

Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores

Año de Referencia 2012

CARÁCTER ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y RESERVADO - Ley N° 17.622

CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS SUMINISTRADOS

Artículo 10: Las informaciones que se suministran a los organismos que integran el Sistema Estadístico Nacional, en cumplimiento de la presente ley serán estrictamente secretas y sólo se utilizarán con fines estadísticos. Los datos deberán ser suministrados y publicados en compilaciones de conjunto, de modo que no pueda ser violado el secreto comercial o patrimonial, ni individualizarse las personas o entidades a quienes se refieren. Quedan exceptuados del secreto estadístico los siguientes datos de registro: nombre y apellido o razón social, domicilio y rama de actividad.

PEGUE LA ETIQUETA AQUÍ

FACSIMIL

Encuestador

Supervisor Sí (1) →

No (2)

Recepcionista

4. CANTIDAD DE VISITAS (CV)

| Visita N° | Fecha | Hora | Resultado | Código |
|-----------|-------|------|-----------|--|
| 1 | / / | : | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2 | / / | : | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3 | / / | : | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 4 | / / | : | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 5 | / / | : | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 6 | / / | : | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

5. AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD Y LA MEMORIA (AU)

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

- ...excelente? (1)
- ...muy buena? (2)
- ...buena? (3)
- ...regular? (4)
- ...mala? (5)

2 En relación al año pasado, ¿usted diría que su salud...

- ...ha mejorado? (1)
- ...está igual? (2)
- ...ha empeorado? (3)

3 Actualmente, ¿usted diría que su memoria es...

- ...excelente? (1)
- ...muy buena? (2)
- ...buena? (3)
- ...regular? (4)
- ...mala? (5)

4 En relación al año pasado, ¿usted diría que su memoria...

- ...ha mejorado? (1)
- ...está igual? (2)
- ...ha empeorado? (3)

6. ACCESO A MEDICAMENTOS (AM)

1 En el último mes, ¿algún médico le indicó medicamentos?

- Sí (1)
- No (2) → 4

2 En relación a los medicamentos que le indicaron...

- ...los compró todos? (1) → 4
- ...compró algunos? (2)
- ...no compró ninguno? (3)

3 ¿Por qué no compró todos los medicamentos que le indicaron? (Indique el motivo principal)

- Se los entregaron gratis (1)
- Le faltó dinero para comprarlos (2)
- Los tenía por haberlos comprado antes (3)
- Otra razón (especificar) (4)

.....

.....

4 En el último mes, ¿tomó algún tranquilizante, ansiolítico o sedante para calmar los nervios o para poder dormir, como Valium, Lexotanil, Alplax o similares?

- Sí (1)
- No (2) → 6

5 Los tranquilizantes/sedantes los tomó...

- ...con indicación médica? (1)
- ...por su cuenta? (2)
- ...primero con indicación médica y luego en mayor cantidad o por más tiempo de lo que le habían indicado? (3)

6 En el último mes, ¿tomó sin indicación médica otro tipo de medicamentos (para la presión, angina, gripe, el corazón, etc.)?

- Sí (1)
- No (2)

7 ¿Actualmente toma más de 8 medicamentos por día?

- Sí (1)
- No (2)

7. CAÍDAS Y FRACTURAS (CF)

1 ¿Se ha caído alguna vez durante los últimos dos años?

- Sí (1)
- No (2) → 5

2 ¿Cuántas veces se ha caído en los últimos dos años?

- Una vez (1)
- 2 ó 3 veces (2)
- Más de 3 veces (3)

3 ¿Se lastimó en alguna de esas caídas de tal manera que necesitó tratamiento médico u operaciones?

- Sí (1)
- No (2) → 5

4 ¿Se ha fracturado algún hueso como consecuencia de esas caídas?

- Sí (1)
- No (2)

5 En los últimos dos años, ¿se ha fracturado la cadera?

- Sí (1)
- No (2)

8. DEPRESIÓN (DP)

1 Durante el último año, ¿algún médico le diagnosticó una depresión?

- Sí (1)
- No (2) → DE

2 Durante el último año, ¿ha recibido usted algún tratamiento psiquiátrico o psicológico para la depresión?

- Sí (1)
- No (2)

9. DEFICIENCIAS (DE)

1 ¿Usa habitualmente anteojos, lentes de contacto o lentes intraoculares?

