siempre |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Siente que sus tareas laborales requieren excesivo esfuerzo físico y/o mental. | | | | | |
| b. Existe mal ambiente en su área de trabajo. | | | | | |
| c. Los horarios de su actividad laboral le permiten mantener una vida personal acorde a sus deseos e intereses. | | | | | |
| d. Considerando todos los aspectos de su puesto de trabajo, en general, ¿se siente satisfecho? | | | | | |

## Estado de Ánimo

**e6. En comparación con su estado de ánimo anterior a la pandemia de coronavirus, ¿cómo evalúa su estado de ánimo actual?**

1. Mucho peor
2. Peor
3. Igual
4. Mejor
5. Mucho mejor

## Escala de Soledad abreviada de 3 ítemes UCLA (UCLA-R)

**e7. A continuación, ¿me podría responder las siguientes preguntas, utilizando las siguientes categorías de frecuencia: Nunca o casi nunca, Algunas veces o Frecuentemente?**

| | Nunca o casi nunca | Algunas veces | Frecuen-temente |
|---|---|---|---|
| a. ¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía? | | | |
| b. ¿Con qué frecuencia se siente excluido/a, olvidado/a por los demás? | | | |
| c. ¿Con qué frecuencia se siente aislado/a de los demás? | | | |

## Estresores

**e8a. En los últimos 7 días, ¿se ha sentido altamente estresado/a al pensar en la posibilidad que usted o alguien cercano se pudiera contagiar de COVID-19?**

1. Sí
2. No

**e9a. En los últimos 7 días, ¿se ha sentido altamente estresado/a al pensar en que usted o alguien de su hogar pudiera perder su empleo?**

1. Sí
2. No

**e10a. En los últimos 7 días, ¿se ha sentido altamente estresado/a al pensar en su situación económica esperada para los próximos meses?**

1. Sí
2. No

**e11a. En los últimos 7 días, ¿se ha sentido altamente estresado/a al pensar que usted o alguien de su hogar pudiera ser víctima de la delincuencia?**

1. Sí
2. No

**e11b. En los últimos 7 días, ¿se ha sentido altamente estresado/a al pensar en los cambios político-sociales que están sucediendo en el país?**

1. Sí
2. No

**e11c. En los últimos 7 días, ¿se ha sentido altamente estresado/a al pensar en el aumento de crimen organizado y narcotráfico en el país?**

1. Sí
2. No

**e11d. En los últimos 7 días, ¿se ha sentido altamente estresado/a al pensar en los efectos del cambio climático?**

1. Sí
2. No

## Actividad Física

**e12. ¿Cuantos días de la semana pasada salió a caminar o realizar alguna actividad física ligera durante al menos 30 minutos?**

0. Ningún día
1. 1 día
2. 2 días
3. 3 días
4. 4 días
5. 5 días
6. 6 días
7. 7 días

**e13. ¿Cuantos días de la semana pasada realizó ejercicio en su casa o jardín (por ejemplo, yoga, pesas) durante al menos 30 minutos?**

0. Ningún día
1. 1 día
2. 2 días
3. 3 días
4. 4 días
5. 5 días
6. 6 días
7. 7 días

**e14. ¿Cuantos días de la semana pasada realizó alguna actividad física moderada o intensa (actividad que elevó su ritmo cardíaco, aumentó su respiración y temperatura corporal) durante al menos 15 minutos?**

0. Ningún día
1. 1 día
2. 2 días
3. 3 días
4. 4 días
5. 5 días
6. 6 días
7. 7 días

## Índice de severidad del insomnio

**e16. Ahora le voy a hacer algunas preguntas relacionadas con la calidad de su sueño. Pensando en las últimas dos semanas y usando una escala de Nada, Leve, Moderado, Grave o Muy grave, por favor indique el nivel de gravedad de:**

| | Nada | Leve | Moderado | Grave | Muy grave |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Su dificultad para quedarse dormido/a | | | | | |
| b. Su dificultad para permanecer dormido/a | | | | | |
| c. Su problema con despertarse más temprano de lo deseado | | | | | |

**e17. En la actualidad, ¿cuán satisfecho/a está Ud. con la calidad de su sueño?**

*Lea alternativas.*

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral
4. No muy satisfecho
5. Muy insatisfecho

**Preguntas e18,e19 y e20: Solo a quienes contestaron alternativa diferente a "Nada" en preguntas e16a, e16b y e16c.**

**e18. ¿En qué medida considera que su problema de sueño interfiere con su funcionamiento diario (por ejemplo, produce fatiga durante el día, afecta su capacidad para las tareas cotidianas/trabajo, afecta la concentración, memoria o estado de ánimo etc.)?**

*Lea alternativas.*

1. Nada
2. Un poco
3. Algo
4. Mucho
5. Muchísimo

**e19. ¿En qué medida cree que los demás se dan cuenta de que su problema de sueño afecta a su calidad de vida?**

*Lea alternativas.*

1. Nada
2. Un poco
3. Algo
4. Mucho
5. Muchísimo

**e20. ¿Cuán preocupado/a está Ud. por su actual problema de sueño?**

*Lea alternativas.*

1. Nada
2. Un poco
3. Algo
4. Mucho
5. Muchísimo

## Ansiedad: Escala GAD-7

**e21. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le han provocado molestia los siguientes problemas?:**

*Lea cada frase y alternativa.*
*Si dice 1 día, ya es considerado como "varios días".*

