Versión Paraguaya del Instrumento STEPS

(Principal y Ampliada)

El método STEPwise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas

Organización Mundial de la Salud

Organización Panamericana de la Salud

Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Instrumento STEPS Panamericana

Visión general

Introducción

Este es el instrumento STEPS estándar que los países/sitios utilizarán para desarrollar su propio instrumento. Contiene :

- Las secciones principales (las casillas con fondo blanco)
- Las secciones ampliadas (las casillas con fondo gris)

Secciones principales

Los módulos principales para cada sección contienen preguntas necesarias para calcular variables fundamentales. Por ejemplo :

- Fumadores actuales a diario
- IMC medio

Nota: Conviene hacer todas las preguntas de las secciones principales. Omitir algunas puede tener consecuencias sobre el análisis.

Secciones ampliadas

Las preguntas de las secciones ampliadas permiten obtener más detalles. Conviene incluirlas en su cuestionario si quiere centrarse más especialmente en un elemento, por ejemplo:

- El consumo de tabaco sin humo
- El comportamiento sedentario

Guía para las columnas

La tabla que se encuentra a continuación constituye una guía rápida para cada una de las columnas del cuestionario.

Columna	Descripción	Adaptación
Número	El número de referencia de cada pregunta existe para ayudar a los entrevistadores a ubicarse en caso de interrupción.	Numere cronológicamente las preguntas una vez que haya finalizado el contenido.
Pregunta	Hay que leer cada pregunta a los participantes.	• Seleccione las secciones que se han de utilizar. • Añade las preguntas de la sección ampliada u opcional que desee.
Respuesta	Esta columna establece una lista de las opciones de respuesta existentes, que el entrevistador rodeará o para las que rellenará las casillas de texto. Las instrucciones para los saltos se encuentran a la derecha de las respuestas y hay que seguirlas detenidamente cuando se hacen las entrevistas.	• Añade las respuestas específicas a su zona para las preguntas demográficas (por ejemplo C5). • En las indicaciones de salto, cambie los códigos por el número de la pregunta.
Código	Esta columna se creó para que los datos del instrumento correspondan con los de la herramienta de entrada de datos, de la sintaxis del análisis, del Manual de datos y de la Hoja de datos.	El código no se debe cambiar o quitar. Se utiliza como identificador general para la entrada y el análisis de datos.

Número de identificación del entrevistado |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Instrumento STEPS
para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas

<Paraguay >

Información sobre la encuesta

Sitio y fecha		Respuesta	Código
1	Código del Departamento	|_|_|_|	I1
2	Nombre del Distrito		I2
3	Identificación del Encuestador	|_|_|_|	I3
4	Fecha en que fue completado el Cuestionario	|_|_| Día |_|_| Mes |_|_|_|_| Año	I4

Número de identificación del Entrevistado |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Consentimiento, Entrevista, Idioma y Nombre		Respuesta	Código
5	Se le ha leído y obtenido el consentimiento al entrevistado	Sí 1 No 2 **Si NO, TERMINE**	I5
6	Idioma de la entrevista [Insertar el idioma]	Español 1 [Guarani] 2 [Añadir otras] 3 [Añadir otras] 4	I6
7	Hora de la entrevista (0-24 horas)	|_|_| : |_|_| horas minutos	I7
8	Apellido		I8
9	Nombre		I9
Información adicional que podría ser útil			
10	Número de teléfono de contacto (cuando sea posible)		I10
11	Dirección de la vivienda		X1

La información contenida en I5 hasta I11 debe guardarse separada del cuestionario, ya que contiene información confidencial.

Número de identificación del entrevistado └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘

Step 1 Información Demográfica

SECCIÓN PRINCIPAL: Información demográfica

Pregunta		Respuesta	Código
12	Sexo (Indique hombre o mujer según observe)	Hombre 1 Mujer 2	C1
13	¿Cuál es su fecha de nacimiento? *No Sabe 77 777 7777*	└┴┘ └┴┘ └┴┴┴┘ *Si lo sabe, saltar a C4* Día Mes Año	C2
14	¿Qué edad tiene usted?	Años └┴┘	C3
15	En total, ¿durante cuántos años fue a la escuela o estuvo estudiando a tiempo completo (sin tener en cuenta la etapa preescolar)?	Años └┴┘	C4

