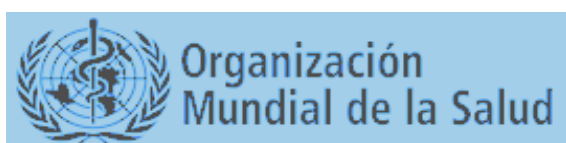


1ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades

Crónicas No Transmisibles

CUESTIONARIO



Versión Uruguay de STEPS

Visión general

Introducción	<p>Esto es el instrumento STEPS que los países/sitios utilizarán para desarrollar su propio instrumento. Contiene :</p> <ul style="list-style-type: none">• Las secciones principales (las casillas con fondo blanco)• Las secciones ampliadas (las casillas con fondo gris)• Las respuestas posibles para Step 1, Step 2 y Step 3
---------------------	--

Secciones principales	<p>Los módulos principales para cada sección contienen preguntas necesarias para calcular variables fundamentales. Por ejemplo :</p> <ul style="list-style-type: none">• Fumadores actuales a diario• IMC medio
------------------------------	--

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

Secciones ampliadas	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none">• El consumo de tabaco sin humo• Antecedentes de tensión arterial alta
----------------------------	--

Guía para las columnas	<p>La tabla que se encuentra a continuación constituye una guía rápida para cada una de las columnas del cuestionario.</p>
-------------------------------	--

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 finalizado el contenido.
Pregunta	Hay que leer cada pregunta a los participantes.	<ul style="list-style-type: none">• Seleccione las secciones que se han de utilizar.• Añada 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.	<ul style="list-style-type: none">• Añada 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.

Nota: Se recomienda utilizar tanto las preguntas de las secciones principales como las de las secciones ampliadas.

1ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles

URUGUAY

Información sobre la encuesta

Sitio y fecha	Respuesta	Código
1 Código de manzana	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1
2 Nombre de localidad		2
3 Código de localidad	<input type="text"/> <input type="text"/>	3
4 Identificación del entrevistador	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	4
5 Fecha en que fue rellenado el instrumento	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año	5

Número de identificación del entrevistado

Consentimiento, Entrevista, Idioma y Nombre	Respuesta	Código
6 Se ha leído el consentimiento al entrevistado	Sí 1 No 2 Si NO, leer el consentimiento	6
7 Se ha obtenido el consentimiento (escrito)	Sí 1 No 2 Si NO, terminar la entrevista	7
8 Hora de la entrevista (0-24 horas)	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> horas minutos	9
9 Apellido		10
10 Nombre		11
Información adicional que podría ser útil		
11 Número de teléfono de contacto (cuando sea posible)		12
12 Especificar de qué teléfono se trata	Trabajo 1 Casa 2 Vecino 3 Otro 4	13
13 Dirección de la vivienda		14

La información contenida en I6 hasta I14 debe guardarse separada del instrumento, ya que contiene información confidencial.

Step 1 Información demográfica

Información demográfica			
Pregunta		Respuesta	Código
14	Sexo (Indique hombre o mujer según observe)	Hombre 1 Mujer 2	C1
15	¿Cuál es su fecha de nacimiento? <i>No Sabe 77 77 7777</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Si NO SABE, saltar a C3</i> Día Mes Año	C2
16	¿Qué edad tiene usted?	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	C3
17	¿En el momento actual, está usted?	Soltero/a 1 Casado/a 2 Viviendo en pareja 3 Viudo/a 4 Separado o divorciado/a 5	C5a
18	En total, ¿durante cuántos años estuvo estudiando (sin tener en cuenta la etapa preescolar)?	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	C4
19	¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha alcanzado?	Sin escolaridad formal 1 Escuela primaria incompleta 2 Escuela primaria completa 3 Secundaria (ciclo básico) 4 Estudios preuniversitarios 5 (bachillerato UTU) Estudios universitarios 6 (incluye magisterio o profesorado) 7 Estudios de postgrado 8 Rehúsa	C6
20	¿Sabe Usted leer y escribir?	Sí 1 No 2	C6a
21	¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su actividad laboral principal en los últimos 12 meses?	Empleado(a) del sector público 1 Empleado(a) en el sector privado 2 Trabajador(a) independiente 3 No remunerado(a) 4 Estudiante 5 Amo(a) de casa 6 Jubilado(a) 7 Desempleado (a) (puede trabajar) 8 Desempleado(a) (no puede trabajar) 9 Multiempleo 10 Rehúsa 88	C7

