

# Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009



CARÁCTER ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y RESERVADO - Ley Nº 17.622

## BLOQUE DEL HOGAR

### 1. IDENTIFICACIÓN (ID)

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

Último dígito del Nº en el listado:

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:

Recuperador:

Recepcionista: (---) .....

1  2  
Sí No

1  2  
Sí No

(---) ..... (---) .....

### 3. CANTIDAD DE VISITAS AL HOGAR (VH)

Visita Nº	Fecha	Hora	Código	Observaciones
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

### 4. DETECCIÓN DE VIVIENDAS Y HOGARES (DV)

#### 1 ¿Existen otras viviendas en esta misma dirección?

(Verifique que no estén incluidas en el listado. Revise la Hoja de Ruta)

Sí  1  No  2

Atención: hay más de 1 vivienda

#### 3 ¿En este/estos hogar/es hay...

3.1 ... servicio doméstico con cama adentro?

Sí  1  2  
No  1  2

3.2 ... pensionistas?

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 y/u otros gastos esenciales para vivir.





## 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, garage)

### 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

## 8. CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR (HO)

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

- Sí  1
- No  2

### 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

**Pase a Características del Hogar. Preg 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

## 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

**Pase a Situación Laboral**

1.2 Sin ingresos  2

Ns/nc  9 →

### 2 TARJETA 2 ¿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 400 <input type="checkbox"/> 1       | 1.751 a 2.000 <input type="checkbox"/> 10   |
| 401 a 600 <input type="checkbox"/> 2     | 2.001 a 3.000 <input type="checkbox"/> 11   |
| 601 a 700 <input type="checkbox"/> 3     | 3.001 a 4.000 <input type="checkbox"/> 12   |
| 701 a 800 <input type="checkbox"/> 4     | 4.001 a 5.000 <input type="checkbox"/> 13   |
| 801 a 900 <input type="checkbox"/> 5     | 5.001 a 7.500 <input type="checkbox"/> 14   |
| 901 a 1.000 <input type="checkbox"/> 6   | 7.501 a 10.000 <input type="checkbox"/> 15  |
| 1.001 a 1.250 <input type="checkbox"/> 7 | 10.001 a 15.000 <input type="checkbox"/> 16 |
| 1.251 a 1.500 <input type="checkbox"/> 8 | 15.001 y más <input type="checkbox"/> 17    |
| 1.501 a 1.750 <input type="checkbox"/> 9 | Ns/nc <input type="checkbox"/> 99           |



## ATENCIÓN

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

... es igual a 1

Pase a Bloque Individual

... es igual o mayor a 2

### 10. SITUACIÓN LABORAL DEL JEFE/A DEL HOGAR (SL)

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

Sí

 1

Pase a preg. 8

No

 2

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

Sí

 1

Pase a preg. 8

No

 2

**3** ¿La semana pasada...

... no deseaba/no quería/no podía trabajar?

 1

... no tenía/no conseguía trabajo?

 2

... no tuvo pedidos/clientes?

 3

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

 4

Pase a Bloque Individual

Pase a preg. 5

**4** ¿No concurrió por...

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

 1

... causas personales? (viajes, trámites, etc.)

 2

... huelga/conflicto laboral?

 3

... suspensión con pago?

 4

... suspensión sin pago?

 5

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

 6

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

 7

Pase a preg. 8

Pase a preg. 5

Pase a preg. 8

Pase a preg. 5

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

Sí

 1

Pase a Bloque Individual

No

 2

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

Sí

 1

Pase a Bloque Individual

No

 2

**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

Pase a Bloque Individual

**8** En la OCUPACIÓN PRINCIPAL (si tiene más de una, aquella que habitualmente le lleva más horas), ¿\_\_\_\_\_ trabaja ...

... para su propio negocio/empresa/actividad?

 1

... como obrero o empleado para un patrón/empresa/institución? (incluye agencia de empleo)

 2

... como servicio doméstico?

 3

... como trabajador familiar sin pago?

 4

Pase a preg. 10

Pase a preg. 11

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

Sí

 1

No

 2

**10** ¿Por ese trabajo tiene descuento jubilatorio?

Sí

 1

No

 2

**11** ¿Esa ocupación es...

... permanente?

 1

... un trabajo temporario? (por un plazo fijo o por tarea u obra)

 2

... una changa?