Sí (1)

No (2) → **3**

Es totalmente ciego (3) → **5**

2 ¿Puede ver bien con los anteojos puestos?

Sí (1) → **5**

No (2) → **5**

3 ¿Puede ver bien sin anteojos?

Sí (1) → **5**

No (2)

4 ¿Cuál es la causa principal por la que no usa anteojos o lentes de contacto?

No se hizo el examen (1)

Se los recetaron pero no tiene dinero para comprarlos (2)

Los que tiene le molestan (3)

Los que tiene no le sirven (no ve bien con ellos) (4)

Otros (*especificar*) (5)

.....

.....

5 ¿Usa habitualmente audífonos o aparatos para oír?

Sí (1)

No (2) → **7**

Es totalmente sordo (3) → **9**

6 ¿Puede oír con los audífonos puestos?

Sí (1) → **9**

No (2) → **9**

7 ¿Puede oír bien?

Sí (1) → **9**

No (2)

8 ¿Cuál es la causa principal por la que no usa audífonos o aparatos para oír?

No se hizo el examen (1)

Se los recetaron pero no tiene dinero para comprarlos (2)

Los que tiene le molestan (3)

Los que tiene no le sirven (no oye bien con ellos) (4)

No quiere usarlos (5)

Otros (*especificar*) (6)

.....

.....

9 ¿Usa dientes o dentadura postiza?

Sí (1) → **12**

No (2)

10 ¿Le faltan algunos dientes o muelas?

Si usa implantes o puentes fijos considérellos como dientes o muelas propios

Sí (1)

No (2) → **12**

11 ¿Cuál es la causa principal por la que no usa dientes o dentadura postiza?

Se los recetaron pero no tiene dinero para comprarlos (1)

Los que tiene no le sirven o le molestan (2)

Los necesita pero no fue al odontólogo (3)

No los necesita (puede comer bien sin ellos) (4)

No quiere usarlos (5)

Otros (*especificar*) (6)

.....

.....

12 ¿Ha tenido que comer menos o cambiar de comida debido a dificultades para masticar?

Sí (1)

No (2)

10. DEPENDENCIA (DEP)

Le voy a mencionar algunas actividades para las que puede o no necesitar ayuda de otra persona. Quisiera que me diga si necesita ayuda para realizar cada una de ellas. **No tome en cuenta las limitaciones transitorias, que duren menos de 3 meses.**

1 ¿Necesita ayuda de una persona...

| | Sí | No |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1.1 ...para comer en un tiempo razonable (incluyendo cortar la comida, llenar los vasos, etc.)? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 1.2 ...para vestirse o desvestirse, incluyendo atarse los cordones? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 1.3 ...para bañarse, incluyendo entrar y salir de la ducha o bañera? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 1.4 ...para peinarse, lavarse los dientes o lavarse la cara? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |

¿Necesita ayuda de una persona para...

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1.5 ...usar el inodoro o higienizarse? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 1.6 ...para acostarse o levantarse de la cama? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 1.7 ...para andar de un lado a otro de su casa? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 1.8 ...para subir y bajar escaleras? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |

Si contestó Sí en alguna de las preguntas 1.1 a 1.8, continúe con la pregunta 2. En caso contrario pase a la pregunta 3.

2 ¿Quién es la persona que lo ayuda principalmente en las actividades que le acabo de mencionar?

Un familiar (1)

Un amigo/vecino (2)

Un empleado doméstico/cuidador no especializado (3)

Un cuidador especializado (4)

Otros (*especificar*) (5)

.....

.....

3 ¿Necesita ayuda de una persona...

Sí No

- 3.1 ...para utilizar el teléfono, marcar los números y contestar una llamada? (1) (2)
- 3.2 ...para viajar en transporte público, taxi, remis, auto particular, etc.? (1) (2)
- 3.3 ...para organizar sus medicamentos y tomarlos? (1) (2)
- 3.4 ...para manejar su dinero? (1) (2)

Por problemas de salud, necesita ayuda de una persona ...

Sí No

- 3.5 ...para hacer las compras? (1) (2)
- 3.6 ...para preparar comidas calientes? (1) (2)
- 3.7 ...para hacer las tareas del hogar (lavar los platos, tender las camas, barrer, etc.)? (1) (2)

Si contestó Sí en alguna de las preguntas 3.1 a 3.7, continúe con la pregunta 4. En caso contrario pase a la pregunta 5.