Número de identificación del entrevistado

22	¿Cuántas personas <u>mayores de 18 años</u> , incluyéndolo a usted, constituyen su hogar?	Número de personas <input type="text"/> <input type="text"/>	C8
23	¿Puede darnos una estimación de los ingresos mensuales del hogar si le leo algunas opciones? [LEER LAS OPCIONES]	<div>≤ \$ 7 000 1</div> <div>Más de \$ 7 000, ≤ \$ 10 000 2</div> <div>Más de \$ 10 000, ≤ \$ 15 000 3</div> <div>Más de \$ 15 000, ≤ \$ 20 000 4</div> <div>Más de \$ 20 000 5</div> <div>No Sabe 7</div> <div>Rechusa 8</div>	X1

Step 1 Mediciones del comportamiento

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
24 ¿Fuma usted actualmente algún producto de tabaco , como cigarrillos, puros o pipas?	Sí 1 No 2 Si No, saltar a T6	T1
25 Si la respuesta es Sí, ¿Fuma usted a diario ?	Sí 1 No 2 Si No, saltar a T6	T2
26 ¿A que edad comenzó usted a fumar a diario?	Edad (años) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si recuerda, saltar a T5a No recuerda 777	T3
27 ¿Recuerda cuanto tiempo hace que fuma a diario? (MARCAR SOLAMENTE 1, NO LOS 3) No recuerda 777	En Años <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si lo sabe, saltar a T5a O en meses <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si lo sabe, saltar a T5a O en semanas <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T4a T4b T4c
28 En promedio, ¿ cuántos de los siguientes productos fuma al día? RELLENAR PARA CADA TIPO No recuerda 777 Luego, saltar a T13	Cigarrillos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tabaco de enrollar (armados) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pipas <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Habanos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Otro <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si otro, saltar a T5 other Otro (especificar): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T5a T5b T5c T5d T5e T5other
29 En el pasado, ¿fumó usted a diario ?	Sí 1 No 2 Si No, saltar a T13	T6
30 Si la respuesta es Sí, ¿Qué edad tenía cuando dejó de fumar a diario ?	Edad (años) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si lo sabe, saltar a T13 No recuerda 777	T7

Número de identificación del entrevistado

31	¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar a diario? (MARCAR SOLAMENTE 1, NO LOS 3) No recuerda 777	Años atrás <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si lo sabe, saltar a T13	T8a
		O meses atrás <input type="text"/> <input type="text"/> Si lo sabe, saltar a T13	T8b
		O semanas atrás <input type="text"/> <input type="text"/>	T8c
32	Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días fumó alguien en su casa cuando Ud. estaba presente?	0 días 1 1 a 2 días 2 3 a 4 días 3 5 a 6 días 4 7 días 5	T13
33	Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días fumó alguien en espacios cerrados en su lugar de trabajo (en el edificio, en la estación de trabajo o una oficina en específico) cuando Ud. estaba presente?	0 días 1 1 a 2 días 2 3 a 4 días 3 5 a 6 días 4 7 días 5 No trabajo en un espacio cerrado 6 No Sabe 7	T14
34	Antes del decreto del 1º de marzo, en una semana típica ¿Cuántos días fumó alguien en espacios cerrados en su lugar de trabajo (en el edificio, en la estación de trabajo o una oficina en específico) cuando Ud. estaba presente?	0 días 1 1 a 2 días 2 3 a 4 días 3 5 a 6 días 4 7 días 5 No trabajo en un espacio cerrado 6 No Sabe 7	X2