 3

... de duración desconocida? (inestable)

 4

**12** ¿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

Pase a Bloque Individual

**13** ¿Desearía trabajar más horas?

Sí

 1

No

 2

# BLOQUE INDIVIDUAL (18 años y más)

CARACTER ESTRICTAMENTE 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				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Entrevista realizada

Sí  1

No  2

## 3. RAZÓN DE NO RESPUESTA INDIVIDUAL (NR)

Ausencia momentánea  7

Rechazo  8

Otras causas  9 (especificar) .....

## 4. SITUACIÓN LABORAL (SL)

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

Sí  1 **Pase a preg. 8** No  2

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

Sí  1 **Pase a preg. 8** No  2

**3 ¿La semana pasada...**

- ... no deseaba/no quería/no podía trabajar?  1 → **Pase a 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**

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

Sí  1 **Pase a Salud General** No  2

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

Sí  1 **Pase a Salud General** No  2

**7 Durante esos 30 días, ¿no buscó trabajo porque...**

- ... está suspendido?  1 } **Pase a Salud General**
- ... 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 }
- .....
- .....
- .....

**8 En la OCUPACION PRINCIPAL (si tiene más de una, aquella que habitualmente le lleva más horas), ¿trabaja ...**

- ... para su propio negocio/empresa/actividad?  1
- ... como obrero o empleado para un patrón/empresa/institución? *(incluye agencia de empleo)*  2 } **Pase a preg. 10**
- ... como servicio doméstico?  3 }
- ... como trabajador familiar sin pago?  4 → **Pase a preg. 11**

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

Sí  1 No  2

**10 ¿Por ese trabajo tiene descuento jubilatorio?**

Sí  1 No  2

**11 ¿Esa ocupación es...**

- ... permanente?  1
- ... un trabajo temporario? *(por un plazo fijo o por tarea u obra)*  2
- ... una changa?  3
- ... de duración desconocida? *(inestable)*  4

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

- Menos de 35 horas semanales  1
- Entre 35 y 45 horas semanales  2 } **Pase a Salud General**
- Más de 45 horas semanales  3 }
- Ns/nc  9

**13 ¿Desearía trabajar más horas?**

Sí  1 No  2

## 5. SALUD GENERAL (SG)

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

- ... excelente?  1
- ... muy buena?  2
- ... buena?  3
- ... regular?  4
- ... mala?  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  1
- Tengo algunos problemas para caminar  2
- Tengo que estar en cama  3

### 3 Cuidado personal

- No tengo problemas para lavarme o vestirme solo  1
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo  2
- Soy incapaz de lavarme o vestirme solo  3

### 4 Actividades cotidianas

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

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas  1
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas  2
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas  3

### 5 Dolor/malestar

- No tengo dolor ni malestar  1
- Tengo un dolor o malestar moderado  2
- Tengo mucho dolor o malestar  3

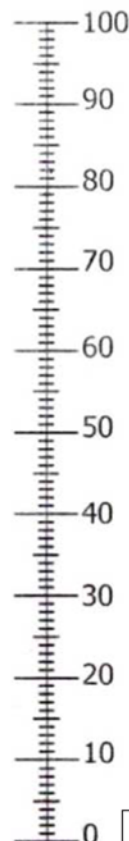
### 6 Ansiedad/depresión

- No estoy ansioso ni deprimido  1
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido  2
- Estoy muy ansioso o deprimido  3

**7 Para ayudarlo a describir lo bueno o lo 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.**

Mejor estado de salud imaginable



Peor estado de salud imaginable

Su estado de salud hoy



## 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 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 esta actividad  8 **Pase a preg. 7**

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

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)  **Pase a preg. 9**

**8** En los últimos 30 días ¿realizó alguna actividad física?

Sí  1

No  2 **Pase a preg. 17**

**9 ¿Realizó actividad física...**

	Sí	No
9.1. ...como actividad doméstica?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
9.2. ...como parte de su actividad laboral?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
9.3. ...para desplazarse/trasladarse?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
9.4. ...para mejorar su condición física/hacer deporte?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

▶ **Pase a preg. 16**

**10 ¿Qué actividades físicas y/o deportivas practicó?**  
(No lea y anote todas las opciones)

**ACTIVIDAD FÍSICA**

01 Caminar	<input type="checkbox"/>
02 Correr	<input type="checkbox"/>
03 Andar en bicicleta	<input type="checkbox"/>
04 Andar en patines/rollers	<input type="checkbox"/>
05 Gimnasia	<input type="checkbox"/>