**e21_1. Sentirse nervioso/a, angustiado/a o muy tenso/a.**

1. Nunca
2. Varios días
3. Más de la mitad de los días
4. Casi todos los días

**e21_2. Ser incapaz de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación.**

1. Nunca
2. Varios días
3. Más de la mitad de los días
4. Casi todos los días

**e21_3. Preocuparse demasiado por diferentes cuestiones.**

1. Nunca
2. Varios días
3. Más de la mitad de los días
4. Casi todos los días

**e21_4. Tener problemas para relajarse.**

1. Nunca
2. Varios días
3. Más de la mitad de los días
4. Casi todos los días

**e21_5. Estar tan inquieto/a que le resulta difícil permanecer sentado/a**

1. Nunca
2. Varios días
3. Más de la mitad de los días
4. Casi todos los días

**e21_6. Enfadarse o irritarse con facilidad.**

1. Nunca
2. Varios días
3. Más de la mitad de los días
4. Casi todos los días

**e21_7. Sentir miedo de que algo terrible pueda ocurrir.**

1. Nunca
2. Varios días
3. Más de la mitad de los días
4. Casi todos los días

## Escala: PHQ-9

**f15. Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia a usted le han molestado los siguientes problemas?**

*Encuestador: Para cada una de las siguientes alternativas que deberá leer, el encuestado debe responder con qué frecuencia: NUNCA, VARIOS DÍAS, MÁS DE LA MITAD DE LOS DÍAS, CASI TODOS LOS DÍAS.*

| | Nunca | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
|---|---|---|---|---|
| a. Tener poco interés o placer en hacer las cosas | | | | |
| b. Sentirse desanimado(a), deprimido(a) o sin esperanza | | | | |
| c. Con problemas para quedarse o mantenerse dormido(a) o dormir demasiado | | | | |
| d. Sentirse cansado(a) o tener poca energía | | | | |
| e. Tener poco apetito o comer en exceso | | | | |
| f. Sentir falta de amor propio o que sea un fracaso o que se decepcionará a sí mismo o a su familia | | | | |
| g. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer periódico o mirar televisión | | | | |
| h. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente podría darse cuenta de esto, o de lo contrario, está tan agitado(a) o inquieto que se mueve mucho más de lo acostumbrado | | | | |
| i. Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto(a) o de hacerse daño de alguna manera | | | | |

**Pregunta f16: No se aplica a quienes indicaron "Nunca" en todas las preguntas f15a hasta f15i.**

**f16. ¿Cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?**

1. Nada en absoluto
2. Algo difícil
3. Muy difícil
4. Extremadamente difícil

## Salud Mental Basal

**f17. Con anterioridad al mes de marzo de 2020, ¿le había sido diagnosticada alguna de las siguientes condiciones?**

*Lea alternativas.*

| | Sí | No |
|---|---|---|
| a Ansiedad | | |
| b. Autismo | | |
| c. Depresión | | |
| d. Psicosis | | |
| e. Trastorno alimenticio | | |
| f. Trastorno bipolar | | |
| g. Trastorno de estrés postraumático | | |
| h. Trastorno obsesivo-compulsivo | | |
| i. Trastorno de pánico | | |
| j. Otra condición de salud mental. Especifique: | | |

## Acceso a servicios de salud mental

**f7j. ¿Alguna vez en su vida ha consultado con un profesional de la salud por problemas emocionales, de los nervios o de salud mental o por el uso de alcohol o drogas?**

1. Sí
2. No

**f7j1. En los últimos 12 meses ¿algún profesional le ha recetado algo o le ha dado algún medicamento para sus problemas emocionales, de los nervios o de salud mental o por el uso de alcohol o drogas?**

1. Sí
2. No

**f7j2. En los últimos 12 meses ¿ha tenido necesidad de consultar con un profesional de la salud por problemas emocionales, de los nervios o de salud mental o por el uso de alcohol o drogas?**

1. Sí
2. No

**f7j3. En los últimos 12 meses ¿ha consultado con un profesional de la salud por estos problemas?**

1. Sí
2. No

Si f7j2=1 y f7j3=2 → ***f7j4***
Si f7j2=1 y f7j3=1 → ***f7k***
Si f7j2=2 y f7j3=2 → ***f8a***

**f7j4. Voy a leerle una lista de razones por las que las personas retrasan la búsqueda de ayuda y le pediré que me diga "Sí" o "No" para cada una de ellas si es que esta ha sido la razón por la que no buscó ayuda profesional:**