AMPLIADA: Información demográfica

16	¿Cuál es el **nivel de educación más alto** que ha alcanzado?	Ninguno 1 Educación Inicial 2 Educación Escolar Básica Incompleta 3 Educación Escolar Básica Completa (incluye secundaria básica) 4 Educación Media o Bachillerato incompleto 5 Educación Media o Bachillerato completo 6 Universitario / Nivel Superior incompleto 7 Universitario / Nivel Superior completo 8 No responde 9	C5
17	¿Cuál es su estado civil o conyugal actual?	Nunca casado 1 Casado actualmente 2 Separado 3 Divorciado 4 Viudo 5 Viviendo en Pareja o Unido 6 Rehúsa 88	C7
18	¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su **actividad laboral principal** en los últimos 12 meses?	Funcionario(a) Publico 1 Empleado(a) privado 2 Trabajador(a) por cuenta propia 3 Trabajador(a) No remunerado(a) 4 Estudiante 5 Amo(a) de casa 6 Jubilado(a) o pensionado (a) 7 Desempleado (a) 8 Discapacitado (a) 9 Rehúsa 88	C8
19	¿Cuántas personas mayores de 18 años, incluyéndolo a usted, viven en su casa?	Número de personas └┴┘	C9

AMPLIADO: Información Demográfica, Continuado

Pregunta		Respuesta	Código
20	Tomando como referencia el **año pasado** ¿cuáles	Por semana └┴┴┴┴┴┴┴┴┘ *Pase a T1*	C10a

	fueron los ingresos medios del hogar? *(MARCAR SOLAMENTE UNO, NO LOS TRES)*	O por mes |_|_|_|_|_|_|_|_| *Pase a T1* O por año |_|_|_|_|_|_|_|_| *Pase a T1* No responde 9	C10b C10c C10d
21	Si ignora la cantidad, ¿Cuál es el ingreso total mensual aproximado de todas las personas de su hogar? *En guaraníes*	Menos de G. 705.000 1 Entre G 705.000 y G 1.408.864 2 Entre G 1.408.865 y G 1.600.000 3 Entre G 1.600.001 y G 2.000.000 4 Entre G 2.000.001 y G 5.000.000 5 Entre G 5.000.001 y G 7.000.000 6 Más de G 7.000.000 7 No Responde 9	C11

Step 1 Medidas del comportamiento

SECCIÓN PRINCIPAL: Consumo de tabaco

Ahora le haré preguntas sobre algunos comportamientos relacionados con la salud, como fumar, beber alcohol, comer frutas y verduras así como practicar actividades físicas. Empecemos por el tabaco.

Pregunta		Respuesta	Código
22	¿Fuma usted actualmente algún **producto de tabaco**, como cigarrillos, cigarros o pipas?	Sí 1 No 2 *Si No, Pase a T6*	T1
23	¿Actualmente usa productos de tabaco **diariamente**?	Sí 1 No 2 *Si No, Pase a T6*	T2
24	¿A que edad **comenzó** usted **a fumar** a diario?	Edad (años) |_|_| *Si lo sabe, Pase a T5a* No Sabe 77	T3
25	¿Recuerda **cuanto tiempo** hace que fuma a diario? *(MARCAR SOLAMENTE 1, NO LOS 3)* No Sabe 77	En Años |_|_| *Si lo sabe, Pase a T5a*	T4a
		O en Meses |_|_| *Si lo sabe, Pase a T5a*	T4b
		O en Semanas |_|_|	T4c
26	En promedio, ¿**cuántos** de los siguientes productos fuma al día? *(RELLENAR PARA CADA TIPO)* No Sabe 77	Cigarrillos |_|_|	T5a
		Tabaco de enrrollar |_|_|	T5b
		Pipas |_|_|	T5c
		Cigarros |_|_|	T5d
		Otro (especificar): |_|_|_|_|_|_|_|_|	T5e

AMPLIADA: Consumo de tabaco

Pregunta		Respuesta	Código
27	En el pasado, ¿Alguna vez fumó **diariamente**?	Sí 1 No 2 *Si No, Pase a T9*	T6
28	¿Qué edad tenía cuando **dejó** de fumar **a diario**?	Edad (años) |_|_| *Si lo sabe, Pase a T9* No Sabe 77	T7

Número de identificación del entrevistado └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘

29	¿Hace **cuánto tiempo** que dejó de fumar **a diario**? *(MARCAR SOLAMENTE 1, NO LOS 3)* No Sabe 77	Años atrás └┴┴┘ *Si lo sabe, Pase a T9*	T8a
		O Meses atrás └┴┴┘ *Si lo sabe, Pase a T9*	T8b
		O Semanas atrás └┴┴┘	T8c
30	¿**Consume actualmente** algún tipo de **tabaco que no emite humo** [*rapé, tabaco de mascar o naco*]?	Sí 1 No 2 *Si No, Pase a T12*	T9
31	¿Consume **actualmente** y diariamente productos de **tabaco que no emiten humo**?	Sí 1 No 2 *Si No, Pase a T12*	T10
32	En promedio, ¿cuántas **veces al día** consume….? *(RELLENAR PARA CADA TIPO)* No Sabe 77		T11a
			T11b
		Tabaco de mascar o naco └┴┴┘	T11c
			T11d
			T11e
		Otro (especificar) └┴┴┴┴┴┴┴┴┘	T11other
33	En el **pasado**, **alguna** vez usó tabaco que no emite humo como [rapé, *tabaco de masca o naco]* **diariamente**?	Sí 1 No 2	T12
34	Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien que fumó en su presencia en un lugar cerrado **de su casa**?	Número de días No sabe 77 └┴┴┘	T13
35	Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien que fumó en un lugar cerrado en **su trabajo** en su presencia (en el edificio, en una área de trabajo, en una oficina específica)?	Número de días No sabe o no trabaja En un lugar cerrado 77 └┴┴┘	T14
36	¿Fumó usted en los últimos 30 días algún **producto de tabaco**, como cigarrillos, cigarros o pipas?	Sí 1 No 2	X2
37	¿Intentó dejar de fumar en el último año?	Sí 1 No 2	X3
38	¿Piensa dejar de fumar?	Si 1 No 2	X4

SECCIÓN PRINCIPAL: Consumo de alcohol

Las siguientes preguntas se centran en el consumo de alcohol.

Pregunta		Respuesta	Código
39	¿**Alguna vez** ha consumido alguna bebida alcohólica como cerveza, vino, caña blanca, whisky o licores?	Sí 1 No 2 *Si No, Pase a D1*	A1a
40	¿Ha **consumido** alguna bebida alcohólica dentro de los <u>últimos 12 meses</u>?	Sí 1 No 2 *Si No, Pase a D1*	A1b
41	Durante los últimos 12 meses, ¿**con qué frecuencia** ha tomado al menos una bebida alcohólica? *(LEER LAS RESPUESTAS)*	A diario 1 5-6 días a la semana 2 1-4 días a la semana 3 1-3 días al mes 4 Menos de una vez al mes 5	A2

42	¿Ha consumido una bebida alcohólica dentro de los **últimos 30 días**?	Sí 1 No 2	A3
43	¿Durante los últimos **30 días**, en cuantas ocasiones tomó por lo menos una bebida alcohólica?	Número No sabe 77 └┴┴┘	A4
44	¿Durante los últimos 30 días, cuando usted consumio bebida alcohólica, en **promedio,** ¿cuántos **vasos estándar** consumio en una ocasión?	Número No sabe 77 └┴┴┘	A5
45	¿Durante los últimos 30 días, ¿cuál fue el **mayor número** de vasos estándar de cualquier bebidas alcohólicas, que usted tomó en una sola ocasión, contando todos los tipos de bebidas alcohólicas que haya consumido en esa ocasión?	Número mas grande No sabe 77 └┴┴┘	A6
46	Durante los **últimos 30 días**, ¿Cuantas veces usted consumió para hombres: cinco o mas para mujeres: cuatro o mas **Vasos estándar** de bebidas alcoholicas en una sola ocasión?	Número de veces No sabe 77 └┴┴┘	A7

AMPLIADA: Consumo de alcohol

Pregunta		Respuesta	Código
47	¿Durante los últimos 30 días, cuando tomió una bebida alcohólica, con que frecuencia fue acompañando a una comida. Por favor no cuente los bocaditos.	Usualmente con comidas 1 A veces con comida 2 Pocas veces con comida 3 Nunca con comida 4	A8
48	Durante cada uno de los **últimos 7 días**, ¿cuántos vasos estándar (de cualquier bebida alcohólica) se tomó cada día? *(RELLENAR PARA CADA DÍA* *(UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)* No Sabe 77	Lunes └┴┴┘	A9a
		Martes └┴┴┘	A9b
		Miércoles └┴┴┘	A9c
		Jueves └┴┴┘	A9d
		Viernes └┴┴┘	A9e
		Sábado └┴┴┘	A9f
		Domingo └┴┴┘	A9g

SECCIÓN PRINCIPAL: Dieta

Ahora le haré unas preguntas sobre las frutas y las verduras que suele consumir. Tengo una cartilla nutricional que muestra ejemplos de frutas y verduras. Cada imagen representa el tamaño de una porción. Por favor cuando responda a estas preguntas trate de recordar lo que consumió en una semana típica o normal del año pasado.

