

ENCUESTA NACIONAL DE FACTORES DE RIESGO 2005

CARÁCTER EstrictAMENTE CONFIDENCIAL Y RESERVADO - Ley N° 17.622

CUESTIONARIO INDIVIDUAL (18 años y más)

1. IDENTIFICACIÓN (ID)

				01			
Código de aglomerado	Código de localidad	Código de área	N° en el listado	Vivienda N°	Hogar N°	Cantidad de hogares en la vivienda	Persona seleccionada

Entrevista realizada
Encuestador: (_ _) 1 2
Si No

Supervisor: (_ _)

2. SITUACIÓN LABORAL (SL)

1 ¿En la semana pasada, _____ trabajó por lo menos una hora? *(sin contar las tareas de su hogar)*

Si 1 No 2

pase a preg. 8

6 ¿Durante esos 30 días consultó amigos/parientes, puso carteles, hizo algo para ponerse por su cuenta?

Si 1 No 2

pase a bloque Salud General

2 ¿En esa semana, hizo alguna changa, fabricó algo para vender, ayudó a un familiar/amigo en su negocio?

Si 1 No 2

pase a preg. 8

7 ¿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

..... 5

pase a bloque Salud General

3 ¿La semana pasada...

... no deseaba/no quería/no podía trabajar? 1 → **pase a bloque Salud General**

... no tenía/no conseguía trabajo? 2 } **pase a preg. 5**

... no tuvo pedidos/clientes? 3 }

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

4 ¿No concurrió por...

... vacaciones, licencia? *(enfermedad, matrimonio, embarazo, etc.)* 1 } **pase a preg. 8**

... causas personales? *(viajes, trámites, etc.)* 2 }

... huelga/conflicto laboral? 3 }

... suspensión con pago? 4 }

... suspensión sin pago? 5 → **pase a preg. 5**

... otras causas laborales y volverá a lo sumo en un mes? 6 → **pase a preg. 8**

... otras causas laborales y volverá en más de un mes? 7 → **pase a preg. 5**

8 ¿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

9 ¿En la ocupación principal (si tiene más de una aquella que habitualmente le lleva más horas) _____ trabaja ...

... para su propio negocio/empresa/actividad? 1 **pase a preg. 10**

... como obrero o empleado para un patrón/empresa/institución *(incluye agencia de empleo)?* 2 } **pase a bloque Salud General**

... como servicio doméstico? 3 }

... como trabajador familiar sin pago? 4 }

5 En los últimos 30 días, ¿estuvo buscando trabajo de alguna manera?

Si 1 No 2

pase a bloque Salud General

10 ¿En ese negocio/empresa/actividad se emplean personas asalariadas?

Si 1 No 2

Cóputos

3. SALUD GENERAL (SG)

1 En general, usted diría que su salud es:
Lea todas las opciones y marque la que corresponda

Excelente	<input type="checkbox"/>	1
Muy buena	<input type="checkbox"/>	2
Buena	<input type="checkbox"/>	3
Regular	<input type="checkbox"/>	4
Mala	<input type="checkbox"/>	5

Para ser completado por el entrevistado (Entregue el cuestionario y explique su llenado)

Marque con una cruz aquellas afirmaciones que describan mejor su estado de salud **al día de hoy**.

2 **Movilidad**

No tengo problemas para caminar	<input type="checkbox"/>	1
Tengo algunos problemas para caminar	<input type="checkbox"/>	2
Tengo que estar en cama	<input type="checkbox"/>	3

5 **Dolor/malestar**

No tengo dolor ni malestar	<input type="checkbox"/>	1
Tengo un dolor o malestar moderado	<input type="checkbox"/>	2
Tengo mucho dolor o malestar	<input type="checkbox"/>	3

3 **Cuidado personal**

No tengo problemas para lavarme o vestirme solo	<input type="checkbox"/>	1
Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo	<input type="checkbox"/>	2
Soy incapaz de lavarme o vestirme solo	<input type="checkbox"/>	3