Consumo de alcohol		
Pregunta	Respuesta	Código
35 ¿Ha consumido alguna bebida que contenga alcohol, como cerveza, vino, aguardiente, sidra o [añadir ejemplos locales] en los <u>últimos 12 meses</u> ? (UTILIZAR LAS CARTILLAS DE EJEMPLOS)	<p>Sí 1</p> <p>No 2 Si No, saltar a D1</p>	A1
36 Durante los últimos 12 meses, ¿ con qué frecuencia ha tomado al menos una bebida alcohólica? (LEER LAS RESPUESTAS)	<p>A diario 1</p> <p>5-6 días a la semana 2</p> <p>1-4 días a la semana 3</p> <p>1-3 días al mes 4</p> <p>Menos de una vez al mes 5</p>	A2
37 Cuando bebe alcohol, ¿cuántos vasos suele tomar, en promedio, al día?	<p>Número <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>No Sabe 77</p>	A3
38 ¿Ha consumido alguna bebida que contenga alcohol, como cerveza, vino, aguardiente, sidra o [añadir ejemplos locales] en los <u>últimos 30 días</u> ?	<p>Sí 1</p> <p>No 2 Si No, saltar a D1</p>	A4
39 Durante los últimos 7 días, ¿cuántos vasos estándar (de cualquier bebida alcohólica) ha tomado cada día? No Sabe 77	Lunes <input type="text"/> <input type="text"/>	A5a
	Martes <input type="text"/> <input type="text"/>	A5b
	Miércoles <input type="text"/> <input type="text"/>	A5c
	Jueves <input type="text"/> <input type="text"/>	A5d
	Viernes <input type="text"/> <input type="text"/>	A5e
	Sábado <input type="text"/> <input type="text"/>	A5f
	Domingo <input type="text"/> <input type="text"/>	A5g

Dieta			
Ahora le haré unas preguntas sobre los alimentos y preparaciones que suele consumir. Tengo una hoja que muestra ejemplos de alimentos y preparaciones locales. Por favor cuando conteste a estas preguntas trate de recordar lo que consumió en una semana típica de los últimos 12 meses.			
Pregunta	Respuesta	Código	
40 En una semana típica, ¿cuántos días come usted frutas? (UTILIZAR LA CARTILLA DE EJEMPLOS)	Número de días <input type="text"/> <input type="text"/> Si ningún día, saltar a D3 No Sabe 77	D1	
41 ¿Cuántas porciones de frutas come en uno de esos días? Explicar qué es porción (UTILIZAR LA CARTILLA DE EJEMPLOS)	Número de porciones <input type="text"/> <input type="text"/> No Sabe 77	D2	
42 En una semana típica, ¿Cuántos días come usted verduras y hortalizas? Excepto papa, boniato y mandioca (UTILIZAR LA CARTILLA DE EJEMPLOS)	Número de días <input type="text"/> <input type="text"/> Si ningún día, saltar a D5 No Sabe 77	D3	
43 ¿Cuántas porciones de verduras y hortalizas come en uno de esos días? Explicar qué es porción (UTILIZAR LA CARTILLA DE EJEMPLOS))	Número de porciones <input type="text"/> <input type="text"/> No Sabe 77	D4	
44 ¿Qué tipo de aceite o grasa se utiliza generalmente en su casa para preparar la comida? Marque la respuesta adecuada, ESCOJA SOLAMENTE UN TIPO	Aceite vegetal 1 Grasa 2 Manteca 3 Margarina 4 Otro 5 Si Otro, saltar a D5 other Ninguno en particular 6 No uso ninguno 7 No sabe 77	D5	
	Otro <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	D5other	
45 En una semana típica, ¿Cuántos días come comidas no preparadas en su hogar y/o listas para consumir? Ej. comidas congeladas, pizza, chivitos, empanadas o similares (UTILIZAR LA CARTILLA DE EJEMPLOS)	Número <input type="text"/> <input type="text"/> No Sabe 77	X3	
46 En una semana típica, ¿Cuántos días consume preparaciones fritas? Ej: papas fritas, milanesas, tortillas (UTILIZAR LA CARTILLA DE EJEMPLOS)	Número <input type="text"/> <input type="text"/> No Sabe 77	X4	
47 En una semana típica, ¿Cuántos días consume uno o más de éstos productos: bizcochos, galletitas dulces o saladas, alfajores? (UTILIZAR LA CARTILLA DE EJEMPLOS)	Número <input type="text"/> <input type="text"/> No Sabe 77	X5	
48 En una semana típica, ¿Cuántos días bebe refrescos comunes o jugos con azúcar? (UTILIZAR LA CARTILLA DE EJEMPLOS)	Número <input type="text"/> <input type="text"/> No Sabe 77	X6	

Número de identificación del entrevistado

49	En una semana típica, ¿Cuántos días consume pescado?	Número <input type="text"/> <input type="text"/> No Sabe 77	X7
50	¿Consume mate?	Sí 1 No 2 Si no consume, saltar a X10	X8
51	En una semana típica, ¿Cuántos días consume mate?	Número <input type="text"/> <input type="text"/> No Sabe 77	X9
52	¿Agrega alguno de estos condimentos <u>después de preparada</u> la comida? (UTILIZAR LA CARTILLA DE EJEMPLOS)	Sí 1 No 2	X10
53	En una semana típica, ¿cuántos días consume fiambre y/o embutidos?	Número <input type="text"/> <input type="text"/> No Sabe 77	X11