Pregunta		Respuesta	Código
49	En una semana típica o normal, ¿Cuantos días **come usted frutas**? *(UTILIZAR LA CARTILLA DE IMÁGENES)*	Número de días └┴┴┘ *Si ningún día, Pase a D3* No Sabe 77	D1
50	¿Cuantas **porciones** de frutas come en **uno** de esos días? *(UTILIZAR LA CARTILLA DE IMÁGENES)*	Número de porciones └┴┴┘ No Sabe 77	D2
51	En una semana típica o normal, ¿Cuantos días **come usted verduras**? *(UTILIZAR LA CARTILLA DE IMÁGENES)*	Número de días └┴┴┘ *Si ningún día, Pase a D5* No Sabe 77	D3
52	¿Cuantas **porciones** de verduras come en uno de esos días? *(UTILIZAR LA CARTILLA DE IMÁGENES)*	Número de porciones └┴┴┘ No Sabe 77	D4

Número de identificación del entrevistado └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘

AMPLIADA: Dieta

53	¿Qué tipo de **aceite o grasa se utiliza generalmente** en su casa para preparar la comida? (UTILIZAR LA CARTILLA DE IMÁGENES) (ESCOJA SOLAMENTE UN TIPO)	Aceite vegetal 1 Manteca animal 2 Mantequilla 3 Margarina 4 Grasa de cerdo 5 *Si Otro, Pase a D5 other* Ninguno en particular 6 No uso ninguno 7 No sabe 77	D5
		Otro (especificar) └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘	D5 other
54	¿En promedio, cuantas veces por semana come comida que no fue preparado en casa? *Comidas* implica desayuno, almuerzo y cena.	Número No se 77 └┴┴┘	D6
55	¿Cuando prepara la comida en la casa; le agrega sal al momento de cocinar?	Nunca Rara vez Algunas veces Frecuentemente Siempre	X5
56	¿Una vez servida la cominda en la mesa; ¿le agrega sal?	Nunca Rara vez Algunas veces Frecuentemente Siempre	X6
57	¿Cuanta sal consume usted con las comidas?	Muchisima Mucha Solo la cantidad justa Poco Muy poco No sabe No responde	X7
58	En una semana típica o normal, ¿Cuántos dias **consume frituras** como; empanadas, tortillas, marineras, milanesas, pizzas, asaditos, panchos, hamburgesas, papas fritas?	Número └┴┴┘ No Sabe 77	X8
59	En una semana típica o normal, ¿Cuántos dias **consume carne**?	Número de porciones └┴┴┘ └┴┴┘ └┴┴┘ └┴┴┘ No Sabe 77 Vacuna pollo pescado otro	X9

SECCIÓN PRINCIPAL: Actividad física

A continuación voy a preguntarle por el tiempo que pasa realizando diferentes tipos de actividad física. Le ruego que intente contestar a las preguntas aunque no se considere una persona activa.

Piense primero en el tiempo que pasa en el trabajo, ya sea que se trate de un empleo remunerado o no, y de estudiar, de mantener su casa, de cosechar, de pescar, de cazar o de buscar trabajo. En estas preguntas, las "actividades físicas intensas" se refieren a aquéllas que implican un esfuerzo físico importante y que causan una gran aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco. Por otra parte, las "actividades físicas de intensidad moderada" son aquéllas que implican un esfuerzo físico moderado y causan una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco.

Pregunta		Respuesta	Código
En el trabajo			
60	¿Exige su trabajo una actividad física intensa que implica una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco,	Sí 1	P1

