



2ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles

CUESTIONARIO PASO 1 Y 2 Formulario



CONTROL DE VISITAS

PASO		VISITA			Resultado	PROXIMA VISITA			OBSERVACIONES
		Día	Mes	Hora		Día	Mes	Hora	
1	1	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	
	2	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	
	3	_ _	_ _	_ _	_ _				
Y	SUP	_ _	_ _	_ _	0 1 2				
2	SUP	_ _	_ _	_ _	0 1 2				



Resultados	10 – Vivienda inubicable 11 – Desocupada 12 – No reside un hogar particular. 13 – MORADORES AUSENTES 14 – INFORMANTE AUSENTE 15 – Rechazo del hogar 16 – Rechazo del informante 17 – Fuera del universo 18 – Formulario incompleto 19 – Otra situación 20 – STEPS 1 Y 2 COMPLETOS.
------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

RESULTADOS 12, 15, 16 O 17 SOLICITAR NOMBRE Y TELÉFONO. SI FORMULARIO INCOMPLETO U OTRA SITUACIÓN (18 O 19) ESPECIFICAR.

Observaciones:

**2ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de las
Enfermedades Crónicas No Transmisibles
URUGUAY**

Información sobre la encuesta

COMPLETAR AL FINALIZAR LA ENTREVISTA

Sitio y fecha		Respuesta	Código
1	Código de identificación geográfica Reproduzca del mapa	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Sección Segmento Zona Vivienda	I1
2	Departamento y Localidad o Barrio Reproduzca del mapa	<input type="text"/> <input type="text"/> Departamento Localidad o Barrio	I2
3	Código Departamento y Localidad Reproduzca del mapa	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DPTO LOC	X1
4	Cédula de Identidad del Entrevistador	<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"/>	I3
5	Fecha de aplicación	<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	I4

Consentimiento y hora		Respuesta	Código
6	SOLO MENORES: Se le ha leído y obtenido el consentimiento del entrevistado	Sí 1 No 2 (termina entrevista)	I5
7	Hora de inicio de la entrevista (0-24 horas)	<input type="text"/> : <input type="text"/> hora minutos	I7



Solo para que supervisen mi trabajo, necesitaría que me dijera su nombre y un número de teléfono.

Información de identificación y contacto del entrevistado			
8	Apellido del entrevistado	<input type="text"/>	I8
9	Nombre del entrevistado	<input type="text"/>	I9
10	Número de teléfono de contacto	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	I10
11	Especificar de qué teléfono se trata	Trabajo 1 Casa 2 Vecino 3 Otro 4	X2
12	Dirección de la vivienda	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Calle Número Apto. <input type="text"/> Información adicional	X3

La información contenida en I5 hasta X3 debe guardarse separada del cuestionario, ya que contiene información confidencial.

Buenos días / Buenas tardes. Mi nombre es Estoy visitando este hogar para realizar la **2da Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Trasmisibles**. Este estudio es realizado por el Ministerio de Salud Pública y la Universidad de la República.

¿Han recibido en su hogar una **carta del Ministerio de Salud Pública**, donde se explican los objetivos del estudio?
ENTREGAR COPIA DE LA CARTA Y LEER JUNTO CON EL ENTREVISTADO.

En primer lugar necesitaría que me dijera los nombres de todas las personas que residen en esta vivienda y que tengan entre 15 y 64 años. Es solo para seleccionar al azar, a una de estas personas, a quién le haré luego algunas preguntas.

Comenzando por la personas de menor edad... **¿cuál es el nombre de las personas con edades entre 15 y 64 años** que residen en esta vivienda? No se consideran para este estudio mujeres embarazadas o personas con discapacidad severa.

Nro.	Nombre	Sexo NO PREGUNTAR	Edad	Seleccionado MARCAR CON X
1		H M		
2		H M		
3		H M		
4		H M		
5		H M		
6		H M		
7		H M		
8		H M		
9		H M		
10		H M		
11		H M		

		Último dígito del formulario									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Cantidad de integrantes entre 15 y 64	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2
	3	1	1	3	1	2	2	1	3	2	3
	4	4	3	2	1	1	2	2	4	3	4
	5	2	5	3	3	4	1	4	1	2	5
	6	4	6	5	3	1	2	5	2	1	3
	7	3	5	7	2	6	4	1	7	3	2
	8	7	1	3	4	6	5	2	8	8	4
	9	9	7	1	3	4	6	5	2	7	3
	10	1	10	7	1	3	4	6	5	2	9
	11	10	7	1	3	4	6	5	2	9	11

Necesitaría hablar con <nombre de la persona seleccionada>

Step 1 Información Demográfica

Reiterar presentación si la persona seleccionada no es la que proporcionó la información sobre integrantes del hogar.

MENOR DE EDAD: LEER y obtener firma de CONSENTIMIENTO INFORMADO

Información demográfica			
Pregunta	Respuesta		Código
1	<NO PREGUNTAR> Sexo (Indique hombre o mujer según observe)	Hombre 1 Mujer 2	C1
Para comenzar le haré algunas preguntas, que solo tienen por finalidad clasificar las respuestas de quienes participan en este estudio.			
2	¿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"/> Día Mes Año Si lo sabe, pase a P4	C2
3	¿Cuántos años cumplidos tiene usted?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Años	C3
4	¿Sabe usted leer y escribir ?	Sí 1 No 2 Pase a P7	C5a
5	¿Cuál es el nivel de educación más alto que cursó, lo haya terminado o no?	Sin escolarización formal 1 Primaria 2 Ciclo básico (Liceo,UTU) 3 Secundaria Segundo ciclo (bachillerato, UTU) 4 Estudios terciarios universitarios 5 Estudios terciarios no universitarios (incluye magisterio v profesorado) 6 Estudios de postgrado 7 <NO LEER>Rehúsa 8	C5
6	En total, ¿Cuántos año de estudio aprobó en ese nivel? <i>Si no finalizó 1er año: 00</i>	Años <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	X4
7	Cree tener ascendencia ... <Leer opciones>	SI NO Afro o negra? 1 2 Blanca? 1 2 Indígena, Asiática, Amarilla u otra? 1 2	X5
8	¿Actualmente está... <Leer opciones> <i>Priorizar situación conyugal sobre la legal (ejemplo: viudo con pareja actual, marcar 'en unión libre')</i>	Soltero/a 1 Casado/a 2 En unión libre 3 Es Viudo/a 4 Separado o divorciado 5 <NO LEER>Rehúsa 8	C7

