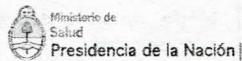


MARQUE ASI: NO MARQUE ASI:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 A B C D E F G H I J K L M N Ñ O P Q R S T U V W X Y Z



Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013

CARÁCTER ESTRICTEMENTE CONFIDENCIAL Y RESERVADO - Ley N° 17.622

BLOQUE DEL HOGAR (BH)

1. IDENTIFICACIÓN (ID)

| | | | | | | |
|--------|----------------|------------------|-------------|----------|------------------------------------|----------------------|
| U.P.S. | Código de área | Nº en el listado | Vivienda Nº | Hogar Nº | Cantidad de hogares en la vivienda | Persona entrevistada |
|--------|----------------|------------------|-------------|----------|------------------------------------|----------------------|

Último dígito del N° en el listado:

3

Provincia: Entrevista realizada

Localidad: 1 2
Sí No

2. UBICACIÓN (UB)

| Nº en el listado | Manzana | Lado | Calle | Número | Piso | Departamento | Habitación | Tipo de vivienda | Descripción |
|------------------|---------|------|-------|--------|------|--------------|------------|------------------|-------------|
| | | | | | | | | | |

Encuestador

Supervisor Sí (1) →

No (2)

Recepcionista

Recuperador Sí (1) →

No (2)

3. CANTIDAD DE VISITAS AL HOGAR (VH)

| Visita N° | Fecha | Hora | Código | Observaciones |
|-----------|-------|------|--|---------------|
| 1 | / / | : | <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 2 | / / | : | <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 3 | / / | : | <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 4 | / / | : | <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 5 | / / | : | <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 6 | / / | : | <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 7 | / / | : | <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 8 | / / | : | <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 9 | / / | : | <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 10 | / / | : | <input type="text"/> <input type="text"/> | |

4. DETECCIÓN DE VIVIENDAS Y HOGARES (DV)

1 ¿Existen otras viviendas en esta misma dirección?
(Verifique que no estén incluidas en el listado. Revise los listados de viviendas)
Sí (1) → Atención: hay más de 1 vivienda
No (2)

3 ¿En este/estos hogar/es hay...
3.1 ...servicio doméstico con cama adentro? Sí (1) No (2)
3.2 ...pensionistas? Sí (1) No (2)
Atención: hay más de 1 hogar

2 ¿Todas las personas que residen en esta vivienda comparten los gastos de comida?
Sí (1)
No (2) → Atención: hay más de 1 hogar

4 Anote la cantidad total de hogares que residen en esta vivienda

Hogar: Persona o grupo de personas, parientes o no, que habitan bajo el mismo techo y comparten los gastos de alimentación.

5. COMPONENTES DEL HOGAR (CH)

| 1 Nº de componente | 2 Nombre de pila | 3 ¿Cuál es la relación de parentesco con el/la jefe/a? Anote código 1. Jefe/a 2. Cónyuge/Pareja 3. Hijo/a/Hijastro/a 4. Padre/Madre 5. Hermano/a 6. Suegro/a 7. Yerno/Nuera 8. Nieto/a 9. Otro familiar 10. Otro no familiar | 4 Sexo Anote código 1. Varón 2. Mujer | 5 ¿Cuál es su edad en años cumplidos? Si no hay alguna persona de 18 años y más FIN DE LA ENTREVISTA. | 6 Letra de orden según edad Para personas de 18 años y más. Comience con la letra A a partir de la persona de mayor edad y continúe. |
|-----------------------|---------------------|--|---|--|---|
| 1 | | 1. Jefe/a | | 63 57 27 | A B C |

13 Total de personas en el rango

6. SELECCIÓN DEL COMPONENTE PARA EL BLOQUE INDIVIDUAL (SC)

INSTRUCCIONES PARA EL USO DE LA TABLA: SÓLO APLICAR A PERSONAS DE 18 AÑOS Y MÁS

- Tilde en la **fila superior** "Último dígito del Nº en el listado" de la **tabla**, el número que figura en la etiqueta del Bloque del Hogar como "Último dígito del Nº en el listado".
- Tilde en la **columna** "Total de personas en el rango" de la **tabla**, el número que anotó en el recuadro de la pregunta 13 "Total de personas en el rango" al pie de la columna 6.
- Ubique en el cuerpo de la **tabla** la intersección de fila y columna. Circule la letra asignada y observe en la columna 6 a quién le corresponde esa letra entre las personas listadas.
- Circule el Nº de componente correspondiente en la columna 1.
- Transcriba ese número en el casillero 1 (Nº de componente SELECCIONADO de 18 años y más) del Cuadro resumen.

TABLA PARA SELECCIONAR LA PERSONA A ENCUESTAR

| Total de personas en el rango | Último dígito del N° en el listado | | | | | | | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |
| 1 | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A |
| 2 | B | A | B | A | A | B | A | A | B | B |
| 3 | A | C | C | B | B | A | B | B | A | C |
| 4 | B | A | A | C | C | B | D | C | D | A |
| 5 | C | B | E | D | A | E | A | D | C | B |
| 6 | F | D | B | A | E | C | E | A | F | D |
| 7 | E | C | D | G | G | F | C | B | B | A |
| 8 | D | G | A | E | C | D | B | F | H | C |
| 9 | G | E | H | C | B | I | H | D | A | F |
| 10 | A | H | F | B | D | J | G | C | I | E |

CUADRO RESUMEN

- 1 N° de componente SELECCIONADO de 18 años y más.

