

CUESTIONARIO

“Monitoreo Ambiental de Benceno, Tolueno y Xileno y correlación con Efectos sobre la salud en población asentada alrededor de una Refinería de Petróleo”

Fecha: _____

Encuesta No. _____

1. IDENTIFICACION

1.1 Nombres y Apellidos: _____

1.2 Edad: _____

1.3 Sexo: Masculino Femenino

1.4 Estado Civil: _____

1.5 No. Hijos: hombres _____ mujeres _____

1.6 Cuánto mide? _____

1.7 Cuánto pesa? _____

1.8 Dirección: _____

1.9 Barrio: _____

2. CONDICIONES DE VIDA:

2.1 Instrucción:

Primaria Completa Secundaria Completa Universitaria Completa

Primaria Incompleta Secundaria Incompleta Universitaria Incompleta

Estudia actualmente? Si No Dónde? _____

En qué horario?(Especificar) _____

2.2 Tipo de vivienda: Hormigón Caña Hormigón y Zinc

Hormigón y Eternit Bloque/ladrillo Otros _____

Otros(especifique) _____

2.3 Tipo de Piso de la vivienda: Baldosa Madera Cemento Tierra

Otros(especifique) _____

2.4 Características de la vivienda: Bien ventilada Poco ventilada

2.5 Tiene: Agua Potable? Si No

2.5.1 Si no tiene agua potable, de donde proviene el agua que consume _____

2.5.2	Alcantarillado	Si	No
2.5.3	Letrina	Si	No
2.5.4	Recolección de Basura	Si	No

2.6 Viviendas anteriores: (Direcciones)

2.7 Años de residencia en la vivienda actual(años y meses)_____

2.8 Cuántas personas viven en su vivienda actual?_____

2.9 Cuántas horas al día permanece en su vivienda?_____

2.10 Siente algún olor que le moleste?_____

2.11 De donde cree que proviene?_____

2.12 Percibe los gases que pueden provenir de la refinería?_____

2.13 Cómo cree Ud. que le afectan?_____

2.14 Ha percibido estos gases dentro de su vivienda?_____

2.15 A qué hora cree Ud. que el olor es más intenso?_____

2.16 Cocina Ud. es su casa? Si No

2.17 Que tipo de cocina utiliza? Leña gas Otras_____

2.19 Cocina con la ventana abierta o cerrada?_____

2.20 Donde desayuna?_____

2.21 Donde almuerza?_____

2.22 Donde merienda?_____

2.23 Práctica algún tipo de deporte? Si No

2.24 Qué deporte practica?_____

2.25 Donde lo practica?_____ 2.25. 1 Cuántos días a la semana?_____

2.26 Ud. Fuma? Si No 2.26. 1 Cuántos cigarrillos al día____ semana____

2.27 Fuma alguien dentro de la vivienda? Si No 2.7.1 Quién? _____

2.28 Consume alcohol? Si No

2.29 Cuántas veces por: día _____ semana _____ mes _____ año _____

2.30 Qué tipo de bebida alcohólica consume? _____

2.31Cuál es su ingreso mensual? _____

3. CONDICIONES DE TRABAJO

3. 1 Antecedentes laborales:

Trabajo anterior	Ocupación	Tiempo
3. 1.1 _____	_____	_____
3.1.2 _____	_____	_____
3.1.3 _____	_____	_____

