

Instrucciones STEPS relativas a las preguntas (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
20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland

Para más información: www.who.int/chp/steps



Organización
Mundial de la Salud

Instrumento STEPS

Visión general

Introducción

Las Instrucciones STEPS relativas a las preguntas presenta el Instrumento STEP con una breve explicación de cada pregunta.

Secciones principales

El objetivo de las Instrucciones STEPS relativas a las preguntas es de explicar a los entrevistadores y supervisores qué significa cada pregunta.

Los entrevistadores pueden utilizar estas informaciones cuando los participantes piden clarificaciones sobre alguna pregunta o si no conocen la respuesta.

Los entrevistadores y supervisores deben abstenerse de dar su propia interpretación de las preguntas.

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. | <ul style="list-style-type: none">• 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. | <ul style="list-style-type: none">• Añade las respuestas específicas a su zona para las preguntas demográficas (por ejemplo C6).• 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. |



Instrumento STEPS

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

<insertar nombre del país/sitio>

Información sobre la encuesta

| Sitio y fecha | | Respuesta | Código |
|---------------|---|--|--------|
| 1 | Código del conglomerado/centro/ pueblo <i>Apunte el grupo, centro, o pueblo de la lista</i> | | I1 |
| 2 | Nombre del conglomerado/centro/ pueblo <i>Insertar el grupo, centro, o nombre apropiado del pueblo</i> | <input type="text"/> | I2 |
| 3 | Identificación del entrevistador <i>Apunte el número de identificación del entrevistador</i> | <input type="text"/> | I3 |
| 4 | Fecha en que el instrumento fue rellenado <i>Apunte la fecha que el instrumento fue rellenado</i> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año | I4 |

| | | Número de identificación del entrevistado <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
|---|--|---|-----------------------|--------|
| Consentimiento, Entrevista, Idioma y Nombre | | Respuesta | | Código |
| 5 | Se le ha leído y obtenido el consentimiento al entrevistado <i>Marque la respuesta adecuada</i> | Sí 1 No 2 | SI NO, TERMINE | I5 |
| 6 | Idioma de la entrevista [Insertar el idioma] <i>Marque la respuesta adecuada</i> | Español 1 [Añadir otras] 2 [Añadir otras] 3 [Añadir otras] 4 | | I6 |
| 7 | Hora de la entrevista (0-24 horas) <i>Apunte la hora desde el principio de la entrevista</i> | <input type="text"/> : <input type="text"/> horas minutos | | I7 |
| 8 | Apellido <i>Escriba el apellido de la familia (asegúrele al participante que la información es confidencial y que esta información solo se usara para seguir la trayectoria de participantes)</i> | | | I8 |
| 9 | Nombre <i>Escriba el primer nombre del encuestado</i> | | | I9 |
| Información adicional que podría ser útil | | | | |
| 10 | Número de teléfono de contacto (cuando sea posible) <i>Apunte el número de teléfono</i> | | | I10 |

La información contenida en I5 hasta I10 debe guardarse separada del cuestionario, ya que contiene información confidencial.

| AMPLIADO: Información Demográfica, Continuo | | | |
|---|--|--|------|
| Pregunta | Respuesta | Código | |
| 19 | ¿Cuántas personas mayores de 18 años, incluyéndolo a usted, viven en su casa? <i>Apunte el número total de personas mayor de 18 años que viven en el hogar</i> | Número de personas <input type="text"/> | C9 |
| 20 | Tomando como referencia el año pasado ¿cuáles fueron los ingresos medios del hogar? <i>(MARCAR SOLAMENTE UNO, NO LOS TRES)</i> <i>Apunte el ingreso por medio del hogar por semana, mes, o año. Si el participante rehúsa, siga con la pregunta C11</i> | Por semana <input type="text"/> <i>Saltar a T1</i> | C10a |
| | O por mes <input type="text"/> <i>Saltar a T1</i> | C10b | |
| | O por año <input type="text"/> <i>Saltar a T1</i> | C10c | |
| | Rehúsa 88 | C10d | |
| 21 | Si ignora la cantidad, ¿puede darnos una estimación de los ingresos anuales del hogar si le leo algunas opciones? [INSERTAR LOS QUINTILES] [LEER LAS OPCIONES] <i>Marque el valor quintil más cercano al ingreso anual del hogar</i> | ≤ Quintil (Q) 1 1 | C11 |
| | Más de Q 1, ≤ Q 2 2 | | |
| | Más de Q 2, ≤ Q 3 3 | | |
| | Más de Q3, ≤ Q 4 4 | | |
| | Más de Q 4 5 | | |
| | No Sabe 77 | | |
| Rehúsa 88 | | | |