6 **Ansiedad/depresión**

No estoy ansioso ni deprimido	<input type="checkbox"/>	1
Estoy moderadamente ansioso o deprimido	<input type="checkbox"/>	2
Estoy muy ansioso o deprimido	<input type="checkbox"/>	3

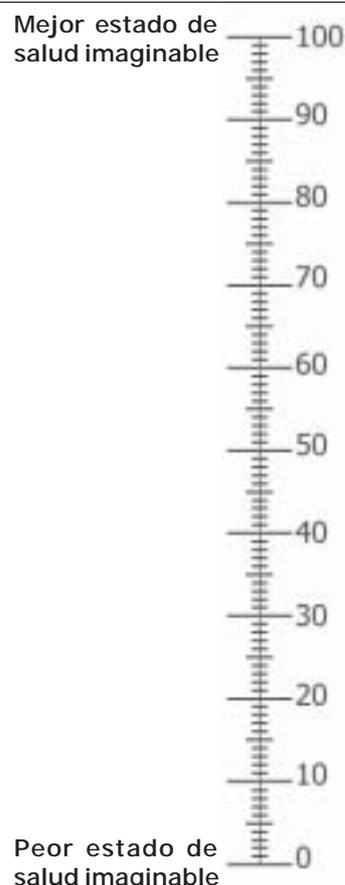
4 **Actividades cotidianas**
(Ejemplo: trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o actividades recreativas)

No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>	1
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>	2
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>	3

7 Para ayudarlo a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy. Por favor, dibuje una línea desde el cero hasta el número que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

Su estado de salud hoy



4. ACTIVIDAD FÍSICA (AF)

Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre sus actividades físicas

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 realiza estas actividades: 8

pase a preg. 3

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

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 realiza estas actividades: 8

pase a preg. 5

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

Horas: Minutos: Ns/Nc 99

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

Días por semana:

No realiza estas actividades: 8

pase a preg. 7

6 En los días de la semana en que usted realiza este tipo de actividades, ¿cuánto tiempo en total emplea en realizarlas?

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:

5. ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA (AM)

1 En las últimas 4 semanas, ¿consultó al ...
Lea cada opción por separado y marque SI o NO en cada una

	SI	NO
1.1 ... médico (<i>clínico y/o especialista</i>)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
1.2 ... dentista?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
1.3 ... psicólogo/psicoanalista/psiquiatra?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
1.4 ... kinesiólogo/fonoaudiólogo/enfermero/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

Si contestó SI en alguna de las opciones **pase a bloque Tabaco**

2 En las últimas 4 semanas, ¿sintió algún malestar o tuvo algún problema de salud?

Si 1 No 2 → **pase a bloque Tabaco**

3 ¿Interrumpió sus actividades habituales por ese malestar?

Si 1 No 2

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

.....

6. TABACO (TA)

1 ¿Alguna vez fumó cigarrillos?

Si 1 No 2 **pase a preg. 9**

2 ¿Qué edad tenía cuando fumó por primera vez?

Edad en años Ns/Nc 99

3 ¿En toda su vida ha fumado por lo menos 100 cigarrillos?

Si 1 No 2 Ns/Nc 9

4 Actualmente ¿fuma usted cigarrillos ...

Lea las opciones y marque la que corresponda

... todos los días? 1

... algunos días? 2

... no fuma? 3 **pase a preg. 6**

5 Durante los últimos 30 días, en promedio, ¿cuántos cigarrillos fumó por día?

Número de cigarrillos **pase a preg. 7**

Ns/Nc 99 **pase a preg. 7**

6 ¿Cuándo fue la última vez que fumó?

Hace 1 día o menos 1

Más de 1 día y menos de 1 mes 2

Entre 1 y 6 meses 3 **pase a preg. 9**

Entre 7 meses y 1 año 4

Más de 1 año 5

7 ¿Piensa dejar de fumar?

Si 1 No 2 Ns/Nc 9 **pase a preg. 9**

8 ¿En cuánto tiempo espera conseguirlo?

Meses Ns/Nc 99

9 ¿Habitualmente personas de su entorno fuman cerca suyo?