	como [*levantar cosas pesadas, trabajos de la chacra o trabajos de construcción*] durante al menos 10 minutos consecutivos? *(INSERTAR EJEMPLOS Y UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)*	No 2 *Si No, Pase a P4*	
61	En una semana típica o normal, ¿cuántos días realiza usted actividades físicas intensas en su trabajo?	Número de días └┴┘	P2
62	En uno de esos días en los que realiza actividades físicas intensas, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	Horas : minutos └┴┴┘ : └┴┴┘ hrs mins	P3 (a-b)
63	¿Exige su trabajo una actividad de intensidad moderada que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar deprisa *[o levantar cosas de pesos ligeros*] durante al menos 10 minutos consecutivos? *(INSERTAR EJEMPLOS Y UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)*	Sí 1 No 2 *Si No, Pase a P7*	P4
64	En una semana típica o normal, ¿cuántos días realiza usted actividades de intensidad moderada en su trabajo?	Número de días └┴┘	P5
65	En uno de esos días en los que realiza actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	Horas : minutos └┴┴┘ : └┴┴┘ hrs mins	P6 (a-b)
Para desplazarse			
En las siguientes preguntas, dejaremos de lado las actividades físicas en el trabajo, de las que ya hemos hablado. Ahora me gustaría saber cómo se desplaza de un sitio a otro para realizar sus actividades. Por ejemplo, cómo va al trabajo, a hacer pagos de cuentas, de compras, al mercado, a la iglesia.			
66	¿Camina usted o usa usted una bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?	Sí 1 No 2 *Si No, Pase a P10*	P7
67	En una semana típica o normal, ¿cuántos días camina o va en bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?	Número de días └┴┘	P8
68	En un día típico o normal, ¿cuánto tiempo pasa caminando o yendo en bicicleta para desplazarse?	Horas : minutos └┴┴┘ : └┴┴┘ hrs mins	P9 (a-b)
En el tiempo libre			
Las preguntas que van a continuación excluyen la actividad física en el trabajo y para desplazarse, que ya hemos mencionado. Ahora me gustaría hablar de deportes, gimnasias u otras actividades físicas que practica en su tiempo libre.			
69	¿En su tiempo libre, practica usted deportes/gimnasia intensos que implican una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco como [*correr, jugar al fútbol, tenis*] durante al menos 10 minutos consecutivos? *(INSERTAR EJEMPLOS Y UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)*	Sí 1 No 2 *Si No, Pase a P13*	P10
70	En una semana típica o normal, ¿cuántos días practica usted deportes/gimnasia intensos en su tiempo libre?	Número de días └┴┘	P11
71	En uno de esos días en los que practica deportes/gimnasia intensos, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	Horas : minutos └┴┴┘ : └┴┴┘ hrs mins	P12 (a-b)
72	¿En su tiempo libre practica usted alguna actividad de intensidad moderada que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar deprisa, [*ir en bicicleta, nadar, jugar al voleibol*] durante al menos 10 minutos consecutivos? *(INSERTAR EJEMPLOS Y UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)*	Sí 1 No 2 *Si No, Pase a P16*	P13
73	En una semana típica o normal, ¿cuántos días practica usted actividades físicas de intensidad moderada en su tiempo libre?	Número de días └┴┘	P14

74	En uno de esos días en los que practica actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	Horas : minutos └┴┴┘ : └┴┴┘ hrs mins	P15 (a-b)

AMPLIADA: Actividad Física

Comportamiento sedentario

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en la casa, en los desplazamientos o compartir con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado ante un escritorio en el trabajo u oficina, sentado con los amigos o tomando terere, sentado en una hamaca, viajando en colectivo, automóvil, jugando a las cartas o viendo la televisión o conectado a internet, pero no se incluye el tiempo pasado durmiendo.

[INSERTAR EJEMPLOS] (UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)

75	¿Cuándo tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico o normal?	Horas : minutos	└┴┴┘ : └┴┴┘ hrs mins	P16 (a-b)

SECCIÓN PRINCIPAL: Antecedentes de presión arterial elevada

Pregunta		Respuesta	Código
76	¿Alguna vez le ha medido la presión arterial un doctor o un profesional de la salud?	Sí 1 No 2 *Si No, Pase a H6*	H1
77	¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud, que usted tiene presión arterial alta, o hipertensión?	Sí 1 No 2 *Si No, Pase a H6*	H2a
78	¿Le han dicho esto en los últimos 12 meses?	Sí 1 No 2	H2b

AMPLIADA: Antecedentes de presión arterial elevada

	¿Recibe actualmente alguno de los tratamientos o de los consejos indicados a continuación, prescrito por un médico u otro profesional de la salud, por tener la presion arterial elevada?		
79	Medicamentos o pastllas, que ha tomado durante las últimas dos semanas	Sí 1 No 2	H3a
	Consejo para reducir el consumo de sal	Sí 1 No 2	H3b
	Consejo o tratamiento para perder peso	Sí 1 No 2	H3c
	Consejo o tratamiento para dejar de fumar	Sí 1 No 2	H3d
	Consejo para hacer más ejercicio	Sí 1 No 2	H3e
80	¿Alguna vez ha visitado algún medico naña curandero o medico naturista debido al problema de presión alta o hipertensión?	Sí 1 No 2	H4
81	¿Está tomando algún medicamento tradicional o a base de hierbas o poha ñaná para la presión alta?	Sí 1 No 2	H5