**DEPORTES**

06 Artes marciales	<input type="checkbox"/>	13 Natación	<input type="checkbox"/>
07 Atletismo	<input type="checkbox"/>	14 Paddle	<input type="checkbox"/>
08 Basquet	<input type="checkbox"/>	15 Rugby	<input type="checkbox"/>
09 Boxeo	<input type="checkbox"/>	16 Tenis	<input type="checkbox"/>
10 Fútbol	<input type="checkbox"/>	17 Voley	<input type="checkbox"/>
11 Handball	<input type="checkbox"/>	18 Otro/s (especificar)	<input type="checkbox"/>
12 Hockey s/césped	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>

**SI REALIZÓ MÁS DE UNA ACTIVIDAD...**

**11 De todas las que practicó, ¿cuál es la que considera más importante y nunca dejaría de realizar?**

Código   **LA MÁS IMPORTANTE**

**PARA LA ÚNICA QUE REALIZÓ O LA MÁS IMPORTANTE**

**12 ¿Dónde la practicó?**

Escuela/Universidad	<input type="checkbox"/> 1
Club	<input type="checkbox"/> 2
Gimnasio	<input type="checkbox"/> 3
Espacio público (plaza, calle, playa, etc.)	<input type="checkbox"/> 4
Centro municipal o provincial	<input type="checkbox"/> 5
Hogar	<input type="checkbox"/> 6
Trabajo	<input type="checkbox"/> 7
Otro (especificar) .....	<input type="checkbox"/> 8
.....	

▶ **Pase a preg. 14**

**13 ¿Esa escuela/universidad es...**

...pública?  1

...privada?  2

**14 ¿Con qué frecuencia la practicó?**

Menos de una vez por semana	<input type="checkbox"/> 1
Una vez por semana	<input type="checkbox"/> 2
Dos veces por semana	<input type="checkbox"/> 3
Tres veces por semana	<input type="checkbox"/> 4
Más de tres veces por semana	<input type="checkbox"/> 5

**15 ¿Cuál es el principal motivo por el que la practicó?**

Para competir	<input type="checkbox"/> 1
Por razones de salud	<input type="checkbox"/> 2
Por razones estéticas	<input type="checkbox"/> 3
Porque le gusta/le divierte	<input type="checkbox"/> 4
Por hábito	<input type="checkbox"/> 5
Por obligación	<input type="checkbox"/> 6
Para aprender	<input type="checkbox"/> 7
Otro (especificar) .....	<input type="checkbox"/> 8
.....	

**16 ¿Hay alguna otra actividad física y/o deportiva que quiera realizar?**

Sí  1 → **Pase a preg. 20**      No  2 → **Pase a Acceso a la Atención Médica**

**17 ¿Ha practicado actividad física y/o deportiva alguna vez en la vida?**

Sí  1      No  2

**18 ¿Y en la actualidad por qué no practica?**

Por falta de tiempo	<input type="checkbox"/> 1
Por falta de dinero	<input type="checkbox"/> 2
Por falta de instalaciones	<input type="checkbox"/> 3
Por la distancia	<input type="checkbox"/> 4
Por razones de salud	<input type="checkbox"/> 5
Por falta de información	<input type="checkbox"/> 6
Por falta de seguridad	<input type="checkbox"/> 7
Porque no le interesa/no le gusta	<input type="checkbox"/> 8
Por falta de voluntad	<input type="checkbox"/> 9
Otro (especificar) .....	<input type="checkbox"/> 10
.....	

**19 ¿Hay alguna actividad física y/o deportiva que quiera practicar?**

Sí  1      No  2 → **Pase a Acceso a la Atención Médica**

**20 ¿Cuál/cuáles?**  
(No lea y anote todas las opciones)

**ACTIVIDAD FÍSICA**

01 Caminar	<input type="checkbox"/>
02 Correr	<input type="checkbox"/>
03 Andar en bicicleta	<input type="checkbox"/>
04 Andar en patines/rollers	<input type="checkbox"/>
05 Gimnasia	<input type="checkbox"/>

**DEPORTES**

06 Artes marciales	<input type="checkbox"/>	13 Natación	<input type="checkbox"/>
07 Atletismo	<input type="checkbox"/>	14 Paddle	<input type="checkbox"/>
08 Basquet	<input type="checkbox"/>	15 Rugby	<input type="checkbox"/>
09 Boxeo	<input type="checkbox"/>	16 Tenis	<input type="checkbox"/>
10 Fútbol	<input type="checkbox"/>	17 Voley	<input type="checkbox"/>
11 Handball	<input type="checkbox"/>	18 Otro/s (especificar)	<input type="checkbox"/>
12 Hockey s/césped	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>