3.2 Lugar de trabajo actual? _____

3.2.1 Dirección del trabajo actual? _____

3.2.1 Queda cerca de la refinería? _____

3.3 Ocupación actual? _____

3.4 Labores que desempeña? _____

3.5 Cuánto tiempo lleva en su ocupación actual? _____

3.6Cuál es su horario de trabajo? _____

3.7 Hace horas extras? Si No Cuántas? _____

3.8 Qué riesgos existen en su trabajo?

Solventes? _____ Metales Pesados? _____ Otros? _____

3.9 Ha sufrido algún accidente de trabajo?

4. SALUD

4.1 Qué problemas de salud ha tenido? Describa

4.2 Alguna vez que fue al médico le diagnosticaron:

4.2.1 Problemas Neurológicos? _____

4.2.2 Problemas Dermatológicos? Comezón Dermatitis Ampollas
Enrojecimiento Otros: Cuáles _____

4.2.3 Problemas Respiratorios? Faringitis Bronquitis Asma
Tos seca Tos con espectoración Otros: Cuáles _____

4.3 Ha tenido algún tipo de accidente? _____

4.4 En el último mes ha sufrido de alguna enfermedad? _____

4.5 Sus hijos han sufrido alguna molestia? _____

4.6 Cree que el Agua está contaminada? _____

4.7 Cree que el Suelo está contaminado? _____

4.8 Cree que el Aire está contaminado? _____

4.9 Ha ido al médico en los últimos tres meses? Si No

4.9.1 Porqué motivo? _____

4.9.2 Qué le diagnosticaron? _____

4.10 Ha existido algún accidente relacionado con petróleo, la refinería o con combustibles en su barrio? _____

Comentarios: _____

Nombre del Encuestador _____

- 1) Está usted anormalmente cansado? Si No
- 2) Tiene usted palpitaciones del corazón incluso cuando no se esfuerza?
Si No
- 3) Tiene usted hormigueo angustioso frecuentemente en alguna parte de su cuerpo?
Si No
- 4) Se siente usted frecuentemente irritado sin una razón en particular?
Si No
- 5) Se siente usted frecuentemente deprimido sin una razón en particular?
Si No
- 6) Tiene usted frecuentemente problemas de concentración? Si No
- 7) Tiene usted disminución de la memoria? Si No
- 8) Transpira usted frecuentemente sin una razón en particular? Si No
- 9) Tiene usted algún problema al abrocharse o desabrocharse los botones? Si No
- 10) Encuentra usted generalmente dificultad de entender al leer periódicos o libros?
Si No
- 11) Le han dicho sus parientes que usted tiene una mala memoria? Si No
- 12) Siente usted algunas veces opresión en su pecho? Si No
- 13) Necesita usted tomar notas frecuentemente para lo que necesita recordar?
Si No
- 14) Necesita usted frecuentemente regresar a chequear cosas que ha hecho tales como apagar la cocina o cerrar la puerta?
Si No
- 15) Tiene usted dolor de cabeza al menos una vez a la semana? Si No
- 16) Está usted interesado en la relaciones sexuales menos de lo que usted cree normal?
Si No

INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO PARA EL PROYECTO " MONITOREO AMBIENTAL Y EFECTOS SOBRE LA SALUD DE SOLVENTES ORGÁNICOS Y METALES PESADOS "

ANTES DE INICIAR LA ENCUESTA ES NECESARIO UBICARSE EN UN LUGAR EN DONDE EL ENCUESTADO PUEDA RESPONDER LAS PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO DE FORMA TRANQUILA, SIN INTERRUPCIÓN Y SIN LA PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS.

AL MOMENTO DE ESCRIBIR LAS RESPUESTAS DEL ENCUESTADO, HACERLO CON LETRA IMPRENTA DE FORMA.

INICIAR LA ENCUESTA COLOCANDO LA FECHA DEL DÍA.

- 1.1 COLOCAR LOS NOMBRES Y APELLIDOS DEL ENCUESTADO
- 1.2 EDAD DEL ENCUESTADO EN AÑOS
- 1.3 ENCERRAR EN UN CÍRCULO SI ES MASCULINO O FEMENINO
- 1.4 ESTADO CIVIL DEL ENCUESTADO
- 1.5 ANOTAR LA ALTURA DEL ENCUESTADO APROXIMADAMENTE
- 1.7 ANOTAR EL PESO DEL ENCUESTADO APROXIMADAMENTE
- 1.8 ESCRIBIR LA DIRECCIÓN EXACTA DE LA VIVIENDA CON LA CALLE PRINCIPAL, CALLE SECUNDARIA, NÚMERO DE CASA, O NÚMERO DE LOTE, ETC.
- 1.9 ESCRIBIR EL NOMBRE DEL BARRIO