SECCIÓN PRINCIPAL: Antecedentes de diabetes

Pregunta		Respuesta	Código
82	¿Alguna vez le ha medido un medico u otro profesional de la salud, el azúcar en la sangre?	Sí 1 No 2 *Si No, Pase a L1a*	H6

Número de identificación del entrevistado |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

83	¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de azúcar en la sangre es alto o que tiene tuguy asuka?	Sí 1 No 2 *Si No, Pase a L1a*	H7a
84	¿Le han dicho esto en los últimos 12 meses?	Sí 1 No 2	H7b

AMPLIADA: Antecedentes de diabetes

Pregunta		Respuesta	Código
	¿Recibe actualmente alguno de los tratamientos o de los consejos indicados a continuación, prescrito por un médico u otro profesional de la salud, por tener diabetes o tuguy asuka?		
85	Insulina	Sí 1 No 2	H8a
	Tratamiento oral o con pastllas tomada durante las últimas 2 semanas	Sí 1 No 2	H8b
	Dieta especial por prescripción médica	Sí 1 No 2	H8c
	Consejo o tratamiento para perder peso	Sí 1 No 2	H8d
	Consejo o tratamiento para dejar de fumar	Sí 1 No 2	H8e
	Consejo para hacer más ejercicio	Sí 1 No 2	H8f
86	¿Alguna vez ha visitado algún médico naña o medico naturista debido al problema de diabetes?	Sí 1 No 2	H9
87	¿Está tomando algún medicamento tradicional o a base de hierbas o poha ñaná para su diabetes?	Sí 1 No 2	H10
88	¿Cuálndo fue la última vez que le examinaron sus ojos como parte del control de la diabetes?	Durante los últimos dos años 1 Hace más de dos años 2 Nunca 3 No se 77	H11
89	¿Cuándo fue la última vez que le examinaron los pies como parte del control de la diabetes?	Durante el último año 1 Hace más de uno año 2 Nunca 3 No se 77	H12
90	¿Cuándo fue la última vez que realizó un examen de orina de 24 horas, como parte del control de la diabetes?	En los ultimos dos años 1 Hace mas de dos anñs 2 Nunca 3 No Sabe 77	X10

AMPLIADA: Antecedentes del colesterol

Pregunta		Respuesta	Código
91	¿Alguna vez un medico o un profesional de la salud, le ha medido el colesterol en sangre?	Sí 1 No 2 *Si No, Pase a F1a*	L1a
92	¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha dicho que su nivel de colesterol es alto?	Sí 1 No 2 *Si No, Pase a F1a*	L2a
93	¿Le han dicho esto en los últimos 12 meses?	Sí 1 No 2	L2b

Número de identificación del entrevistado |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

94	*¿Esta actualmente recibiendo cualquiera de los siguientes tratamientos para el colesterol recomendado por un medico o un profesional de la salud?*		
	Tratamiento oral, medicamentos o pastillas tomada durante las últimas 2 semanas	Sí 1 No 2	L3a
	Dieta especial por prescripción médica	Sí 1 No 2	L3b
	Consejo o tratamiento para perder peso	Sí 1 No 2	L3c
	Consejo o tratamiento para dejar de fumar	Sí 1 No 2	L3d
	Consejo para hacer más ejercicio	Sí 1 No 2	L3e
95	¿Alguna vez ha visitado algún médico naña o medico naturista debido al problema del colesterol?	Sí 1 No 2	L4
96	¿Está tomando algún medicamento tradicional o a base de hierbas o poha ñaná para el colesterol?	Sí 1 No 2	L5

AMPLIADA: Antecedente familiar			
Pregunta		**Respuesta**	**Código**
97	¿A alguno de sus familiares (abuelos, padres, hermanos/as, hijos/as) le han diagnosticado una de las siguientes enfermedades?		
	Diabetes	Sí 1 No 2	F1a
	Presión alta	Sí 1 No 2	F1b
	Ataque Cardiaco o infarto del corazón	Sí 1 No 2	F1c
	Cáncer o un tumor maligno	Sí 1 No 2	F1d
	Colesterol alto	Sí 1 No 2	F1e
	Ataque de corazón a temprana edad (menos de 55 años para hombres y menos de 65 años para mujeres)	Sí 1 No 2	F1f
98	Derrame cerebral o Accidente cerebrovascular	Sí 1 No 2	X11