Actividad física NO OMITIR INTRODUCCIONES			
<p>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.</p> <p>Piense primero en el tiempo que pasa en el trabajo, ya se trate de un empleo remunerado o no, de estudiar, de realizar las tareas de 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.</p>			
Pregunta	Respuesta		Código
En el trabajo			
54	<p>¿Exige su trabajo una actividad física intensa que implica una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco, como [<i>levantar pesos, cavar o trabajos de construcción</i>] durante al menos 10 minutos consecutivos?</p> <p>(UTILIZAR LA CARTILLA DE EJEMPLOS)</p>	<p>Sí 1 No 2 Si No, saltar a P 4</p>	P1
55	<p>En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades físicas intensas en su trabajo?</p>	<p>Número de días <input type="text"/></p>	P2
56	<p>En uno de esos días en los que realiza actividades físicas intensas, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?</p>	<p>Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins</p>	P3 (a-b)
57	<p>¿Exige su trabajo una actividad de intensidad moderada que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar deprisa [<i>o transportar pesos ligeros</i>] durante al menos 10 minutos consecutivos?</p> <p>(UTILIZAR LA CARTILLA DE EJEMPLOS)</p>	<p>Sí 1 No 2 Si No, saltar a P7</p>	P4
58	<p>En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades de intensidad moderada en su trabajo?</p>	<p>Número de días <input type="text"/></p>	P5
59	<p>En uno de esos días en los que realiza actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?</p>	<p>Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins</p>	P6 (a-b)

Para desplazarse NO OMITIR INTRODUCCIÓN			
En las siguientes preguntas, dejaremos de lado las actividades físicas en el trabajo, de las que ya hemos tratado. Ahora me gustaría saber cómo se desplaza de un sitio a otro. Por ejemplo, cómo va al trabajo, de compras, al almacén [insertar otros ejemplos si es necesario]			
60	¿Camina usted o usa usted una bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?	<p>Sí 1</p> <p>No 2 Si No, saltar a P 10</p>	P7
61	En una semana típica, ¿cuántos días camina o va en bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?	Número de días <input type="text"/>	P8
62	En un día típico, ¿cuánto tiempo pasa caminando o yendo en bicicleta para desplazarse?	<p>Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>hrs mins</p>	P9 (a-b)
En el tiempo libre NO OMITIR INTRODUCCIÓN			
Las preguntas que van a continuación excluyen la actividad física en el trabajo y para desplazarse, que ya hemos mencionado. Ahora me gustaría tratar de deportes, gimnasia u otras actividades físicas que practica en su tiempo libre [inserte otros ejemplos si llega el caso].			
63	¿En su tiempo libre, practica usted deportes/gimnasia intensos que implican una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco como [jugar al fútbol] durante al menos 10 minutos consecutivos? (UTILIZAR LA CARTILLA DE EJEMPLOS)	<p>Sí 1</p> <p>No 2 Si No, saltar a P 13</p>	P10
64	En una semana típica, ¿cuántos días practica usted deportes/gimnasia intensos en su tiempo libre?	Número de días <input type="text"/>	P11
65	En uno de esos días en los que practica deportes/gimnasia intensos, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	<p>Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>hrs mins</p>	P12 (a-b)
66	¿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, andar en bicicleta, nadar, jugar al volleyball durante al menos 10 minutos consecutivos? (UTILIZAR LA CARTILLA DE EJEMPLOS)	<p>Sí 1</p> <p>No 2 Si No, saltar a P16</p>	P13
67	En una semana típica, ¿cuántos días practica usted actividades físicas de intensidad moderada en su tiempo libre?	Número de días <input type="text"/>	P14
68	En uno de esos días en los que practica actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	<p>Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>hrs mins</p>	P15 (a-b)

Comportamiento sedentario <u>NO OMITIR INTRODUCCIÓN</u>			
La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado [ante una mesa de trabajo, sentado con los amigos, viajando en omnibús o en auto, jugando a las cartas o viendo la televisión], pero no se incluye el tiempo pasado durmiendo. [INSERTAR EJEMPLOS]			
69	¿Cuándo tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P16 (a-b)