2. CONDICIONES DE VIDA:

- 2.1 ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
ENCERRAR EN UN CÍRCULO SÍ ESTUDIA O NO ACTUALMENTE
Dónde? ESCRIBIR EL NOMBRE DEL CENTRO EDUCATIVO AL QUE ASISTE
Horario? ESPECIFICAR LAS HORAS DEL DÍA A LAS QUE ASISTE A ESTUDIAR
- 2.2 ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA, EN EL CASO DE NO EXISTIR ENTRE LAS OPCIONES ANOTE LA RESPUESTA DEL ENCUESTADO EN OTROS.
- 2.3 ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA, EN EL CASO DE NO EXISTIR ENTRE LAS OPCIONES ANOTE LA RESPUESTA DEL ENCUESTADO EN OTROS.
- 2.4 ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA.
- 2.5 ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA. EN EL CASO DE NO TENER AGUA POTABLE PASE A LA PREGUNTA 2.5.1 Y ANOTE LA RESPUESTA.
- 2.5.2 ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
- 2.5.3 ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
- 2.5.4 ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
- 2.6 ANOTAR CLARAMENTE LAS ULTIMAS VIVIENDAS EN LAS QUE HA ESTADO EL ENCUESTADO CON SUS RESPECTIVAS DIRECCIONES.
- 2.7 ANOTAR CON AÑOS Y MESES EL TIEMPO QUE VIVE EN LA VIVIENDA ACTUAL. SI ES POSIBLE ANOTAR LA FECHA DESDE QUE VIVE EN ESA VIVIENDA.
- 2.8 ANOTAR EL NÚMERO DE PERSONAS

- 2.9 ANOTAR EL NÚMERO TOTAL DE HORAS EN EL DIA
- 2.10 SE REFIERE A ALGUN OLORES QUE MOLESTE AL ENCUESTADO EN SU VIVIENDA
- 2.11 ANOTAR EL ORIGEN DEL OLORES SEGÚN EL ENCUESTADO
- 2.12 ANOTAR SI O NO
- 2.13 ANOTAR LA FORMA EN QUE EL ENCUESTADO SE ENCUENTRA AFECTADO
- 2.14 ANOTAR SI O NO Y LA PERCEPCIÓN DEL ENCUESTADO
- 2.15 ANOTAR LAS HORAS EN LA QUE SIENTE MAYOR PRESENCIA DE OLORES
- 2.16 ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
- 2.17 ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA. ANOTAR EN OTROS SI UTILIZA OTRO TIPO DE COCINA
- 2.19 ANOTAR ABIERTA O CERRADA
- 2.20 ANOTAR EL LUGAR EN DONDE DESAYUNA
- 2.21 ANOTAR EL LUGAR EN DONDE ALMUERZA
- 2.22 ANOTAR EL LUGAR EN DONDE MERIENDA
- 2.23 ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
- 2.24 ANOTAR LOS DEPORTES QUE PRACTICA
- 2.25 DONDE LOS PRACTICA
- 2.25.1 ANOTAR EL NUMERO DE DIAS A LA SEMANA
- 2.26 ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
- 2.26.1 ANOTAR EL NUMERO DE CIGARRILLOS QUE FUMA AL DIA O A LA SEMANA
- 2.27 ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
- 2.27.1 ANOTAR QUIEN FUMA DENTRO DE LA VIVIENDA
- 2.28 ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
- 2.29 ANOTAR EL NUMERO POR DIA, SEMANA, MES O AÑO SEGÚN LA RESPUESTA DEL ENCUESTADO
- 2.30 ANOTAR QUÉ BEBIDA CONSUME
- 2.31 ANOTE EL INGRESO MENSUAL APROXIMADO

3. CONDICIONES DE TRABAJO

- 3.1.1 ANOTAR LOS TRABAJOS ANTERIORES QUE DESEMPEÑÓ ANTERIORMENTE AL QUE POSEE ACTUALMENTE, CON LA OCUPACIÓN QUE TUVO Y EL TIEMPO QUE LOS REALIZO
- 3.1.2 ANOTAR LOS TRABAJOS ANTERIORES QUE DESEMPEÑÓ ANTERIORMENTE AL QUE POSEE ACTUALMENTE, CON LA OCUPACIÓN QUE TUVO Y EL TIEMPO QUE LOS REALIZO
- 3.1.3 ANOTAR LOS TRABAJOS ANTERIORES QUE DESEMPEÑÓ ANTERIORMENTE AL QUE POSEE ACTUALMENTE, CON LA OCUPACIÓN QUE TUVO Y EL TIEMPO QUE LOS REALIZO
- 3.2 LUGAR EN EL TRABAJA ACTUALMENTE
- 3.2.1 ANOTAR LA DIRECCION EXACTA DEL SITIO DE TRABAJO
- 3.2.1 ANOTAR SI QUEDA CERCA O NO DE LA REFINERIA
- 3.3 ANOTAR CUAL ES LA FUNCIÓN O CARGO QUE DEMPEÑA
- 3.4 ANOTAR LAS LABORES O TAREAS QUE REALIZA
- 3.5 ANOTAR EL TIEMPO EN AÑOS Y MESES DE TRABAJO. SI ES POSIBLE LA FECHA DE INICIO EN EL TRABAJO
- 3.6 ANOTAR EL HORARIO DE TRABAJO

