

Factores de leptospirosis y Dengue en la ciudad de Santa Fe

Cuestionario para las visitas domiciliarias

Introducción y presentación

Somos un grupo de trabajo formado por personas de la universidad, del centro de salud y por vecinos del barrio. Estamos realizando una encuesta sobre Ambiente y Salud. Nos interesaría poder realizarla a un hombre mayor de 18 años que viva acá porque hemos conseguido a pocos hombres que respondan. Hay algún hombre acá a quien podamos encuestar? Si no, de todos modos, nos interesa encuestar a algún adulto que viva acá.

Nombre del/de la ENCUESTADOR/A:.....

FECHA de la encuesta:/...../.....

DATOS NECESARIOS PARA HACER LA ENCUESTA

1. ¿VIVÍS ACÁ AL MENOS DESDE PRINCIPIOS DE ESTE AÑO?

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No (excluyente)

2. ¿TENÉS MÁS DE 18 AÑOS?

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No (excluyente)

3. ¿CUÁNTO HACE QUE VIVÍS EN EL BARRIO?

.....

4. ¿EN QUÉ OTROS LUGARES HAS VIVIDO? (Respuesta abierta)

.....

.....

VOLVIENDO AL BARRIO

5. ¿CUÁLES CONSIDERÁS QUE SON LOS 3 PRINCIPALES PROBLEMAS DEL BARRIO? PROBLEMAS QUE VES AL SALIR DE TU CASA, EN LA PARTE DEL BARRIO DONDE TE MOVÉS. (Pregunta abierta, si menciona menos de 3 está bien)

I.

II.

III.

PENSANDO EN LOS 50 M ALREDEDOR DE TU CASA...

6. ¿SE ACUMULA AGUA EN ESTA ZONA CUANDO LLUEVE MUCHO O CUANDO CRECE EL RÍO?

<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No (pasar a 9)
--------------------------	----	--------------------------	----------------

¿EN DÓNDE Y CON QUÉ FRECUENCIA?

Indicar causa llenado la celda con: (LL) Lluvia, (R) Río, (L) Laguna

6.2 ¿Cuán frecuentemente?	6.1 ¿Dónde?			
	Calle	En el frente o en el patio	Interior de la casa	Otros
Siempre que llueve mucho/crece el río				
No todas las veces que llueve/crece el río				
Rara vez (alguna vez en los últimos 3 años)				
6.3 ¿Cuánto tiempo permanece el agua? Hs. Hs. Hs. Hs.
 Días Días Días Días
 Sem. Sem. Sem. Sem.

7. ¿TE TOCA MOJARTE LOS PIES EN ESTOS CASOS?

<input type="checkbox"/>	Si (siga)	<input type="checkbox"/>	No (pasar a 8)
--------------------------	-----------	--------------------------	----------------

¿Por qué?

8. ¿HUBO ALGÚN CAMBIO EN EL BARRIO EN EL ÚLTIMO AÑO QUE HAYA ALIVIADO EL PROBLEMA DE LAS INUNDACIONES?

<input type="checkbox"/> Si (seguir)	<input type="checkbox"/> No
--------------------------------------	-----------------------------

¿Cuál?.....

.....

¿Cuándo fue esto?.....

.....

9. ¿HAY OBJETOS EN TU CASA (PATIO/TERRAZA/GALPONES) DONDE SE JUNTE AGUA DE LLUVIA O QUE CONTENGAN AGUA (CACHARROS, CUBIERTAS, ETC.?)

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

10. ¿DE DÓNDE OBTENÉS EL AGUA QUE UTILIZAS PARA BEBER Y/O COCINAR?

<input type="checkbox"/> Bomba/Pozo
<input type="checkbox"/> Camión aguatero
<input type="checkbox"/> Red

11. ¿USAS AGUA DE LA CAVA / RÍO / LA ZANJA / LA LAGUNA PARA REGAR / LIMPIEZA / REFRESCARTE, ETC.?

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

SOBRE EL TEMA BASURA

AHORA PASAMOS A OTRO TEMA QUE TAMBIÉN NOS INTERESA...QUE ES EL TEMA DE LA BASURA

12. ¿QUÉ HACÉS CON LA BASURA DE TU CASA?

<input type="checkbox"/> Que se la lleve el camión recolector
<input type="checkbox"/> La quemás
<input type="checkbox"/> Las tirás al fondo
<input type="checkbox"/> Otro:

Comentarios:

.....

PENSANDO EN LOS 50 M ALREDEDOR DE TU CASA...

13. ¿HAY LUGARES DONDE SE ACUMULA BASURA?

<input type="checkbox"/> Si (seguir)	<input type="checkbox"/> No (pasar a 14)
--------------------------------------	--

Cuántos:.....

14. ¿HAS VISTO LAUCHAS O RATAS EN LOS 50 M ALREDEDOR DE TU CASA?

<input type="checkbox"/> Si (seguir)	<input type="checkbox"/> No (pasar a 15)
--------------------------------------	--

14.1 ¿QUÉ TAN SEGUIDO LAS VES?

Frecuencia		Circunstancia / contexto
<input type="checkbox"/>	Siempre	
<input type="checkbox"/>	Varias veces al año	
<input type="checkbox"/>	Rara vez (alguna vez en los últimos 3 años)	

14.2 ¿LAS HAS VISTO DURANTE EL DÍA?

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

14.3 ¿ENCONTRASTE ALGUNAS VEZ ESOS ANIMALES EN TU CASA?

<input type="checkbox"/> Si (seguir)	<input type="checkbox"/> No (pasar a 15)
--------------------------------------	--

Comentarios:

.....

.....

SOBRE TUS MASCOTAS

OTRO TEMA QUE NOS INTERESA SON LOS ANIMALES CON LOS QUE LA GENTE CONVIVE

TENÉS	Cuántos	¿Anda/n por los 50 m alrededor de tu casa?	
		Si	No
<input type="checkbox"/> 15. Perros			
<input type="checkbox"/> 16. Gatos			

17. ¿CRIÁS ALGÚN OTRO ANIMAL?

<input type="checkbox"/> Si (seguir)	<input type="checkbox"/> No (pasar a 18)
--------------------------------------	--

Tipo de animal			
<input type="checkbox"/>	Gallinas	<input type="checkbox"/>	Chanchos
<input type="checkbox"/>	Vacas	<input type="checkbox"/>	Ovejas
<input type="checkbox"/>	Otro:.....		

18. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES ¿MANIPULASTE ALGÚN ANIMAL SILVESTRE?

<input type="checkbox"/> Si (seguir)	<input type="checkbox"/> No (pasar a 19)
--------------------------------------	--

18.1 ¿POR...

Motivos	
<input type="checkbox"/>	Cazar / Pescar ?
<input type="checkbox"/>	Pelar / Cuerear ?
<input type="checkbox"/>	Carnear / Destripar?
<input type="checkbox"/>	Otras:.....

18.2 ¿Qué animales?:

.....

18.4 ¿Por qué motivo?	18.3 ¿Qué tan seguido?		
	Varias veces a la semana	Algunas veces al mes	Muy rara vez
Por laburo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por recreación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOBRE LA SALUD

AHORA PASAMOS A HABLAR DE TEMAS RELACIONADOS A LA SALUD

19. ¿ALGUNA VEZ ESCUCHASTE HABLAR DE LEPTOSPIROSIS?

<input type="checkbox"/> Si (seguir)	<input type="checkbox"/> No (pasar a 21)
--------------------------------------	--

20. DECIME LAS 2 PRIMERAS PALABRAS QUE SE TE VIENEN A LA CABEZA CUANDO DIGO “LEPTOSPIROSIS” (Pasar 23)

1	2
---	-------	---	-------

21. ¿ALGUNA VEZ ESCUCHASTE HABLAR DE LA ENFERMEDAD DE LAS RATAS?

<input type="checkbox"/> Si (seguir)	<input type="checkbox"/> No (pasar a 26)
--------------------------------------	--

22. DECIME LAS 2 PRIMERAS PALABRAS QUE SE TE VIENEN A LA CABEZA CUANDO DIGO “ENFERMEDAD DE LAS RATAS”

1	2
---	-------	---	-------

23. ¿CONOCES A ALGUIEN QUE HAYA TENIDO ESTA ENFERMEDAD?

<input type="checkbox"/> Si (seguir)	<input type="checkbox"/> No (pasar a 24)
--------------------------------------	--

23.1. ¿ALGUIEN DE TU BARRIO?

<input type="checkbox"/> Si (seguir)	<input type="checkbox"/> No (pasar a 26)
--------------------------------------	--

23.2. ¿ALGUIEN DE TU CASA?

<input type="checkbox"/> Si (seguir)	<input type="checkbox"/> No (pasar a 24)
--------------------------------------	--

¿Quién/es?:

.....

.....

Comentarios:

.....

.....

24. ¿QUÉ TE PARECE QUE SIENTE UNA PERSONA CUANDO TIENE ESTA ENFERMEDAD? (Síntomas)

Síntomas			
<input type="checkbox"/>	No sé	<input type="checkbox"/>	Dolor en el cuerpo
<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	Cansancio
<input type="checkbox"/>	Fiebre	<input type="checkbox"/>	Diarrea
<input type="checkbox"/>	Vómitos	<input type="checkbox"/>	Malestar
<input type="checkbox"/>	Otro:.....		

25. ¿CÓMO TE PARECE QUE UNA PERSONA PUEDA AGARRARSE ESTA ENFERMEDAD?

Causas			
<input type="checkbox"/>	No sé	<input type="checkbox"/>	Por el agua
<input type="checkbox"/>	Por la orina de las ratas	<input type="checkbox"/>	Al trabajar con animales
<input type="checkbox"/>	Por contacto con animales enfermos	<input type="checkbox"/>	Por tomar agua/comida contaminada
<input type="checkbox"/>	Por contacto con agua estancada	<input type="checkbox"/>	Por andar descalzo
<input type="checkbox"/>	Por ir a la isla	<input type="checkbox"/>	Por tener basura acumulada
<input type="checkbox"/>	Otro:.....		

26. ¿ALGUNA VEZ ESCUCHASTE HABLAR DE DENGUE?

<input type="checkbox"/> Si (seguir)	<input type="checkbox"/> No (pasar a 29)
--------------------------------------	--

27. DECIME LAS 2 PRIMERAS PALABRAS QUE SE TE VIENEN A LA CABEZA CUANDO DIGO “DENGUE”

1	2
---	-------	---	-------

28. ¿CONOCES A ALGUIEN QUE HAYA TENIDO ESTA ENFERMEDAD?

<input type="checkbox"/> Si (seguir)	<input type="checkbox"/> No (pasar a 35)
--------------------------------------	--

28.1. ¿ALGUIEN DE TU BARRIO?

<input type="checkbox"/> Si (seguir)	<input type="checkbox"/> No (pasar a 29)
--------------------------------------	--

28.2. ¿ALGUIEN DE TU CASA?

<input type="checkbox"/> Si (seguir)	<input type="checkbox"/> No (pasar a 29)
--------------------------------------	--

¿Quién/es?:

.....
.....

Comentarios:

.....
.....

29. ¿QUÉ TE PARECE QUE SIENTE UNA PERSONA CUANDO TIENE ESTA ENFERMEDAD? (Síntomas)

Síntomas			
<input type="checkbox"/>	No sé	<input type="checkbox"/>	Sarpullido/Ronchas
<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	Cansancio
<input type="checkbox"/>	Fiebre	<input type="checkbox"/>	Diarrea
<input type="checkbox"/>	Dolor en el cuerpo	<input type="checkbox"/>	Vómitos
<input type="checkbox"/>	Malestar	<input type="checkbox"/>	La persona sangra
<input type="checkbox"/>	Otro:.....		

30. ¿CÓMO TE PARECE QUE UNA PERSONA PUEDA AGARRARSE ESTA ENFERMEDAD?

Causas			
<input type="checkbox"/>	No sé	<input type="checkbox"/>	Por picadura de mosquitos
<input type="checkbox"/>	Por viajar a zonas con Dengue	<input type="checkbox"/>	Por tener cacharros con agua
<input type="checkbox"/>	Por contacto con personas enfermas	<input type="checkbox"/>	Por relaciones sexuales
<input type="checkbox"/>	Otro:.....		

AL COMPARAR EL DENGUE Y LA LEPTOSPIROSIS/ENFERMEDAD DE LAS RATAS...

	Lepto	Dengue	Igual	Ninguna	No sé
31. ¿Cuáles de las 2 tendrías miedo de contraer?					
32. ¿Cuál de las 2 te parece que tenés más probabilidad de contraer?					
33. ¿Cuál te parece que afecta a muchas personas?					
34. ¿De cuál has visto más campañas o propagandas?					

AHORA PREGUNTÁNDOSE EN TÉRMINOS MÁS AMPLIOS SOBRE TU SALUD

35. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES... ¿TUVISTE LA APARICIÓN DE GOLPE DE ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS? (Leer las opciones)

<input type="checkbox"/>	Fiebre alta
<input type="checkbox"/>	Vómitos / Diarrea
<input type="checkbox"/>	Sarpullido en la piel
<input type="checkbox"/>	Fuerte dolor de cabeza
<input type="checkbox"/>	Dolores musculares o en las articulaciones
<input type="checkbox"/>	Malestar general
<input type="checkbox"/>	No (pasar a 41)

36. EN CASO AFIRMATIVO... ¿QUÉ HICISTE? (Leer las opciones)

<input type="checkbox"/>	Fuiste al médico (pasar a 37)
<input type="checkbox"/>	Fuiste a un curandero (pasar a 37)
<input type="checkbox"/>	Tomaste medicación (pasar a 41)
<input type="checkbox"/>	No hiciste nada (pasar a 41)
<input type="checkbox"/>	Otro.....