9	<p>¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su SITUACIÓN LABORAL ACTUAL?</p> <p><Leer opciones></p> <p><i>Priorizar ocupación sobre otra condición (por ejemplo estudiante que trabaja, marcar empleado).</i></p> <p><i>Si tiene más de un empleo, marcar el principal a juicio del informante.</i></p>	<table> <tr><td>Empleado/a del sector público</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>Empleado/a en el sector privado</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>Trabajador/a independiente</td><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>Trabajador no remunerado/a</td><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>Estudiante</td><td>5</td><td rowspan="5">} Pase a P11</td></tr> <tr><td>Amo/a de casa</td><td>6</td></tr> <tr><td>Jubilado/a o Pensionista</td><td>7</td></tr> <tr><td>No trabaja y busca trabajo</td><td>8</td></tr> <tr><td>No trabaja ni busca trabajo</td><td>9</td></tr> <tr><td><no leer>Rehúsa</td><td>88</td><td></td></tr> </table>	Empleado/a del sector público	1		Empleado/a en el sector privado	2		Trabajador/a independiente	3		Trabajador no remunerado/a	4		Estudiante	5	} Pase a P11	Amo/a de casa	6	Jubilado/a o Pensionista	7	No trabaja y busca trabajo	8	No trabaja ni busca trabajo	9	<no leer>Rehúsa	88		C8
Empleado/a del sector público	1																												
Empleado/a en el sector privado	2																												
Trabajador/a independiente	3																												
Trabajador no remunerado/a	4																												
Estudiante	5	} Pase a P11																											
Amo/a de casa	6																												
Jubilado/a o Pensionista	7																												
No trabaja y busca trabajo	8																												
No trabaja ni busca trabajo	9																												
<no leer>Rehúsa	88																												
10	¿Cuántos trabajos tiene actualmente?	Nro. de trabajos <input type="text"/>	X6																										
11	<p>¿Cuántas personas de las siguientes edades (incluyéndose usted) viven en esta casa?</p> <p><Leer y completar cada uno></p>	<table> <tr><td>Menores de 10 años</td><td>Nro. de personas <input type="text"/></td></tr> <tr><td>Entre 10 y 17 años</td><td>Nro. de personas <input type="text"/></td></tr> <tr><td>Entre 18 y 64 años</td><td>Nro. de personas <input type="text"/></td></tr> <tr><td>65 y más años</td><td>Nro. de personas <input type="text"/></td></tr> </table>	Menores de 10 años	Nro. de personas <input type="text"/>	Entre 10 y 17 años	Nro. de personas <input type="text"/>	Entre 18 y 64 años	Nro. de personas <input type="text"/>	65 y más años	Nro. de personas <input type="text"/>	X7																		
Menores de 10 años	Nro. de personas <input type="text"/>																												
Entre 10 y 17 años	Nro. de personas <input type="text"/>																												
Entre 18 y 64 años	Nro. de personas <input type="text"/>																												
65 y más años	Nro. de personas <input type="text"/>																												
12	<p>¿Tiene derechos vigentes para atender su salud en alguna institución de asistencia médica?</p> <p>Si tiene cobertura: Esa cobertura es en ...</p> <p><Leer opciones; marcar principal></p>	<table> <tr><td>Mutualista</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>ASSE</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>Sanidad Policial/Militar</td><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>Seguro privado integral</td><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>Area de Salud del BPS</td><td>5</td><td></td></tr> <tr><td>Policlínica Municipal</td><td>6</td><td></td></tr> <tr><td>Sin cobertura</td><td>7</td><td>pasa a P14</td></tr> </table>	Mutualista	1		ASSE	2		Sanidad Policial/Militar	3		Seguro privado integral	4		Area de Salud del BPS	5		Policlínica Municipal	6		Sin cobertura	7	pasa a P14	X8					
Mutualista	1																												
ASSE	2																												
Sanidad Policial/Militar	3																												
Seguro privado integral	4																												
Area de Salud del BPS	5																												
Policlínica Municipal	6																												
Sin cobertura	7	pasa a P14																											
13	<p>El derecho lo tiene a través de...</p> <p><Leer opciones></p>	<table> <tr><td>FONASA</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>ASSE (bajos recursos)</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>Sanidad Policial/Militar</td><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>Lo paga usted u otra persona (de bolsillo)</td><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>Lo paga su empleador o el de algún miembro del hogar</td><td>5</td><td></td></tr> </table>	FONASA	1		ASSE (bajos recursos)	2		Sanidad Policial/Militar	3		Lo paga usted u otra persona (de bolsillo)	4		Lo paga su empleador o el de algún miembro del hogar	5		X9											
FONASA	1																												
ASSE (bajos recursos)	2																												
Sanidad Policial/Militar	3																												
Lo paga usted u otra persona (de bolsillo)	4																												
Lo paga su empleador o el de algún miembro del hogar	5																												

Step 1 Medidas 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
14 ¿ Fuma usted actualmente algún producto de tabaco , como cigarrillos, puros o pipas?	Sí 1 No 2 Pase a P19	T1
15 ¿Fuma usted a diario ?	Sí 1 No 2 Pase a P19	T2
16 ¿A que edad comenzó usted a fumar a diario ?	Edad (años) <input type="text"/> No recuerda 77 Si recuerda pase a P18	T3
17 ¿Recuerda cuánto tiempo hace que fuma a diario ? (MARCAR SOLAMENTE UNO, NO LOS TRES) No recuerda 77	En Años <input type="text"/>	T4a
	O en Meses <input type="text"/>	T4b
	O en Semanas <input type="text"/>	T4c
18 En promedio, ¿ cuántos de los siguientes productos fuma al día ? <Leer opciones; completar todas> No recuerda 77 Luego saltar a Preg 23	Cigarrillos <input type="text"/>	T5a
	Tabaco de enrollar (armados) <input type="text"/>	T5b
	Pipas <input type="text"/>	T5c
	Habanos <input type="text"/>	T5d
	Otro <input type="text"/> Si otro, Especificar	T5e
	Especificar: <input type="text"/>	T5 other
19 En el pasado, ¿Usted fumó ? Si responde afirmativamente: ¿Fumaba a diario ... ocasionalmente ?	A diario 1 Ocasionalmente 2 No 3 Pase a 22	X10
20 ¿Qué edad tenía cuando dejó de fumar a diario ?	Edad (años) <input type="text"/> No Sabe 77 Si lo sabe pase a P22	T7-X11
21 ¿ Cuánto tiempo hace que dejó de fumar a diario ? (MARCAR SOLAMENTE UNO, NO LOS TRES) No recuerda 77	Años atrás <input type="text"/>	T8a-X12
	Meses atrás <input type="text"/>	T8b-X13
	Semanas atrás <input type="text"/>	T8c-X14
22 Durante los últimos 7 días ¿Cuántos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia ?	Nro. de días <input type="text"/> No sabe 77	T13

23	Durante los últimos 7 días , ¿Cúantos días fumó alguien en espacios cerrados en su lugar de trabajo o estudio (en el edificio, en una área de trabajo, en una oficina específica) cuando Usted estaba presente?	Nro. de días <input type="text"/>		X15
		No trabajó o estudió en espacio cerrado 66 No sabe 77		
24	Durante los últimos 30 días , ¿ha visto u oído información sobre los peligros de fumar cigarrillos o que anime a dejar de fumar, a través de los siguientes medios de comunicación? <Leer opciones; marcar todas>	Diarios o revistas	Si 1 No 2 No sabe 7	X16
		Televisión	1 2 7	X17
		Radio	1 2 7	X18
25	Durante los últimos 30 días , ¿ha visto u oído anuncios que promueven los cigarrillos en los locales comerciales donde se venden?	Si	1	X19
		No	2	
		No sabe	7	
Solamente para fumadores actuales...		NO FUMADORES PASE A P29		
26	Durante los últimos 30 días , las etiquetas de advertencia en los paquetes de cigarrillos lo han hecho pensar en dejar de fumar ?	Si	1	TP5
		No	2	
		No sabe	7	
27	La última vez que compró cigarrillos manufacturados para usted, ¿ cuántos cigarrillos compró en total?	Nro de cigarrillos <input type="text"/>		X20
		Si no sabe o no consume cigarrillos manufacturados, PASE A P29.		
		No sabe	7777	
28A	En total, ¿ cuánto dinero pagó por esa compra?	Pesos <input type="text"/>		X21
		No sabe	7777	
		Rehúsa	8888	