Antecedentes de presión arterial elevada			
Pregunta	Respuesta	Código	
70	¿Le ha medido la presión arterial un profesional de la salud? Sí 1 No 2	H1a	
71	¿Le ha dicho algún médico u otro profesional de la salud que tiene usted hipertensión arterial? Sí 1 No 2 saltar a H6a	H2a	
72	<u>Si la respuesta anterior fue Sí</u> ¿Le dijeron eso en los últimos 12 meses? Sí 1 No 2	H2b	
73	¿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 hipertensión arterial o la presión arterial elevada? (VALORAR SI SE LE PIDE QUE MUESTRE LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA)		
	Medicamentos tomados durante las últimas dos semanas Sí 1 No 2	H3a	
	Dieta especial por prescripción médica 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	
74	Durante los últimos 12 meses, ¿ha visitado a algún curandero o yuyero debido a ese problema de presión alta o hipertensión? Sí 1 No 2	H4	
75	¿Está tomando algún medicamento no tradicional o a base de hierbas para su presión arterial alta? Sí 1 No 2	H5	

Antecedentes de diabetes			
Pregunta		Respuesta	Código
76	¿Le han medido el azúcar en la sangre?	Sí 1 No 2	H6a
77	¿Le ha dicho algún médico u otro profesional de la salud que tiene usted Diabetes?	Sí 1 No 2 saltar a L1a	H7a
78	Si la respuesta anterior fue Sí ¿Le dijeron eso en los últimos 12 meses?	Sí 1 No 2	H7b
79	Solamente mujeres que cursaron embarazos: ¿Durante el(los) embarazo(s), alguna vez presentó diabetes o azúcar en la sangre?	Sí 1 No 2	X12
80	¿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? (VALORAR SI SE LE PIDE QUE MUESTRE LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA)		
	Insulina	Sí 1 No 2	H8a
	Tratamiento oral (medicación) 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
81	Durante los últimos 12 meses, ¿ha visitado a algún curandero o yuyero debido a ese problema de diabetes?	Sí 1 No 2	H9
82	¿Está tomando algún medicamento no tradicional o a base de hierbas para su diabetes?	Sí 1 No 2	H10

Antecedentes de colesterol total elevado			
Pregunta		Respuesta	Código
83	¿Le han medido el colesterol?	Sí 1 No 2	L1a
84	¿Le ha dicho algún médico u otro profesional de la salud que tiene usted colesterol elevado?	Sí 1 No 2 saltar a X13	L2a
85	Si la respuesta anterior fue Sí ¿Le dijeron eso en los últimos 12 meses?	Sí 1 No 2	L2b
86	¿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 colesterol total elevado? (VALORAR SI SE LE PIDE QUE MUESTRE LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA)		
	Tratamiento oral (medicación) tomado 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
87	Durante los últimos 12 meses, ¿ha visitado a algún curandero o yuyero debido a ese problema de colesterol elevado?	Sí 1 No 2	L4
88	¿Está tomando algún medicamento no tradicional o a base de hierbas para su colesterol elevado?	Sí 1 No 2	L5

Antecedentes de insuficiencia renal crónica (no omitir explicación)			
Pregunta		Respuesta	Código
89	¿Le han medido la creatinina?	Sí 1 No 2 saltar a F1a No sabe 7	X13
90	¿Le ha dicho algún médico u otro profesional de la salud que tiene usted insuficiencia renal crónica?	Sí 1 No 2	X14
91	Si la respuesta anterior fue Sí ¿Le dijeron eso en los últimos 12 meses?	Sí 1 No 2	X15