Step 1 | Mediciones 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, puros o pipas? <i>Pregúntale participante que sobre cualquier producto de tabaco cual el/ella está actualmente fumando</i> | Sí 1 No 2 <i>Si No, Saltar a T6</i> | T1 |
| 23 | ¿Actualmente usa productos de tabaco diariamente ? <i>Esta pregunta es solo para fumadores actualmente de tabaco</i> | Sí 1 No 2 <i>Si No, Saltar a T6</i> | T2 |
| 24 | ¿A que edad comenzó usted a fumar a diario? <i>Solo para fumadores actualmente de tabaco. Pregúntele al participante que piense sobre la primera vez que el/ella empezó a fumar diariamente cualquier producto de tabaco.</i> | Edad (años) No Sabe 77 <input type="text"/> <i>Si lo sabe, Saltar a T5a</i> | T3 |
| 25 | ¿Recuerda cuanto tiempo hace que fuma a diario? <i>(MARCAR SOLAMENTE 1, NO LOS 3)</i> | En Años <input type="text"/> <i>Si lo sabe, Saltar a T5a</i> | T4a |
| | No Sabe 77 | O en Meses <input type="text"/> <i>Si lo sabe, Saltar a T5a</i> | T4b |
| | <i>Si el participante no se acuerde de su edad cuando empezó a fumar, Apunte el tiempo en años, mes, o semanas cuando adecuada.</i> | O en Semanas <input type="text"/> | T4c |

| | | | | |
|------------------------------------|---|---|----------|---------------|
| 26 | En promedio, ¿cuántos de los siguientes productos fuma al día? (RELLENAR PARA CADA TIPO) No Sabe 77 <i>Solo para actualmente fumadores de tabaco. Especifique si ninguno producto fue usado en cada categoría envés de dejar el espacio en blanco. Depuse vaya a la pregunta 79. Fumadores que fuman diariamente no tienen que contestar las preguntas sobre el uso de tabaco en el pasado (T6-T8c).</i> | Cigarrillos <input type="text"/> | T5a | |
| | | Tabaco de liar <input type="text"/> | T5b | |
| | | Pipas <input type="text"/> | T5c | |
| | | Puros, puritos <input type="text"/> | T5d | |
| | | Otro <input type="text"/> Si otro, saltar a T5other, si no, saltar a T9 | T5e | |
| | | Otro (especificar): <input type="text"/> Saltar a T9 | T5other | |
| AMPLIADA: Consumo de tabaco | | | | |
| Pregunta | | Respuesta | | Código |
| 27 | En el pasado, ¿Hubo alguna vez que fumó diariamente ? <i>Pregúntele al participante que piense en la primera vez cuando el/ella pudo haber fumado productos de tabaco diariamente.</i> | Sí 1 | T6 | |
| | | No 2 Si No, Saltar a T9 | | |
| 28 | ¿Qué edad tenía cuando dejó de fumar a diario ? <i>Pregúntele al participante que piense en la vez cuando el/ella dejó de fumar productos de tabaco diariamente.</i> | Edad (años) | T7 | |
| | | No Sabe 77 <input type="text"/> Si lo Sabe, Saltar a T9 | | |
| 29 | ¿Hace cuánto tiempo que dejó de fumar a diario ? (MARCAR SOLAMENTE 1, NO LOS 3) No Sabe 77 <i>Esta pregunta es para fumadores actualmente del cigarrillo. Si el participante no se acuerda la edad cuando empezaron a fumar, Apunte el tiempo en semanas, meses, o años cuando adecuada.</i> | Años atrás <input type="text"/> Si lo Sabe, Saltar a T9 | T8a | |
| | | O Meses atrás <input type="text"/> Si lo Sabe, Saltar a T9 | T8b | |
| | | O Semanas atrás <input type="text"/> | T8c | |
| 30 | ¿Consume actualmente algún tipo de tabaco que no emite humo [rapé, tabaco de mascar, betel]? <i>Pregúntele al participante que piense de cualquier producto de tabaco sin humo lo cual el/ella</i> | Sí 1 | T9 | |
| | | No 2 Si No, Saltar a T12 | | |
| 31 | ¿Consume actualmente y diariamente productos de tabaco que no emiten humo ? <i>Solo para fumadores actualmente de productos de tabaco sin humo.</i> | Sí 1 | T10 | |
| | | No 2 Si No, Saltar a T12 | | |
| 32 | En promedio, ¿cuántas veces al día consume....? (RELLENAR PARA CADA TIPO) No Sabe 77 <i>Solo para aquellos que usan productos de tabaco sin humo. Apunte cada tipo de producto de tabaco sin humo. Apunte zero si ningún producto fue usado en cada categoría envés de dejar el espacio en blanco. Después siga a la pregunta T13. Fumadores que fuman diariamente no tienen que contestar las preguntas sobre el uso de tabaco en el pasado T12.</i> | Rapé, vía oral <input type="text"/> | T11a | |
| | | Rapé, vía nasal <input type="text"/> | T11b | |
| | | Tabaco de mascar <input type="text"/> | T11c | |
| | | Betel, bolo <input type="text"/> | T11d | |
| | | Otro <input type="text"/> Si Otro, saltar a T11other, si no, saltar a T13 | T11e | |
| | | Otro (especificar) <input type="text"/> Saltar a T13 | T11other | |

