

**ENTREVISTA PRESENCIAL A DONANTES DE MUESTRA
PARA EL ESTUDIO SOBRE CÁLCULOS BILIARES Y CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR**

Código del Donante: _____

Entrevistador/a: _____

Se le ha leído y obtenido el consentimiento al entrevistado Si ___ No ___

Fecha de encuesta: __ / __ / ____

El objetivo de este cuestionario es conocer algunos factores de riesgo y determinantes que pudieron ocasionar su enfermedad.

Esta información contribuirá a conocer por qué la población Chilena se enferma de cálculos biliares y de cáncer de vesícula biliar, permitiendo en el futuro prevenir y tratar de mejor forma estas enfermedades.

Su colaboración es esencial e insustituible, por lo que le agradecería responder todo el cuestionario, siguiendo las instrucciones que le iré mencionando.

SU INFORMACIÓN SE TRATARÁ DE FORMA ANÓNIMA Y
CONFIDENCIAL.

SI TIENE PROBLEMAS O DIFICULTADES PARA COMPRENDER LAS
PREGUNTAS, POR FAVOR CONSULTEME.

El entrevistador necesita el siguiente material:

- Huincha de medir (cinta métrica)
- Calculadora para el IMC
- Lápiz y papel para dibujar el árbol genealógico de familias con varios miembros afectados por cáncer de vesícula biliar

El encuestador lee todas las alternativas posibles antes de que el encuestado responda. En caso de una respuesta múltiple del encuestado, el encuestador le ayuda a elegir una y sólo una respuesta. Por ejemplo, en la pregunta 8: ¿Bebe usted MÁS BIEN 2 ó 3 vasos por vez? Con objeto de simplificar el cuestionario, las respuestas del tipo 'no sabe/no contesta/no corresponde' no han sido codificadas explícitamente.

ANTECEDENTES SOCIODEMOGRAFICOS

A1 ¿Cuál es su nombre _____ y apellido(s) _____ ?

A2 Sexo: Hombre ___ Mujer ___

A3 Teléfono: _____

A4 ¿Cuál es su fecha de nacimiento? ___/___/___

A5 ¿Cuántos años tenía cuándo le operaron? _____ años

A6 ¿Dónde nació usted? _____

A7 (Si nació en Chile) ¿En qué ciudad o pueblo de Chile? _____

A8 ¿En qué ciudades o pueblos ha residido usted desde su nacimiento?

En _____ hasta los _____ años de edad

En _____ hasta los _____ años de edad

En _____ hasta los _____ años de edad

En _____ hasta los _____ años de edad

En _____ hasta los _____ años de edad

¿En qué ciudad o pueblo nació su ...	A9 Padre:		A10 Madre:	
	A11 Abuelo paterno:		A13 Abuelo materno:	
	A12 Abuela paterna:		A14 Abuela materna:	
¿Qué apellidos tiene o tenía su...	A15 Madre:		A16 Padre:	
	A17 Abuela materna:		A19 Abuelo materno:	
	A18 Abuela paterna:		A20 Abuelo paterno:	

B1 ¿Cuáles de los siguientes describe su origen étnico?

Chileno-Hispano	
Mapuche	
Aymara/Quechua	
Pascuense (Isla de Pascua)	
Europeo	
Otro (especifique)	

C1 ¿En qué ciudad o pueblo vive usted actualmente? _____

C2 ¿A qué comuna pertenece? _____

D1 Estado Civil

Soltero (a)	
Conviviente	
Casado(a)	
Separado (a)	
Divorciado (a)	
Viudo (a)	

E1 Nivel de educación

Sin escolarización formal	
Escuela primaria incompleta	
Escuela primaria completa	
Escuela secundaria incompleta	
Escuela secundaria completa	
Estudios Técnicos incompletos	
Estudios Técnicos completos	
Estudios Universitarios incompletos	
Estudios Universitarios completos	
Estudios de postgrado	
No sabe/no contesta	

F1 Ocupación

Profesionales, Técnicos y Afines	
Gerentes, Administradores y Directivos	
Empleados oficina y afines	
Vendedores y afines	
Agricultores, Ganaderos, Pescadores	
Conductores y afines	
Artesanos y Operarios	
Otros Artesanos y Operarios	
Obreros y Jornaleros	
Trabajadores en Servicios Personales	
Dueña de casa	
Jubilado	
Otros trabajadores	

¿Trabaja o trabajó...

F2 en Industria metalúrgica?

No ___

Si ___

¿Durante cuánto tiempo? _____ años

F3 en Industria de plásticos?

No ___

Si ___

¿Durante cuánto tiempo? _____ años

F4 con pesticidas?

No ___

Si ___

¿Durante cuánto tiempo? _____ años

¿Cuál era/es el pesticida? _____

PREGUNTAS ASOCIADAS AL ESTILO DE VIDA

G1 ¿Consume usted alcohol?

No _____

Si _____

¿Qué tipo de alcohol? Vino ___ Cerveza ___ Pisco ___ Ron ___ Otros (especifique) _____

Antes consumía, ya no consumo _____

¿Qué tipo de alcohol? Vino ___ Cerveza ___ Pisco ___ Ron ___ Otros (especifique) _____

¿De qué edad hasta que edad consumió alcohol? Desde los _____ años hasta los _____ años

G2 ¿Cuántos días por semana consume o consumía alcohol, incluyendo días del fin de semana?

1 día _____ 2 días _____ 3 a 4 días _____ 5 días o más _____

G3 ¿Cuántos vasos cada día?

1 vaso _____ 2 vasos _____ 3 vasos _____ 4 vasos o más _____

H1 ¿Actualmente, fuma usted cigarrillos?

Sí, uno o más cigarrillos al día _____

¿A qué edad comenzó a fumar? A los _____ años

Como promedio, ¿cuántos cigarrillos fumó al día el último mes? _____ cigarrillos (1 paquete=20 cigarrillos)

Sí, ocasionalmente /menos de un cigarrillo al día _____

¿A qué edad comenzó a fumar? A los _____ años

Como promedio, ¿cuántos cigarrillos fumó durante el último mes? _____ cigarrillos

No, dejé de fumar _____

¿Qué edad tenía cuando empezó a fumar? _____ años

¿Qué edad tenía cuando dejó de fumar? _____ años

Como promedio, ¿cuántos cigarrillos fumaba al día? _____ cigarrillos (1 paquete=20 cigarrillos)

No, nunca he fumado

H2 ¿Alguna persona fuma habitualmente dentro de su vivienda?

Si _____ No _____

H3 ANTES DE LOS ULTIMOS TRES AÑOS, en el hogar, trabajo, escuela, restaurantes y cualquier otro sitio, ¿cuántas veces al día, semana o mes comió usted ?

Ají verdes frescos

Nunca _____ veces por _____ día _____ semana _____ mes

Ají rojos frescos

Nunca _____ veces por _____ día _____ semana _____ mes

Ají rojo en polvo

Nunca _____ veces por _____ día _____ semana _____ mes

Ají rojo en pasta

Nunca _____ veces por _____ día _____ semana _____ mes

ANTECEDENTES DE SALUD Y SALUD FAMILIAR

11 (Preguntar sólo a pacientes con cáncer de vesícula biliar) ¿Le han diagnosticado cálculos en la vesícula?

No ___

Si ___

¿A qué edad? Cuando tenía _____ años

¿Cómo le diagnosticaron los cálculos biliares? Una máquina (rayos X/eco) _____ Examen físico _____

¿Alguna vez ha sido hospitalizado por esta condición? Si ___ No ___

¿Cuántas veces estuvo hospitalizado por esta condición? _____ veces

12 ¿Ha tenido usted algún otro cáncer?

No ___

Si ___

¿Que tipo de cáncer? _____

¿A qué edad se lo diagnosticaron? Cuando tenía _____ años

13 ¿Ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones?

	Si	¿Qué edad tenía cuando le diagnosticaron?	¿Cuántas veces fue hospitalizado por esta enfermedad?	¿Qué tipo de tratamiento recibió o recibe?
Pólipos en la vesícula biliar				
Otros problemas de la vesícula biliar (arenilla,...) Tipo: _____				
Hipertensión (presión alta)				
Diabetes (azúcar alta en la sangre)				
Colesterol alto				
Insuficiencia renal				
Epilepsia				
Cardiopatías				
Tuberculosis				
Gastritis				
Cirrosis hepática				
Fiebre tifoidea/paratifoidea				
Apendicitis				
Enfermedad autoinmune Tipo: _____				
Artrosis				
Síndrome de colon irritable				
Alérgias Desencadenante: _____ Desencadenante: _____ Desencadenante: _____				
Enfermedad a la tiroides Tipo: _____				
Otras enfermedades _____ _____ _____				

14 ¿A algún familiar le han diagnosticado problemas (cálculos o piedras, pólipos, arenilla) en la vesícula?

No _____

Si _____

¿Qué, a quién se lo diagnosticaron, y a qué edad?