37. ¿QUÉ TE DIJERON QUE TENÍAS?

.....

.....

38. ¿QUÉ TAN SATISFECHO/A ESTÁS CON LA ATENCIÓN RECIBIDA?

<input type="checkbox"/>	Muy satisfecho/a	<input type="checkbox"/>	Poco satisfecho/a
<input type="checkbox"/>	Satisfecho/a	<input type="checkbox"/>	Nada satisfecho/a

39. ¿ENCONTRASTE ALGÚN INCONVENIENTE?

<input type="checkbox"/>	Sí (seguir)	<input type="checkbox"/>	No
--------------------------	-------------	--------------------------	----

¿Cuál?

.....

.....

40. ¿EN QUÉ PODRÍA MEJORAR LA ATENCIÓN?

.....

.....

DATOS PERSONALES

PARA TERMINAR LA ENCUESTA NECESITARÍA ALGUNOS DATOS PERSONALES

41. GÉNERO (no preguntar, llenar por observación directa)

<input type="checkbox"/>	Masculino
<input type="checkbox"/>	Femenino

42. EDAD

43. MÁXIMO NIVEL DE ESCOLARIDAD ALCANZADO

<input type="checkbox"/>	No ha realizado estudios
<input type="checkbox"/>	Primario incompleto
<input type="checkbox"/>	Primario completo
<input type="checkbox"/>	Secundario incompleto
<input type="checkbox"/>	Secundario completo
<input type="checkbox"/>	Terciario-Universitario incompleto
<input type="checkbox"/>	Terciario-Universitario completo

44. ¿EN CUÁL DE LOS SIGUIENTES GRUPOS ESTARÍAS (Leer las opciones)

<input type="checkbox"/>	Trabajador/a independiente	<input type="checkbox"/>	Estudiante
<input type="checkbox"/>	Trabajador/a dependiente público	<input type="checkbox"/>	Jubilado/a-Pensionado/a
<input type="checkbox"/>	Trabajador/a dependiente privado	<input type="checkbox"/>	Sub-ocupado/a-Changas
<input type="checkbox"/>	Desocupado/a	<input type="checkbox"/>	Ama/o de casa
<input type="checkbox"/>	Otro:.....		

**CONVERSAR SOBRE LOS SÍNTOMAS, FORMAS DE TRANSMISIÓN Y
PREVENCIÓN DE ESTAS ENFERMEDADES**

Y LUEGO CONTINUAR...

ANÁLISIS DE SANGRE

**UNA FORMA PARA PODER SABER SI UNO HA ESTADO EXPUESTO A ESTOS
VIRUS/BACTERIAS ES MEDIANTE UN ANÁLISIS DE SANGRE**

**45. ¿ACEPTARÍAS QUE TE TOMEMOS UNA MUESTRA DE SANGRE PARA SABER
SI HAS ESTADO EXPUESTO/A A LEPTOSPIROSIS O AL VIRUS DEL DENGUE?**

☐ Si (seguir) ☐ No

**46. ¿ACEPTARÍAS QUE LE TOMEMOS UNA MUESTRA DE SANGRE A ALGUNOS
DE TUS PERROS PARA VER SI HA ESTADO EXPUESTO A LEPTOSPIROSIS?**

☐ Si (seguir) ☐ No

**45. ¿ACEPTARÍAS QUE TE TOMEMOS UNA MUESTRA DE SANGRE A ALGUNOS
DE TUS OTROS ANIMALES PARA VER SI HAN ESTADO EXPUESTOS A
LEPTOSPIROSIS?**

☐ Si (seguir) ☐ No (pasar a 48)

47. ¿CUÁL?

Tipo de animal			
<input type="checkbox"/>	Caballo	<input type="checkbox"/>	Cabra
<input type="checkbox"/>	Cerdo	<input type="checkbox"/>	Oveja
<input type="checkbox"/>	Vacuno		

48. ¿NOS PODRÍAS DAR UN TELÉFONO DE CONTACTO?

☐ Si:..... ☐ No