| | | | |
|----|--|--|-----|
| 33 | <p>En el pasado, alguna vez usó tabaco que no emite humo como [rapé, tabaco de mascar, betel] diariamente?</p> <p><i>Pregúntele al participante que piense en la vez lo cual el/ella pudo haber usado productos de tabaco sin humo diariamente.</i></p> <p>Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?</p> <p><i>Apunte el número de días.</i></p> | Sí 1 | T12 |
| | | No 2 | |
| 34 | <p>Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien quien fumó en un lugar cerrado en su trabajo (en el edificio, en una área de trabajo, en una oficina específica) y en su presencia?</p> <p><i>Apunte el número de días. Para aquellos no trabajan en un lugar cerrado, Apunte 77.</i></p> | <p>Número de días</p> <p>No sabe 77</p> <p><input type="text"/></p> | T13 |
| 35 | <p>Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien quien fumó en un lugar cerrado en su trabajo (en el edificio, en una área de trabajo, en una oficina específica) y en su presencia?</p> <p><i>Apunte el número de días. Para aquellos no trabajan en un lugar cerrado, Apunte 77.</i></p> | <p>Número de días</p> <p>No sabe o no trabaja En un lugar cerrado 77</p> <p><input type="text"/></p> | T14 |

SECCIÓN PRINCIPAL: Consumo de alcohol

Las siguientes preguntas se centran en el consumo de alcohol.

| Pregunta | Respuesta | Código |
|---|---|--------|
| <p>36</p> <p>¿Alguna vez ha consumido alguna bebida alcohólica como cerveza, vino, aguardiente, sidra o [añadir ejemplos locales]?</p> <p><i>(UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES O MOSTRAR EJEMPLOS)</i></p> <p><i>Piense en cualquiera bebida que contiene alcohol.</i></p> <p>¿Ha consumido una bebida alcohólica dentro de los últimos 12 meses?</p> <p><i>Piense en cualquiera bebida que contiene alcohol.</i></p> | <p>Sí 1</p> <p>No 2 <i>Si No, Saltar a D1</i></p> | A1a |
| <p>37</p> <p>Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado al menos una bebida alcohólica?</p> <p><i>(LEER LAS RESPUESTAS)</i></p> <p><i>(UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)</i></p> <p><i>Piense en el último año solamente.</i></p> | <p>Sí 1</p> <p>No 2 <i>Si No, Saltar a D1</i></p> | A1b |
| <p>38</p> <p>¿Ha consumido una bebida alcohólica dentro de los últimos 30 días?</p> <p><i>Marque la respuesta adecuada.</i></p> | <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 |
| <p>39</p> <p>¿Durante los últimos 30 días, en cuantas ocasiones tomo por los menos una bebida alcohólica?</p> <p><i>Piense en los últimos 30 días solamente. Apunte el número de ocasiones. Note que más de una ocasión puede ocurrir en lo cual el alcohol es consumido durante el aquel día.</i></p> <p>¿Alguna vez ha consumido alguna bebida alcohólica como cerveza, vino, aguardiente, sidra o [añadir ejemplos locales]?</p> <p><i>(UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES O MOSTRAR EJEMPLOS)</i></p> <p><i>Piense en cualquiera bebida que contiene alcohol.</i></p> | <p>Sí 1</p> <p>No 2 <i>Si No, Saltar a D1</i></p> | A3 |