Madre biológica _____ A los _____ años Cálculos_Pólipos_Arenilla_Otros (especifique) _____

Padre biológico _____ A los _____ años Cálculos_Pólipos_Arenilla_Otros (especifique) _____

Hermanos(as) _____ A los _____ años Cálculos_Pólipos_Arenilla_Otros (especifique) _____

Hijos(as) biológicos(as) _____ A los _____ años Cálculos_Pólipos_Arenilla_Otros (especifique) _____

Otros familiares (especifique) _____ A los _____ años Cálculos_Pólipos_Arenilla_Otros (especifique) _____

15 ¿A algún familiar le han diagnosticado cáncer de vesícula?

No _____

Si _____

¿A quién o quienes se lo diagnosticaron y a qué edad?

Madre biológica _____ A los _____ años

Padre biológico _____ A los _____ años

Hermanos(as) _____ A los _____ años

Hijos(as) biológicos(as) _____ A los _____ años

Otros familiares (especifique) _____ A los _____ años

(En caso de familias con varios miembros con cáncer de vesícula, el encuestador dibuja el árbol genealógico del entrevistado con los individuos afectados, y solicita permiso para un contacto telefónico posterior)

El encuestado consiente un contacto telefónico posterior Si _____ No _____

16 ¿A algún familiar le han diagnosticado diabetes?

No _____

Si _____

¿A quién o quienes se lo diagnosticaron y a qué edad?

Madre biológica _____ A los _____ años

Padre biológico _____ A los _____ años

Hermanos(as) _____ A los _____ años

Hijos(as) biológicos(as) _____ A los _____ años

Otros familiares (especifique) _____ A los _____ años

17 ¿A algún familiar le han diagnosticado cáncer de hígado/hepático?

No _____

Si _____

¿A quién o quienes se lo diagnosticaron y a qué edad?

Madre biológica _____ A los _____ años

Padre biológico _____ A los _____ años

Hermanos(as) _____ A los _____ años

Hijos(as) biológicos(as) _____ A los _____ años

Otros familiares (especifique) _____ A los _____ años

18 ¿Han sido diagnosticados otros tipos de cáncer en su familia? ¿Qué tipos de cáncer y a qué familiares?

Madre biológica _____ Tipo(s) de cáncer _____ A los _____ años

Padre biológico _____ Tipo(s) de cáncer _____ A los _____ años

Hermanos(as) _____ Tipo(s) de cáncer _____ A los _____ años

Hijos(as) biológicos(as) _____ Tipo(s) de cáncer _____ A los _____ años

Otros familiares (especifique) _____ Tipo(s) de cáncer _____ A los _____ años

J1 ¿Cual era su peso cuando fué diagnosticada/o con cálculos biliares/cáncer de vesícula? _____ kgs

J2 ¿Ha experimentado un cambio de peso en los dos últimos años?

No _____

Si _____ ¿Cuánto ha cambiado su peso en los últimos dos años? _____ kgs Subida _____ Bajada _____

J3 Talla _____ cms

IMC _____ (Peso/Talla²)

(Si la paciente tiene un IMC mayor o igual a 25) ¿Recuerda desde qué edad tiene exceso de peso?

Desde siempre _____ Desde que tenía _____ años

(El entrevistador mide a la entrevistada)

J4 Circunferencia de cintura _____ cms

J5 Circunferencia de cadera _____ cms

J7 ¿Realiza algún tipo de actividad física?

No _____

Si _____

¿Qué tipo de actividad/es física/s? _____

¿Cuántas veces por semana y por cuánto tiempo cada vez? _____ días por semana _____ horas esos días

¿Desde hace cuánto tiempo realiza esta actividad física? Desde que tenía _____ años

SOLO PARA MUJERES

K1 ¿A qué edad tuvo su primera regla o menstruación? A los _____ años

K2 ¿Cual fue el día de inicio de su última regla?

No estoy menstruando, no estoy amamantando _____

No estoy menstruando, estoy amamantando _____

Mi último período empezó el ____/____/____

K3 ¿Usa usted o ha usado anticonceptivos ó píldoras anticonceptivas (píldora, inyección, parche,...)

Uso actualmente __ Empecé a los _____ años Tipo de anticonceptivo _____

Usé, pero ya no __ Empecé a los _____ años y dejé a los _____ años Tipo de anticonceptivo _____

Nunca he usado _____

K4 ¿Tuvo en alguno de sus embarazos cálculos biliares? En _____ embarazos

K5 ¿Usted usa o ha usado tratamiento de reemplazo hormonal (dar ejemplos)

Uso actualmente __ Empecé a los _____ años Tipo de tratamiento _____

Usé, pero ya no __ Empecé a los _____ años y dejé a los _____ años Tipo de tratamiento _____

Nunca he usado _____

Muchísimas gracias por su participación. ¿Tiene alguna pregunta? ¿Quiere que anote algún dato que usted considere importante?