4 ¿Quién es la persona que lo ayuda principalmente en las actividades que le acabo de mencionar?

- Un familiar (1)
- Un amigo/vecino (2)
- Un empleado doméstico/cuidador no especializado (3)
- Un cuidador especializado (4)
- Otros (*especificar*) (5)

5 ¿Sale habitualmente de su casa? (para hacer compras, pasear, trabajar, ir al médico, etc.)

- Sí (1)
- No (2) → **SE**

6 ¿Cada cuánto sale de su casa?

- Todos/casi todos los días (1)
- Algunas veces en la semana (2)
- Muy de vez en cuando (3)

11. SEXUALIDAD (SE)

1 ¿Pensa que es posible enamorarse en esta etapa de la vida?

- Sí (1)
- No (2)

2 ¿Cree que las personas mayores tienen actividad sexual?

- Sí (1)
- No (2)

3 Para usted, ¿la vida sexual en una persona mayor...

- ...es tan importante como cuando se es más joven? (1)
- ...es importante pero no tanto como cuando se es más joven? (2)
- ...no es importante? (3)
- No tiene opinión formada (4)

12. RELACIÓN CON EL ENTORNO (RE)

Ahora le voy a leer algunas frases y quisiera que me diga si piensa que las siguientes situaciones le suceden a las personas mayores. Tenga en cuenta que no le pregunto por lo que le pasa a usted, sino por **lo que usted piensa que les pasa a las personas mayores en general.**

Sí No Ns/Nc

- 1 En general, en un banco o una oficina pública una persona mayor recibe peor trato que alguien más joven. (1) (2) (9)
- 2 En general, en un consultorio médico una persona mayor recibe peor trato que alguien más joven. (1) (2) (9)
- 3 En general, en la familia, a las personas mayores se las respeta más que a los más jóvenes. (1) (2) (9)
- 4 En la familia a las personas mayores se las insulta o agrede más frecuentemente que a alguien más joven. (1) (2) (9)
- 5 Los familiares o personas cercanas suelen hacer uso del dinero o las cosas de valor de las personas mayores, sin su permiso. (1) (2) (9)

6 ¿Conoce a alguna persona mayor que haya sido golpeada o agredida físicamente por un familiar?

- Sí (1)
- No (2)

13. MANEJO DE TIC (MT)

1 ¿Usa el cajero automático sin ayuda para retirar dinero o realizar otros trámites?

- Sí (1) → **3**
- No (2)

2 ¿No lo usa principalmente porque...

- ...no necesita tarjeta de débito? (1)
- ...no tiene tarjeta de débito? (2)
- ...prefiere retirar el dinero por ventanilla/ no le interesa usar el cajero? (3)
- ...su funcionamiento es complicado/ no lo entiende? (4)
- ...no se puede trasladar? (5)
- ...no ve bien los números? (6)
- ...no lo puede manipular? (7)
- ...tiene miedo de que le roben en el cajero? (8)
- Otro motivo (*especificar*) (9)

3 ¿Usa teléfono celular sin ayuda para llamar, mandar o recibir mensajes?

- Sí (1) → **TL**
- No (2)

4 ¿No lo usa principalmente porque...

- ...no tiene? (1)
- ...no escucha bien? (2)
- ...no ve bien los números? (3)
- ...no lo puede manipular? (4)
- ...su funcionamiento es complicado? (5)
- ...no le interesa usarlo? (6)
- Otro motivo (*especificar*) (7)

.....

.....

14. TIEMPO LIBRE (TL)

Ahora le voy a hacer una serie de preguntas sobre algunas actividades que las personas realizan en su tiempo libre, es decir, actividades que se hacen de manera recreativa (para distraerse), sin incluir las actividades laborales o las tareas domésticas.

1 En los últimos 3 meses, ¿hizo ejercicios o actividades físicas tales como salir a caminar, trotar, nadar, hacer un deporte, gimnasia, yoga, baile u otra actividad física?

- Sí (1)
- No (2) → **3**

2 ¿Cada cuánto realizó esa/s actividad/es?

- Más de una vez a la semana (1)
- Una vez a la semana (2)
- 2 ó 3 veces en el mes (3)
- Una vez al mes (4)
- Menos de una vez al mes (5)

3 En los últimos 3 meses, ¿concurrió a algún taller/grupo para hacer manualidades, artesanías (no para la venta) u otra actividad artística?

- Sí (1)
- No (2) → **5**

4 ¿Cada cuánto realizó esa/s actividad/es?

- Más de una vez a la semana (1)
- Una vez a la semana (2)
- 2 ó 3 veces en el mes (3)
- Una vez al mes (4)
- Menos de una vez al mes (5)

5 En los últimos 3 meses, ¿ha prestado algún servicio de forma voluntaria o gratuita a alguna organización de su comunidad?

- Sí (1)
- No (2) → **8**

6 ¿A qué tipo de organización le brindó esa ayuda?

Si participa en más de una organización marque todas las que correspondan

- Servicio de asistencia social (1)
- Centro de jubilados/Clubes de abuelos (2)
- Centro/Hogar de niños/adolescentes (3)
- Iglesia/Templo (4)
- Escuela/Organización educativa (5)
- Hospital/Salita (6)
- Partido/Organización política (7)
- Sociedad de Fomento/Biblioteca popular (8)
- Otro (*especificar*) (9)

.....

.....

7 ¿Cada cuánto realizó esa/s actividad/es?

(Si participó en más de una organización indique la frecuencia total)

- Más de una vez a la semana (1)
- Una vez a la semana (2)
- 2 ó 3 veces en el mes (3)
- Una vez al mes (4)
- Menos de una vez al mes (5)

8 En los últimos 3 meses, ¿participó de viajes o paseos turísticos o recreativos con otras personas?

- Sí (1)
- No (2)

9 ¿Habitualmente hace en su casa actividades de jardinería, tejido, repostería o similares para distraerse?

- Sí (1)
- No (2)

10 ¿Se junta habitualmente con otras personas para jugar a las cartas, dominó, burako, billar u otras similares?

- Sí (1)
- No (2)

11 ¿Habitualmente se encuentra con amigos para charlar, tomar café, comer algo juntos?

- Sí (1)
- No (2)

12 ¿Concurre habitualmente al cine, teatro, conciertos, recitales, museos, etc.?

- Sí (1)
- No (2)

13 ¿Durante la última semana...

- | | Sí | No |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 13.1 ...leyó libros o revistas para distraerse? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 13.2 ...usó internet para distraerse? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 13.3 ...vió televisión? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 13.4 ...escuchó la radio? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |

15. AYUDAS (AY)

1 ¿Cuida habitualmente, sin recibir pago a algún niño de su entorno familiar o cercano?

Refiere a la situación habitual durante los últimos 3 meses

- Sí (1)
 No (2) → **3**

2 ¿Ese/os niño/s...

- ...viven todos con usted? (1)
 ...algunos viven con usted y otros no? (2)
 ...ninguno vive con usted? (3)

3 ¿Cuida habitualmente, sin recibir pago a alguna persona enferma de su entorno familiar o cercano?

Refiere a la situación habitual durante los últimos 3 meses

- Sí (1)
 No (2) → **5**

4 ¿Esa/s persona/s vive/n con usted?

- Sí (1)
 No (2)

5 ¿Ayuda habitualmente a algún familiar o conocido que no vive con usted...

Refiere a la situación habitual durante los últimos 3 meses

- | | Sí | No |
|---|---|------------------------------|
| 5.1 ...con las tareas del hogar? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 5.2 ...dándole cosas que necesita, como comida o ropa? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 5.3 ...haciéndole compañía? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 5.4 ...haciéndole las compras/mandados? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 5.5 ...con dinero en efectivo o haciéndose cargo de alguno de sus gastos? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 5.6 ...acompañándolo cuando tiene que ir a algún lado? | <input checked="" type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 5.7 Otro (especificar) | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
-

Ahora le voy a preguntar por las ayudas que **usted recibe** por parte de otras personas:

6 ¿Recibe habitualmente ayuda de algún familiar o conocido que no vive con usted...

Refiere a la situación habitual durante los últimos 3 meses

- | | Sí | No |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 6.1 ...con las tareas del hogar? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 6.2 ...dándole cosas que usted necesita, como comida o ropa? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 6.3 ...pasando un rato con usted? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 6.4 ...con las compras/mandados? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 6.5 ...con dinero en efectivo o pagando alguno de sus gastos? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 6.6 ...yendo con usted cuando tiene que ir a algún lado? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 6.7 Otro (especificar) | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
-

Si contestó **Sí** en alguna alternativa de la pregunta 6 (6.1 a 6.7) continúe con la pregunta 7. En caso contrario, pase a bloque PAD.

7 ¿Quién es la persona que principalmente lo ayudó en las actividades que le acabo de mencionar?

- Hijo varón (1)
 Hija mujer (2)
 Nuera (3)
 Yerno (4)
 Nieto/a o vecino/a o amigo/a (5)
 Otro (especificar) (6)
-

16. PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DOMÉSTICAS (PAD)

1 Habitualmente, ¿realiza en su hogar algunas de las siguientes tareas?

Lea las tareas en voz alta

- | | Sí | No |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1.1 Lavar, planchar y arreglar la ropa | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 1.2 Cocinar/lavar los platos | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 1.3 Limpiar la casa | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 1.4 Hacer las compras (de alimentos, artículos de limpieza, etc.) | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 1.5 Acompañar a alguna de las personas que vive con usted cuando tiene que trasladarse | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |

17. SATISFACCIÓN VITAL (SV)

A continuación se presentan cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando una escala de 1 a 7, siendo 1 "totalmente en desacuerdo" y 7 "totalmente de acuerdo", indique cuán de acuerdo está con cada frase, eligiendo el número apropiado para cada una. Por favor, sea abierto y honesto al responder.

| | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ligeramente en desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | Ligeramente de acuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal. | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (3) | <input type="checkbox"/> (4) | <input type="checkbox"/> (5) | <input type="checkbox"/> (6) | <input type="checkbox"/> (7) |
| 2. Las condiciones de mi vida son excelentes. | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (3) | <input type="checkbox"/> (4) | <input type="checkbox"/> (5) | <input type="checkbox"/> (6) | <input type="checkbox"/> (7) |
| 3. Estoy satisfecho con mi vida. | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (3) | <input type="checkbox"/> (4) | <input type="checkbox"/> (5) | <input type="checkbox"/> (6) | <input type="checkbox"/> (7) |
| 4. Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida. | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (3) | <input type="checkbox"/> (4) | <input type="checkbox"/> (5) | <input type="checkbox"/> (6) | <input type="checkbox"/> (7) |
| 5. Si volviese a nacer no cambiaría casi nada de mi vida. | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (3) | <input type="checkbox"/> (4) | <input type="checkbox"/> (5) | <input type="checkbox"/> (6) | <input type="checkbox"/> (7) |

ATENCIÓN: No olvide **pedir el/los teléfonos** antes de retirarse del hogar.

Regístrelo en el bloque **20. TELÉFONOS**

FACSIMIL

18. RAZÓN DE NO RESPUESTA (NR)

Ausencia (7)

No se pudo contactar en tres visitas (1)

Por causas circunstanciales (2)

Viaje (3)

Vacaciones (4)

Rechazo (8)

Negativa rotunda (1)

Rechazo por portero eléctrico (2)

Se acordaron entrevistas que no se concretaron (3)

Otras causas (9)

Duelo (1)

Ebriedad, idioma extranjero (2)

Problema de seguridad (3)

Inaccesible (problemas climáticos u otros) (4)

No puede responder por sí mismo (10)

Alzheimer u otra demencia senil (1)

Postración (2)

Otra discapacidad mental (3)

Otra causa (4)

La persona ya no vive en la vivienda (11)

Fallecimiento (1)

Mudanza (2)

Internación en geriátrico (3)

Otra causa (4)

Deshabitada (1)

Venta o alquiler (1)

Sucesión o remate (2)

Deshabitada en la semana de referencia (3)

Sin causa conocida (4)

Demolida (2)

Fue demolida (1)

En demolición (2)

Levantada (3)

Trasladada (4)

Fin de semana (3)

Viven en otra vivienda la mayor parte de la semana (1)

Viven en otra vivienda la mayor parte del mes (2)

Viven en otra vivienda la mayor parte del año (3)

Construcción (4)

Se está construyendo (1)

Construcción paralizada (2)

Refacción (3)

Vivienda usada como establecimiento (5)

Conserva comodidad de vivienda (1)

Variaciones en el listado (6)

No existe lugar físico (1)

No es vivienda (2)

INFORMANTE/OBSERVACIONES

19. OBSERVACIONES GENERALES (OG)

20. TELÉFONO (TH)

Teléfono fijo

No tiene teléfono (8)

No lo quiso dar (9)

Teléfono celular

No tiene teléfono (8)

No lo quiso dar (9)