| | | | |
|----|--|--|----|
| 40 | ¿Ha consumido una bebida alcohólica dentro de los últimos 12 meses? <i>Piense en cualquiera bebida que contiene alcohol.</i> | Número No sabe 77 <input type="text"/> | A4 |
| 41 | ¿Durante los últimos 30 días, cuando tomé bebidas alcohólicas, por medio , cuantos vasos estándar se tomé durante una ocasión? <i>Ayude al participante al tomar el por medio del número total de bebidas alcohólicas.</i> | Número No sabe 77 <input type="text"/> | A5 |
| 42 | ¿Durante los últimos 30 días, cual fue el número mayor de vasos alcohólicas estándar que se tomé en solo una ocasión, teniendo en cuenta diferentes tipos de bebidas alcohólicas? <i>Piense solo en los últimos días.</i> | Número mas grande No sabe 77 <input type="text"/> | A6 |
| 43 | ¿Durante los últimos 30 días, cuantas tuvo para hombres: cinco o más para mujeres: cuatro o más número de bebidas alcohólicas estándar en una sola ocasión? <i>Piense solo en los últimos 30 días. Acuérdesse de leer el número correcto: 5 o más para HOMBRES, 4 o más para MUJERES.</i> | Número de veces No sabe 77 <input type="text"/> | A7 |

AMPLIADA: Consumo de alcohol

| Pregunta | Respuesta | Código | |
|----------|--|---|-----|
| 44 | ¿Durante los últimos 30 días, cuando consumió una bebida alcohólica, con que frecuencia fue con comida. Por favor no cuente bocadillos. <i>Piense solo en los últimos 30 días.</i> | Usualmente con comidas 1 A veces con comida 2 Alguna vez con comida 3 Nunca con comida 4 | A8 |
| 45 | Durante cada uno de los últimos 7 días , ¿cuántos vasos estándar (de cualquier bebida alcohólica) se tomó cada día? | Lunes <input type="text"/> | A9a |
| | | Martes <input type="text"/> | A9b |
| | (RELLENAR PARA CADA DÍA (UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES) | Miércoles <input type="text"/> | A9c |
| | No Sabe 77 | Jueves <input type="text"/> | A9d |
| | <i>Piense solo en la última semana.</i> | Viernes <input type="text"/> | A9e |
| | <i>Un vaso estándar es la cantidad de etanol que contienen vasos estándar de cerveza, vino o licores. Esta cantidad varía dentro de 8 a 13 gramos de etanol por país. Vea la cartilla de imágenes. Apunte el número de vasos estándar por cada día. Apunte 0 si la</i> | Sábado <input type="text"/> | A9f |
| | | Domingo <input type="text"/> | 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 locales. 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 del año pasado.

| Pregunta | Respuesta | Código | |
|----------|---|--|----|
| 46 | En una semana típica, ¿Cuántos días come usted frutas ? (UTILIZAR LA CARTILLA DE IMÁGENES) <i>Piense en cualquiera fruta en la cartilla de imágenes. Una semana típica significa una semana "normal" cuando su dieta no es afectada por razones culturales, religiosas, u otros eventos. No reporte un promedio.</i> | Número de días No Sabe 77 <input type="text"/> Si ningún día, Saltar a D3 | D1 |

| | | | |
|----|--|---|----|
| 47 | ¿Cuántas porciones de frutas come en uno de esos días? (UTILIZAR LA CARTILLA DE IMÁGENES) <i>Piense en un día cual el participante pueda acordar fácilmente.</i> | Número de porciones No Sabe 77 <input type="text"/> | D2 |
| 48 | En una semana típica, ¿Cuántos días come usted verduras ? (UTILIZAR LA CARTILLA DE IMÁGENES) <i>Piense en cualquiera verdura que se encuentra en la cartilla de imágenes. Una semana típica significa una semana "normal" cuando su dieta no es afectada por razones culturales, religiosas u otro evento. No reporte el por medio.</i> | Número de días No Sabe 77 <input type="text"/> <i>Si ningún día, Saltar a D5</i> | D3 |
| 49 | ¿Cuántas porciones de verduras come en uno de esos días? (UTILIZAR LA CARTILLA DE IMÁGENES) <i>Piense en un día cual el participante pueda acordar fácilmente.</i> | Número de porciones No Sabe 77 <input type="text"/> | D4 |

