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 de les ENCUESTADORES**:................................................................................................... **FECHA de la encuesta:** ....../....../............

**Domicilio:**…………………………………………………………………………………………………………………………….

**DATOS NECESARIOS PARA HACER LA ENCUESTA**

**1. ¿TENÉS MÁS DE 18 AÑOS?**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Si |
|  | No (excluyente) |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Si |
|  | 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?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Si |  | No (pasar a 9) |

**6.1. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE INUNDÓ?**

………………………………………………………………………………………….…….

**6.2. ¿HASTA DÓNDE LLEGÓ EL AGUA?**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Calle |
|  | Frente / patio |
|  | Adentro de la casa |

**6.3. ¿CUÁNTO TIEMPO DEMORÓ EN IRSE EL AGUA?**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Horas |
|  | Días |
|  | Semanas |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Si |  | No |

**¿Por qué?** ………………………………………………………………………….

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Si (seguir) |  | 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.?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Si |  | No |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Bomba/Pozo |
|  | Camión aguatero |
|  | Red |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Si |  | 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?**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Que se la lleve el camión recolector |
|  | La quemás |
|  | Las tirás al fondo |
|  | Otro: ……………………………………………....................... |

**Comentarios:** ................................................................................................

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

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

**13. ¿HAY LUGARES DONDE SE ACUMULA BASURA?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Si (seguir) |  | No (pasar a 14) |

**¿Cuántos?:**................

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Si (seguir) |  | No (pasar a 15) |

**14.1 ¿QUÉ TAN SEGUIDO LAS VES?**

| **Frecuencia** | | **Circunstancia / contexto** |
| --- | --- | --- |
|  | Siempre |  |
|  | Varias veces al año |  |
|  | Rara vez (alguna vez en los últimos 3 años) |  |

**14.2 ¿LAS HAS VISTO DURANTE EL DÍA?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Si |  | No |

**14.3 ¿ENCONTRASTE ALGUNAS VEZ ESOS ANIMALES EN TU CASA?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Si (seguir) |  | 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** |
|  | **15. Perros** |  |  |  |
|  | **16. Gatos** |  |  |  |

**17. ¿CRIÁS ALGÚN OTRO ANIMAL?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Si (seguir) |  | No (pasar a 18) |

| **Tipo de animal** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Gallinas |  | Chanchos |
|  | Vacas |  | Ovejas |
|  | Otro:…………………………………… | | |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Si (seguir) |  | No (pasar a 19) |

**18.1 ¿POR…**

|  | **Motivos** |
| --- | --- |
|  | Cazar / Pescar ? |
|  | Pelar / Cuerear ? |
|  | Carnear / Destripar? |
|  | 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 |  |  |  |
| Por recreación |  |  |  |
| Otros:………………………… |  |  |  |

**SOBRE LA SALUD**

**AHORA PASAMOS A HABLAR DE TEMAS RELACIONADOS A LA SALUD**

**19. ¿ALGUNA VEZ ESCUCHASTE HABLAR DE LEPTOSPIROSIS?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Si (seguir) |  | 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?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Si (seguir) |  | 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?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Si (seguir) |  | No (pasar a 24) |

**23.1. ¿ALGUIEN DE TU BARRIO?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Si (seguir) |  | No (pasar a 24) |

**23.2 ¿ALGUIEN DE TU CASA?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Si |  | No |

**¿Quién/es?:** ...................................................................................................

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

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

**Comentarios:** ................................................................................................

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

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

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

| **Síntomas** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
|  | No sé |  | Dolor en el cuerpo |
|  | Dolor de cabeza |  | Cansancio |
|  | Fiebre |  | Diarrea |
|  | Vómitos |  | Malestar |
|  | Otro:…………………………………………………………. | | |

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

| **Causas** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
|  | No sé |  | Por contacto con ratas |
|  | Por la orina de las ratas |  | Al trabajar con animales |
|  | Por contacto con lugares donde pasó una rata |  | Por tomar agua/comida contaminada |
|  | Por inhalarlo |  | Por andar descalzo |
|  | Por contacto con agua estancada |  | Por tener basura acumulada |
|  | Otro:………………………………………………………………………………….. | | |

**26. ¿ALGUNA VEZ ESCUCHASTE HABLAR DE DENGUE?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Si (seguir) |  | No (pasar a 35) |

**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?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Si (seguir) |  | No (pasar a 29) |

**28.1. ¿ALGUIEN DE TU BARRIO?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Si (seguir) |  | No (pasar a 29) |

**28.2 ¿ALGUIEN DE TU CASA?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Si |  | No |

**¿Quién/es?:** ...................................................................................................

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

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

**Comentarios:** ................................................................................................

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

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

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

| **Síntomas** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
|  | No sé |  | Sarpullido/Ronchas |
|  | Dolor de cabeza |  | Cansancio |
|  | Fiebre |  | Diarrea |
|  | Dolor en el cuerpo |  | Vómitos |
|  | Malestar |  | La persona sangra |
|  | Otro:………………………………………………………… | | |

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

| **Causas** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
|  | No sé |  | Por picadura de mosquitos |
|  | Por viajar a zonas con Dengue |  | Por tener cacharros con agua |
|  | Por contacto con personas enfermas |  | Por relaciones sexuales |
|  | 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 PREGUNTÁNDOTE 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)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Fiebre alta |
|  | Vómitos / Diarrea |
|  | Sarpullido en la piel |
|  | Fuerte dolor de cabeza |
|  | Dolores musculares o en las articulaciones |
|  | Malestar general |
|  | No **(pasar a 41)** |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Fuiste al médico **(pasar a 37)** |
|  | Fuiste a un curandero **(pasar a 37)** |
|  | Tomaste medicación **(pasar a 41)** |
|  | No hiciste nada **(pasar a 41)** |
|  | Otro…………………………………………… |

**37. SI NO TE INCOMODA, ¿NOS PODÉS DECIR QUÉ TE DIJERON QUE TENÍAS?**

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Muy satisfecho/a |  | Poco satisfecho/a |
|  | Satisfecho/a |  | Nada satisfecho/a |

**39. ¿ENCONTRASTE ALGÚN INCONVENIENTE?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Si (seguir) |  | 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)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Masculino |
|  | Femenino |

**42. EDAD** ………….

**43. MÁXIMO NIVEL DE ESCOLARIDAD ALCANZADO**

|  |  |
| --- | --- |
|  | No ha realizado estudios |
|  | Primario incompleto |
|  | Primario completo |
|  | Secundario incompleto |
|  | Secundario completo |
|  | Terciario-Universitario incompleto |
|  | Terciario-Universitario completo |

**44. ¿EN CUÁL DE LOS SIGUIENTES GRUPOS ESTARÍAS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Trabajador/a independiente |  | Estudiante |
|  | Trabajador/a dependiente público |  | Jubilado/a-Pensionado/a |
|  | Trabajador/a dependiente privado |  | Sub-ocupado/a-Changas |
|  | Desocupado/a |  | Ama/o de casa |
|  | 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 |  | No corresponde |

**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) |  | No corresponde |

**47. ¿CUÁL?**

| **Tipo de animal** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Caballo |  | Cabra |
|  | Cerdo |  | Oveja |
|  | Vacuno | | |

**48. ¿NOS PODRÍAS DAR UN TELÉFONO DE CONTACTO?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Si:……………………………………………….. |  | No |