Historia familiar						
Pregunta	Respuesta	Código				
92	¿Alguno de los miembros de su familia (abuelos, padres, hermanos y hermanas) ha sido diagnosticado con las siguientes enfermedades? CONSANGUÍNEOS					
	<table border="0"> <tr> <td>Diabetes o azúcar en la sangre</td> <td>Sí 1</td> <td rowspan="2">F1a</td> </tr> <tr> <td></td> <td>No 2</td> </tr> </table>	Diabetes o azúcar en la sangre	Sí 1	F1a		No 2
Diabetes o azúcar en la sangre	Sí 1	F1a				
	No 2					
	<table border="0"> <tr> <td>Presión elevada</td> <td>Sí 1</td> <td rowspan="2">F1b</td> </tr> <tr> <td></td> <td>No 2</td> </tr> </table>	Presión elevada	Sí 1	F1b		No 2
Presión elevada	Sí 1	F1b				
	No 2					
	<table border="0"> <tr> <td>Derrame cerebral</td> <td>Sí 1</td> <td rowspan="2">F1c</td> </tr> <tr> <td></td> <td>No 2</td> </tr> </table>	Derrame cerebral	Sí 1	F1c		No 2
Derrame cerebral	Sí 1	F1c				
	No 2					
	<table border="0"> <tr> <td>Cáncer o tumor maligno</td> <td>Sí 1</td> <td rowspan="2">F1d</td> </tr> <tr> <td></td> <td>No 2</td> </tr> </table>	Cáncer o tumor maligno	Sí 1	F1d		No 2
Cáncer o tumor maligno	Sí 1	F1d				
	No 2					
	<table border="0"> <tr> <td>Colesterol alto</td> <td>Sí 1</td> <td rowspan="2">F1e</td> </tr> <tr> <td></td> <td>No 2</td> </tr> </table>	Colesterol alto	Sí 1	F1e		No 2
Colesterol alto	Sí 1	F1e				
	No 2					
	<table border="0"> <tr> <td>Infarto cardíaco</td> <td>Sí 1</td> <td rowspan="2">F1f</td> </tr> <tr> <td></td> <td>No 2</td> </tr> </table>	Infarto cardíaco	Sí 1	F1f		No 2
Infarto cardíaco	Sí 1	F1f				
	No 2					
93	¿Alguno de los miembros de su familia (abuelos, padres, hermanos y hermanas) ha estado en tratamiento de diálisis renal o ha recibido un trasplante renal?	X16				

Step 2 Mediciones Físicas

Estatura y peso		Respuesta	Código
94	Código de identificación del entrevistador	<input type="text"/>	M1
95	Códigos de identificación de los aparatos para medir la estatura y el peso	Estatura <input type="text"/>	M2a
		Peso <input type="text"/>	M2b
96	Estatura	en Centímetros (cm) <input type="text"/>	M3
97	Peso <i>Si pesa demasiado para la báscula, usar código 666.6</i>	en Kilogramos (kg) <input type="text"/>	M4
98	(Sólo mujeres) ¿Está usted embarazada?	Sí 1 Si Sí, saltar a M8 No 2	M5
Perímetro de cintura			
99	Código de identificación del aparato para medir el perímetro de cintura	<input type="text"/>	M6
100	Perímetro de cintura	en Centímetros (cm) <input type="text"/>	M7
Presión arterial			
101	Código de identificación del entrevistador	<input type="text"/>	M8
102	Código de identificación del aparato para medir la tensión arterial	<input type="text"/>	M9
103	Tamaño del brazalete utilizado	Pequeño 1 Mediano 2 Grande 3	M10
104	Lectura 1	Sistólica (mmHg) <input type="text"/>	M11a
		Diastólica (mmHg) <input type="text"/>	M11b
105	Lectura 2	Sistólica (mmHg) <input type="text"/>	M12a
		Diastólica (mmHg) <input type="text"/>	M12b
106	Lectura 3	Sistólica (mmHg) <input type="text"/>	M13a
		Diastólica (mmHg) <input type="text"/>	M13b
107	Durante las dos últimas semanas, ¿ha tomado medicamentos recetados por un médico u otro profesional de la salud por tener la tensión elevada?	Sí 1	M14
		No 2	

Step 3 Mediciones bioquímicas

Glucemia		Respuesta		Código
108	Durante las últimas 12 horas, ¿ha ingerido algún alimento o líquido (que no sea agua)?	Si	1	B1
		No	2	
109	Código de identificación del entrevistador		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	B2
110	Código de identificación del aparato		<input type="text"/> <input type="text"/>	B3
111	Hora del día en que se tomó la muestra (24 horas)	Horas : minutos	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> hrs mins	B4
112	Glucemia en ayunas	mmol/l	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	B5

Lípidos en la sangre				
113	Código de identificación del aparato		<input type="text"/> <input type="text"/>	B6
114	Colesterol total	mmol/l	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	B7

Triglicéridos, colesterol HDL y creatininemia				
115	Triglicéridos	mmol/l	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	B8
116	Colesterol HDL	mmol/l	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	B9
117	Creatininemia	mg/dl	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	X17