| AMPLIADA: Dieta | | | |
|---|--|---|---------|
| 50 | ¿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) <i>Marque la respuesta adecuada.</i> | Aceite vegetal 1 | D5 |
| | | Manteca de animal 2 | |
| Mantequilla 3 | | | |
| Margarina 4 | | | |
| Otro 5 <i>Si Otro, Saltar a D5other</i> | | | |
| Ninguno en particular 6 | | | |
| No uso ninguno 7 | | | |
| | No sabe 77 | | |
| | Otro <input type="text"/> | | D5other |
| 51 | ¿Por medio, cuántas comidas por semana como algo que no fue preparado en casa? <i>Comidas</i> implica desayuno, almuerzo y cena <i>Apunte el número de comidas.</i> | Número No Sabe 77 <input type="text"/> | D6 |

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, que se trate de un empleo remunerado o no, de estudiar, de mantener su casa, de cosechar, de pescar, de cazar o de buscar trabajo *[inserte otros ejemplos si es necesario]*. 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.

Lea lo siguiente en voz alta. El participante tendrá que pensar sobre la primera vez que trabajó (pagado o no pagado, que hiciese de casa, cosecha de comida, pescar o casar, buscar empleo [insertar otros ejemplos si es necesario]), y después el tiempo que el/ella ocupa viajando de lado a lado. Finalmente tendrá que pensar sobre el tiempo ocupado en actividades vigorosas al igual que actividades físicamente moderada durante el tiempo libre.

Acuérdese al participante que cuando el/ella conteste las siguientes preguntas, las "actividades vigorosas e intensas" son las cuales requieren esfuerzo físico y causan que respire más fuerte, y cuando los latidos de corazón aumentan. No se olvide usar la cartilla de imágenes que pueden ayudar al participante a responder las preguntas.

| Pregunta | Respuesta | Código |
|---|--|----------|
| En el trabajo | | |
| 52 ¿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? <i>(INSERTAR EJEMPLOS Y UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)</i> <i>Actividades vigorosas e intensas son las cuales se le hace difícil respirar y cuando los latidos del corazón aumentan.</i> | Sí 1 No 2 <i>Si No, Saltar a P4</i> | P1 |
| 53 En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades físicas intensas en su trabajo? <i>Una "semana típica" no se refiere a la media de varias semanas a lo largo de un período sino que hace referencia a una semana normal en la que una persona practica actividades intensas.</i> <i>Respuestas validas son aquellas de 1 a 7.</i> | Número de días <input type="text"/> | P2 |
| 54 En uno de esos días en los que realiza actividades físicas intensas, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades? <i>Piense en un día que pueda acordarse fácilmente. Considere solo actividades realizadas por 10 minutos o más. Encueste las repuestas altas (sobre 4 horas) para verificar la respuesta.</i> | Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins | P3 (a-b) |
| 55 ¿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? <i>(INSERTAR EJEMPLOS Y UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)</i> <i>Las actividades son consideradas intensas moderadamente si causan un pequeño aumento de respire y/o latidos de corazón.</i> | Sí 1 No 2 <i>Si No, Saltar a P7</i> | P4 |
| 56 En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades de intensidad moderada en su trabajo? <i>Respuestas validas son de 1 a 7.</i> | Número de días <input type="text"/> | P5 |
| 57 En uno de esos días en los que realiza actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades? <i>Piense de un día que pueda acordarse fácilmente. Considere solo las actividades realizadas por 10 minutos o más. Encueste respuestas altas (sobre 4 hrs) para verificar la respuesta.</i> | Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins | P6 (a-b) |