Consumo de alcohol			
Cambiando de tema...			
Pregunta	Respuesta	Código	
29	¿Ha consumido alguna bebida alcohólica en los últimos 12 meses ?	Sí 1 No 2 pase a P41	X22
30	Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado al menos una bebida alcohólica? <Leer opciones>	Una vez al mes o menos 1 2 ó 4 veces al mes 2 2 ó 3 veces a la semana 3 4 a 6 veces a la semana 4 A diario 5	X23
31	¿Cuántos suele tomar usted en un día de consumo normal de alcohol ? <VER CARTILLA DE EQUIVALENCIA>	Uno o dos tragos 1 Tres o cuatro tragos 2 Cinco o seis tragos 3 Siete a nueve tragos 4 Diez o más tragos 5	X24
32	¿ Qué tan seguido toma usted seis o más tragos en un solo día ?	Nunca 0 Menos de una vez al mes 1 Algunas veces al mes 2 Algunas veces a la semana 3 Todos o casi todos los días 4	X25
33	¿Con qué frecuencia , en el curso del último año , ha sido incapaz de parar de beber alcohol una vez que había empezado? <Leer opciones>	Nunca 0 Menos de una vez al mes 1 Algunas veces al mes 2 Algunas veces a la semana 3 Todos o casi todos los días 4	X26
34	¿Con qué frecuencia , en el curso del último año , no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido alcohol? <Leer opciones>	Nunca 0 Menos de una vez al mes 1 Algunas veces al mes 2 Algunas veces a la semana 3 Todos o casi todos los días 4	X27
35	¿Con qué frecuencia , en el curso del último año , ha necesitado beber alcohol en ayunas para recuperarse después de haber bebido el día anterior? <Leer opciones>	Nunca 0 Menos de una vez al mes 1 Algunas veces al mes 2 Algunas veces a la semana 3 Todos o casi todos los días 4	X28
36	¿Con qué frecuencia , en el curso del último año , ha tenido remordimiento o sentimientos de culpa después de haber bebido alcohol? <Leer opciones>	Nunca 0 Menos de una vez al mes 1 Algunas veces al mes 2 Algunas veces a la semana 3 Todos o casi todos los días 4	X29
37	¿Con qué frecuencia , en el curso del último año , no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo alcohol? <Leer opciones>	Nunca 0 Menos de una vez al mes 1 Algunas veces al mes 2 Algunas veces a la semana 3 Todos o casi todos los días 4	X30

38	¿ Usted o alguna otra persona ha resultado físicamente herida debido a que usted había bebido alcohol? Si responde afirmativamente: ¿Eso sucedió en el último año o antes ?	Sí	No en el curso del último año	1	X31
			En el último año	2	
		No	0		
39	¿Algún familiar, amigo, médico u otro profesional de la salud ha mostrado preocupación por la forma en que usted consume bebidas alcohólicas? Si responde afirmativamente: ¿Eso sucedió en el último año o antes ?	Sí	No en el curso del último año	1	X32
			En el último año	2	
		No	0		

40A	¿Ha consumido una bebida que contenga alcohol en los últimos 30 días ?	<p style="text-align: right;">Sí 1 No 2 No sabe 7</p> <p style="text-align: center;">Si contesta que NO, pasar a P41.</p>	X33
40B	<p>Durante los últimos 7 días ¿cuántos tragos (de cualquier bebida alcohólica) ha tomado cada día?</p> <p><leer día a día></p> <p><i>Si no recuerda algún día: 77</i></p>	<p>Lunes _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Martes _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Miércoles _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Jueves _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Viernes _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Sábado _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Domingo _____ <input type="checkbox"/></p>	X34

Dieta				
Ahora le haré unas preguntas sobre el consumo de frutas y verduras.				
Pregunta		Respuesta		Código
41	Pensando en frutas frescas como manzanas, bananas, naranjas... así como en jugos naturales de fruta o fruta enlatada. En una semana típica , ¿Cuántos días come usted frutas ?	Número de días <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <u>Si ningún día pase a P43</u> No Sabe 77		D1
42	¿Cuántas porciones de frutas come en uno de esos días? <hr/> <hr/>	Número de porciones <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No Sabe 77		D2
43	Sin considerar papa o boniato. En una semana típica , ¿Cuántos días come usted verduras ?	Número de días <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <u>Si ningún día pase a P45</u> No Sabe 77		D3
44	¿Cuántas porciones de verduras come en uno de esos días? <hr/> <hr/>	Número de porciones <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No Sabe 77		D4
45	¿Qué tipo de aceite o grasa se utiliza generalmente en su casa para preparar la comida ? Si utiliza más de uno, ¿Cuál utilizan la mayor parte de las veces?	Aceite vegetal 1 Grasa vacuna 2 Manteca 3 Margarina 4 Otro 5 Especificar en D5 otro Ninguno en particular 6 No uso ninguno 7 No sabe 77 Otro <input type="text"/>		D5 D5other
46	En una semana típica ¿Cuántos días come comidas no preparadas en su hogar y/o listas para consumir en el almuerzo ? Me refiero a preparaciones no elaboradas a nivel casero sino a nivel industrial, de venta en comercios o rotiserías. También abarca las preparaciones precocidas que se descongelan o calientan en el hogar <UTILIZAR EJEMPLOS DE CARTILLA> ¿Y en una semana típica ¿Cuántas veces come ese tipo de comidas en las cenas ?	Almuerzos Número <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe 77		X35
		Cenas Número <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe 77		X36
47	En una semana típica ¿Cuántos días consume uno o mas de los siguientes productos... Galletitas (al agua, salvado, dulces...), cereales de desayuno, alfajores, barritas de cereal, bizcochería en general, snacks (papas, palitos, chizitos, etc.)	Número <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe 77		X37

Consumo de sal

Con las siguientes preguntas nos gustaría conocer **cuánto incorpora la sal en su dieta**.

Me refiero a sal común de mesa, sal marina, sal de ajo, de cebolla, salsa de soja o cubitos de caldo salado.

<CONSIDERAR OTROS EJEMPLOS DE CARTILLA>

Pregunta		Respuesta	Código
48	¿En una semana típica , con qué frecuencia añade al cocinar o preparar alimentos en su hogar algún tipo de sal, cubito de caldo o salsa soja?	Siempre 1 Casi siempre 2 Algunas veces 3 Raramente 4 Nunca 5 No sabe 7	X38
49	¿ En una semana típica , con qué frecuencia agrega sal o un condimento salado a su comida justo antes de comer o cuando usted está comiendo ?	Siempre 1 Casi siempre 2 Algunas veces 3 Raramente 4 Nunca 5 No sabe 7	X39
50	¿ En una semana típica , con qué frecuencia come usted alimentos procesados que contienen mucha sal ? Como fiambres, embutidos, aperitivos salados envasados o en lata (papas, maní, aceitunas, chizitos, etc) o alimentos salados preparados de servicio rápido?	Siempre 1 Casi siempre 2 Algunas veces 3 Raramente 4 Nunca 5 No sabe 7	X40
51	¿Hace seguido alguna de las siguientes cosas para controlar su consumo de sal ? Por ejemplo... (leer y registrar en cada opción)		
	Consumir pocos alimentos procesados	Si 1 No 2	X41
	Mirar el contenido de sal o sodio en las etiquetas de los alimentos	Si 1 No 2	X42
	Consumir o comprar productos con bajo contenido de sal o sodio	Si 1 No 2	X43
	Usar productos diferentes a la sal para cocinar	Si 1 No 2	X44
	Evitar el consumo de alimentos preparados fuera del hogar	Si 1 No 2	X45
	¿Realiza alguna otra acción para controlar el consumo de sal?	Si 1 especificar en X46otro No 2	X46
Otro (especificar)		_____	
52	¿ Revisa usted la información nutricional (valor calórico, proteínas, grasas, etc.) de los productos alimenticios que adquiere y/o consume? Si responde afirmativamente ¿Con qué frecuencia lo hace? <Leer opciones>	Siempre 1 Casi siempre 2 Algunas veces 3 Rara vez 4 Nunca 5	X47
53	¿Consumes usted mate ?	Si 1 No 2 pase a P55	X48
54	¿En una semana típica, cuántos días consume mate ?	Nro. <input type="text"/>	X49

55	Y en una semana típica ¿Cuántos días consume bebidas azucaradas ? Refrescos no dietéticos, jugos con azúcar, jugos en polvo, mate con azúcar...	Nro. <input type="text"/>	X50
----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------	-----

Actividad física

A continuación voy a preguntarle por el tiempo que pasa realizando diferentes tipos de **actividad física**. Le pido que conteste las preguntas aunque no se considere una persona que hace ejercicio.

