Universidad Católica de Córdoba
Facultad de Ciencias Químicas

**Desarrollo e implementación de un Programa estratégico de intervención sanitaria.**

**ENCUESTA**

| | | |
|---|---|---|
| | | |

Nº CUESTIONARIO: (Nº de entrevistador, Nº de manzana, Nº de casa encuestada)
HORA DE INICIO:
Fecha: ……/……/……..
De acuerdo con la normativa vigente, los datos que aquí se anotan serán absolutamente confidenciales estando acogidos al secreto estadístico.

| | |
|---|---|
| Entrevista realizada | Si…… |
| | No…….<br>Razón de la no entrevista: Ausencia…. Rechazo…. Otros…… |

Lugar de residencia: ……., Pcia ……..

Dirección: Calle:……Nº: ……

1. **MEDIO AMBIENTE**

A. VIVIENDA

| | |
|---|---|
| A1. Tipo de vivienda | Casa…….Casilla……Rancho……..Local no construido para habitación…….<br>Otro…….. |
| A2. Techo de la vivienda | Ladrillo…….Chapa……..Paja……Adobe…….Madera……..Otro……. |
| A3. Paredes de la vivienda | Ladrillo…….Chapa……..Paja……..Adobe…….Madera……Otro……. |
| A4. Las paredes están | Revocadas: SI…….NO……. Pintadas: SI…..NO….. Látex…… Cal…… Sintético… |
| A5. Pisos de la vivienda | Cemento o ladrillo…….Tierra o ladrillo suelto……..Mosaico…….<br>¿Con qué limpian los pisos?..... |
| A6. Habitaciones/ambientes | ……..ambientes *no contar baño, cocina, garaje o pasillo* |
| A7. Instalación eléctrica | SI……NO……. |
| A8. Presencia de Heladera | SI……..Eléctrica…….Kerosene…….Gas…….Otro…….<br>NO……Fiambrera…….Otros……. |
| A9. Presencia de: | TV POR CABLE: SI……NO…….<br>INTERNET: SI……NO…….<br>TELEFONO FIJO: SI……NO……. |

B. AGUA

| | |
|---|---|
| B1. Fuente | Red pública (agua corriente)…….. Perforación …… Pozo ……. Transporte por cisterna……..Otro……. |
| B2. Agua segura | ¿Cómo describiría su agua?<br>a. Buena.<br>b. Gusto extraño. Describir: _____<br>c. Mal olor. Describir: _____<br>d. Corrosiva, arde, mala para la piel. Describir: _____<br>¿El agua que toma es segura? SI……..NO……No sabe……<br>¿La trata previamente? Siempre…….. Tres de cada diez veces…….<br>Nunca…….<br>¿Usa algún filtro comercial?..... |

C. AIRE

| | |
|---|---|
| C1 En general, ¿Cómo describiría la calidad del aire exterior? | a. Limpio, sin aroma._____ (6 de 7 días)<br>b. Claro, la mayor parte del tiempo con aroma u olor. (5 de 7 días) Describir: _____<br>c. Claro, a veces con aroma u olor. (3 de 7 Días) ¿Cuándo? Describir: _____<br>d. Bruma o smog, sin aroma. _____(6 de 7 días)<br>e. Bruma o smog, con aroma. Describir: _____(6 de 7 días) |
| C2. ¿Cómo es el aire en el interior de su hogar? | a. Limpio, sin olor._____<br>b. Hay humo de tabaco._____<br>c. Entra el humo de los coches. _____<br>d. Entran pesticidas/gases industriales. _____ |
| C 3. ¿Utiliza un fumigador o químicos para controlar los insectos en su hogar? | a. No._____ b. Sí, todos los días._____ c. Sí, varias veces por semana._____ d. Sí, una vez por semana. _____ e. Sí, una vez al mes o menos._____ |