| Para desplazarse | | | |
|--|--|--|-----------|
| <p>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 mercado, al lugar de culto [insertar otros ejemplos si es necesario]</p> <p><i>Esta declaración de introducción de las siguientes preguntas sobre las actividades físicas asociadas con el transporte es muy importante. Esto le ayuda al participante a pensar sobre la manera que viaja de sitio a sitio. Esta declaración no se debe omitir.</i></p> | | | |
| 58 | <p>¿Camina usted o usa usted una bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?</p> <p><i>Marque la opción adecuada.</i></p> | <p>Sí 1</p> <p>No 2 <i>Si No, Saltar a P10</i></p> | P7 |
| 59 | <p>En una semana típica, ¿cuántos días camina o va en bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?</p> <p><i>Respuestas validas son de 1-7</i></p> | <p>Número de días <input type="text"/></p> | P8 |
| 60 | <p>En un día típico, ¿cuánto tiempo pasa caminando o yendo en bicicleta para desplazarse?</p> <p><i>Piense en un día del que puede acordarse fácilmente. Tenga en cuenta el tiempo total que pasa caminando o andando en bicicleta de 10 minutos o más.</i></p> | <p>Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>hrs mins</p> | P9 (a-b) |
| En el tiempo libre | | | |
| <p>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, fitness u otras actividades físicas que practica en su tiempo libre [inserte otros ejemplos si llega el caso].</p> <p><i>Este párrafo de introducción ayuda al participante a centrarse sobre sus actividades de tiempo libre, que también podemos llamar de ocio. El deporte está incluido en esta parte pero no se trata únicamente de la participación a competiciones. Las actividades mencionadas deberían ser practicadas regularmente y no sólo de vez en cuando. Es importante tratar únicamente de las actividades de tiempo libre y de no incluir las actividades que ya han sido desarrolladas. Esta introducción no se debería omitir.</i></p> | | | |
| 61 | <p>¿En su tiempo libre, practica usted deportes/fitness intensos que implican una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco como [correr, jugar al fútbol] durante al menos 10 minutos consecutivos?</p> <p>(INSERTAR EJEMPLOS Y UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)</p> <p><i>Actividades son consideradas vigorosas e intensas si causan un aumento en respiración y/o aumentan los latidos de corazón.</i></p> | <p>Sí 1</p> <p>No 2 <i>Si No, Saltar a P13</i></p> | P10 |
| 62 | <p>En una semana típica, ¿cuántos días practica usted deportes/fitness intensos en su tiempo libre?</p> <p><i>Respuestas validas son de 1-7</i></p> | <p>Número de días <input type="text"/></p> | P11 |
| 63 | <p>En uno de esos días en los que practica deportes/fitness intensos, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?</p> <p><i>Piense de un día que pueda recordad fácilmente. Considere el tiempo total que le toma caminar o andar en bicicleta por 10 minutos o más. Encueste las repuestas altas (sobre 4 horas) para verificar la respuesta.</i></p> | <p>Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>hrs mins</p> | P12 (a-b) |
| 64 | <p>¿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?</p> <p>(INSERTAR EJEMPLOS Y UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)</p> <p><i>Actividades son consideradas modernamente intensas si causan un pequeño aceleración de la respiración y/o de los latidos de corazón.</i></p> | <p>Sí 1</p> <p>No 2 <i>Si No, Saltar a P16</i></p> | P13 |
| 65 | <p>En una semana típica, ¿cuántos días practica usted actividades físicas de intensidad moderada en su tiempo libre?</p> <p><i>Respuestas validas son de 1-7</i></p> | <p>Número de días <input type="text"/></p> | P14 |

| | | | |
|----|---|--|--------------|
| 66 | En uno de esos días en los que practica actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades? <i>Piense de un día que pueda acordarse fácilmente. Considere el tiempo total que pasa haciendo actividades de recreo moderadas, por 10 minutos o más. Encueste sobre respuestas altas (sobre 4 hrs).</i> | Horas : minutos <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins </div> | 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 casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado [ante una mesa de trabajo, sentado con los amigos, viajando en autobús o en tren, jugando a las cartas o viendo la televisión], pero no se incluye el tiempo pasado durmiendo.