Piense primero en el tiempo que pasa en el **trabajo**, se trate de un empleo remunerado o no; **estudiando**; **manteniendo su casa**; o **buscando trabajo**.

En estas preguntas, las "actividades físicas intensas" se refieren a aquéllas que implican un esfuerzo físico importante y que causan que la respiración o del ritmo cardíaco se aceleren. Por otra parte, las "actividades físicas de intensidad moderada" son aquéllas que implican un esfuerzo físico menos importante y causan que la respiración o del ritmo cardíaco aumenten solo un poco.

Pregunta	Respuesta	Código
En el trabajo, estudiando, manteniendo la casa		
56	¿Exige su trabajo, estudio o las actividades del hogar, una actividad física intensa que implica una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco, como levantar objetos pesados, durante al menos 10 minutos consecutivos ? <UTILIZAR EJEMPLOS DE CARTILLA>	Sí 1 No 2 pase a P59 P1
57	En una semana típica , ¿cuántos días realiza usted actividades físicas intensas en su trabajo, estudio o al realizar tareas del hogar?	Número de días <input type="text"/> P2
58	En uno de esos días en los que realiza actividades físicas intensas, ¿ cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades, en una jornada de (Trabajo/ Estudio/ Actividad del hogar)?	Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins P3 (a-b)
59	¿Exige su trabajo, estudio o tareas del hogar, una actividad de intensidad moderada que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar deprisa o transportar pesos ligeros, durante al menos 10 minutos consecutivos ? <UTILIZAR EJEMPLOS DE CARTILLA>	Sí 1 No 2 pase a P62 P4
60	En una semana típica , ¿cuántos días realiza usted actividades de intensidad moderada ?	Número de días <input type="text"/> P5
61	En uno de esos días en los que realiza actividades físicas de intensidad moderada, ¿ cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades, en una jornada de (Trabajo/ Estudio/ Actividad del hogar)?	Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins P6 (a-b)

Para desplazarse

En las siguientes preguntas, dejaremos de lado las actividades físicas en el trabajo, en el estudio o en las tareas del hogar, 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, a visitar familiares o amigos.

62	¿ Camina usted o usa usted una bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en alguno de sus desplazamientos ?	Sí 1 No 2 pase a P65 P7
----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------

63	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
64	En un día típico , ¿ cuánto tiempo pasa caminando o yendo en bicicleta para desplazarse?	Horas : minutos	<input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P9 (a-b)

En el tiempo libre

Las siguientes preguntas no consideran la actividad física en el trabajo, estudio o tareas del hogar, ni la actividad física para desplazarse, que ya hemos mencionado. Ahora me gustaría hacerle unas pocas preguntas sobre deportes u otras actividades físicas que algunas personas realizan **en su tiempo libre**.

65	¿En su tiempo libre, practica usted deportes intensos que implican una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco, como correr, jugar al fútbol, hacer gimnasia aeróbica, levantar pesas, durante al menos 10 minutos consecutivos ?	Sí 1 No 2 pase a P68	P10
<UTILIZAR EJEMPLOS DE CARTILLA>			
66	En una semana típica , ¿cuántos días practica usted deportes intensos en su tiempo libre?	Número de días	<input type="text"/>
67	En uno de esos días en los que practica deportes intensos, ¿ cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	Horas : minutos	<input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins
68	¿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, durante al menos 10 minutos consecutivos ?	Sí 1 No 2 pase a P71	P13
<UTILIZAR EJEMPLOS DE CARTILLA>			
69	En una semana típica , ¿cuántos días practica usted actividades físicas de intensidad moderada en su tiempo libre?	Número de días	<input type="text"/>
70	En uno de esos días en los que practica actividades físicas de intensidad moderada, ¿ cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	Horas : minutos	<input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins

Comportamiento sedentario

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 que pasa ante una mesa de trabajo, sentado con los amigos, viajando ómnibus, jugando a las cartas o viendo la televisión. Pero **no se incluye el tiempo pasado durmiendo**.

71	¿ Cuánto 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			
Cambiando de tema...			
Pregunta		Respuesta	Código
72	¿Alguna vez un doctor u otro profesional de salud le ha tomado la presión ?	Sí 1 No 2 pase a P76	H1
73	¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de salud que tiene presión alta , o hipertensión ?	Sí 1 No 2 pase a P76	H2a
74	¿Le han dicho esto en los últimos 12 meses ?	Sí 1 No 2	H2b
En relación con la presión alta ¿un médico u otro profesional de salud le ha indicado alguno de los tratamientos o le ha aconsejado alguna de las cosas que le voy a leer a continuación? Por ejemplo...			
75	Le ha recetado medicamentos que usted ha tomado durante las últimas dos semanas	Sí 1 No 2	H3a
	Le aconsejó reducir el consumo de sal	Sí 1 No 2	H3b
	Le aconsejó o le indicó un tratamiento para perder peso	Sí 1 No 2	H3c
	Le aconsejó o le indicó un tratamiento para dejar de fumar	Sí 1 No 2	H3d
	Le aconsejó hacer más ejercicio	Sí 1 No 2	H3e

Antecedentes de diabetes			
Pregunta		Respuesta	Código
76	¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha medido la glucosa (azúcar) en la sangre ?	Sí 1 No 2 pase a P82	H6
77	¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa (azúcar) en la sangre es alto ?	Sí 1 No 2 pase a P82	H7a
78	¿Le han dicho esto en los últimos 12 meses ?	Sí 1 No 2	H7b
¿Un médico u otro profesional de salud le ha indicado alguno de los tratamientos o le ha aconsejado alguna de las cosas que le voy a leer a continuación por tener diabetes ? Por ejemplo...			
79	Le ha indicado inyectarse Insulina	Sí 1 No 2	H8a
	Le ha recetado medicamentos por boca , que usted ha tomado durante las últimas dos semanas	Sí 1 No 2	H8b
	Le ha indicado una dieta especial por prescripción médica	Sí 1 No 2	H8c
	Le aconsejó o le indicó un tratamiento para perder peso	Sí 1 No 2	H8d
	Le aconsejó o le indicó un tratamiento para dejar de fumar	Sí 1 No 2	H8e
	Le aconsejó hacer más ejercicio	Sí 1 No 2	H8f
80	¿Cuál 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 sabe 7	H11

81	¿Cuál fue la última vez que le examinaron sus pies como parte del control de la diabetes ?	Durante el último año 1 Hace más de uno año 2 Nunca 3 No sabe 7	H12
----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	-----

Antecedentes de colesterol elevado

Pregunta	Respuesta	Código	
82	¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha medido el colesterol ?	Sí 1 No 2 pase a P86	L1a
83	¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de colesterol es alto ?	Sí 1 No 2 pase a P86	L2a
84	¿Le han dicho esto en los últimos 12 meses?	Sí 1 No 2	L2b
85	¿Está actualmente recibiendo alguno de los siguientes tratamientos para el colesterol prescritos por un médico o profesional de salud?		
	Tomando medicamentos por boca durante las últimas 2 semanas	Sí 1 No 2	L3a
	Haciendo una dieta especial por prescripción médica	Sí 1 No 2	L3b
	Le aconsejaron o le indicaron un tratamiento para perder peso	Sí 1 No 2	L3c
	Le aconsejaron o le indicaron un tratamiento para dejar de fumar	Sí 1 No 2	L3d
	Le aconsejaron hacer más ejercicio	Sí 1 No 2	L3e

Antecedentes de sobrepeso/obesidad

Pregunta	Respuesta	Código	
86	¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene usted sobrepeso u obesidad ?	Sí 1 No 2 pase a P89	X51
87	¿Le han dicho esto en los últimos 12 meses ?	Sí 1 No 2	X52
88	¿Esta actualmente recibiendo alguno de los siguientes tratamientos para el sobrepeso u obesidad , indicado por un médico o profesional de salud? Por ejemplo...		
	Tomando medicamentos por boca durante las últimas 2 semanas	Sí 1 No 2	X53
	Haciendo una dieta especial por prescripción médica	Sí 1 No 2	X54
	Le aconsejaron o le indicaron un tratamiento para dejar de fumar	Sí 1 No 2	X55
	Le aconsejaron hacer más ejercicio	Sí 1 No 2	X56

Antecedentes de insuficiencia renal crónica

Pregunta		Respuesta	Código
89	¿Le han medido la creatinina ? La creatinina es una sustancia que está aumentada cuando los riñones no funcionan bien o hay insuficiencia renal.	Sí 1	X57
		No 2 pase a P92	
		No sabe 7	
90	¿Le ha dicho algún médico u otro profesional de la salud que tiene usted insuficiencia renal crónica ?	Sí 1	X58
		No 2 pase a P92	
91	¿Le dijeron eso en los últimos 12 meses ?	Sí 1	X59
		No 2	

Antecedentes familiares

Ya para ir terminando...