Step 2 Mediciones Físicas

SECCIÓN PRINCIPAL: Estatura y Peso		Respuesta	Código
99	Código de identificación del entrevistado		M1
100	Código de identificación del aparato para medir la estatura y el peso	Estatura Peso	M2
101	Estatura	en Centímetros (cm.) .	M3
102	Peso *Si pesa demasiado para la escala, usar código 666.6*	en Kilogramos (Kg.) .	M4
103	***Sólo mujeres:*** ¿Está usted embarazada?	Sí *1 Sí, Pase a M8* No *2*	M5
SECCIÓN PRINCIPAL: Circunferencia de Cintura			
104	Código de identificación del aparato para medir la circunfertencia de cintura		M6
105	Circunferencia de cintura	en Centímetros (cm.) .	M7
SECCIÓN PRINCIPAL: Presión Arterial			
106	Código de identificación del entrevistado		M8
107	Código de identificación del aparato para medir la presión arterial		M9
108	Tamaño del brazalete utilizado	Pequeño 1 Normal 2 Grande 3	M10
109	Lectura 1	Sistólica (mmHg)	M11a
		Diastólita (mmHg)	M11b
110	Lectura 2	Sistólica (mmHg)	M12a
		Diastólita (mmHg)	M12b
111	Lectura 3	Sistólica (mmHg)	M13a
		Diastólita (mmHg)	M13b
112	Durante las dos últimas semanas, ¿ha tomado medicamentos recetados por un médico u otro profesional de la salud por tener la presión alta?	Sí 1 No 2	M14

Step 1 Módulos Complementarios

SECCIÓN: TAMIZAJE DE SALUD		Respuesta	Código
113	Un examen de sangre oculta en heces es un examen que se utiliza para saber si hay sangre en las heces. Alguna vez le han hecho este análisis?	Sí 1 No 2	S1
114	Una colonoscopía es un examen médico en el cual un tubo es introducido por el recto para poder visualizar el intestino para saber si hay alteraciones o problemas. Alguna vez le han hecho este tipo de examen?	Sí 1 No 2	S2
115	**Solo para hombres:** Un examen médico del recto es un examen en el cual un médico o profesional de la salud realiza con unos guantes para explorar la próstata del paciente y saber su tamaño, la forma, o la dureza. ¿Alguna vez le han realizado algún examen de este tipo?	Sí 1 No 2	S3
116	**Solo para mujeres:** ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un examen de las mamas?	Hace 1 año o menos 1 Entre 1 y 2 años 2 Hace más de 2 años 3 Nunca 4 No recuerda 77	S4
117	**Solo para mujeres:** Una mamografía es una radiografía de cada mama para investigar la posibilidad de cáncer en los pechos. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una mamografía?	Hace 1 año o menos 1 Entre 1 y 2 años 2 Hace más de 2 años 3 Nunca 4 No recuerda 77	S5
118	**Solo para mujeres:** Un Papanicolau o una prueba citológica es un examen para detectar cáncer en el cuello del útero. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un Papanicolau?	Hace 1 año o menos 1 Entre 1 y 2 años 2 Hace más de 2 años 3 Nunca 4 No recuerda 77	S6

SECCIÓN SALUD MENTAL		Respuesta	Código
119	Alguna vez ha tenido algún síntoma de tristeza, pérdida de interés en las cosas que antes le agradaban, pérdida de apetito, dificultad para dormir, desesperanza y que estos estaban presentes durante varios días en un mes?	Sí 1 No 2	X12
120	Alguna vez se ha sentido humillada/ o, maltratado/a o agredido/a físicamente por parte de una persona cercana o familiar?	Sí 1 No 2	X13
121	Alguna vez ha reaccionado de modo violento, o ha tenido situaciones de descontrol contra una persona cercana o familiar?	Sí 1 No 2	X14

Accidentes, Lesiones y uso de medidas de seguridad

CORE: Lesión

Las siguientes preguntas son sobre experiencias diferentes y comportamientos relacionados con **accidentes de tránsito.**