[INSERTAR EJEMPLOS] (UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)

| | | | |
|----|--|--|--------------|
| 67 | ¿Cuándo tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico? <i>Considere el tiempo total que pasa sentado trabajando, en una oficina, leyendo, viendo televisión, usando una computadora, tejiendo, descansando, etc. No incluya las horas que pasa durmiendo.</i> | Horas : minutos <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins </div> | P16 (a-b) |
|----|--|--|--------------|

SECCIÓN PRINCIPAL: Antecedentes de tensión arterial elevada

| Pregunta | Respuesta | Código |
|----------|--|--------|
| 68 | ¿ Alguna vez le han medido la presión por un doctor o cualquier otro profesional de salud? <i>Marque la respuesta adecuada. .</i> Sí 1 No 2 <i>Si No, Saltar a H6</i> | H1 |
| 69 | ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene presión alta, o hipertensión? <i>Marque la respuesta adecuada.</i> Sí 1 No 2 <i>Si No, Saltar a H6</i> | H2a |
| 70 | ¿ Alguna vez le han medido la presión por un doctor o cualquier otro profesional de salud? <i>Marque la respuesta adecuada. .</i> Sí 1 No 2 | H2b |

AMPLIADA: Antecedentes de tensión arterial elevada

| | | | |
|---|---|--------------|-----|
| ¿Esta actualmente recibiendo cualquiera de los siguientes tratamientos para la presión alta recetado por un medico o profesional de salud? <i>Marque la respuesta adecuada para cada una de las siguientes opciones.</i> | | | |
| 71 | Medicamentos que ha tomado durante las últimas dos semanas | Sí 1 No 2 | H3a |
| | Consejo para reducir 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 |
| 72 | ¿Alguna vez ha visitado algún curandero debido al problema de presión alta o hipertensión? <i>Marque la respuesta apropiada.</i> Sí 1 No 2 | H4 | |
| 73 | ¿Está tomando algún medicamento tradicional o a base de hierbas para la presión alta? <i>Marque la respuesta apropiada.</i> Sí 1 No 2 | H5 | |

| SECCIÓN PRINCIPAL: Antecedentes de tensión arterial elevada | | | |
|---|--|--|-----|
| Pregunta | Respuesta | Código | |
| 74 | ¿Alguna vez le han medido la glucosa en la sangre por un medico o profesional de salud? <i>Marque la respuesta adecuada.</i> | Sí 1 No 2 <i>Si No, Saltar a M1</i> | H6 |
| 75 | ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa en la sangre es alto? <i>Marque la respuesta adecuada.</i> | Sí 1 No 2 <i>Si No, Saltar a M1</i> | H7a |
| 76 | ¿Alguna vez le han medido la glucosa en la sangre por un medico o profesional de salud? <i>Marque la respuesta adecuada.</i> | Sí 1 No 2 | H7b |

| AMPLIADA: Antecedentes de la diabetes | | | |
|---------------------------------------|--|--------------|-----|
| Pregunta | Respuesta | Código | |
| | ¿Esta actualmente recibiendo cualquiera de los siguientes tratamientos para la presión alta recetado por un medico o profesional de salud? <i>Marque la respuesta adecuada para cada de las siguientes.</i> | | |
| 77 | Insulina | Sí 1 No 2 | H8a |
| | Medicamentos que ha tomado 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 |
| 78 | ¿Alguna vez ha visitado algún curandero debido al problema de la diabetes? <i>Marque la respuesta adecuada.</i> | Sí 1 No 2 | H9 |
| 79 | ¿Está tomando algún medicamento tradicional o a base de hierbas para su diabetes? <i>Marque la respuesta adecuada.</i> | Sí 1 No 2 | H10 |

Step 2 | Medidas Físicas

Para ayuda en como tomar y completar las medidas físicas, vea Parte 3, Sección 3.