100

- 2** Ningún componente de 18 años y más.

(88) → FIN DE LA ENTREVISTA

7. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA (CV)

1 Tipo de vivienda (Se completa por observación)

- Casa (1)
 Casilla (2)
 Departamento (3)
 Pieza de inquilinato (4)
 Pieza en hotel o pensión (5)
 Local no construido para habitación (6)
 Otros (especificar)..... (7)

2 ¿Cuántos ambientes/habitaciones tiene la vivienda en total? (Excluyendo baño, cocina, pasillos, lavadero, garaje)

3 ¿Cuál es el material predominante de los pisos?

- Cerámica, baldosa, mosaico, mármol, madera o alfombra (1)
 Cemento o ladrillo fijo (2)
 Tierra o ladrillo suelto (3)
 Otros (especificar)..... (4)

4 ¿Cuál es el material predominante de la cubierta exterior del techo?

- Cubierta asfáltica o membrana (1)
 Baldosa o losa (sin cubierta) (2)
 Pizarra o teja (3)
 Chapa de metal (sin cubierta) (4)
 Chapa de fibrocemento o plástico (5)
 Chapa o cartón (6)
 Caña, tabla o paja con barro, paja sola (7)
 N/S depto. en propiedad horizontal (8)
 Otros (especificar)..... (9)

5 En el techo, ¿tiene cielorraso/revestimiento interior?

- Sí (1)
 No (2)
 Ns/Nc (9)

6 ¿Para cocinar, utiliza principalmente...

- ...gas de red? (1)
 ...gas de tubo/garrafa? (2)
 ...kerosene/leña/carbón? (3)
 ...otro? (especificar)..... (4)

7 ¿Tiene agua...

- ...por cañería dentro de la vivienda? (1)
 ...fuera de la vivienda pero dentro del terreno? (2)
 ...fuera del terreno? (3)

8 ¿Obtiene el agua a través de...

- ...red pública (agua corriente)? (1)
 ...perforación con bomba a motor? (2)
 ...perforación con bomba manual? (3)
 ...aljibe o pozo? (4)
 ...otras fuentes (especificar)..... (5)

9 ¿Tiene baño/letrina?

- Sí (1)
 No (2) → (HO) 2

10 ¿El baño tiene ...

- ...inodoro con botón/mochila/cadena y arrastre de agua? (1)
 ...inodoro sin botón/cadena y con arrastre de agua? (a balde) (2)
 ...letrina? (sin arrastre de agua) (3)

11 ¿El desagüe del inodoro va...

- ...a red pública (cloaca)? (1)
 ...a cámara séptica y pozo ciego? (2)
 ...sólo a pozo ciego? (3)
 ...a hoyo, excavación en tierra? (4)

8. CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR (HO)

1 El baño, ¿es de uso exclusivo de este hogar?

- Sí (1)
 No (2)
 Ns/Nc (9)

2 ¿Cuántos ambientes/habitaciones tiene este hogar para su uso exclusivo?

(Excluyendo baño, cocina, pasillos, lavadero, garaje)

3 De esos, ¿cuántos usan habitualmente para dormir?

9. INGRESOS DEL HOGAR (IH)

1 ¿Cuál es el ingreso total mensual del hogar?

(Incluya ingresos provenientes del trabajo, jubilaciones, rentas, seguros de desempleo, becas, cuotas de alimentos, etc.)

1.1 Monto

→ (SL)

1.2 Sin ingresos

 (2)

Ns/Nc

 (9)

TARJETA 1

¿Me podría indicar en cuál de estos tramos se ubica el ingreso total mensual del hogar?

(Incluya ingresos provenientes del trabajo, jubilaciones, rentas, seguros de desempleo, becas, cuotas de alimentos, etc.)

| | | | |
|---------------|------------------------------|-----------------|-------------------------------|
| 1 a 1.000 | <input type="checkbox"/> (1) | 5.001 a 6.000 | <input type="checkbox"/> (10) |
| 1.001 a 1.500 | <input type="checkbox"/> (2) | 6.001 a 8.000 | <input type="checkbox"/> (11) |
| 1.501 a 2.000 | <input type="checkbox"/> (3) | 8.001 a 10.000 | <input type="checkbox"/> (12) |
| 2.001 a 2.500 | <input type="checkbox"/> (4) | 10.001 a 12.000 | <input type="checkbox"/> (13) |
| 2.501 a 3.000 | <input type="checkbox"/> (5) | 12.001 a 15.000 | <input type="checkbox"/> (14) |
| 3.001 a 3.500 | <input type="checkbox"/> (6) | 15.001 a 18.000 | <input type="checkbox"/> (15) |
| 3.501 a 4.000 | <input type="checkbox"/> (7) | 18.001 a 23.000 | <input type="checkbox"/> (16) |
| 4.001 a 4.500 | <input type="checkbox"/> (8) | 23.001 y más | <input type="checkbox"/> (17) |
| 4.501 a 5.000 | <input type="checkbox"/> (9) | Ns/Nc | <input type="checkbox"/> (99) |

Solo jefe (siempre)

ATENCIÓN: Si el N° de componente seleccionado de 18 años y más...

...es igual a 1

→ **(B1)**.