D. EXCRETAS

| | |
|---|---|
| D1. Baño | En la vivienda……..Fuera de la vivienda……. Uso familiar…….. Uso compartido……..Público…….. |
| D2. Inodoro | Con botón…….. Sin botón…….. Con cadena y arrastre de agua…….. Letrina sin arrastre de agua…… No tiene baño…… |
| D3. Eliminación de excretas | Cloacas……Pozo ciego…….. Letrina…… Cielo abierto……. No sabe…….. |
| D4. ¿Se lava las manos después de ir al baño? | Siempre……..<br>Nunca……<br>A veces……<br>Depende……..Describir……. |
| D5. ¿Se lava las manos después de cambiar pañales o de llevar a los menores al baño? | Siempre……..<br>Nunca……<br>A veces……<br>Depende……. |

E. VECTORES

| | |
|---|---|
| E1. Ha visto presencia de | Mosquitos…….Época del año……<br>Vinchucas…….. Época del año……<br>Roedores…….. Época del año……<br>Murciélagos……. Época del año……<br>Cucarachas…….. Época del año……<br>Escorpiones…….. Época del año……<br>Piojos……. Época del año…… |
| E2. ¿Fumiga o desratiza? | SI……..NO…….. Veces al año…….. |

F. RESIDUOS

| | |
|---|---|
| F1. ¿Cómo descarta los residuos?<br>(puede haber más de una cruz) | a. Los pasan a recoger…….. Frecuencia……<br>b. Quema de papeles, plásticos y otra basura. ……<br>c. Quema de papel y basura, NO plásticos……<br>d. Entierra……. E. Arroja en basural…… e. Otro…… |
| F2. Existe enterramiento de basura cerca de la vivienda | Si……; …… metros<br>No**…..** |
| F3. Cerca de la vivienda posee *(radio menor de 50 metros)* | Corral…….. Leñera…… Galpón……. Otro…… |

G. ANIMALES

| | |
|---|---|
| G1. ¿Tiene animales en su vivienda? | SI…….NO…….. |
| G2. Nombre cuales | 1……..<br>2……<br>3……<br>4…… |
| G3. ¿Los animales ingresan a la vivienda? | SI……NO…….. |
| G4. ¿Dónde duermen o comen? | Corral…….Galpón…….. Vivienda…….Sueltos…….. |
| G5. ¿Vacuna a sus animales? | SI…..NO……¿Cuáles?.....<br>…… |
| G6. ¿Alguien lo ayuda con la vacunación? | …… |

## 2. Datos del grupo familiar

| | Edad | Sexo | Educación | | | | Paren-tesco (1) | Estado civil (2) | Nacio-nalidad | Disca-pacidad (3) | Trabaja actualmente (4) | Años de residencia en la zona | Viajes | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | PC | PI | SC | SI | | | | | | | No | Si (5) |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | |

(1) Referencia Familiar: P: padre, M: madre, T: tío, Ta : tía, A : abuelo, Aba : abuela
(2) Referencia estado civil: Ca: casado, S: soltero, C: conviviente, H: hijo, D: divorciado, Se: separado

(3) Discapacidad (si hubiese más de dos personas con discapacidad aclarar abajo):
1- Tipo:----------
Grupo etario:----------
¿Hace tratamiento?: ----------
Necesidades que cree que no están cubiertas:----------
Inclusión en la sociedad (Ej. va a la escuela, hace deportes, va al club, etc):----------

2- Tipo:----------
Grupo etario:----------
¿Hace tratamiento?: ----------
Necesidades que cree que no están cubiertas:----------
Inclusión en la sociedad (Ej. va a la escuela, hace deportes, va al club, etc):----------

(4) F: formal, I: informal

(5) Viajes: especificar
A otras Provincias _____
A Países limítrofes: _____
¿Cuáles? _____

**3. HABITOS Y COSTUMBRES**

H. ALIMENTOS

| | |
|---|---|
| H1. ¿Qué agua emplea para lavar los alimentos? | |
| H2. ¿Se lava las manos antes de preparar los alimentos? | Siempre……..Cuando me acuerdo……..a veces…….. cuando no estoy apurado…….nunca……. |
| H3. ¿Cultiva verduras? | SI…….NO…… ¿Con qué agua las riega?..... |
| H4. ¿Dónde almacena los alimentos hasta que los consume? | Heladera……..Fiambrera……. Temperatura ambiente……..Otro…….. |
| H5. ¿Usa distintos elementos de cocina para manipular alimentos crudos y cocidos? | Siempre…….Cuando me acuerdo…….a veces…….. cuando no estoy apurado……..nunca……. |
| H6. ¿La leche que consume proviene directamente de los animales? | SI……. ¿Le hace algún tratamiento antes?..... NO……. ¿La compra envasada?..... |
| H7. ¿Realiza carneadas? | SI……..NO……. Los animales son de su criadero?..... |

I. HABITOS

| | |
|---|---|
| I1. ¿Con qué frecuencia lava las sábanas? | Una vez a la semana……..Cada 15 días…….Cada 20 días……más…….. |
| I2. ¿Limpia el baño y los pisos con…? | Agua……Lavandina……Detergente……Lavandina y detergente en el mismo balde……..otro…….. |
| I3. ¿Usa repelentes? | SI…….NO……. |
| I4. ¿Agrega algo al agua que consume? | SI…….NO……. ¿Qué cosa?..... |
| I5. ¿Ha dado de mamar a sus hijos? | SI…….NO…….Menos de 4 meses…….menos de 6……más de 6……. |
| I6. ¿Consume hierbas **(yuyos medicinales)** con fines medicinales? | SI…….NO……. |
| I7. ¿Consume más hierbas **(yuyos medicinales)** que medicamentos? | SI…….NO……. Cuales en orden de consumo: _____ (referido a las hierbas) _____ _____ _____ |
| I8. Las hierbas **(yuyos medicinales)** que consume: | Las compra en la farmacia…….. Se las da alguna persona……. Las cultiva…… |
| I9. Las hierbas reemplazan a los medicamentos: | SI…….NO……. |

| | |
|---|---|
| 20. Otras prácticas o costumbres: | CURAR EL EMPACHO: Si….. No…….<br><br>Otras: ¿CUALES?..... |

**4. SALUD / ENFERMEDAD**

Todas las preguntas deben contestarse según la cantidad de veces que ha sucedido cada cosa en los últimos tres meses. (De ser posible, es mejor dar como referencia un acontecimiento o un período de vacaciones)

j. PARASITOSIS INTESTINALES (Anexo J: contestar uno por cada miembro de la familia)

**5. PROMOCIÓN DE LA SALUD**

K. TASA DE FUMADORES (del encuestado)

| | |
|---|---|
| K 1. ¿Fuma? | SI……. Cantidad de cigarrillos por día ……. NO…… |
| K2. ¿Qué fuma? | …….. |
| K 3. ¿A qué edad comenzó a fumar? | *Anotar la edad o el número de años aproximado*: E……..A……. |
| K 4. ¿Le gustaría dejar de fumar? | SI…… NO…… |
| | Lo ha intentado en el último año? SI…….NO……. |
| | Cuántas veces seriamente?..... |
| Algún comentario | |

L. CONSUMO DE ALCOHOL (con respecto al miembro de la familia que más utiliza)

| | |
|---|---|
| L1. ¿Toma alcohol? | SI…… NO…….. |
| L 2. ¿Con qué frecuencia toma alcohol? *Indicar con una cruz* | Todos los días……<br>Los fines de semana…….<br>Bebedor social…… |
| L 3. ¿Qué tipo de bebida alcohólica toma? *Indicar con una cruz o completar* | Vino…….Ginebra…….Fernet……..Caña……Whisky……..<br>Otros…….. |
| L 4. ¿Qué cantidad de bebida alcohólica toma? *Se refiere a la ingesta diaria* | Vasos (200 cm3)……..*número de vasos diarios*<br>Medio litro……..*marcar con una cruz*<br>Un litro……..*marcar con una cruz*<br>Otra cantidad…….*especificar* |
| L 5. ¿Cree que la bebida le ha provocado un problema de salud? | SI……..*pasar a L 6* NO…….. p*asar a M*<br>Cuál?..... |
| L 6. ¿Cree que la bebida le ha provocado algún cambio en su conducta? | SI…… NO……<br>Cuál?..... |
| Algún comentario | |

M. ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

| | |
|---|---|
| M1. ¿Le interesaría recibir información sobre Enfermedades de transmisión sexual? | a. No ----------<br>b. Sí ---------- |
| M2. ¿Tuvo alguna vez una enfermedad de transmisión sexual? | a. No<br>b. Sí. Explicar tipo(s) y fechas: |

## N. SALUD PERCIBIDA Y CALIDAD DE VIDA (por encuestado)

| | |
|---|---|
| N 1. ¿Cómo considera su salud? | Muy buena……..Buena…….Regular……..Mala……. |
| N 2. ¿Cuántas horas duerme al día? | Noche……..horas Siesta……horas |
| N 3. ¿Existe algún problema de salud que le preocupe particularmente? *Enumerar en orden de importancia* | 1. ……..<br>2. ……<br>3. ……<br>4. ……..<br>5. …… |
| N 4. ¿Cuántas veces en los últimos dos meses ha acudido a un profesional médico? | a. No tuve necesidad.<br>b. Tuve necesidad pero no pude verlo (por motivos de distancia, dinero)<br>c. 1-2 veces.<br>d. 3-4 veces.<br>e. 5 o más veces. Cantidad de veces: _____ |
| N 5. ¿Tiene alguna obra social o cobertura de salud? *Indicar cual o cuales* | Cobertura de salud……..<br>¿Tuvo alguna dificultad a la hora de usarla? SI…….NO…….. |
| *N 6.* En caso de emergencia, ¿dónde realiza la consulta? | ……. |
| *N 7.* ¿Le han dicho alguna vez que tiene una enfermedad grave (se ha comprometido la vida) o crónica (se considera con más de 6 meses de evolución)? | a. No.<br>b. Sí. Describir:<br>_____ |
| *N 8.* ¿Alguna de las personas que viven con usted tiene un problema de salud importante (para el entrevistado)? | a. No.<br>b. Sí. Identificar a la(s) persona(s) con grado de parentesco y el tipo de enfermedad: |
| N 9. ANTECEDENTES FLIARES -HEREDITARIOS | _____<br>_____ |

N10. Tiempo libre: (Indicar: edad y género)
(Solo referir a un adulto del hogar y a un menor de 14 años, llenar por cada uno un cuestionario)

| | |
|---|---|
| ADULTO:<br>Cuando tiene algún momento libre, que le gusta hacer?<br>*Edad:*…….<br>*Género:* ---------- | Actividad física: SI……. NO……<br>Cuál o cuáles?: 1…….<br>2……<br>3……<br>Veces a la semana:…… |
| | Otras actividades SI……. NO……<br>Cuál o cuáles?: 1…….<br>2……<br>3……<br>Veces a la semana:…… |
| En su trabajo, ¿realiza alguna actividad física? SI……..NO…….. ¿Cuántas horas por día?..... | |
| MENOR DE 14 AÑOS:<br>Cuando tiene algún momento libre, que | Actividad física: SI……. NO…… |

| | |
|---|---|
| le gusta hacer?<br>*Edad:*……<br>*Género:* ---------- | Cuál o cuáles?: 1…….<br>2……<br>3……<br>Veces a la semana:…… |
| | Otras actividades SI…… NO……<br>Cuál o cuáles?: 1…….<br>2……<br>3……<br>Veces a la semana:…… |
| En su trabajo, ¿realiza alguna actividad física? SI……..NO…….. ¿Cuántas horas por día?..... | |

## 6. ¿FORMA PARTE DE ALGÚN EMPRENDIMIENTO PRODUCTIVO?

Si------ No-------

Individual---------- Colectivo----------

¿Cuál? ----------

## 7. SALUD EN LA COMUNIDAD

1. En la siguiente lista, ¿Cuales piensa usted que son los tres problemas de salud más importantes en la comunidad? (Esos problemas que tienen el mayor impacto en la salud de toda la **comunidad**). **Marque solo tres e indique el grupo etario:**

| | Edad | Sexo | | | Edad | Sexo | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | Problemas de vejez (ej: artritis, perdida de visión y oído, etc.) | 12 | | | Muerte infantil |
| 2 | | | Cáncer | 13 | | | Enfermedades infecciosas (ej: Hepatitis, Tuberculosis, etc.) |
| 3 | | | Abuso infantil / negligencia | 14 | | | Problemas de salud mental |
| 4 | | | Problemas dentales | 15 | | | Lesiones por accidentes vehiculares |
| 5 | | | Diabetes | 16 | | | Violación / asalto sexual |
| 6 | | | Violencia domestica | 17 | | | Respiratorios / enfermedades pulmonares |
| 7 | | | Heridas relacionadas con armas | 18 | | | Enfermedades de transmisión sexual |
| 8 | | | Enfermedades del corazón/ infarto | 19 | | | Suicidio |
| 9 | | | Alta presión arterial | 20 | | | Embarazo en adolescentes |
| 10 | | | HIV / SIDA | 21 | | | Otros |
| 11 | | | Homicidio | | | | |

2. En la siguiente lista, ¿Cuales piensa usted que son las tres conductas más riesgosas en la comunidad? (Esas conductas que tienen el mayor impacto en la salud de la **comunidad**). **Marque solo tres e indique el grupo etario:**

| | Edad | Sexo | | | Edad | Sexo | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | Abuso del alcohol | 8 | | | Consumo de tabaco |
| 2 | | | Sobrepeso | 9 | | | No uso de control natal |
| 3 | | | Abandono de la escuela | 10 | | | No uso de cinturones de seguridad / asientos de seguridad para niños |
| 4 | | | Abuso de drogas | 11 | | | No vacunarse para prevenir enferme |
| 5 | | | Falta de ejercicio | 12 | | | Sexo inseguro |
| 6 | | | Pobres hábitos alimenticios | 13 | | | Otros |
| 7 | | | Racismo | | | | |

3. ¿Hay algo más que le gustaría contar?

Gracias por sus respuestas

Nº CUESTIONARIO: | | | |

Datos del grupo familiar: (ítem 2 integrante 1, 2, 3, etc. de la familia) | |

Todas las preguntas deben contestarse según la cantidad de veces que ha sucedido cada cosa en **los últimos tres meses**. (De ser posible, es mejor dar como referencia un acontecimiento o un período de vacaciones)

## ANEXO J: PARASITOSIS INTESTINALES **(Para personas de 1 a 18 años)**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| J.1 Diarrea | Sí | | No | | Tiempo de evolución.....hs.....días | | | | | | |
| J.2 Prurito | Sí | | No | | Anal | | Nasal | | Otros: | | |
| J.3 Sueño alterado | Sí | | No | | J.9 Alteraciones respiratorias | | | Sí | | No | |
| J.4 Decaimiento | Sí | | No | | J.10 Alteraciones Piel (Dermatitis / Urticaria) | | | Sí | | No | |
| J.5 Vómitos | Sí | | No | | J.11 Anemia | | | Sí | | No | |
| J.6 Pérdida de apetito | Sí | | No | | J.12 Toxocara: Tos:_____<br>Fiebre: _____<br>Convulsiones: _____<br>Lesión ocular: _____<br>(Ve bien, usa anteojos, etc.) | | | | | | |
| J.7 Antecedentes de parasitosis | Sí | | No | | J.13 Geofagia: _____ | | | | | | |
| | | | | | J.14: Bruxismo: _____ | | | | | | |
| | | | | | J.15: Otros_____ | | | | | | |
| J.8 Caída del pelo | Sí | | No | | J.16 ¿En el último año hizo algún tratamiento para parasitosis? | | | | Si | | No |
| | | | | | J.17 Es alérgico | | | | Sí | | No |
| | | | | | J.18 ¿a qué es alérgico?<br>…….. | | | | | | |