## 7. ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA (AM)

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

- 1.1 ... médico (clínico o especialista)?  1  2
- 1.2 ... dentista?  1  2
- 1.3 ... psicólogo/psicoanalista/psiquiatra?  1  2
- 1.4 ... kinesiólogo/fonoaudiólogo/enfermero/a?  1  2

**Si contestó Sí en alguna de las opciones, pase a Tabaco**

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

Sí  1 No  2 → **Pase a Tabaco**

## 8. TABACO (TA)

### 1 ¿Alguna vez fumó cigarrillos?

Sí  1 No  2 → **Pase a preg. 13**

### 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?

Sí  1 No  2 Ns/nc  9

### 4 Actualmente, ¿fuma usted cigarrillos...

- ... todos los días?  1 → **Pase a preg. 7**
- ... algunos días?  2
- ... no fuma?  3 → **Pase a preg. 8**

### 5 ¿Cuántos días fumó cigarrillos en los últimos 30 días?

Días   Ns/nc  99

### 6 Durante los últimos 30 días, en promedio, los días que fumó, ¿cuántos cigarrillos fumó por día?

Número de cigarrillos   } **Pase a preg. 10**

Ns/nc  99

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

Número de cigarrillos   } **Pase a preg. 10**

Ns/nc  99

### 3 ¿Interrumpió sus actividades habituales por ese malestar?

Sí  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
- .....

### 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

**Pase a preg. 13**

### 10 ¿Intentó dejar de fumar en el último año?

Sí  1 No  2 Ns/nc  9

**Pase a preg. 13**

### 11 ¿Piensa dejar de fumar?

Sí  1 No  2 Ns/nc  9

**Pase a preg. 13**

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

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



## 9. HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HA)

**1** ¿Alguna vez le han tomado la presión arterial?

- Sí  1  
 No  2  
 Ns/nc  9

Pase a preg. 3

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

- Menos de 1 año  1      Más de 2 años  3  
 Entre 1 y 2 años  2      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

Pase a 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 Peso corporal

**5** ¿Está haciendo algún tratamiento...

- Sí No  
**5.1** ... con medicamentos?  1  2  
**5.2** ... sin medicamentos (dieta, ejercicios, reducción de peso)?  1  2

## 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

Pase a preg. 3

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

- Sí  1      No  2

Pase a preg. 4

**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** ¿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 tipo de aceite o grasa se utiliza generalmente en su casa para preparar la comida?

- Aceite  1  
 Grasa  2  
 Manteca  3  
 Cocina sin ningún tipo de aceite o grasa  4  
 Otro  5

Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre las frutas y las verduras que suele consumir. Le voy a mostrar una cartilla nutricional que presenta ejemplos de frutas y verduras y los tamaños de las porciones. Por favor, cuando responda a estas preguntas trate de recordar lo que consumió en una semana típica.

**3** En una semana típica, ¿cuántos días come usted frutas? (Mostrar cartilla)

- Días       Ningún día  0      Ns/nc  9

Pase a preg. 5

**4** ¿Cuántas porciones de fruta come en uno de esos días? (Mostrar cartilla)

- Porciones        Ninguna  0      Ns/nc  99

**5** En una semana típica, ¿cuántos días come usted verduras? (Mostrar cartilla)

- Días       Ningún día  0      Ns/nc  9

Pase a Colesterol

**6** ¿Cuántas porciones de verdura come en uno de esos días? (Mostrar cartilla)

- Porciones        Ninguna  0      Ns/nc  99



## 12. COLESTEROL (CO)

**1 ¿Alguna vez le han medido el colesterol?**

- Sí  1  
 No  2  
 Ns/nc  9

Pase a preg. 3

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

- Menos de 1 año  1      Más de 2 años  3  
 Entre 1 y 2 años  2      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

Pase a 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 Consumo de alcohol

**5 ¿Está haciendo algún tratamiento...**

- Sí No  
**5.1** ... con medicamentos?  1  2  
**5.2** ... sin medicamentos (dieta, ejercicio, 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) alguna vez en la vida?**

- Sí  1  
 No  2  
 Ns/nc  9

Pase a Diabetes

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

- Durante los últimos 30 días  1  
 Hace más de un mes, pero menos de un año  2  
 Hace más de un año  3  
 Ns/nc  9

Pase a Diabetes

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

**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?**

.....  
 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      No  2

¿Cuáles?

.....  
 .....  
 .....

**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      No  2

¿Cuáles?