Pregunta		Respuesta	Código
92	¿Alguno de los miembros de su familia (abuelos, padre o madre, hermanos o hermanas) ha sido diagnosticado con algunas de las siguientes enfermedades ? Por ejemplo...		
	Diabetes (azúcar) en la sangre	Sí 1 No 2	F1a
	Presión alta	Sí 1 No 2	F1b
	Derrame cerebral	Sí 1 No 2	F1c
	Cáncer o tumor maligno	Sí 1 No 2	F1d
	Colesterol alto	Sí 1 No 2	F1e
	Ataque de corazón antes de los de 55 años si es hombre o antes de los 65 años si es mujer	Sí 1 No 2	F1f
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 ?	Sí 1 No 2	X60

Tamizaje de salud

Pregunta		Respuesta	Código
94	Alguna vez le han examinado una muestra de materias fecales para buscar sangre ?	Sí 1	S1
		No 2	
95	¿Alguna vez le han hecho una colonoscopia ?	Sí 1	S2
		No 2	
96	Solo mujeres. (Hombre, pasa a 99) ¿Cuando fue la última vez que en un examen médico le examinaron las mamas ?	1 año o menos 1	S5
		Entre 1 a 2 años 2	
		Más de 2 años 3	
		Nunca 4	
		No se 7	
97	¿Cuando fue la última vez que se realizó una mamografía ?	Hace menos de 1 año 1	S6
		Entre 1 año y menos de 2 años 2	
		Entre 2 años y menos de 3 años 3	
		3 o más años 4	
		Nunca 5	
		No se 7	

98	¿Cuándo fue la última vez que se realizó un examen de Papanicolau ?	Hace menos de 1 año 1 Entre 1 año y menos de 2 años 2 Entre 2 años y menos de 3 años 3 3 o más años 4 Nunca 5 No se 7	S7
----	-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Lesiones

Las siguientes preguntas refieren a experiencias y comportamientos relacionados con **el tránsito**.

Preguntas		Respuestas		Código																
99	En los últimos 30 días , ¿con qué frecuencia usó el cinturón de seguridad cuando era el conductor o el pasajero de un automóvil?	Todo el tiempo 1 Algunas veces 2 Nunca 3 No ha estado en un vehículo en los últimos 30 días 4 El automóvil que utilizo no está equipado con un cinturón de seguridad 5 No sabe 7 Rehúsa 8	X61																	
100	En los últimos 30 días , ¿con qué frecuencia utilizó un casco cuando condujo o fue acompañante en una bicicleta, motocicleta o similar (como cuatriciclo, etc.)?	Todo el tiempo 1 Algunas veces 2 Nunca 3 No ha estado en una bicicleta/motocicleta en los últimos 30 días 4 No sabe 7 Rehúsa 8	X62																	
101	Durante los últimos 30 días , ¿cuántas veces ha conducido un vehículo motorizado habiendo bebido 2 ó más tragos ?	Número de veces <u> </u> No sabe 77 Rehúsa 88	X63																	
102	Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces viajó en un vehículo motorizado cuyo conductor haya bebido 2 ó más tragos ?	Número de veces <u> </u> No sabe 77 Rehúsa 88	X64																	
103	En los últimos 12 meses, ¿ha estado involucrado en un siniestro de tránsito ? Si la respuesta es afirmativa: ¿Usted se desplazaba como... <Leer opciones>	<table border="1"> <tr> <td rowspan="5">Sí</td> <td>Como conductor (auto, taxi, camión, ómnibus, etc)</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Como pasajero (auto, taxi, camión, ómnibus, etc)</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Como peatón</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Como ciclista</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Como motociclista (conductor o acompañante)</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td></td> <td>6 pase a P106</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td></td> <td>7 pase a P106</td> </tr> </table>	Sí	Como conductor (auto, taxi, camión, ómnibus, etc)	1	Como pasajero (auto, taxi, camión, ómnibus, etc)	2	Como peatón	3	Como ciclista	4	Como motociclista (conductor o acompañante)	5	No		6 pase a P106	No sabe		7 pase a P106	X65
Sí	Como conductor (auto, taxi, camión, ómnibus, etc)	1																		
	Como pasajero (auto, taxi, camión, ómnibus, etc)	2																		
	Como peatón	3																		
	Como ciclista	4																		
	Como motociclista (conductor o acompañante)	5																		
No		6 pase a P106																		
No sabe		7 pase a P106																		
104	En ese siniestro de tránsito ¿Sufrió lesiones que requirieron atención médica ?	Sí 1 No 2 No sabe 77 Rehúsa 88 pase a P106	X66																	

<p>Ya para terminar, quisiera hacerle unas pocas preguntas sobre su hogar. Como las que le realicé al comienzo de esta entrevista, solo tienen por finalidad clasificar las respuestas brindadas por todos quienes participan en el estudio.</p>		113. ¿Cuántos baños tiene la vivienda?		X75
		Uno o ninguno	1	Dos
110. ¿Cuál es el máximo nivel educativo alcanzado por el principal sostenedor del hogar?		X72	ESTE HOGAR, ¿CUENTA CON...	
Primaria completa o menos	1	No hay	1	114. Automóvil (sólo para uso del hogar)
Enseñanza media completa o incompleta	2	Uno	2	
Enseñanza técnica (UTU o similar) completa o incompleta	3	Más de uno	3	
Terciaria incompleta (Mag/Profesorado)	4	115. Servicio doméstico		X77
Universitario Incompleto	5	No tiene	1	116. TV color
Terciaria completa (Mag/Profesorado)	6	Por hora	2	
Universitario Completo	7	Por día	3	
Post Grado	8	Con cama	4	
111. ¿En cuál de las siguientes instituciones de asistencia a la salud se atiende el principal sostenedor del hogar?		X73	117. Heladera con o sin freezer	
Hospital Público	1	Ninguno	1	118. ¿Puede darnos una estimación de los ingresos mensuales de su hogar si le leo algunas opciones?
Hospital Policial o Militar	2	Uno	2	
Mutualista	3	Dos	3	
Seguro privado	4	Más de dos	4	
112. ¿Cuántas personas perciben ingresos en el hogar?		X74	119. Heladera con o sin freezer	
Una persona	1	Tiene	1	120. Heladera con o sin freezer
Dos personas	2	No tiene	2	
Tres personas	3			
Más de tres personas	4			

118	¿Puede darnos una estimación de los ingresos mensuales de su hogar si le leo algunas opciones?	Menos de \$ 20.000	1	X80
		Entre \$ 20.000 y menos de \$ 30.000	2	
		Entre \$ 30.000 y menos de \$ 40.000	3	
		Entre \$ 40.000 y menos de \$ 60.000	4	
		\$ 60.000 y más	5	
		<no leer> No sabe	6	
		Rehúsa	7	

Necesitaría ahora tomarle la presión arterial así como medir su estatura y peso.

Paso 2 Medidas Físicas

LEER y obtener firma de CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento y hora	Respuesta	Código
Se le ha leído y obtenido el consentimiento del entrevistado para el paso 2	Sí 1 No 2 (termina paso 2)	X81

Medición de presión arterial			
1	Código de identificación del entrevistador	_ _ . _ _ _ . _ _ _ _ . _ _	M8
2	Código de identificación del aparato para medir la tensión arterial	_ _ _ _	M9
3	Tamaño del brazalete utilizado Los brazaletes que se utilizan son medianos (normal)	Pequeño 1 Normal 2 Grande 3	M10
4	Lectura 1	Sistólica (mmHg) _ _ _ _	M11a
		Diastólica (mmHg) _ _ _ _	M11b
5	Lectura 2	Sistólica (mmHg) _ _ _ _	M12a
		Diastólica (mmHg) _ _ _ _	M12b
6	Lectura 3	Sistólica (mmHg) _ _ _ _	M13a
		Diastólica (mmHg) _ _ _ _	M13b
7	Durante las dos últimas semanas, ¿ha tomado medicamentos recetados por un médico u otro profesional de la salud por tener la tensión alta?	Sí 1 No 2	M14
OBSERVACIONES			
8	El informante se encontraba con...	Brazo descubierto 1 Brazo cubierto 2	X82
9	La temperatura ambiente era...	Muy fría 1 Fria 2 Templada 3 Calurosa 4	X83
10	Otra situación que afecte la medida (por ejemplo problemas con el tamaño del manguito): _____		X84otro

Medición de talla y peso		Respuesta		Código
11	Código de identificación del aparato para medir la estatura (tallímetro) y el peso (balanza)	Estatura	_____	M2
		Peso	_____	
12	Estatura	en Centímetros (cm.)	_____. ____	M3
OBSERVACIONES				
13	El informante se encontraba...	Calzado	Sin tacos 1 Con tacos 2	X85
		Descalzo	3	
14	¿El informante utilizó gorro durante la medición?		Si 1 No 2	X86
15	Otra situación que afecte la medida: _____			X87otro
16	Peso Si pesa demasiado para la escala, usar código 666.6	en Kilogramos (Kg.)	_____. ____	M4
17	<u>Sólo mujeres</u> : ¿Está usted embarazada?	Si No	1FINALIZAR (no medir cintura) 2	M5
OBSERVACIONES				
18	El informante se encontraba...	Con calzado Sin calzado	1 2	X88
19	¿El informante llevaba puesto más de un buzo?	Si No	1 2	X89
20	¿El informante llevaba puesta campera?	Si No	1 2	X90
21	Otra situación que afecte la medida: _____			X91otro

Perímetro de Cintura				
22	Código de identificación del aparato para medir el perímetro de cintura		_____	M6
23	Perímetro de cintura	en Centímetros (cm.)	_____. ____	M7
OBSERVACIONES				
24	La medición se tomó...	Sobre la piel Sobre buzo fino Sobre ropa de abrigo	1 2 3	X92
25	Otra situación que afecte la medida: _____			X93otro

Con esto hemos finalizado. Tenemos que coordinar con usted para que venga a tomarle una muestra de sangre...

Step 3 Medidas bioquímicas

LEER y obtener firma de CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento y hora	Respuesta	Código
Se le ha leído y obtenido el consentimiento del entrevistado para el paso 3	Sí 1 No 2 (finalice)	X94

Glucemia			
1	Código de identificación del entrevistador	<input type="text"/>	B2
2	Durante las últimas 8 horas , ¿ha ingerido algún alimento o líquido (que no sea agua)?	Sí 1 No 2	B1
3	Código de identificación del aparato	<input type="text"/>	B3
4	Hora del día en que se tomó la muestra (24 horas)	Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/> Hrs mins	B4
5	Glucemia en ayunas	Mg/dl <input type="text"/>	B5
6	¿Se ha administrado insulina o tomado medicación para la diabetes en el día de hoy ?	Sí 1 No 2	B6

Colesterol			
7	Código de identificación del aparato	<input type="text"/>	B7
8	Colesterol total	Mmol/l <input type="text"/>	B8
9	¿Durante las últimas 2 semanas , ha tomado medicamentos para el colesterol alto ?	Sí 1 No 2	B9

Agradecer el tiempo y el interés dispensado.

Observaciones



2da Encuesta N
Variable
FORM
N1RESULT
N2RESULT
N3RESULT
C1
C2
C3
C5A
C5
X4
X5A
X5B
X5C
C7
C8
X6
X7A
X7B
X7C
X7D
X8
X9
T1
T2
T3
T4A
T4B
T4C
T5A
T5B
T5C
T5D
T5E
T5
X10
T7
T8A
T8B
T8C
T13
X15
X16
X17
X18

X19
TP5
X20
X21
X22
X23
X24
X25
X26
X27
X28
X29
X30
X31
X32
X33
X34A
X34B
X34C
X34D
X34E
X34F
X34G
D5OTHER
X35
X36
X37
X38
X39
X40
X41
X42
X43
X44
X45
X46
X46OTRO
X47
X48
X49
X50
P1
P2
P3
P4

P5
P6
P7
P8
P9
P10
P11
P12
P13
P14
P15
P16
H1
H2A
H2B
H3A
H3B
H3C
H3D
H3E
H6
H7A
H7B
H8A
H8B
H8C
H8D
H8E
H8F
H11
H12
L1A
L2A
L2B
L3A
L3B
L3C
L3D
L3E
X51
X52
X53
X54
X55
X56

X57
X58
X59
F1A
F1B
F1C
F1D
F1E
F1F
X60
S1
S2
S5
S6
S7
X61
X62
X63
X64
X65
X66
X67
X68
X69
X70
X70OTRO
X71
X72
X73
X74
X75
X76
X77
X78
X79
X80
X81
M8
M9
M10
M11A
M11B
M12A
M12B
M13A
M13B
M14

X82
X83
X84OTRO
M2A
M2B
M3
X85
X86
X87OTRO
M4
M5
X88
X89
X90
X91OTRO
M6
M7
X92
X93OTRO
X94
B2
B1
B3
B4
B5
B6
B7
B8
B9
weightsdi
Región
Edad_Calc
GruposSTEPS
GEdad_Desag
FumadorDiario
Binge_drinking
Sedentarismo
ActFis_NV
riesgofv
Sobrepeso_Obes
diabetico
Hipertension
Colesterol
RiesgoComb
Sedentarismo_REC