...es igual o mayor a 2

10. SITUACIÓN LABORAL DEL JEFE DEL HOGAR (SL)

1 La semana pasada, ¿_____ trabajó por lo menos una hora, hizo alguna changa, fabricó algo para vender, ayudó a un familiar/amigo en su negocio? (Sin contar las tareas de su hogar)

Sí (1) → **6**

No (2)

2 ¿La semana pasada...

...no deseaba/no quería/no podía trabajar? (1) → **(B1)**

...no tenía/no conseguía trabajo? (2) → **4**

...no tuvo pedidos/clientes? (3)

...tenía un trabajo/negocio al que no concurrió? (4)

3 ¿No concurrió por...

...vacaciones, licencia?
(enfermedad, matrimonio, embarazo, etc.)

(1)

...huelga/conflicto laboral?

(2)

...suspensión con pago?

(3)

...suspensión sin pago?

(4)

...otras causas laborales y volverá a lo sumo en un mes?

(5) → **6**

...otras causas laborales y volverá en más de un mes?

(6)

4 En los últimos 30 días, ¿estuvo buscando trabajo de alguna manera, consultó amigos/parientes, puso carteles, hizo algo para ponerse por su cuenta?

Sí (1) → **(B1)**

No (2)

5 Durante esos 30 días, ¿no buscó trabajo porque...

...está suspendido?

(1)

...ya tiene trabajo asegurado?

(2)

...se cansó de buscar trabajo?

(3)

...hay poco trabajo en esta época del año?

(4)

...por otras razones? (especificar)

(5)

6 ¿Cuántas horas semanales trabaja habitualmente en TODOS sus empleos/ocupaciones?

Menos de 35 horas semanales

(1)

Entre 35 y 45 horas semanales

(2)

Más de 45 horas semanales

(3)

Ns/Nc

(9)

BLOQUE INDIVIDUAL (BI) - 18 años y más

CARÁCTER ESTRICULTAMENTE CONFIDENCIAL Y RESERVADO - Ley N° 17.622

1. IDENTIFICACIÓN (ID)

Persona seleccionada

Encuestador

Supervisor

Recuperador

2. CANTIDAD DE VISITAS A LA PERSONA SELECCIONADA (VP)

| Visita N° | Fecha | Hora | Código | Observaciones |
|-----------|-------|------|--|---------------|
| 1 | / / | : | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 2 | / / | : | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 3 | / / | : | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 4 | / / | : | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 5 | / / | : | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 6 | / / | : | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 7 | / / | : | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 8 | / / | : | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 9 | / / | : | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 10 | / / | : | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |

Entrevista realizada

Sí (1)

No (2)

3. RAZÓN DE NO RESPUESTA INDIVIDUAL (NRI)

Ausencia (7)

Rechazo (8)

Otras causas (9) (especificar)

Selecionado

4. SITUACIÓN LABORAL (SL)

1 La semana pasada, ¿trabajó por lo menos una hora, hizo alguna changa, fabricó algo para vender, ayudó a un familiar/amigo en su negocio? (Sin contar las tareas de su hogar)

Sí (1) → **6**

No (2)

2 ¿La semana pasada...

- ...no deseaba/no quería/no podía trabajar? (1) → (SG)
...no tenía/no conseguía trabajo? (2) → **4**
...no tuvo pedidos/clientes? (3)
...tenía un trabajo/negocio al que no concurrió? (4)

3 ¿No concurrió por...

- ...vacaciones, licencia?
(enfermedad, matrimonio, embarazo, etc.)
...huelga/conflicto laboral?
...suspensión con pago?
...suspensión sin pago?
...otras causas laborales y volverá a lo sumo en
un mes?
...otras causas laborales y volverá en más de
un mes?
- (1)
 (2) → **6**
 (3)
 (4)
 (5) → **6**
 (6)

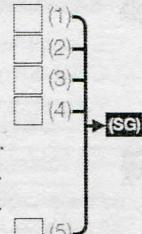
4 En los últimos 30 días, ¿estuvo buscando trabajo de alguna manera, consultó amigos/parientes, puso carteles, hizo algo para ponerse por su cuenta?

Sí (1) → (SG)

No (2)

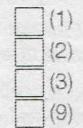
5 Durante esos 30 días, ¿no buscó trabajo porque...

- ...está suspendido?
...ya tiene trabajo asegurado?
...se cansó de buscar trabajo?
...hay poco trabajo en esta época del año?
...por otras razones? (especificar)



6 ¿Cuántas horas semanales trabaja habitualmente en TODOS sus empleos/ocupaciones?

- Menos de 35 horas semanales
Entre 35 y 45 horas semanales
Más de 45 horas semanales
Ns/Nc



5. SALUD GENERAL (SG)

1 En general, ¿usted diría que su salud es...

...excelente?
...muy buena?
...buena?
...regular?
...mala?

- (1)
 (2)
 (3)
 (4)
 (5)

2 En relación a su movilidad, ¿en el día de hoy...

...no tiene problemas para caminar?
...tiene algunos problemas para caminar?
...tiene que estar en cama?

- (1)
 (2)
 (3)

3 En relación al cuidado personal, ¿en el día de hoy...

...no tiene problemas para lavarse o vestirse solo?
...tiene algunos problemas para lavarse o vestirse solo?
...es incapaz de lavarse o vestirse solo?