.....  
 .....  
 .....

**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 doctor, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía diabetes o azúcar alta en la sangre?

- Sí  1 → Si es **varón** pase a preg. 3  
 No  2  
 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** ¿Está haciendo algún tratamiento...

- |  |                            |                            |
|--|----------------------------|----------------------------|
|  | Sí                         | No                         |
| <b>4.1</b> ... con medicamentos?                                       | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| <b>4.2</b> ... sin medicamentos (dieta, ejercicio, 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

## 15. PRÁCTICAS PREVENTIVAS (PP)

### Sólo para mujeres

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

- Sí  1  
 No  2  
 Ns/nc  9 } **Pase a preg. 3**

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

- Menos de 1 año  1  
 De 1 a 2 años  2  
 Más de 2 a 3 años  3  
 Más de 3 años  4  
 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  
 Ns/nc  9 } **Pase a preg. 5**

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

- Menos de 1 año  1  
 De 1 a 2 años  2  
 Más de 2 a 3 años  3  
 Más de 3 años  4  
 Ns/nc  9

### Varones y mujeres

**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  
 No tiene relaciones sexuales  4 } **Pase a Lesiones**

**6** ¿Usted o su pareja se cuida con...

- |  |                            |                            |
|--|----------------------------|----------------------------|
|  | Sí                         | No                         |
| <b>6.1</b> ... preservativo o condón?                    | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| <b>6.2</b> ... ritmo o control del período menstrual?    | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| <b>6.3</b> ... pastillas anticonceptivas?                | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| <b>6.4</b> ... espiral o DIU (dispositivo intrauterino)? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| <b>6.5</b> ... diafragma?                                | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| <b>6.6</b> ... coito interrumpido?                       | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| <b>6.7</b> ... otro método?                              | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

## 16. LESIONES (LE)

**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, tales como pistolas y escopetas.

**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

## 17. ACTIVIDAD FÍSICA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES (NA)

A continuación le voy a hacer preguntas referidas a las personas de 6 a 17 años que habitan en el hogar:

### ATENCIÓN Sólo para el encuestador

**¿Hay personas de 6 a 12 años en el hogar?**  
 (Verifíquelo en el Cap. 5. Componentes del hogar)

- Sí  1 No  2

**¿Hay personas de 13 a 17 años en el hogar?**  
 (Verifíquelo en el Cap. 5. Componentes del hogar)

- Sí  1 No  2 → *Pase a Teléfono del Hogar*

**1** De las personas de 6 a 12 años que hay en el hogar, ¿cuántas realizaron actividad física durante los últimos 30 días (sin incluir la educación física escolar)?

- Cantidad de personas   Ninguno  0 Ns/nc  99  
*Pase a preg. 3 Indague sobre personas de 13 a 17 años*

**4** De las personas de 13 a 17 años que hay en el hogar, ¿cuántas realizaron actividad física durante los últimos 30 días (sin incluir la educación física escolar)?

- Cantidad de personas   Ninguno  0 Ns/nc  99  
*Pase a preg. 6 Pase a Teléfono del Hogar*

**2** ¿Dónde la practica/n?

*No lea las opciones. Marque todas las que correspondan*

- Club  1  
 Gimnasio  2  
 Espacio público (plaza, calle, playa, etc.)  3  
 Centro municipal o provincial  4  
 Hogar  5  
 Otro (especificar) .....  6  
*Indague sobre personas de 13 a 17 años*

**5** ¿Dónde la practica/n?

*No lea las opciones. Marque todas las que correspondan*

- Club  1  
 Gimnasio  2  
 Espacio público (plaza, calle, playa, etc.)  3  
 Centro municipal o provincial  4  
 Hogar  5  
 Otro (especificar) .....  6  
*Pase a Teléfono del Hogar*

**3** ¿Por qué no practica/n?

- Por falta de tiempo  1 Por falta de seguridad  7  
 Por falta de dinero  2 Porque no le interesa/  8  
 Por falta de instalaciones  3 no le gusta  
 Por la distancia  4 Por falta de voluntad  9  
 Por razones de salud  5 Otro (especificar)  10  
 Por falta de información  6 .....

**6** ¿Por qué no practica/n?

- Por falta de tiempo  1 Por falta de seguridad  7  
 Por falta de dinero  2 Porque no le interesa/  8  
 Por falta de instalaciones  3 no le gusta  
 Por la distancia  4 Por falta de voluntad  9  
 Por razones de salud  5 Otro (especificar)  10  
 Por falta de información  6 .....