Preguntas		Respuestas		Código
122	En los últimos 30 días, ¿con que frecuencia uso el cinturón de seguridad cuando fue el conductor/a o el pasajero de un automóvil?	Todo el tiempo Algunas veces Nunca No ha estado en un vehículo en los últimos 30 días El automóvil que utilizó no está equipado con un cinturón de seguridad No sabe No responde	1 2 3 4 5 77 88	V1
123	En los últimos 30 días, ¿con que frecuencia utilizó un casco cuando condujo o viajo como pasajero/a en una moto?	Todo el tiempo Algunas veces Nunca No ha estado en una moto en los últimos 30 días La moto que utilizó no está equipado con un casco No sabe No responde	1 2 3 4 5 77 88	V2
124	En los últimos 12 meses, ¿ha estado involucrado en un accidente de tránsito siendo el conductor, pasajero, peatón, ciclista o moto?	Si (como conductor) Si (como pasajero) Si (como peatón) Si (como ciclista o moto) No No sabe Rehúsa	1 2 3 4 5 *Si respondió NO, siga a la pregunta V5* 77 *Si no sabe, pase a V5* 88 *Si Rehúsa, pase a V5*	V3
125	¿Sufrió lesiones en aquel accidente de tránsito que requirieron atención médica?	Si No No sabe Rehúsa	1 2 77 88	V4
Las siguientes preguntas piden información de sus **lesiones más severas** en los últimos 12 meses.				
126	Durante los ultimos12 meses, ¿estuvo lesionado(a) accidentalmente sin incluir aquellos accidentes de tránsito que requirieron atención medica?	Si No No sabe Rehusar	1 2 *Si respondió NO, pasa a V8* 77 *Si No sabe, pase a V8* 88 *Si No responde, pase a V8*	V5
127	Por favor, indique cual de los siguientes fue la causa de estas lesiones	Caída Arma de fuego Envenenamiento Herida por arma blanca A punto de ahogarse Mordida de animal Otro (díganos) No sabe Rehúsa	1 2 3 4 5 6 7 77 88	V6
		Otro (por favor díganos)		V6otro

CORE: Lesión, Continuación			
Preguntas		**Respuestas**	**Códigos**
128	¿Donde estaba usted cuando sufrió su lesión?	Hogar 1 Escuela 2 Lugar de trabajo 3 Camino/Calle/Carretera 4 Estancia/chacra/granja 5 Deporte/área atlética 6 Otro (díganos) 7 No sabe 77 Rehusar 88	V7
		Otro (por favor díganos) └┴┴┴┴┴┴┴┴┘	V7otro

EXPANDIDO: Lesión Involuntaria			
Las siguientes preguntas piden datos sobre el comportamiento **relacionado con su seguridad** y **si bebe o no alcohol mientras conduce** o es pasajero.			
Preguntas		**Respuestas**	**Códigos**
129	En los últimos 30 días, ¿con que frecuencia utilizo su casco cuando condujo una moto?	Siempre 1 Algunas veces 2 Nunca 3 No he conducido una en 30 días 4 No sabe 77 Rehúsa 88	V8
130	Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha conducido un vehículo motorizado habiendo bebido 2 o más bebidas alcohólicas? *(USE LAS TARJETAS DE MUESTRA)*	Número de veces └┴┴┘ No sabe 77 Rehúsa 88	V9
131	Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces viajo en un vehículo motorizado cuyo conductor haya bebido 2 o más bebidas alcohólicas?	Número de veces └┴┴┘ No sabe 77 Rehúsa 88	V10

Número de identificación del entrevistado

Step 3 Medidas bioquímicas

SECCIÓN PRINCIPAL: Glucemia		Respuesta	Código
132	Durante las últimas 12 horas, ¿ha ingerido algún alimento o líquido (que no sea agua)?	Sí 1 No 2	B1
133	Código de identificación del técnico		B2
134	Código de identificación del aparato		B3
135	Hora del día en que se tomó la muestra (24 horas)	Horas : minutos ___ : ___ hrs mins	B4
136	Glucemia en ayunas	mmol/l ___ . ___ mg/dl ___ . ___	B5
137	¿Hoy ha tomado insulina u otras drogas (medicamentos) los cuales han sido recetados por un doctor u otro profesional de salud?	Sí 1 No 2	B6

SECCIÓN PRINCIPAL: Lípidos en la sangre			
138	Código de identificación del aparato		B7
139	Colesterol total	mmol/l ___ . ___ mg/dl ___ . ___	B8
140	¿Durante las últimas 2 semanas, lo han tratado con drogas (medicamentos) por el colesterol alto recetado por un doctor u otro profesional de salud?	Sí 1 No 2	B9

AMPLIADA: Triglicéridos y Colesterol HDL			
141	Triglicéridos	mmol/l ___ . ___ mg/dl ___ . ___	B10
142	Colesterol HDL	mmol/l ___ . ___ mg/dl ___ . ___	B11