1. Sí
2. No

| | Sí | No | No sabe | No responde |
|---|---|---|---|---|
| f7j4a. Mi plan de salud o seguro médico no cubre este tratamiento | | | | |
| f7j4b. Pensé que el problema mejoraría solo | | | | |
| f7j4c. El problema no me molestaba mucho al principio | | | | |
| f7j4d. Quería enfrentarme al problema yo solo(a) | | | | |
| f7j4e. Pensaba que el tratamiento no funcionaría | | | | |
| f7j4f. Recibí tratamiento antes y no funcionó | | | | |
| f7j4g. Me preocupaba el dinero que costaría | | | | |
| f7j4h. Me preocupaba lo que pensaría la gente si se enteraba que estaba en tratamiento | | | | |
| f7j4i. Me resultaba difícil llegar al sitio donde se realizaba el tratamiento porque tenía problemas con cosas como el transporte, o con los horarios | | | | |
| f7j4j. No sabía dónde ir ni con quien hablar | | | | |
| f7j4k. Pensé que me iba a tomar mucho tiempo, o que sería inconveniente | | | | |
| f7j4l. No podía conseguir una cita/hora | | | | |
| f7j4m. Tenía miedo de ser internado en un hospital en contra de mi voluntad | | | | |
| f7j4n. ¿Hubo algunas otras razones importantes por las que retrasó la búsqueda de ayuda profesional y que no le haya preguntado? | | | | |

→ *Pase a f8a*

**f7k. ¿Con qué profesional(es) de la salud ha recibido atención en los últimos 12 meses por problemas emocionales, de los nervios o de salud mental o por el uso de alcohol o drogas?**

*Marque todas las opciones que aplican*

1. Psiquiatra
2. Médico familiar, general o integral de salud mental
3. Algún otro médico como neurólogo o cardiólogo (mujer: ginecólogo; hombre: urólogo)
4. Psicólogo
5. Otro profesional. *Especifique:*

f7k_5

**f7k1. ¿Cuántas veces consultó a este(os) profesional(es) en los últimos 12 meses por problemas emocionales, de los nervios o de salud mental o por el uso de alcohol o drogas?**

1. Nº de veces:
8. No sabe
9. No responde

**f7k2. ¿Está usted actualmente en tratamiento con algún profesional de la salud (psicólogo/psiquiatra/ médico) por problemas emocionales, de los nervios o de salud mental o por el uso de alcohol o drogas?**

1. Sí
2. No

**f7k3. ¿Qué tan satisfecho(a) está con la forma en que este profesional de la salud (psicólogo/psiquiatra/ médico) ha tratado el problema por el que consultó? Indique si está completamente insatisfecho, muy insatisfecho, algo insatisfecho, bastante satisfecho, muy satisfecho o completamente satisfecho.**

1. Completamente insatisfecho
2. Muy insatisfecho
3. Algo insatisfecho
4. Bastante satisfecho
5. Muy satisfecho
6. Completamente satisfecho

**f7k4. ¿En qué medida el tratamiento le ha ayudado en relación al problema específico que le llevó a consultar? Indique si hizo que las cosas empeoraran, si no ha habido cambios o si hizo que las cosas mejoraran**

1. Hizo que las cosas empeoraran → ***f7k4a***
2. No ha habido cambios → ***f7k5***
3. Hizo que las cosas mejoraran → ***f7k4b***
4. No está seguro/a → ***f7k5***

**f7k4a. El tratamiento ¿hizo que las cosas empeoraran bastante o un poco?**

1. Bastante
2. Un poco

→ ***f7k5***

**f7k4b. El tratamiento ¿hizo que las cosas mejoraran algo o mucho?**

1. Bastante
2. Un poco

**f7k5.¿Cuál era su estado emocional general cuando empezó el tratamiento?**

*Leer opciones*

1. Estaba muy mal, apenas lograba hacer frente a las cosas
2. Estaba bastante mal, la vida me resultaba a menudo muy dura
3. Regular, tenía mis altibajos
4. Estaba bastante bien, no tenía problemas graves
5. Estaba muy bien, me gustaba mucho la vida que llevaba

**f7k6.¿Cuál es su estado emocional general en este momento?**

*Leer opciones*

1. Estoy muy mal, apenas logro hacer frente a las cosas
2. Estoy bastante mal, la vida es por lo general muy dura para mi
3. Regular, tengo mis altibajos
4. Estoy bastante bien, no tengo problemas graves
5. Estoy muy bien, me gusta mucho la vida que llevo

**Antepregunta f14: Contestan todos los entrevistados.**

## Satisfacción con la vida

**f14. ¿Cuán satisfecho está usted con su vida en este momento? Por favor indique un número entre 1 y 10 donde 1 significa que usted está "completamente insatisfecho" con su vida y 10 significa que usted está "completamente satisfecho". ¿Dónde se ubica usted?**

1. 1. Completamente insatisfecho
2. 2.
3. 3.
4. 4.
5. 5.
6. 6.
7. 7.
8. 8.
9. 9.
10. 10. Completamente satisfecho
99. 99. No responde

## Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS)