acional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles STEPS 2013 -Información sobre las variables
Etiqueta
FORM
Resultado Step 1
Resultado Step 2
Resultado Step 3
Sexo (Indique hombre o mujer según observe)
¿Cuál es su fecha de nacimiento?
¿Cuántos años cumplidos tiene usted?
¿Sabe usted leer y escribir?
¿Cuál es el nivel de educación más alto que cursó, lo haya terminado o no?
En total, ¿Cuántos año de estudio aprobó en ese nivel?
Cree tener ascendencia... Afro o negra?
Cree tener ascendencia... Blanca?
Cree tener ascendencia... Indígena, Asiática, Amarilla u otra?
¿Actualmente está...
¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su SITUACIÓN LABORAL ACTUAL?
¿Cuántos trabajos tiene actualmente?
¿Cuántas personas de 10 años (incluyéndose usted) viven en esta casa?
¿Cuántas personas de 10 y 17 años (incluyéndose usted) viven en esta casa?
¿Cuántas personas de 18 y 64 años (incluyéndose usted) viven en esta casa?
¿Cuántas personas de 65 y mas años (incluyéndose usted) viven en esta casa?
¿Tiene derechos vigentes para atender su salud en alguna institución de asistencia médica?
El derecho lo tiene a través de...
¿Fuma usted actualmente algún producto de tabaco, como cigarrillos, puros o pipas?
¿Fuma usted a diario?
¿A que edad comenzó usted a fumar a diario?
¿Recuerda cuánto tiempo hace que fuma a diario? En años
¿Recuerda cuánto tiempo hace que fuma a diario? O en meses
¿Recuerda cuánto tiempo hace que fuma a diario? O en semanas
En promedio, ¿cuántos Cigarrillos fuma al día?
En promedio, ¿cuántos Tabaco de enrollar (armados) fuma al día?
En promedio, ¿cuántos Pipas fuma al día?
En promedio, ¿cuántos Habanos fuma al día?
En promedio, ¿cuántos de Otros productos fuma al día?
Especificar otro
En el pasado, ¿Usted fumó?
¿Qué edad tenía cuando dejó de fumar a diario?
¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar a diario? Años atrás
¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar a diario? Meses atrás
¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar a diario? Semanas atrás
Durante los últimos 7 días ¿Cuántos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?
Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días fumó alguien en espacios cerrados en su lugar de trabajo o estudio (en el edificio, en una área de trabajo, en una oficina específica) cuando Usted estaba presente?
Durante los últimos 30 días, ¿ha visto u oído información sobre los peligros de fumar cigarrillos o que anime a dejar de fumar,
Durante los últimos 30 días, ¿ha visto u oído información sobre los peligros de fumar cigarrillos o que anime a dejar de fumar,
Durante los últimos 30 días, ¿ha visto u oído información sobre los peligros de fumar cigarrillos o que anime a dejar de fumar,

Durante los últimos 30 días, ¿ha visto u oído anuncios que promueven los cigarrillos en los locales comerciales donde se
Durante los últimos 30 días, las etiquetas de advertencia en los paquetes de cigarrillos lo han hecho pensar en dejar de
La última vez que compró cigarrillos manufacturados para usted, ¿cuántos cigarrillos compró en total?
En total, ¿cuánto dinero pagó por esa compra?
¿Ha consumido alguna bebida alcohólica en los últimos 12 meses?
Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado al menos una bebida alcohólica?
¿Cuántos suele tomar usted en un día de consumo normal de alcohol?
¿Qué tan seguido toma usted seis o más tragos en un solo día?
¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha sido incapaz de parar de beber alcohol una vez que había empezado?
¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido alcohol?
¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha necesitado beber alcohol en ayunas para recuperarse después de haber
¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha tenido remordimiento o sentimientos de culpa después de haber bebido
¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado
¿Usted o alguna otra persona ha resultado físicamente herida debido a que usted había bebido alcohol? ¿Eso sucedió en el
¿Algún familiar, amigo, médico u otro profesional de la salud ha mostrado preocupación por la forma en que usted consume
¿Ha consumido una bebida que contenga alcohol en los últimos 30 días?
Durante los últimos 7 días ¿cuántos tragos (de cualquier bebida alcohólica) ha tomado Lunes?
Durante los últimos 7 días ¿cuántos tragos (de cualquier bebida alcohólica) ha tomado Martes?
Durante los últimos 7 días ¿cuántos tragos (de cualquier bebida alcohólica) ha tomado Miercoles?
Durante los últimos 7 días ¿cuántos tragos (de cualquier bebida alcohólica) ha tomado Jueves?
Durante los últimos 7 días ¿cuántos tragos (de cualquier bebida alcohólica) ha tomado Viernes?
Durante los últimos 7 días ¿cuántos tragos (de cualquier bebida alcohólica) ha tomado Sabado?
Durante los últimos 7 días ¿cuántos tragos (de cualquier bebida alcohólica) ha tomado Domingo?
Especificar otro
En una semana típica ¿Cuántos días come comidas no preparadas en su hogar y/o listas para consumir en el almuerzo?
¿Y en una semana típica ¿Cuántas veces come ese tipo de comidas en las cenas?
En una semana típica ¿Cuántos días consume uno o mas de los siguientes productos...
¿En una semana típica, con qué frecuencia añade al cocinar o preparar alimentos en su hogar algún tipo de sal, cubito de
¿ En una semana típica, con qué frecuencia agrega sal o un condimento salado a su comida justo antes de comer o cuando
¿ En una semana típica, con qué frecuencia come usted alimentos procesados que contienen mucha sal?
¿Hace seguido alguna de las siguientes cosas para controlar su consumo de sal? Consumir pocos alimentos procesados
¿Hace seguido alguna de las siguientes cosas para controlar su consumo de sal? Mirar el contenido de sal o sodio en las
¿Hace seguido alguna de las siguientes cosas para controlar su consumo de sal? Consumir o comprar productos con bajo
¿Hace seguido alguna de las siguientes cosas para controlar su consumo de sal? Usar productos diferentes a la sal para
¿Hace seguido alguna de las siguientes cosas para controlar su consumo de sal? Evitar el consumo de alimentos preparados
¿Realiza alguna otra acción para controlar el consumo de sal?
Especificar otro
¿Revisa usted la información nutricional (valor calórico, proteínas, grasas, etc.) de los productos alimenticios que adquiere y/o
¿Consume usted mate?
¿En una semana típica, cuántos días consume mate?
Y en una semana típica ¿Cuántos días consume bebidas azucaradas? Refrescos no dietéticos, jugos con azúcar, jugos en
¿Exige su trabajo, estudio o las actividades del hogar, una actividad física intensa que implica una aceleración importante de
la respiración o del ritmo cardíaco, como levantar objetos pesados, durante al menos 10 minutos consecutivos?
En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades físicas intensas en su trabajo, estudio o al realizar tareas del
En uno de esos días en los que realiza actividades físicas intensas, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades, en una
¿Exige su trabajo, estudio o tareas del hogar. una actividad de intensidad moderada que implica una ligera aceleración de la
respiración o del ritmo cardíaco, como caminar deprisa o transportar pesos ligeros, durante al menos 10 minutos

En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades de intensidad moderada?
En uno de esos días en los que realiza actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas
¿Camina usted o usa usted una bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en alguno de sus desplazamientos?
En una semana típica, ¿cuántos días camina o va en bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?
En un día típico, ¿cuánto tiempo pasa caminando o yendo en bicicleta para desplazarse?
¿En su tiempo libre, practica usted deportes intensos que implican una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco, como correr, jugar al fútbol, hacer gimnasia aeróbica, levantar pesas, durante al menos 10 minutos consecutivos?
En una semana típica, ¿cuántos días practica usted deportes intensos en su tiempo libre?
En uno de esos días en los que practica deportes intensos, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?
¿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, durante al menos 10 minutos consecutivos?
En una semana típica, ¿cuántos días practica usted actividades físicas de intensidad moderada en su tiempo libre?
En uno de esos días en los que practica actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas
¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?
¿Alguna vez un doctor u otro profesional de salud le ha tomado la presión?
¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de salud que tiene presión alta, o hipertensión?
¿Le han dicho esto en los últimos 12 meses?
Le ha recetado medicamentos que usted ha tomado durante las últimas dos semanas
Le aconsejó reducir el consumo de sal
Le aconsejó o le indicó un tratamiento para perder peso
Le aconsejó o le indicó un tratamiento para dejar de fumar
Le aconsejó hacer más ejercicio
¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha medido la glucosa (azúcar) en la sangre?
¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa (azúcar) en la sangre es alto?
¿Le han dicho esto en los últimos 12 meses?
Le ha indicado inyectarse Insulina
Le ha recetado medicamentos por boca, que usted ha tomado durante las últimas dos semanas
Le ha indicado una dieta especial por prescripción médica
Le aconsejó o le indicó un tratamiento para perder peso
Le aconsejó o le indicó un tratamiento para dejar de fumar
Le aconsejó hacer más ejercicio
¿Cuál fue la última vez que le examinaron sus ojos como parte del control de la diabetes?
¿Cuál fue la última vez que le examinaron sus pies como parte del control de la diabetes?
¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha medido el colesterol?
¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de colesterol es alto?
¿Le han dicho esto en los últimos 12 meses?
Tomando medicamentos por boca durante las últimas 2 semanas
Haciendo una dieta especial por prescripción médica
Le aconsejaron o le indicaron un tratamiento para perder peso
Le aconsejaron o le indicaron un tratamiento para dejar de fumar
Le aconsejaron hacer más ejercicio
¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene usted sobrepeso u obesidad?
¿Le han dicho esto en los últimos 12 meses?
Tomando medicamentos por boca durante las últimas 2 semanas
Haciendo una dieta especial por prescripción médica
Le aconsejaron o le indicaron un tratamiento para dejar de fumar
Le aconsejaron hacer más ejercicio

¿Le han medido la creatinina? La creatinina es una sustancia que está aumentada cuando los riñones no funcionan bien o
¿Le ha dicho algún médico u otro profesional de la salud que tiene usted insuficiencia renal crónica?
¿Le dijeron eso en los últimos 12 meses?
Diabetes (azúcar) en la sangre
Presión alta
Derrame cerebral
Cáncer o tumor maligno
Colesterol alto
Ataque de corazón antes de los de 55 años si es hombre o antes de los 65 años si es mujer
¿Alguno de los miembros de su familia (abuelos, padres, hermanos y hermanas) ha estado en tratamiento de diálisis renal o
Alguna vez le han examinado una muestra de materias fecales para buscar sangre?
¿Alguna vez le han hecho una colonoscopia?
Solo mujeres. ¿Cuando fue la última vez que en un examen médico le examinaron las mamas?
¿Cuando fue la última vez que se realizó una mamografía?
¿Cuando fue la última vez que se realizó un examen de Papanicolau?
En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia usó el cinturón de seguridad cuando era el conductor o el pasajero de un
En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia utilizó un casco cuando condujo o fue acompañante en una bicicleta, motocicleta
Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha conducido un vehículo motorizado habiendo bebido 2 ó más tragos?
Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces viajó en un vehiculo motorizado cuyo conductor haya bebido 2 ó más tragos?
En los últimos 12 meses, ¿ha estado involucrado en un siniestro de tránsito?
En ese siniestro de tránsito ¿Sufrió lesiones que requirieron atención médica?
¿Estuvo hospitalizado por esas lesiones? Por hospitalizado nos referimos a haber pasado al menos una noche internado.
Durante los ultimos12 meses, ¿estuvo lesionado(a) por alguna causa, sin incluir los siniestros de tránsito, requiriendo
¿Estuvo hospitalizado por esas lesiones? Por hospitalizado nos referimos a haber pasado al menos una noche internado
¿Cuál fue la causa de esas lesiones?
Especificar otro
¿Estas lesiones fueron causadas de manera accidental o intencional? Si responde intencional: ¿Se produjo usted esas
.¿Cuál es el máximo nivel educativo alcanzado por el principal sostenedor del hogar?
¿En cuál de las siguientes instituciones de asistencia a la salud se atiende el principal sostenedor del hogar?
¿Cuántas personas perciben ingresos en el hogar?
¿Cuántos baños tiene la vivienda?
. Automóvil (sólo para uso del hogar)
Servicio doméstico
TV color
Heladera con o sin freezer
¿Puede darnos una estimación de los ingresos mensualesde su hogar si le leo algunas opciones?
Se le ha leído y obtenido el consentimiento del entrevistado para el paso 2
Código de identificación del entrevistador
Código de identificación del aparato para medir la tensión arterial
Tamaño del brazalete utilizado
Lectura 1 Sistólica (mmHg)
Lectura 1 Diastólica (mmHg)
Lectura 2 Sistólica (mmHg)
Lectura 2 Diastólica (mmHg)
Lectura 3 Sistólica (mmHg)
Lectura 3 Diastólica (mmHg)
Durante las dos últimas semanas, ¿ha tomado medicamentos recetados por un médico u otro profesional de la salud por

El informante se encontraba con...
La temperatura ambiente era...
Otra situación que afecte la medida (por ejemplo problemas con el tamaño del manguito)
Código de identificación del aparato para medir la estatura (tallímetro)
Código de identificación del aparato para medir el peso (balanza)
Estatura en Centímetros
El informante se encontraba...
¿El informante utilizó gorro durante la medición?
Otra situación que afecte la medida:
Peso en Kilogramos
Sólo mujeres: ¿Está usted embarazada?
El informante se encontraba...
¿El informante llevaba puesto más de un buzo?
¿El informante llevaba puesta campera?
Otra situación que afecte la medida:
Código de identificación del aparato para medir el perímetro de cintura
Perímetro de cintura en Centímetros (cm.)
La medición se tomó...
Otra situación que afecte la medida:
Se le ha leído y obtenido el consentimiento del entrevistado para el paso 3
Código de identificación del entrevistador
Durante las últimas 8 horas, ¿ha ingerido algún alimento o líquido (que no sea agua)?
Código de identificación del aparato
Hora del día en que se tomó la muestra (24 horas)
Glucemia en ayunas Mg/dl
¿Se ha administrado insulina o tomado medicación para la diabetes en el día de hoy?.
Código de identificación del aparato
Colesterol total Mmol/l
¿Durante las últimas 2 semanas, ha tomado medicamentos para el colesterol alto?
Ponderador de la encuesta
Regiones de la encuesta
Edad informante
Jovenes-adultos
5 grupos etarios
Personas que fuman diariamente
Consumo puntual excesivo de alcohol
Comportamiento sedentario
Prevalencia de actividad física según recomendaciones OPS 2015
Consumo menor a 5 porciones diarias de frutas y verduras
Personas con sobrepeso y/u obesidad a partir de IMC
Personas diabéticas a partir de auto-reporte y/o examen sangre
Prevalencia de hipertensión en la población
Prevalencia de colesterolemia
Prevalencia de factores de riesgo combinados
Comportamiento sedentario

Montevideo, 9 de Agosto de 2022

Ref. N° 12/001/3/4702/2022.-

Mediante acceso a la información pública se realiza consulta:

“Datos para el país de peso (masa) corporal por sexo y por edad (NO el IMC). Pueden ser datos crudos que sería lo ideal o en su defecto valores promedio”.

Dado el peso del archivo, se sugiere notificar los adjuntos que lucen de fojas 5 a 37 así como la información adjuntada por parte de la DIGESA en referencia al trámite.

En virtud de lo expuesto, se sugiere hacer lugar a lo solicitado.-

Ministerio de Salud Pública

Dirección General de Secretaría

VISTO: la solicitud de información pública efectuada , al amparo de lo dispuesto por la Ley N° 18.381, de 17 de octubre de 2008;

RESULTANDO: que la peticionante solicita información sobre los datos para el país de peso (masa) corporal, por sexo y por edad (NO el IMC);

CONSIDERANDO: I) que corresponde hacer lugar a lo peticionado;

II) que de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 16 de la citada norma, el acto que resuelva la petición debe emanar del jerarca máximo del Inciso o quien posea facultades delegadas al efecto;

ATENTO: a lo precedentemente expuesto y a lo establecido por Resolución Ministerial N° 38/991, de 22 de enero de 1991;

EL DIRECTOR GENERAL DE SECRETARÍA

en ejercicio de las atribuciones delegadas

RESUELVE:

- 1º) Autorízase el acceso a la información, en referencia a la solicitud efectuada
, al amparo de lo dispuesto por la Ley N° 18.381, de 17 de octubre de 2008.
- 2º) Notifíquese a la parte interesada a través de Secretaría de la Dirección General de Secretaría. Pase al Departamento de Comunicaciones para su publicación en la página web institucional. Cumplido, archívese.

Ref. N° 001-3-4702-2022

AA