Si 1 No 2 **pase a bloque Hipertensión Arterial**

10 ¿De los siete días de la semana cuántos días fuman cerca suyo?

Días Ns/Nc 9

11 ¿En qué lugares lo hacen ...

Lea cada opción por separado y marque SI o NO en cada una

	SI	NO
11.1 ... en su casa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
11.2 ... en su trabajo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
11.3 ... en su lugar de estudio?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
11.4 ... en otros lugares?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

7. HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HA)

1 ¿Alguna vez le han tomado la presión arterial?

- Sí 1
 No 2 *pase a preg. 3*
 Ns/Nc 9 *pase a preg. 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 la presión alta?

- Sólo una vez 1
 Más de una vez 2 *pase a bloque Peso Corporal*
 Ninguna 3 *pase a bloque Peso Corporal*
 Ns/Nc 9 *pase a bloque Peso Corporal*

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 *pase a bloque Peso corporal*

5 ¿Qué tipo de tratamiento está haciendo ...

- ... medicamentos? 1
 ... tratamiento sin medicamentos (*dieta, ejercicios, reducción de peso*)? 2
 ... ambos? 3

8. 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 *pase a preg. 3*
 Ns/Nc 9 *pase a preg. 3*

2 ¿Está usted en estos momentos haciendo algo para bajar de peso? (*por ejemplo: dieta, ejercicio, tomar medicamentos*)

- Sí 1 *pase a preg. 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: No sabe 999

6 ¿Cuánto mide?

- Altura en cm: No sabe 999

9. ALIMENTACIÓN (AL)

1 ¿Le agrega sal a los alimentos una vez que están cocidos o al sentarse a la mesa?

- Nunca 1
 Raras veces 2
 Siempre o casi siempre 3

2 ¿Qué usa más frecuentemente para cocinar (*marque sólo una opción*) ...

- ... aceite? 1
 ... grasa? 2
 ... manteca? 3
 ... otro? 4
 ... cocina sin ningún tipo de aceite o grasa? 5

3 ¿Cuántos días de la semana pasada, en su casa o fuera de ella, comió o bebió ...

- | | Días | No consumió | Ns/Nc |
|---|--------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 3.1 ... jugos de frutas naturales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 3.2 ... frutas (<i>sin contar los jugos</i>)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 3.3 ... vegetales ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 3.4 ... huevos (<i>tortillas, tartas</i>)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 3.5 ... carne vacuna, pollo, cerdo o cordero? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 3.6 ... pescado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 3.7 ... lácteos (<i>leche, queso, yogur, etc.</i>)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |

10. COLESTEROL (CO)

1 ¿Alguna vez le han medido el colesterol?

- Sí 1
 No 2 *pase a preg. 3*
 Ns/Nc 9 *pase a preg. 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 *pase a bloque Consumo de Alcohol*
 Ns/Nc 9 *pase a bloque Consumo de Alcohol*

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 *pase a bloque Consumo de Alcohol*

5 ¿Qué tipo de tratamiento está haciendo ...

- ... medicamentos? 1
 ... tratamiento sin medicamentos (*dieta, ejercicios, peso*)? 2
 ... ambos? 3

11. CONSUMO DE ALCOHOL (CA)

1 ¿Ha consumido alguna bebida alcohólica, como por ejemplo vino, cerveza, whisky o parecidos (*vodka, ron*) en los últimos 30 días?

- Sí 1
 No 2 *pase a bloque Diabetes*
 Ns/Nc 9 *pase a bloque Diabetes*

2 ¿Con qué frecuencia tomó alguna bebida alcohólica en los últimos 30 días? (*complete sólo una opción*)

- 2.1 ...Días por semana 2.2 ... Días por mes
 Ns/Nc 9

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

Para el entrevistador: La tabla siguiente debe indicar la cantidad total que el entrevistado toma o tomaba en un solo día. Esto puede incluir la combinación de varios tipos de bebida. Después de la primera referencia, pregunte si tomaba algo más en ese mismo día.

3.1 ... de cerveza?

No toma 88

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

Cantidad de tragos ,

3.2 ... de vino?