- 3.7 ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA Y ANOTAR EL NUMERO DE HORAS EXTRAS A LA SEMANA
- 3.8 ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA. SI ESPECIFICA PONER EN LA LINEA LA RESPUESTA
- 3.9 ANOTAR SI HA SUFRIDO ACCIDENTES DE TRABAJO, COMO OCURRIERON, DONDE OCURRIERON, ETC.

4. SALUD

- 4.1.1 ANOTE SI HA TENIDO PROBLEMAS DE SALUD. DESCRIBA QUE PROBLEMAS
- 4.2 DEBE PONER ENFASIS EN DECIRLO ANTES DE COMENZAR LA PREGUNTA SIGUIENTE:
 - 4.2.1 ANOTAR SI HA TENIDO PROBLEMAS NEUROLOGICOS
 - 4.2.2 ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA. EN EL CASO DE EXISTIR ALGUN OTRO ANOTARLO EN OTROS.
 - 4.2.3 ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA. EN EL CASO DE EXISTIR ALGUN OTRO ANOTARLO EN OTROS.
- 4.3 ANOTAR SI HA TENIDO ALGUN ACCIDENTE Y DE QUE TIPO
- 4.4 ANOTAR LAS ENFERMEDADES SOLO EN EL ULTIMO MES
- 4.5 ANOTAR SI LOS HIJOS HAN SUFRIDO ALGUNA MOLESTIA CON RESPECTO A LOS GASES DE LA REFINERIA
- 4.6 ANOTAR LA OPINION DEL ENCUESTADO Y PORQUE
- 4.7 ANOTAR LA OPINION DEL ENCUESTADO Y PORQUE
- 4.8 ANOTAR LA OPINION DEL ENCUESTADO Y PORQUE
- 4.9 ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA.
 - 4.9.1 ANOTAR PORQUE MOTIVO FUE AL MEDICO
 - 4.9.2 ANOTAR CUAL FUE EL DIAGNOSTICO DEL MEDICO
- 4.10 ANOTAR LA RESPUESTA CLARAMENTE, LOS MOTIVOS, CAUSAS, ETC.

ANOTAR COMENTARIOS SI EXISTEN ACERCA DEL ENCUESTADO O INFORMACION ADICIONAL QUE SE HAYA OBTENIDO AL RESPECTO
FINALMENTE ANOTE SU NOMBRE

INSTRUCTIVO CUESTIONARIO Q-16

- 1. ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
- 2. ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
- 3. ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
- 4. ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
- 5. ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
- 6. ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
- 7. ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
- 8. ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
- 9. ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
- 10. ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
- 11. ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
- 12. ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
- 13. ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
- 14. ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
- 15. ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA

16. ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA

INSTRUCTIVO CUESTIONARIO RESPIRATORIO

1. ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
2. ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
3. ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
4. ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
5. ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
6. ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
7. ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
8. ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
9. ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
10. ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
11. ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
12. ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
13. ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
14. ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA
15. ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA. EN EL CASO DE SI ANOTAR CUALES.

INSTRUCTIVO CUESTIONARIO DERMATOLÓGICO

1. ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA. EN EL CASO DE SI ANOTAR CUALES.
2. ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA. EN EL CASO DE SI ANOTAR CUALES.

ANOTE INFORMACIÓN ADICIONAL EN LOS COMENTARIOS EN EL CASO DE EXISTIR.

GRACIAS!!

ANEXO No. 1

ANEXO No. 2

ANEXO No. 3