**f18. A continuación le leeré algunas frases. Usted debe evaluar cada una de ellas de 1 a 7 con la siguiente escala: (1) TOTALMENTE EN DESACUERDO; (2) MUY EN DESACUERDO; (3) EN DESACUERDO; (4) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO; (5) DE ACUERDO; (6) MUY DE ACUERDO; Y (7) TOTALMENTE DE ACUERDO**

| | (1) Totalmente en desacuerdo | (2) Muy en desacuerdo | (3) En desacuerdo | (4) Ni de acuerdo ni en desacuerdo | (5) De acuerdo | (6) Muy de acuerdo | (7) Totalmente en desacuerdo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Existe una persona especial que está cerca de mi cuando la necesito | | | | | | | |
| 2. Existe una persona especial con la que puedo compartir alegrías y tristezas | | | | | | | |
| 3. Mi familia trata realmente de ayudarme | | | | | | | |
| 4. Tengo la ayuda y el apoyo emocional que necesito de mi familia | | | | | | | |
| 5. Tengo una persona especial que es una fuente real de consuelo para mi. | | | | | | | |
| 6. Mis amigos tratan realmente de ayudarme | | | | | | | |
| 7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal | | | | | | | |
| 8. Puedo hablar de mis problemas con mi familia | | | | | | | |
| 9. Tengo amigos con los que puedo compartir mis alegrías y mis penas | | | | | | | |
| 10. Hay una persona especial en mi vida que se preocupa de mis sentimientos | | | | | | | |
| 11. Mi familia está dispuesta a ayudarme a tomar decisiones | | | | | | | |
| 12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos | | | | | | | |

## Eventos personales estresantes

**f19. En los últimos 12 meses….**

| | Sí | No |
|---|---|---|
| a. ¿Ha enfrentado dificultades financieras más graves de lo habitual? | | |
| b. ¿Ha sido hospitalizado/a por una noche o más, debido a enfermedad o accidente (excepto parto)? | | |
| c. ¿Murió algún pariente cercano (padre, cónyuge, pareja, hijo o hermano)? | | |
| d. ¿Le robaron, es decir, le quitaron dinero o bienes mediante el uso o amenaza de violencia o agresión física? | | |
| e. ¿Sufrió alguna interrupción en una relación amorosa, incluido divorcio o separación? | | |

## Preguntas sobre la niñez y adolescencia

**f20. Antes de cumplir los 18 años:**

**f20a. Alguno de sus padres u otros adultos en su casa con frecuencia o con mucha frecuencia… la/o ofendían, insultaban, menospreciaban, o humillaban? o Actuaban de tal forma que temía que le fueran a lastimar físicamente?**

1. Si
2. No

**f20b. Alguno de sus padres u otros adultos en su casa con frecuencia o con mucha frecuencia…la/o empujaban, golpeaban, o le tiraban cosas? o Alguna vez la/o maltrataron con tanta fuerza que le dejaron marcas o la/o lastimaron?**

1. Si
2. No

**f20c. Sentía usted con frecuencia o con mucha frecuencia que… Nadie en su familia la/o quería o pensaba que usted era especial o importante? o En su familia no se cuidaban unos a los otros, no sentían que tenían una relación cercana, o no se apoyaban unos a los otros?**

1. Si
2. No

**f20d. Sentía usted con frecuencia o con mucha frecuencia que… ¿No tenía suficiente comida, tenía que usar ropa sucia, o no tenía nadie que lo protegiera, cuidara o llevara al médico si es que lo necesitaba?**

1. Si
2. No

**f20e. Perdió un padre o una madre biológico(a) debido a divorcio, abandono, o alguna otra razón?**

1. Si, sólo padre biológico
2. Si, sólo madre biológica
3. Si, madre y padre biológico
4. No

**f20f. Vivió usted con alguien que era borracho o alcohólico, o que usaba drogas?**

1. Si
2. No

**f20g. Algún miembro de su familia sufría de depresión o enfermedad mental, o alguien en su familia trató de suicidarse?**

1. Si
2. No

# Módulo F. Otros Temas

**Solo a nuevos(as) entrevistados(as). En caso contrario → pase a f7b.**

**f0a. ¿De qué tipo es la vivienda que ocupa su hogar?**

*Lea alternativas*

1. Casa
2. Departamento
3. Pieza en casa
4. Pieza en departamento
5. Mediagua o vivienda de emergencia
9. NS/NR

**f0b. ¿Cuántos metros cuadrados tiene su vivienda?**

1. Indique $m^2$ → *Pase a f0d*
9. NS/NR

$m^2$

**f0c. Indique aproximadamente cuántos metros cuadrados tiene su vivienda:**

1. Menos de 30 m2
2. De 30 a 40 m2
3. De 41 a 60 m2
4. De 61 a 100 m2
5. De 101 a 150 m2
6. De 151 a 200 m2
7. Más de 200 m2
9. No sabe

**f0d. ¿Cuántos dormitorios o piezas de uso exclusivo para dormir y cuántos baños ocupa su hogar en la vivienda?**

| | |
|---|---|
| a. Dormitorios: | |
| b. Baños: | |

**f0e. En su vivienda, su hogar ¿tiene acceso a balcón, terraza, patio o jardín?**

*Respuesta múltiple. Lea alternativas*

1. Sí, balcón
2. Sí, terraza
3. Sí, patio o jardín
4. No

**f1. ¿Bajo qué situación ocupa la vivienda?**

1. Arrendada
2. Propia (pagada o pagándose) → *Pase a f3*
3. Cedida por empleador → *Pase a f3*
4. Cedida por familiar o amigo → *Pase a f3*

**f2. ¿Cuánto paga por arriendo mensual?**

1. Indique monto $
9. NS/NR

Monto

→ *Pase a f0d*

**f3. Si tuviera que pagar arriendo por esta vivienda, ¿cuánto le costaría el arriendo mensual?**

1. Indique monto $
9. NS/NR

Monto

**f4. Su hogar, ¿dispone de los siguientes equipos o servicios?**

*Respuesta Múltiple. Lea alternativas.*

1. Sí, teléfono fijo
2. Sí, computador
3. Sí, televisión por cable o satelital
4. Sí, televisión por Internet
5. Sí, suscripción a sitios como Netflix, Amazon Prime, HBO Go, Spotify Premium, Youtube Premium
6. No, ninguno de los anteriores

**f5. Su hogar, ¿dispone conexión a Internet?**

*Lea alternativas.*

1. Sí, Banda Ancha fija
2. Sí, Banda Ancha móvil (módem WiFi o USB)
3. Sí, Teléfono móvil con Plan de Datos que permite conexión a Internet (Smartphone)
4. Sí, Tablet u otro dispositivo con Plan de Datos que permite conexión a Internet
5. No, no dispone de conexión a Internet

**f6. Usted o algún miembro de su hogar, ¿tiene teléfono móvil en funcionamiento y en uso?**

1. Sí, prepago
2. Sí, contrato
3. Sí, prepago y contrato
4. No

## Autoevaluación de salud

**f7a. En una escala de 1 a 7, donde 1 corresponde a muy mal y 7 a muy bien, ¿qué nota le pondría al estado de su salud actual?:**

1. 1 Muy mal
2. 2
3. 3
4. 4
5. 5
6. 6
7. 7 Muy bien
9. No sabe

**f7a1. ¿Cuántos kilos pesa?**

Kilos

**f7a2. ¿Cuántos centímetros mide?**

centímetros

**Las preguntas f7a3, f7a4 y f7a5 son solo para mujeres entre 35 y 65 años. Los hombres y las mujeres (menores de 35 o mayores de 65 años) pasan a f7b.**

**f7a3: ¿Cuándo fue su última menstruación o regla?**

| | |
|---|---|
| Mes: | |
| Año: | |

*Si última menstruación fue marzo 2023 o antes, se pasa a f7a4. El resto → pasa a f7b.*

**f7a4. ¿Cuál es la razón por la cual usted no ha tenido menstruación o regla en el último año?**

1. Embarazo → *Pasa a f7b*
2. Lactancia (amamantar) → *Pasa a f7b*
3. Menopausia
4. Otra razón (especifique) → *Pasa a f7b*

**f7a5. ¿Está usted recibiendo terapia de reemplazo hormonal?**

1. Sí
2. No

## Diagnóstico de enfermedades para cada miembro del hogar

**f7b. Por favor indique si a usted, le ha sido diagnosticada alguna de estas enfermedades o condiciones:**

*Respuesta Múltiple. Lea alternativas.*

1. Diabetes
2. Hipertensión arterial o presión alta
3. Insuficiencia cardíaca
4. Accidente cerebral (infarto/derrame cerebral)
5. Trombosis
6. Colesterol alto
7. Asma
8. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
9. Bronquitis crónica, enfisema pulmonar
10. Alergias
11. Cirrosis hepática, hígado graso o daño crónico al hígado
12. Insuficiencia renal crónica
13. Cáncer sin metástasis
14. Cáncer con metástasis
15. Sistema inmune comprometido
16. Artritis/Artrosis
17. Sobrepeso u obesidad
18. Fibromialgia
19. Dolor neuropático
20. Resistencia a la insulina o intolerancia a la glucosa
21. Dolor lumbar crónico
22. Migraña (jaqueca/cefalea)
23. Demencia
24. VIH
25. Otra no descrita: Especifique
26. No le ha sido diagnosticada ninguna de estas enfermedades.
99. NS/NR

**Las siguientes preguntas se hacen a quienes marcaron las opciones 16.Artritis; 18. Fibromialgia; 19.Dolor Neuropático; 21. Dolor Lumbar; o 22. Migraña.**

**f7bb_1a: ¿Qué edad tenía cuando le diagnosticaron Artritis?:**

Edad: _____años

**f7bb_1b: ¿Ha recibido algún tratamiento para la Artritis durante los últimos 12 meses?**

1. Sí
2. No

| | f7b | f7b_25 Especifique | f7bb_1a | f7bb_1b |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

**f7bb_2a: ¿Qué edad tenía cuando le diagnosticaron Fibromialgia?:**

Edad: _____años

**f7bb_2b: ¿Ha recibido algún tratamiento para la Fibromialgia durante los últimos 12 meses?**

1. Sí
2. No

**f7bb_3a: ¿Qué edad tenía cuando le diagnosticaron Dolor Neuropático?**

Edad: _____años

**f7bb_3b: ¿Ha recibido algún tratamiento para el Dolor Neuropático durante los últimos 12 meses?**

1. Sí
2. No

**f7bb_4a: ¿Qué edad tenía cuando le diagnosticaron Dolor Lumbar?**

Edad: _____años

**f7bb_4b: ¿Ha recibido algún tratamiento para el Dolor Lumbar durante los últimos 12 meses?**

1. Sí
2. No

| | f7bb_2a | f7bb_2b | f7bb_3a | f7bb_3b | f7bb_4a | f7bb_4b |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |

**f7bb_5a: ¿Qué edad tenía cuando le diagnosticaron Migraña?**

Edad: _____años

**f7bb_5b: ¿Ha recibido algún tratamiento para la Migraña durante los últimos 12 meses?**

1. Sí
2. No

**f7bb_5c: En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces al mes ha sufrido de Migraña?**

1. Menos de una vez al mes;
2. Entre una vez al mes y una vez por semana;
3. Más de una vez por semana.

**F7bb_5d: ¿Cuántos días en los últimos 3 meses:**

**f7bb_5d1. No ha podido ir a trabajar por su cefalea?**

**f7bb_5d2. Se redujo por la mitad su productividad en el trabajo por sus cefaleas? No incluya los días que ha incluido en la pregunta anterior (f7bb_5d1)**

**f7bb_5d3. No ha realizado sus tareas domésticas por sus cefaleas?**

**f7bb_5d4. Se redujo por la mitad su productividad en la realización de tareas domésticas por la presencia de cefalea? No incluya los días mencionados en la pregunta anterior (f7bb_5d3)**

**f7bb_5d5. Se perdió actividades familiares, sociales o lúdicas por sus cefaleas?**

**Dolor crónico**

**f7b1. ¿Ha tenido dolor constante o frecuentemente (la mayor parte del día) durante los últimos 3 meses?**

1. Sí
2. No → *Pasa a f7b2*

| | f7bb_5a | f7bb_5b | f7bb_5c | f7bb_5d1 | f7bb_5d2 | f7bb_5d3 | f7bb_5d4 | f7bb_5d5 | f7b1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | |

## Dolor crónico

**f7b1_1. Usando una escala en que el 0 es nada de dolor y 10 es el peor dolo imaginable. ¿Qué tan fuerte o intenso es su dolor?**

**f7b1_1a. En este momento**

**f7b1_1b. En promedio en los últimos 6 meses**

**f7b1_1c. En el peor dolor en los últimos 6 meses**

| | f7b1_1a | | | | | | | | | | | f7b1_1b | | | | | | | | | | | f7b1_1c | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Dolor crónico | | |
|---|---|---|
| **f7b1_2. En los últimos 6 meses, ¿cuánto interfirió este dolor con sus actividades diarias en una escala de 0 a 10, donde 0 es ninguna interferencia y 10 es interferencia extrema?** | **f7b1_3. En los últimos 6 meses, ¿cuánto ha cambiado este dolor su capacidad para participar en actividades recreativas, sociales y familiares, donde 0 es sin cambio y 10 es cambio extremo?** | **f7b1_4. En los últimos 6 meses, ¿cómo ha cambiado este dolor su capacidad para trabajar (incluidas las tareas del hogar) donde 0 es sin cambio y 10 es cambio extremo?** |

| | f7b1_2 | | | | | | | | | | | f7b1_3 | | | | | | | | | | | f7b1_4 | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## Dolor crónico

**f7b1_5. ¿Hace cuántos meses que presenta este dolor?**

Nº de meses:

**f7b1_5a. ¿Aproximadamente cuántos días en los últimos tres meses ha estado alejado de sus actividades habituales (trabajo, escuela o tareas del hogar) debido a este dolor?**

1. 0-6 días
2. 7-14 días
3. 15-30 días
4. 31 días o más

**f7b1_6. ¿En la zona del dolor, tiene alguna de estas sensaciones?**

**f7b1_6a. Quemazón o ardor**
**f7b1_6b. Sensación de frío doloroso (como si tuviera un hielo mucho rato en la mano)**
**f7b1_6c. Descargas eléctricas**
**f7b1_6d. Hormigueo**
**f7b1_6e. Pinchazos**
**f7b1_6f. Adormecimiento**
**f7b1_6g. Picazón**

| | f7b1_5 | f7b1_5a | f7b1_6a | | f7b1_6b | | f7b1_6c | | f7b1_6d | | f7b1_6e | | f7b1_6f | | f7b1_6g | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Sí | No | Sí | No | Sí | No | Sí | No | Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Dolor crónico | Fibromialgia | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **f7b1_7. ¿El dolor es provocado o aumenta por el roce en la zona del dolor?**<br>1. Sí<br>2. No | **f7b1_8. Indique el nivel de gravedad de sus síntomas durante la semana pasada usando una escala que va desde 1 a 4 donde 1 es "no tener el problema"; 2 es "un problema leve"; 3 es "un problema moderado"; y 4 es "un problema grave":**<br>**f7b1_8a. Cansancio/Fatiga**<br>**f7b1_8b. Problema de atención, concentración o memoria**<br>**f7b1_8c. Despertar por la mañana con la sensación de no haber descansado**<br>1. No ha sido un problema<br>2. Problema leve (presente ocasionalmente)<br>3. Problema moderado, (presente a menudo)<br>4. Problema grave, (presente continuamente) | | | **f7b1_9. ¿Ha tenido molestias a causa de alguno de los siguientes síntomas en los últimos 6 meses?**<br>**f7b1_9a. Dolor abdominal o retorcijones**<br>**f7b1_9b. Depresión**<br>**f7b1_9c. Dolor de cabeza** | | | | | | |
| | | | | | f7b1_9a | | f7b1_9b | | f7b1_9c | |
| | f7b1_7 | f7b1_8a | f7b1_8b | f7b1_8c | Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |

*Por favor, indique si ha tenido dolor o molestia en los últimos 7 días en cada una de las áreas que se indican a continuación.*

**F7b1_10. En los últimos 7 días, ¿ha tenido usted dolor o molestia?**

**a. ¿En la cabeza?**
1. Sí
2. No

**b. ¿En la cara, incluyendo mandíbula?**
1. Sí
2. No

**c. ¿En el cuello/hombro?:**
1. Sí → **c_esp.**
    1. En el cuello, hombro izquierdo
    2. En el cuello, hombro derecho
    3. En el cuello, ambos hombros
2. No

**d. ¿En el brazo (incluye codo)?**
1. Sí → **d_esp.**
    1. En el brazo derecho
    2. En el brazo izquierdo
    3. En ambos brazos
2. No

| | F7b1_10a | | F7b1_10b | | F7b1_10c | | | F7b1_10d | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sí | No | Sí | No | Sí | c_esp. | No | Sí | d_esp. | No |
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |

*Por favor, indique si ha tenido dolor o molestia en los últimos 7 días en cada una de las áreas que se indican a continuación.*

**F7b1_10. En los últimos 7 días, ¿ha tenido usted dolor o molestia?**

**e. ¿En la mano (incluyendo muñeca)?**
1. Sí → **e_esp.**
    1. En la mano derecha
    2. En la mano izquierda
    3. En ambas manos
2. No

**f. ¿En el pecho?**
1. Sí
2. No

**g. ¿En el estómago/abdomen?**
1. Sí
2. No

**h. ¿En la espalda?**
1. Sí
2. No

| | F7b1_10e | | | F7b1_10f | | F7b1_10g | | F7b1_10h | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sí | e_esp. | No | Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | |

*Por favor, indique si ha tenido dolor o molestia en los últimos 7 días en cada una de las áreas que se indican a continuación.*

**F7b1_10. En los últimos 7 días, ¿ha tenido usted dolor o molestia?**

**i. ¿En la cadera?**
1. Sí → **i_esp.**
    1. En el lado izquierdo de la cadera
    2. En el lado derecho de la cadera
    3. En ambos lados de la cadera
2. No

**j. ¿En la pierna (incluye rodilla)?**
1. Sí → **j_esp.**
    1. En la pierna derecha
    2. En la pierna izquierda
    3. En ambas piernas
2. No

**k. ¿En el pie (incluye tobillo)?**
1. Sí → **k_esp.**
    1. En pie derecho
    2. En pie izquierdo
    3. En ambos pies
2. No

**l. ¿En todo el cuerpo?**
1. Sí
2. No

| | F7b1_10i | | | F7b1_10j | | | F7b1_10k | | | F7b1_10l | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sí | i_esp. | No | Sí | j_esp. | No | Sí | k_esp. | No | Sí | No |
| 1 | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | |

## Dolor crónico

**f7c. En los últimos 12 meses ha consultado con un profesional por tener dolor constante o frecuentemente?**

1. Sí
2. No

**f7d. Con qué profesional(es) de la salud ha recibido atención en los últimos 12 meses por tener dolor constante o frecuentemente? Marque todas las opciones que aplican**

1. Médico familiar o general
2. Traumatólogo
3. Fisiatra
4. Neurólogo
5. Psiquiatra
6. Kinesiologo
7. Terapeuta ocupacional
8. Psicólogo
9. Otro profesional. Especifique

| | | f7d | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | f7c | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9. Especifique |
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |

## Dolor crónico

**f7e ¿Se le indicó algún medicamento para tratar el dolor?**

1. Sí
2. No

**f7f. ¿Se le indicó psicoterapia para tratar el dolor crónico?:**

1. Sí
2. No → *Pasa f7g*

**f7f1. ¿Está actualmente recibiendo psicoterapia?:**

1. Sí
2. No

**f7g. Se le indicó kinesioterapia para tratar el dolor crónico?:**

1. Sí
2. No → *Pasa f7h*

**f7g1. ¿Cuántas sesiones de kinesioterapia se le indicaron?:**

Nº:_____
*(Nota: se admiten números enteros sin incluir el 0)*

**f7g2. ¿Cuántas sesiones de kinesioterapia recibió?:**

Nº_____
*(Nota: se admiten números enteros incluyendo el cero)*

**f7g3. ¿Está actualmente recibiendo kinesioterapia?:**

1. Sí
2. No

**f7h. Se le indicó cambiar su dieta para tratar el dolor crónico?:**

1. Sí
2. No → *Pasa f7i1*

**f7h1. ¿Cambió usted su dieta para tratar el dolor crónico?:**

1. Sí
2. No

**f7i. ¿Está actualmente tomando algún medicamento específicamente para tratar el dolor?**

1. Sí
2. No → *Pasa f7b2*

| | f7e | f7f | f7f1 | f7g | f7g1 | f7g2 | f7g3 | f7h | f7h1 | f7i |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |

## Dolor crónico

**F7i1. ¿Qué medicamento está actualmente tomando para tratar el dolor? Si toma más de uno, nombre los dos más efectivos.**

*Encuestador: Si nombra sólo un medicamento, en el segundo anote 0.*

a. Medicamento 1: Nombre:_____
b. Medicamento 2: Nombre:_____

**F7i2. ¿Con que frecuencia toma el medicamento?**

**Frecuencia:**
1. Diariamente
2. Entre 4 a 6 veces por semana
3. Entre 1 a 3 veces por semana
4. Sólo cuando siente dolor (menos de 1 vez por semana)

| | F7i1 | | F7i2 | |
|---|---|---|---|---|
| | a. Medicamento 1 | b. Medicamento 2 | a. Med. 1 | b. Med. 2 |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

## Sistema Previsional de Salud

**f7b2. ¿A qué sistema previsional de salud pertenece usted?**

*Leer alternativas*

1. Sistema Público, FONASA
2. Fuerzas Armadas y del Orden
3. ISAPRE
4. Ninguno (particular)
5. Otro sistema
8. No sabe

| | f7b2 |
|---|---|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |
| 8 | |
| 9 | |
| 10 | |

## Ingresos y gastos del hogar

**f8a. A continuación, le haré algunas preguntas breves sobre ingresos y gastos en su hogar, ¿cómo califica la situación de su hogar en materia de deuda?**

1. Sin problemas
2. Medianamente complicada
3. Complicada

**f8b. ¿En el mes de julio, su hogar logró cubrir todos los gastos y pagar todas sus cuentas?**

1. Sí
2. No
9. NS/NR

## Escala de agotamiento laboral: Copenhagen Burn Out Inventory (CBI)

| g1. En el último año, con qué frecuencia: | Nunca (0) | Sólo alguna vez (1) | Algunas veces (2) | Muchas veces (3) | Muchas veces (4) | Siempre (5) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| a. ¿Se siente cansado? | | | | | | |
| b. ¿Piensa que "no puede más"? | | | | | | |
| c. ¿Se siente débil y susceptible de enfermar? | | | | | | |
| d. ¿Está físicamente agotado? | | | | | | |
| e. ¿Se siente agotado? | | | | | | |
| f. ¿Está psicológicamente agotado? | | | | | | |

**Pregunta g2: Solo a ocupado(a)s**

| g2. En el último año, con qué frecuencia: | Nunca (0) | Sólo alguna vez (1) | Algunas veces (2) | Muchas veces (3) | Muchas veces (4) | Siempre (5) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| a. ¿Se siente agotado al final de su jornada laboral? | | | | | | |
| b. ¿Por la mañana le agota pensar en otro día de trabajo? | | | | | | |
| c. ¿Siente que cada hora de trabajo es agotadora? | | | | | | |
| d. ¿Tiene suficiente energía para la familia y los amigos durante el tiempo libre? | | | | | | |
| e. ¿Se siente extremadamente agobiado por su trabajo? | | | | | | |
| f. ¿Se siente frustrado por su trabajo? | | | | | | |
| g. ¿Su trabajo es emocionalmente agotador? | | | | | | |

## Riesgos psicolaborales (CEAL-SM)

| **vu. Riesgos psicolaborales (CEAL-SM)** | Nunca (0) | Rara vez (1) | Casi siempre (2) | Siempre (3) |
|---|---|---|---|---|
| vu1. ¿Tiene miedo de pedir mejores condiciones de trabajo? | | | | |
| vu2. ¿Se siente indefenso(a) ante el trato injusto de sus superiores? | | | | |
| vu3. ¿Tiene miedo de que lo(la) despidan si no hace lo que le piden? | | | | |
| vu4. ¿Considera que sus superiores lo(la) tratan de forma discriminatoria o injusta? | | | | |
| vu5. ¿Considera que lo(la) tratan de forma autoritaria o violenta? | | | | |
| vu6. ¿Lo(la) hacen sentir que usted puede ser fácilmente reemplazado(a)? | | | | |

## Exposición a conductas ofensivas en el trabajo (CEAL-SM)

**Antepregunta: Solo a ocupado(a)s**

| **En su trabajo en los últimos 12 meses:** | No (0) | Sí, unas pocas veces (1) | Sí, mensualmente (2) | Sí, semanalmente (3) | Sí, diariamente (4) |
|---|---|---|---|---|---|
| CQ1. ¿ha estado involucrado(a) en disputas o conflictos? | | | | | |
| UT1. ¿ha estado expuesto(a) a bromas desagradables? | | | | | |
| HSM1. ¿ha estado expuesto(a) a acoso relacionado al trabajo por correo electrónico, mensajes de texto y/o en las redes sociales (por ejemplo, Facebook, Instagram, Twitter)? | | | | | |
| SH1. ¿ha estado expuesta(o) a acoso sexual? | | | | | |
| PV1. ¿ha estado expuesta(o) a violencia física? | | | | | |
| AL. ¿ha estado expuesto(a) a *bullying* o acoso?<br>*Nota para el encuestador: El bullying o acoso significa que una persona está expuesta a un trato desagradable o denigrante, del cual le resulta difícil defenderse.* | | | | | |
| HO. ¿Con qué frecuencia se siente intimidado(a), colocado(a) en ridículo o injustamente criticado(a), frente a otros por sus compañeros(as) de trabajo o su superior? | | | | | |

## CIERRE DE LA ENTREVISTA

## CONSENTIMIENTO DEL (DE LA) ENTREVISTADO(A)

achs

**Centro UC**
Encuestas y Estudios
Longitudinales