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 ,

3.3 ... de bebida fuerte? (licores, whisky, 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 ,

3.4 ... otras bebidas?

Sí 1 No 2

Cuáles?

.....

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

4.1 ... de cerveza?

No tomó más de lo habitual 88

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

Cantidad de tragos ,

4.2 ... 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 ,

4.3 ... de bebida fuerte? (licores, whisky, 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 ,

4.4 ... otras bebidas?

Sí 1 No 2

Cuáles?

.....

5 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

12. DIABETES (DI)

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

- Sí 1 → **Si es mujer pase a preg. 2**
Si es varón pase a preg. 3
- No 2 **pase a preg. 5**
- Ns/Nc 9 **pase a preg. 5**

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
- pase a preg. 5**

4 ¿Qué tipo de tratamiento está haciendo ...

- ... medicamentos? 1
- ...tratamiento sin medicamentos (dieta, ejercicios, peso)? 2
- ... ambos? 3

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

- Menos de 1 año 1
- Entre 1 y 2 años 2
- Más de 2 años 3
- Nunca se la midió 4
- Ns/Nc 9

13. PRÁCTICAS PREVENTIVAS (PP)

Sólo para mujeres

1 ¿Alguna vez se hizo una mamografía?

(Una mamografía es una radiografía de cada mama)

- Sí 1
- No 2 **pase a preg. 3**
- Ns/Nc 9 **pase a preg. 3**

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

- Menos de 1 año 1
- Entre 1 y 2 años 2
- Más de 2 años 3
- Ns/Nc 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 **pase a preg. 5**
- Ns/Nc 9 **pase a preg. 5**

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

- Menos de 1 año 1
- Entre 1 y 2 años 2
- Más de 2 años 3
- Ns/Nc 9

Varones y mujeres hasta 65 años

5 ¿Actualmente, usted o su pareja se cuida cuando tiene relaciones sexuales?

Le recuerdo que usted nunca podrá ser identificada/o por estas respuestas.

- A veces 1
- Siempre 2
- No se cuida 3 **pase a bloque Prevención de Accidentes**
- No tiene relaciones sexuales 4 **pase a bloque Prevención de Accidentes**

6 ¿Cómo se cuida usted o su pareja? (Lea cada opción por separado y marque SI o NO en cada una)

- | | SI | NO |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 6.1 ... Preservativo o condón | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 6.2 ... Ritmo o control del período menstrual | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 6.3 ... Pastillas anticonceptivas | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 6.4 ... Espiral o DIU (dispositivo intrauterino) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 6.5 ... Diafragma | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 6.6 ... Coito interrumpido | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 6.7 ... Otro | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

14. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES (PA)

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

- Siempre 1
 A veces 2
 Nunca 3
 No viaja en bicicleta o moto 4

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

- Siempre 1
 A veces 2
 Nunca 3
 No viaja en auto 4

Las siguientes preguntas se refieren a la seguridad y a las armas de fuego. Las armas de fuego incluyen armas tales como pistolas, escopetas y rifles.

3 ¿Actualmente hay algún arma de fuego dentro de su casa, automóvil, garage o depósito?

- Sí 1
 No 2
 Ns/Nc 9

4 En los últimos 12 meses, ¿alguien le robó a mano armada?

- Sí 1
 No 2
 Ns/Nc 9

5 En los últimos 12 meses, ¿usted vió que le robaran a mano armada a otra persona?

- Sí 1
 No 2
 Ns/Nc 9

6 En los últimos 12 meses, ¿fue golpeado/a por otra persona?

- Sí 1
 No 2
 Ns/Nc 9

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

15. CANTIDAD DE VISITAS A LA PERSONA SELECCIONADA (CV)

Visita N°	Fecha	Hora	Observaciones
1			
2			
3			

16. MOTIVO DE NO RESPUESTA INDIVIDUAL (MNR)

- Ausencia momentánea 1
 Rechazo 2
 Otras causas (especificar) 3
 3



INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS

Av. Presidente Julio A. Roca 615

1067 CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES - REPÚBLICA ARGENTINA