- (1)
 (2)
 (3)

4 En relación a las actividades cotidianas, ¿en el día de hoy...

(Ejemplo: trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o actividades recreativas)

...no tiene problemas para realizar sus actividades cotidianas?
...tiene algunos problemas para realizar sus actividades cotidianas?
...es incapaz de realizar sus actividades cotidianas?

- (1)
 (2)
 (3)

5 En relación al dolor/malestar, ¿en el día de hoy...

...no tiene dolor ni malestar?
...tiene un dolor o malestar moderado?
...tiene mucho dolor o malestar?

- (1)
 (2)
 (3)

6 En relación a la ansiedad/depresión, ¿en el día de hoy...

...no está ansioso ni deprimido?
...está moderadamente ansioso o deprimido?
...está muy ansioso o deprimido?

- (1)
 (2)
 (3)

6. ACTIVIDAD FÍSICA (AF)

AHORA LE VOY A HACER UNAS PREGUNTAS SOBRE SUS ACTIVIDADES FÍSICAS INTENSAS, MODERADAS Y CAMINATA:

- 1 Las actividades físicas intensas son aquellas que lo hacen respirar mucho más rápido y le exigen un mayor esfuerzo físico. En la última semana, ¿cuántos días realizó actividades físicas intensas, durante al menos 10 minutos?

Días por semana

No realizó estas actividades (8)

- 2 En los días de la semana en que usted realiza este tipo de actividades, ¿cuánto tiempo en total emplea en realizarlas? Sume la cantidad de horas en la semana.

Horas

Minutos

Ns/Nc (99)

- 3 Las actividades físicas moderadas son aquellas que lo hacen respirar algo más rápido y le exigen algún esfuerzo físico. En la última semana, ¿cuántos días realizó actividades físicas moderadas, durante al menos 10 minutos?

Días por semana

No realizó estas actividades (8)

- 4 En los días de la semana en que usted realiza este tipo de actividades, ¿cuánto tiempo en total emplea en realizarlas? Sume la cantidad de horas en la semana.

Horas

Minutos

Ns/Nc (99)

- 5 En la última semana, ¿cuántos días caminó, durante al menos 10 minutos?

Días por semana

No realizó esta actividad (8)

- 6 En los días de la semana en que usted realiza este tipo de actividad, ¿cuánto tiempo en total emplea en realizarla? Sume la cantidad de horas en la semana.

Horas

Minutos

Ns/Nc (99)

- 7 Habitualmente, ¿cuánto tiempo por día pasa sentado, por ejemplo en su casa, en el trabajo, o en clase?

Horas

Minutos

Ns/Nc (99)

ATENCIÓN: Sólo para el encuestador

No realizó actividad física en la última semana
(ni intensa, ni moderada, ni caminata)

Sí realizó actividad física en la última semana
(intensa, o moderada, o caminata)

- 8 ¿Cuál es la razón principal por la que no practicó actividad física?

Por falta de tiempo
Por falta de dinero
Por falta de instalaciones
Por la distancia
Por razones de salud
Por falta de información
Por falta de seguridad
Porque no le interesa/no le gusta
Por falta de voluntad
Otro (especificar)

- (1)
(2)
(3)
(4)
(5)
(6)
(7) **[AM]**
(8)
(9)

 (10)

- 9 ¿Cuál es la razón principal por la que no realizó más actividad física?

Hago la cantidad de actividad física que necesito/indicada
Por falta de tiempo
Por falta de dinero
Por falta de instalaciones
Por la distancia
Por razones de salud
Por falta de información
Por falta de seguridad
Porque no le interesa/no le gusta
Por falta de voluntad
Otro (especificar)

- (1)
 (2)
 (3)
 (4)
 (5)
 (6)
 (7)
 (8)
 (9)
 (10)

(11)

- 10 Las actividades físicas que realizó en la última semana, ¿fueron...

- 10.1 ...parte de su actividad doméstica?
10.2 ...parte de su actividad laboral?
10.3 ...para desplazarse/trasladarse?
10.4 ...para mejorar su condición física/hacer deporte?

- Sí (1) No (2)
 (1) (2)
 (1) (2)
 (1) (2)

7. ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA (AM)

1 En los últimos 30 días, ¿consultó al...

1.1 ...médico (clínico o especialista)?

1.2 ...dentista?

1.3 ...psicólogo/psicoanalista/psiquiatra?

1.4 ...kinesiólogo/fonoaudiólogo/enfermero/a?

| Sí | No |
|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> |

3 ¿Interrumpió sus actividades habituales por ese malestar?

Sí (1)

No (2)

ATENCIÓN:

SI CONTESTÓ "SÍ" EN ALGUNA DE LAS OPCIONES, PASE A (TA)

2 En los últimos 30 días, ¿sintió algún malestar o tuvo algún problema de salud?

Sí (1)

No (2) → (TA)

4 ¿Por qué no consultó?

No tenía tiempo (1)

No tenía dinero (2)

No le pareció importante (3)

Pidió turno y todavía no lo atendieron (4)

Otra razón (especificar)

..... (5)

8. TABACO (TA)**1** ¿Alguna vez fumó cigarrillos?Sí (1)No (2) → **13****2** ¿Qué edad tenía cuando fumó por primera vez?Edad en años 12Ns/Nc (99)

vez

3 En toda su vida, ¿ha fumado por lo menos 100 cigarrillos?Sí (1)No (2)Ns/Nc (9)**4** Actualmente, ¿fuma usted cigarrillos......todos los días? (1) → **7**...algunos días? (2)...no fuma? (3) → **8**(1) → **7**
(2)
(3) → **8****5** ¿Cuántos días fumó cigarrillos en los últimos 30 días?Días 29o menos sin
ser todos los días preNs/Nc (99)**6** Los días que fumó, ¿cuántos cigarrillos fumó por día?Número de cigarrillos Ns/Nc (99) → **10****7** Durante los últimos 30 días, en promedio, ¿cuántos cigarrillos fumó por día?Número de cigarrillos Ns/Nc (99) → **10****8** ¿Alguna vez fumó diariamente?Sí (1)No (2)Ns/Nc (9)**9** ¿Cuándo fue la última vez que fumó?

(Complete sólo una opción)

Años Meses Días

}

→ **13****10** ¿Intentó dejar de fumar en el último año?Sí (1)No (2)Ns/Nc (9)**11** ¿Piensa dejar de fumar?Sí (1)No (2) → **13**Ns/Nc (9)**12** ¿En cuánto tiempo espera conseguirlo?Meses Ns/Nc (99)**13** Habitualmente, ¿personas de su entorno fuman cerca suyo?Sí (1)No (2)**14** En la siguiente pregunta deberá responder «Sí», «No», o «No estuve».

Durante los últimos 30 días, ¿notó que alguien fumó en lugares cerrados...

- | | | |
|---|---------------------------------|--|
| Sí <input type="checkbox"/> (1) | No <input type="checkbox"/> (2) | No estuve <input type="checkbox"/> (9) |
| 14.1 ...dentro de su casa? <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (9) |
| 14.2 ...dentro de su trabajo? <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (9) |
| 14.3 ...dentro de instituciones educativas? <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (9) |
| 14.4 ...dentro de bares/restaurantes? <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (9) |
| 14.5 ...dentro de hospitales/centros de salud? <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (9) |
| 14.6 ...dentro de otros lugares? <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (9) |

15 En los últimos 30 días, ¿vio alguna publicidad de cigarrillos en comercios donde se venden cigarrillos?Sí (1)No (2)No fue a comercios donde se venden cigarrillos (7)**16** En los últimos 30 días, ¿vio alguna frase o imagen sobre el riesgo de fumar impresa en paquetes de cigarrillos?Sí (1)No (2)No vio paquetes de cigarrillos (7)**ATENCIÓN:** Sólo para quienes respondieron "todos los días" ó "algunos días" en P.4**17** En los últimos 30 días, ¿las frases o imágenes que vienen en los paquetes de cigarrillos lo hicieron pensar en dejar de fumar?Sí (1)No (2)Ns/Nc (9)

9. HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HA)

1 ¿Alguna vez le han tomado la presión arterial?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (9)

→ 3

2 ¿Cuándo fue la última vez que le tomaron la presión arterial?

Menos de 1 año (1)

Entre 1 y 2 años (2)

Más de 2 años (3)

Ns/Nc (9)

3 ¿Cuántas veces un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía presión alta?

Sólo 1 vez (1)

Más de 1 vez (2)

Ninguna (3)

Ns/Nc (9)

→ [PC]

4 ¿En estos momentos está haciendo algún tratamiento (medicamentos, dieta, ejercicio) indicado por un profesional de la salud para controlar su presión arterial?

Sí (1)

No (2) → 6

5 ¿Está haciendo algún tratamiento...

5.1 ...con medicamentos? Sí (1) No (2)

5.2 ...sin medicamentos (dieta, ejercicios, reducción de peso)? (1) (2)

6 ¿Hay algún lugar al que usted vaya habitualmente para hacerse un control relacionado con la presión alta que no sea sólo tomarse la presión?

Sí (1)

No (2) → [PC]

7 ¿A qué lugar va habitualmente a hacerse esos controles?

Un consultorio médico individual (1)

Un consultorio médico dentro de una clínica o sanatorio privado (2)

Un consultorio en un hospital (3)

Un consultorio en una escuela o centro vecinal (4)

Un centro de salud comunitario o de barrio (5)

Un centro de especialidades médicas (6)

Un hospital (7)

Un servicio de emergencia (como 911, Emergencias, Ayuda Médica, Medicardio, Vittal, etc.) (8)

Un servicio de guardia de un hospital o una clínica (9)

Otro lugar (especificar)

(10)

8 Cuando usted va a ese lugar, ¿siempre lo atiende el mismo profesional de la salud?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (9)

9 ¿El médico o profesional que lo atiende en ese lugar conoce su historia clínica?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (9)

10. PESO CORPORAL (PC)

1 En el último año, ¿un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le ha dicho que tiene que bajar de peso?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (9)

2 ¿Está usted en estos momentos haciendo algo para bajar de peso? (dieta, ejercicio)

Sí (1) → 4

No (2)

3 ¿En estos momentos está haciendo algo para mantener controlado su peso?

Sí (1)

No (2)

4 ¿Cuándo fue la última vez que se pesó?

Menos de 1 año (1)

Entre 1 y 2 años (2)

Más de 2 años (3)

Nunca se ha pesado (4)

Ns/Nc (9)

5 ¿Cuánto cree usted que está pesando?

Peso en kg:

Ns/Nc (999)

6 ¿Cuánto mide?

Altura en cm:

Ns/Nc (999)

11. ALIMENTACIÓN (AL)

1 Habitualmente, ¿le agrega sal a las comidas durante la cocción?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (9)

2 Habitualmente, ¿le agrega sal a los alimentos una vez que están cocidos o al sentarse a la mesa...

...siempre o casi siempre? (1)

...raras veces? (2)

...nunca? (3)

3 ¿Habitualmente mira usted el contenido de sal/sodio en los envases de los productos?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (9)

4 En una semana típica, ¿cuántos días come usted frutas?

Días

Ningún día (0) → **6**

Ns/Nc (9)

5 ¿Cuántas porciones de fruta come en uno de esos días? (Use la cartilla si es necesario)

Porciones

Ninguna (0)

Ns/Nc (99)

6 En una semana típica, ¿cuántos días come usted verduras?

Días

Ningún día (0) → **(CO)**

Ns/Nc (9)

7 ¿Cuántas porciones de verdura come en uno de esos días? (Use la cartilla si es necesario)

Porciones

Ninguna (0)

Ns/Nc (99)

CARTILLA NUTRICIONAL

SE CONSIDERA COMO FRUTA:

Manzana, banana, naranja, durazno, pera, pomelo, mandarina (grande), etc.

Frutillas, guindas, cerezas, uvas, etc.

Fruta cocida, cortada o en conserva

Damascos

Ciruela

Sandía

Melón

Jugos de frutas: naturales, exprimidos o licuados

1 PORCIÓN:

1 unidad mediana

1 taza

½ taza

4 unidades

2 ó 3 unidades

1 tajada de 5 cm

1 tajada de 8-10 cm

½ taza

SE CONSIDERA COMO VERDURA:

Verduras crudas de hoja verde

Repollo, espinaca, lechuga, etc.

1 PORCIÓN:

1 taza o plato

Otras verduras, cocidas o cortadas crudas

Tomate, zapallito, acelga, zanahoria rallada, coliflor, brócoli, chauchas, remolacha, espárragos, puré de zapallo, cebolla, etc.

½ taza o ½ plato

12. COLESTEROL (CO)

1 ¿Alguna vez le han medido el colesterol?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (9) → 3

2 ¿Cuándo fue la última vez que le midieron el colesterol?

Menos de 1 año (1)

Entre 1 y 2 años (2)

Más de 2 años (3)

Ns/Nc (9)

3 ¿Alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía el colesterol alto?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (9) → [CA]

4 ¿En estos momentos está haciendo algún tratamiento (medicamentos, dieta, ejercicio) indicado por un profesional de la salud para mantener controlado su colesterol?

Sí (1)

No (2) → [CA]

5 ¿Está haciendo algún tratamiento...

5.1 ...con medicamentos? (1) (2)

5.2 ...sin medicamentos (dieta, ejercicios, reducción de peso)? (1) (2)

13. CONSUMO DE ALCOHOL (CA)

1 ¿Ha consumido alguna bebida alcohólica, como por ejemplo vino, cerveza, whisky o parecidos (vodka, ron) **algunas veces en la vida?**

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (9) → **(D)**

2 ¿Cuándo fue la última vez que tomó alguna de estas bebidas alcohólicas?

Durante los últimos 30 días

Hace más de un mes, pero menos de un año

Hace más de un año

Ns/Nc

(1)

(2)

(3)

(9) → **(D)**

3 ¿Con qué frecuencia tomó alguna bebida alcohólica en los últimos 30 días?

Complete sólo una opción

3.1 Días por semana

3.2 Días por mes

Ns/Nc (99)

4 Los días que toma, ¿cuánto acostumbra a tomar por día...

Para el encuestador: la tabla siguiente debe indicar la cantidad total que el entrevistado toma en un solo día.

Este puede incluir la combinación de varios tipos de bebida.

4.1 ...de cerveza?

No toma (88)

1 latita = 1 trago
3/4 litro = 2,3 tragos
1 litro = 3 tragos

Cantidad de tragos ,

4.2 ...de vino?

*Champagne
vino espumante*

No toma (88)

1 copa = 1 trago
1/2 litro = 3 tragos
3/4 litro = 4,5 tragos
1 litro = 6 tragos

Cantidad de tragos ,

4.3 ...de bebida fuerte? (licores, whisky, fernet, vodka, gin o similares)

No toma (88)

1 medida = 1 trago
1/4 litro = 6 tragos
1/2 litro = 12 tragos
1 litro = 24 tragos

Cantidad de tragos ,

4.4 ¿Toma otras bebidas alcohólicas?

Sí (1)

¿Cuáles?

No (2)

5 En algunas ocasiones, es común que uno tome más de lo habitual. En los últimos 30 días, ¿cuánto tomó el día que más tomó...

5.1 ...de cerveza?

No tomó más de lo habitual (88)

1 latita = 1 trago
3/4 litro = 2,3 tragos
1 litro = 3 tragos

Cantidad de tragos ,

5.2 ...de vino?

No tomó más de lo habitual (88)

1 copa = 1 trago
1/2 litro = 3 tragos
3/4 litro = 4,5 tragos
1 litro = 6 tragos

Cantidad de tragos ,

5.3 ...de bebida fuerte? (licores, whisky, fernet, vodka, gin o similares)

No tomó más de lo habitual (88)

1 medida = 1 trago
1/4 litro = 6 tragos
1/2 litro = 12 tragos
1 litro = 24 tragos

Cantidad de tragos ,

5.4 ¿Tomó otras bebidas alcohólicas?

Sí (1)

¿Cuáles?

No (2)

6 En los últimos 30 días, ¿al menos una vez manejó un auto, moto o bicicleta luego de haber tomado alguna bebida con alcohol?

Sí (1)

No (2)

No manejó en los últimos 30 días (3)

14. DIABETES (DI)

1 ¿Alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía diabetes o azúcar alta en la sangre?

Sí (1) → Si es varón → **3**

No (2) → **5**
Ns/Nc (9)

2 ¿Eso ocurrió cuando estaba embarazada?

Sí (1)
No (2)
Ns/Nc (9)

3 ¿En estos momentos está haciendo algún tratamiento (medicamentos, dieta, ejercicio) indicado por un profesional de la salud para mantener controlada su diabetes/azúcar en sangre?

Sí (1)
No (2) → **5**

4 ¿Está haciendo algún tratamiento...

- | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|
| 4.1 ...con medicamentos? | Sí <input type="checkbox"/> (1) | No <input type="checkbox"/> (2) |
| 4.2 ...sin medicamentos (dieta, ejercicios, reducción de peso)? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |

5 ¿Cuándo fue la última vez que le midieron glucemia/azúcar en sangre?

Menos de 1 año (1)
De 1 a 2 años (2)
Más de 2 años (3)
Nunca se la midió (4)
Ns/Nc (9)

ATENCIÓN:

Sólo para quienes respondieron "Sí" en P.1

DE LO CONTRARIO PASE A (LE)

6 ¿Hay algún lugar al que usted vaya habitualmente para hacerse un control relacionado con la diabetes que no sea sólo medirse la glucemia/azúcar en sangre?

Sí (1)

No (2) → **10**

7 ¿A qué lugar va habitualmente a hacerse esos controles?

- | | |
|---|-------------------------------|
| Un consultorio médico individual | <input type="checkbox"/> (1) |
| Un consultorio médico dentro de una clínica o sanatorio privado | <input type="checkbox"/> (2) |
| Un consultorio en un hospital | <input type="checkbox"/> (3) |
| Un consultorio en una escuela o centro vecinal | <input type="checkbox"/> (4) |
| Un centro de salud comunitario o de barrio | <input type="checkbox"/> (5) |
| Un centro de especialidades médicas | <input type="checkbox"/> (6) |
| Un hospital | <input type="checkbox"/> (7) |
| Un servicio de emergencia (como 911, Emergencias, Ayuda Médica, Medicardio, Vittal, etc.) | <input type="checkbox"/> (8) |
| Un servicio de guardia de un hospital o una clínica | <input type="checkbox"/> (9) |
| Otro lugar (especificar) | <input type="checkbox"/> (10) |

8 Cuando usted va a ese lugar, ¿siempre lo atiende el mismo profesional de la salud?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (9)

9 ¿El médico o profesional que lo atiende en ese lugar conoce su historia clínica?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (9)

10 En los últimos 12 meses, ¿un profesional de la salud le examinó los pies para detectarle heridas o irritaciones?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (9)

11 En los últimos 12 meses, ¿le hicieron un examen de la vista en el que le dilataron las pupilas?

(Este examen le habría ocasionado una sensibilidad temporal a la luz brillante)

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (9)

12 ¿Ha tomado alguna vez un curso o una clase sobre cómo controlar usted mismo su diabetes?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (9)

15. LESIONES (LE)

1 Si maneja o viaja en bicicleta, ¿con qué frecuencia usa casco?

Siempre

A veces

Nunca

No viaja en bicicleta

- (1)
 (2)
 (3)
 (4)

3 Si maneja o viaja en auto, ¿con qué frecuencia usa cinturón de seguridad?

Siempre

A veces

Nunca

No viaja en auto

- (1)
 (2)
 (3)
 (4)

2 Si maneja o viaja en moto, ¿con qué frecuencia usa casco?

Siempre

A veces

Nunca

No viaja en moto

- (1)
 (2)
 (3)
 (4)

16. PRÁCTICAS PREVENTIVAS (PP)

ATENCIÓN: Sólo para mujeres

SI ES VARÓN PASE A (AC)

1 ¿Alguna vez se hizo una mamografía?
(Una mamografía es una radiografía de cada mama)

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (9) → 3

- (1)
 (2)
 (3)
 (4)
 (9)

3 ¿Alguna vez se hizo un Papanicolaou?
(Un Papanicolaou es un examen para detectar problemas en el cuello del útero)

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (9) → (AC)

- (1)
 (2)
 (3)
 (4)
 (9)

2 ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una mamografía?

Menos de 1 año

De 1 a 2 años

Más de 2 a 3 años

Más de 3 años

Ns/Nc

4 ¿Cuándo fue la última vez que se hizo un Papanicolaou?

Menos de 1 año

De 1 a 2 años

Más de 2 a 3 años

Más de 3 años

Ns/Nc

- (1)
 (2)
 (3)
 (4)
 (9)

17. AFECCIONES CRÓNICAS (AC)

ATENCIÓN: A todas las personas de 18 años y más...

1 ¿Alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tuvo...

| | Sí | No | Ns/Nc |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1.1 ...un ataque cardíaco, también llamado infarto de miocardio? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (9) |
| 1.2 ...un accidente cerebrovascular o derrame o ACV? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (9) |
| 1.3 ...EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema o bronquitis crónica)? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (9) |
| 1.4 ...una enfermedad renal sin incluir cálculos renales, infecciones urinarias o incontinencia? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (9) |

18. VACUNACIÓN (VA)

1 Del siguiente listado de vacunas que voy a leerle, le pido que me diga si en los últimos 5 años se ha dado o no cada una de ellas.

| | Sí | No | Ns/Nc |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1.1 Vacuna antitetánica / vacuna doble adulto (difteria, tétanos) | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (9) |
| 1.2 Influenza / gripe / gripe A | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (9) |
| 1.3 Neumococo / Neumonía | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (9) |
| 1.4 Hepatitis B | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (9) |
| 1.5 Vacuna triple bacteriana (tos convulsa - coqueluche) | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (9) |

2 En los últimos 12 meses, ¿vio o escuchó información sobre vacunas de adultos en algún medio como tv, radio, revistas, página web, carteles en la calle, hospitales, escuelas, etc.?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (9)

3 En los últimos 12 meses, ¿un médico, enfermera u otro profesional de la salud le habló o le dió información sobre vacunas de adultos?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (9)

19. PREVENCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL (CC)

ATENCIÓN: Sólo para personas de 50 años o más

1 ¿Alguna vez se ha hecho algún estudio para detectar pólipos o cáncer de colon, tal como...

- 1.1 ...prueba de sangre oculta en materia fecal?
- 1.2 ...colonoscopía?
- 1.3 ...radiografía de colon por enema?

| | |
|----|------------------------------|
| Sí | <input type="checkbox"/> (1) |
| | <input type="checkbox"/> (1) |
| | <input type="checkbox"/> (1) |

| | |
|----|------------------------------|
| No | <input type="checkbox"/> (2) |
| | <input type="checkbox"/> (2) |
| | <input type="checkbox"/> (2) |

| | |
|-------|------------------------------|
| Ns/Nc | <input type="checkbox"/> (9) |
| | <input type="checkbox"/> (9) |
| | <input type="checkbox"/> (9) |

ATENCIÓN: Si contestó "Sí" en alguna de las opciones, continúe con P.2

DE LO CONTRARIO PASE A (TH)

2 ¿Cuál fue el último estudio que se realizó?

- Prueba de sangre oculta en materia fecal
- Colonoscopía
- Radiografía de colon por enema

| |
|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (1) |
| <input type="checkbox"/> (2) |
| <input type="checkbox"/> (3) |

3 ¿Hace cuánto se lo realizó?

- En el último año
- Hace más de 1 año, pero menos de 2
- Hace más de 2 años, pero menos de 4
- Hace más de 4 años, pero menos de 5
- Entre 5 y 10 años
- Más de 10 años
- Ns/Nc

| |
|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (1) |
| <input type="checkbox"/> (2) |
| <input type="checkbox"/> (3) |
| <input type="checkbox"/> (4) |
| <input type="checkbox"/> (5) |
| <input type="checkbox"/> (6) |
| <input type="checkbox"/> (9) |

DEFINICIONES:

Prueba de sangre oculta en materia fecal: esta prueba se realiza para detectar la presencia de pólipos o cáncer colorrectal (del tubo digestivo o intestino grueso).

Colonoscopía: es un estudio mediante el cual se detectan pólipos o cáncer colorrectal (del tubo digestivo o intestino grueso) a través de un tubo flexible con una cámara que permite observar internamente el tubo digestivo.

Radiografía de colon por enema: es un método para detectar problemas en el colon o recto (tubo digestivo o intestino grueso) a través de una radiografía en la zona, donde previamente se realiza un enema con una sustancia de contraste.

20. TELÉFONO DEL HOGAR (TH)**ATENCIÓN:** No olvide pedir el/los teléfono/s antes de retirarse del hogarTeléfono del hogar No tiene teléfono (8)No lo quiso dar (9)Teléfono celular No tiene teléfono (8)No lo quiso dar (9)**21. RAZÓN DE NO RESPUESTA (NR)**Deshabitada (1)Venta o alquiler (1)Sucesión o remate (2)Deshabitada en la semana de referencia (3)Sin causa conocida (4)Demolida (2)Fue demolida (1)En demolición (2)Levantada (3)Trasladada (4)Fin de semana (3)Viven en otra vivienda la mayor parte de la (1) semanaViven en otra vivienda la mayor parte del mes (2)Viven en otra vivienda la mayor parte del año (3)Construcción (4)Se está construyendo (1)Construcción paralizada (2)Refacción (3)Vivienda usada como establecimiento (5)Conserva comodidad de vivienda (1)Variaciones en el listado (6)No existe lugar físico (1)No es vivienda (2)Ausencia (7)No se pudo contactar en tres visitas (1)Por causas circunstanciales (2)Viaje (3)Vacaciones (4)Rechazo (8)Negativa rotunda (1)Rechazo por portero eléctrico (2)Se acordaron entrevistas que no se concretaron (3)Otras causas (9)Duelo (1)Ebriedad, discapacidad, idioma extranjero (2)Problema de seguridad (3)Inaccesible (problemas climáticos u otros) (4)

INFORMANTE/OBSERVACIONES.....

22. OBSERVACIONES GENERALES (OG)Ingreso
Realizado