| SECCIÓN PRINCIPAL: Estatura y Peso | | Respuesta | Código |
|---|---|---|--------|
| 80 | Código de identificación del entrevistador <i>Apunte el código del entrevistador (para estatura, peso, y perímetro de cadera).</i> | <input type="text"/> | M1 |
| 81 | Código de identificación del aparato para medir la estatura y el peso <i>Apunte el código del aparato.</i> | Estatura <input type="text"/> | M2a |
| | | Peso <input type="text"/> | M2b |
| 82 | Estatura <i>Apunte la estatura del participante en cm.</i> | en Centímetros (cm.) <input type="text"/> | M3 |
| 83 | Peso <i>Si pesa demasiado para la escala, usar código 666.6</i> <i>Apunte el peso del participante en kg.</i> | en Kilogramos (Kg.) <input type="text"/> | M4 |
| 84 | Sólo mujeres: ¿Está usted embarazada? <i>Si la respuesta es sí, continúe con M8</i> | Sí 1 <i>Sí, Saltar a M8</i> | M5 |
| | | No 2 | |
| SECCIÓN PRINCIPAL: Perímetro de Cintura | | | |
| 85 | Código de identificación del aparato para medir el perímetro de cintura <i>Apunte el código del aparato.</i> | <input type="text"/> | M6 |
| 86 | Perímetro de cintura <i>Apunte el perímetro de la cintura del participante en cm.</i> | en Centímetros (cm.) <input type="text"/> | M7 |
| SECCIÓN PRINCIPAL: Tensión Arterial | | | |
| 87 | Código de identificación del entrevistador <i>Apunte el código del entrevistador (en muchos casos el técnico es el mismo para medir la estatura, peso y perímetro de cintura).</i> | <input type="text"/> | M8 |
| 88 | Código de identificación del aparato para medir la tensión arterial <i>Apunte el código del aparato.</i> | <input type="text"/> | M9 |
| 89 | Tamaño del brazalete utilizado <i>Apunte el tamaño del brazalete utilizado</i> | Pequeño 1 | M10 |
| | | Normal 2 | |
| | | Grande 3 | |
| 90 | Lectura 1 <i>Apunte las primeras medidas después que el participante haya descansado por 15 minutos. Espere 3 minutos antes de tomar la segunda medida.</i> | Sistólica (mmHg) <input type="text"/> | M11a |
| | | Diastólica (mmHg) <input type="text"/> | M11b |
| 91 | Lectura 2 <i>Apunte la segunda medida. Pídale al participante que descanse por otros 3 minutos antes de tomar la tercera medida.</i> | Sistólica (mmHg) <input type="text"/> | M12a |
| | | Diastólica (mmHg) <input type="text"/> | M12b |
| 92 | Lectura 3 <i>Apunte la tercera medida.</i> | Sistólica (mmHg) <input type="text"/> | M13a |
| | | Diastólica (mmHg) <input type="text"/> | M13b |
| 93 | Durante las dos últimas semanas, ¿ha tomado medicamentos recetados por un médico u otro profesional de la salud por tener la tensión alta? <i>Marque la respuesta adecuada.</i> | Sí 1 | M14 |
| | | No 2 | |

| AMPLIADA: Perímetro de Caderas y ritmo cardíaco | | | |
|---|--|---|------|
| 94 | Perímetro de caderas <i>Apunte el perímetro de caderas del participante en cm.</i> | en Centímetros (cm.) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | M15 |
| 95 | Ritmo cardíaco (Indique si se utiliza un aparato automático para medir la tensión arterial) <i>Apunte las tres medidas.</i> | | |
| | Lectura 1 | Latidos por minuto <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | M16a |
| | Lectura 2 | Latidos por minuto <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | M16b |
| | Lectura 3 | Latidos por minuto <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | M16c |

Step 3 | Medidas bioquímicas

Para más información sobre cómo rellenar las mediciones bioquímicas, vea Parte3, Sección 4

| SECCIÓN PRINCIPAL: Glucemia | | Respuesta | Código |
|-----------------------------|--|---|--------|
| 96 | Durante las últimas 12 horas, ¿ha ingerido algún alimento o líquido (que no sea agua)? | Sí 1 No 2 | B1 |
| 97 | Código de identificación del técnico | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | B2 |
| 98 | Código de identificación del aparato | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | B3 |
| 99 | 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 |
| 100 | Glucemia en ayuno <i>Verifique que el participante esté en ayuno.</i> | mmol/l <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | B5 |
| | | mg/dl <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 101 | Durante las últimas 12 horas, ¿ha ingerido algún alimento o líquido (que no sea agua)? <i>Es esencial que el participante esté en ayuno</i> | Sí 1 No 2 | B6 |

| SECCIÓN PRINCIPAL: Lípidos en la sangre | | | |
|---|---|--|----|
| 102 | Código de identificación del aparato | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | B7 |
| 103 | Colesterol total | mmol/l <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | B8 |
| | | mg/dl <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 104 | ¿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 | | | |
|--|----------------|--|-----|
| 105 | Triglicéridos | mmol/l <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | B10 |
| | | mg/dl <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 106 | Colesterol HDL | mmol/l <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | B11 |
| | | mg/dl <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |

