

Versión panamericana de STEPS



Instrumento para la Vigilancia de Factores de Riesgo

Presentación general

Introducción

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

- Las secciones principales (las casillas con fondo blanco)
- Las secciones ampliadas (las casillas con fondo gris)
- Las respuestas posibles para Step 1, Step 2 y Step 3

Secciones principales

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

- Fumadores actuales a diario
- IMC medio

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

Secciones ampliadas

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

- El consumo de tabaco sin humo
- Antecedentes de tensión arterial alta

Guía para las columnas

El cuadro que se encuentra a continuación constituye una guía rápida para cada una de las columnas del instrumento.

Columna	Descripción	Adaptación
Número	El número de referencia de cada pregunta existe para ayudar a los entrevistadores a ubicarse en caso de interrupción.	Numere cronológicamente las preguntas una vez finalizado el contenido.
Pregunta	Hay que leer cada pregunta a los participantes.	<ul style="list-style-type: none">• Seleccione las secciones que se han de utilizar.• Añada las preguntas de la sección ampliada u opcional
Respuesta	Esta columna establece una lista de las opciones de respuestas existentes, que el entrevistador rodeará o para las que rellenará las casillas de texto. Las instrucciones para los saltos se encuentran a la derecha de las respuestas y hay que seguirlas detenidamente cuando se hacen las entrevistas.	<ul style="list-style-type: none">• Añada las respuestas específicas a su zona para las preguntas demográficas (por ejemplo C5).• En las indicaciones de salto, cambie los códigos por el número de la pregunta.
Código	Esta columna se creó para que los datos del instrumento correspondan con los de la herramienta de entrada de datos, de la sintaxis del análisis, del Manual de datos y de la Hoja de datos.	El código no se debe cambiar o quitar. Se utiliza como identificador general para la entrada y el análisis de datos.

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



Versión Panamericana de 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 distrito /centro/pueblo	_ _ _	I1
2	Nombre del centro/ pueblo		I2
3	Identificación del entrevistador	_ _ _	I3
4	Fecha en que fue rellenado el instrumento	_ _ _ _ _ _ _ _ _ Día Mes Año	I4

		Número de Id Participante	Código
		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Consentimiento, Entrevista, Idioma y Nombre		Respuesta	Código
5	Se ha leído y obtenido el consentimiento al entrevistado	Sí 1 No 2 Si NO, leer el consentimiento	I6
6	Idioma de la entrevista [Insertar el idioma]	Español 1 [Añadir otras] 2 [Añadir otras] 3 [Añadir otras] 4	I7
7	Hora de la entrevista (0-24 horas)	_ _ : _ _ horas minutos	I8
8	Apellido		I9
9	Nombre		I10
Información adicional que podría ser útil			
10	Número de teléfono de contacto (cuando sea posible)		I11

La información contenida en I6 hasta I11 debe guardarse separada del instrumento, ya que contiene información confidencial.

Step 1 Información demográfica

SECCIÓN PRINCIPAL: Información demográfica			
Pregunta		Respuesta	Código
11	Sexo (Indique hombre o mujer según observe)	Hombre 1 Mujer 2	C1
12	¿Cuál es su fecha de nacimiento? <i>No Sabe 77 777 7777</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año	C2
13	¿Qué edad tiene usted?	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	C3
14	En total, ¿durante cuántos años fue a la escuela o estuvo estudiando a tiempo completo (sin tener en cuenta la etapa preescolar)?	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	C4
AMPLIADA: Información demográfica		Respuesta	Código
15	¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha alcanzado? [INSERTAR LAS CATEGORÍAS ESPECÍFICAS DE CADA PAÍS]	Sin escolaridad formal 1 Escuela primaria incompleta 2 Escuela primaria completa 3 Escuela secundaria completa 4 Estudios preuniversitarios completos 5 Estudios universitarios completos 6 Estudios de postgrado 7 Rehúsa 8	C5
16	¿A qué medio sociocultural pertenece usted [<i>insertar según proceda grupo étnico / grupo racial / subgrupo cultural / otros</i>]?	[<i>Definidos según las necesidades demográficas locales</i>] 1 2 3 Rehúsa 8	C6
17	¿En el momento actual, está usted?	Soltero/a 1 Casado/a 2 Viviendo en pareja 3 Viudo/a 4 Separado o divorciado/a 5	C7
18	¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su actividad laboral principal en los últimos 12 meses? [INSERTAR LAS CATEGORÍAS ESPECÍFICAS DE CADA PAÍS] (UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)	Empleado(a) del gobierno 1 Empleado(a) en el sector privado 2 Trabajador(a) independiente 3 No remunerado(a) 4 Estudiante 5 Amo(a) de casa 6 Jubilado(a) 7 Desempleado (a) (puede trabajar) 8 Desempleado(a) (no puede trabajar) 9 Rehúsa 88	C8
19	¿Cuántas personas mayores de 18 años, incluyéndolo a usted, viven en su casa?	Número de personas <input type="text"/> <input type="text"/>	C9

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?	Sí 1 No 2 <i>Si No, saltar a T6</i>	T1
23	¿Fuma usted a diario ?	Sí 1 No 2 <i>Si No, saltar a T6</i>	T2
24	¿A que edad comenzó usted a fumar a diario?	Edad (años) _ _ _ _ <i>Si recuerda, saltar a T5a</i> No recuerda 777	T3
25	¿Recuerda cuanto tiempo hace que fuma a diario? (<i>MARCAR SOLAMENTE 1, NO LOS 3</i>) No recuerda 77	En Años _ _ _ _ <i>Si lo sabe, saltar a T5a</i>	T4a
		O en meses _ _ _ _ <i>Si lo sabe, saltar a T5a</i>	T4b
		O en semanas _ _ _ _	T4c
26	En promedio, ¿ cuántos de los siguientes productos fuma al día? (<i>RELLENAR PARA CADA TIPO</i>) No recuerda 77	Cigarrillos _ _ _ _	T5a
		Tabaco de enrollar _ _ _ _	T5b
		Pipas _ _ _ _	T5c
		Puros, puritos _ _ _ _	T5d
		Otro _ _ _ _ <i>Si otro, saltar a T5other</i>	T5e
		Otro (especificar): _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	T5otro
AMPLIADA: Consumo de tabaco			
Pregunta	Respuesta	Código	
27	En el pasado, ¿fumó usted a diario ?	Sí 1 No 2 <i>Si No, saltar a T9</i>	T6
28	¿Qué edad tenía cuando dejó de fumar a diario ?	Edad (años) _ _ _ _ <i>Si lo sabe, saltar a T9</i> No recuerda 77	T7
29	¿ Cuánto tiempo hace que dejó de fumar a diario ? (<i>MARCAR SOLAMENTE 1, NO LOS 3</i>) No recuerda 777	Años atrás _ _ _ _ <i>Si lo sabe, saltar a T9</i>	T8a
		O meses atrás _ _ _ _ <i>Si lo sabe, saltar a T9</i>	T8b
		O semanas atrás _ _ _ _	T8c
30	¿ Consume actualmente algún tipo de tabaco sin humo [<i>rapé, tabaco de mascar, betel</i>]?	Sí 1 No 2 <i>Si No, saltar a T12</i>	T9
31	¿Consume productos de tabaco sin humo cada día?	Sí 1 No 2 <i>Si No, saltar a T12</i>	T10

SECCIÓN PRINCIPAL: Consumo de alcohol			
Las siguientes preguntas se centran en el consumo de alcohol.			
Pregunta	Respuesta	Código	
36	¿Ha consumido alguna vez alguna bebida que contenga alcohol, como cerveza, vino, aguardiente, sidra o [añadir ejemplos locales] ? (UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES O MOSTRAR EJEMPLOS)	Sí 1 No 2 Si No, saltar a D1	A1
37	¿Ha consumido alguna bebida que contenga alcohol, como cerveza, vino, aguardiente, sidra o [añadir ejemplos locales] durante los últimos 12 meses?	Sí 1 No 2 Si No, saltar a D1	A1b
38	Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado al menos una bebida alcohólica? (LEER LAS RESPUESTAS) (UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)	A diario 1 5-6 días a la semana 2 1-4 días a la semana 3 1-3 días al mes 4 Menos de una vez al mes 5	A2
39	¿Ha consumido alguna bebida que contenga alcohol, como cerveza, vino, aguardiente, sidra o [añadir ejemplos locales] en los <u>últimos 30 días</u> ? (UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES O MOSTRAR EJEMPLOS)	Sí 1 No 2 Si No, saltar a A 6	A3
40	¿En los últimos 30 días, en cuantas ocasiones ha consumido alguna bebida que contenga alcohol, como cerveza, vino, aguardiente, sidra o [añadir ejemplos locales] ? (UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES O MOSTRAR EJEMPLOS)	Numero No sabe 77 _ _	A4
41	Durante los últimos 30 días , ¿cuándo usted consumo alcohol, en promedio , cuántos vasos estándar (de cualquier bebida alcohólica) consumo en una ocasion?	Numero No sabe 77 _ _	A5
42	Durante los últimos 30 días , ¿cúal fue el mayor numero de vasos estándar (de cualquier bebida alcohólica) que usted consumo en una sola ocasión, contando todos los tipos de bebidas alcoholicas que haya consumido en esa ocasión?	Numero No sabe 77 _ _	A6
43	Durante los últimos 30 días , ¿Cuántas veces usted consumo Para hombres cinco o mas Para mujeres cuatro o mas Vasos estandar de bebidas alcoholicas en una sola ocasión?	Numero No sabe 77 _ _	A7
AMPLIADA: Consumo de alcohol			
Pregunta	Respuesta	Código	
44	En los últimos 30 días, ¿cuando usted ha consumido una bebida alcohólica, que tan a menudo lo ha hecho con las comidas (por favor, no incluir meriendas)?	Usualmente 1 A veces 2 Rara vez con comidas 3 Nunca con comidas 4	A8
45	Durante los últimos 7 días , ¿cuántos vasos estándar (de cualquier bebida alcohólica) se ha tomado cada día?	Lunes _ _ _	A9a
	Martes _ _ _	A9b	
	Miércoles _ _ _	A9c	
	Jueves _ _ _	A9d	

Número de Id Participante

	Viernes <input type="text"/>	A9e
	Sábado <input type="text"/>	A9f
	Domingo <input type="text"/>	A9g

SECCIÓN PRINCIPAL: Dieta

Ahora le haré unas preguntas sobre las frutas y las verduras y hortalizas que suele consumir. Tengo una cartilla nutricional que muestra ejemplos de frutas, verduras y hortalizas locales. Cada imagen representa el tamaño de una porción. Por favor cuando conteste 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)	Número de días <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No Sabe 77	D1
47	¿Cuántas porciones de frutas come en uno de esos días? (UTILIZAR LA CARTILLA DE IMÁGENES)	Número de porciones <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No Sabe 77	D2
48	En una semana típica, ¿Cuántos días come usted verduras y hortalizas ? (UTILIZAR LA CARTILLA DE IMÁGENES)	Número de días <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No Sabe 77	D3
49	¿Cuántas porciones de verduras y hortalizas come en uno de esos días? (UTILIZAR LA CARTILLA DE IMÁGENES)	Número de porciones <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No Sabe 77	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)	Aceite vegetal 1 Manteca de animal 2 Mantequilla 3 Margarina 4 Otro 5 <i>Si Otro, saltar a D5otro</i> Ninguno en particular 6 No uso ninguno 7 No sabe 77	D5
		Otro <input type="text"/>	D5otro
51	En una semana típica, ¿Cuántas comidas come usted fuera de su casa ?	Número <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No Sabe 77	D6

Step 2 Mediciones Físicas

SECCIÓN PRINCIPAL: Estatura y Peso		Respuesta	Código
89	Código de identificación del entrevistador	<input type="text"/>	M1
90	Códigos de identificación de los aparatos para medir la estatura y el peso	Estatura <input type="text"/>	M2a
		Peso <input type="text"/>	M2b
91	Estatura	en Centímetros (cm) <input type="text"/>	M3
92	Peso <i>Si pesa demasiado para la báscula, usar código 666.6</i>	en Kilogramos (kg) <input type="text"/>	M4
93	<i>(Sólo mujeres)</i> ¿Está usted embarazada?	Sí 1 Si Sí, saltar a M8 No 2	M5
SECCIÓN PRINCIPAL: Perímetro de Cintura			
94	Código de identificación del aparato para medir el perímetro de cintura	<input type="text"/>	M6
95	Perímetro de cintura	en Centímetros (cm) <input type="text"/>	M7
SECCIÓN PRINCIPAL: Tensión Arterial			
96	Código de identificación del entrevistador	<input type="text"/>	M8
97	Código de identificación del aparato para medir la tensión arterial	<input type="text"/>	M9
98	Tamaño del brazalete utilizado	Pequeño 1 Mediano 2 Grande 3	M10
99	Lectura 1	Sistólica (mmHg) <input type="text"/>	M11a
		Diastólica (mmHg) <input type="text"/>	M11b
100	Lectura 2	Sistólica (mmHg) <input type="text"/>	M12a
		Diastólica (mmHg) <input type="text"/>	M12b
101	Lectura 3	Sistólica (mmHg) <input type="text"/>	M13a
		Diastólica (mmHg) <input type="text"/>	M13b
102	Durante las dos últimas semanas, ¿ha tomado medicamentos recetados por un médico u otro profesional de la salud por tener la tensión elevada?	Sí 1 No 2	M14
AMPLIADA: Perímetro de Caderas y ritmo cardíaco			
103	Perímetro de caderas	en Centímetros (cm) <input type="text"/>	M15
104	Ritmo cardíaco (Indique si se utiliza un aparato automático para medir la tensión arterial)		
	Lectura 1	Latidos por minuto <input type="text"/>	M16a
	Lectura 2	Latidos por minuto <input type="text"/>	M16b
	Lectura 3	Latidos por minuto <input type="text"/>	M16c

Step 3 Mediciones bioquímicas

SECCIÓN PRINCIPAL: Glicemia		Respuesta	Código
105	Durante las últimas 12 horas, ¿ha ingerido algún alimento o líquido (que no sea agua)?	Sí 1 No 2	B1
106	Código de identificación del técnico	<input type="text"/>	B2
107	Código de identificación del aparato	<input type="text"/>	B3
108	Hora del día en que se tomó la muestra (24 horas)	Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	B4
109	Glicemia en ayunas	mmol/l <input type="text"/> . <input type="text"/>	B5
110	Hoy, ¿Ha tomado usted insulina o algún otro medicamento que haya sido prescrito por un médico u otro profesional de la salud para aumentar la glicemia sanguínea?	Si 1 No 2	B6

SECCIÓN PRINCIPAL: Lípidos en la sangre			
111	Código de identificación del aparato	<input type="text"/>	B6
112	Colesterol total	mmol/l <input type="text"/> . <input type="text"/>	B7
113	Durante las últimas dos semanas, ¿ Ha recibido usted tratamiento para Colesterol alto con medicamentos prescritos por un médico u otro profesional de la salud?	Si 1 No 2	B8

AMPLIADA: Triglicéridos, Colesterol HDL y Glicemia			
114	Triglicéridos	mmol/l <input type="text"/> . <input type="text"/>	B9
115	Colesterol HDL	mmol/l <input type="text"/> . <input type="text"/>	B10
116	Tolerancia oral de la glucosa	mmol/l <input type="text"/> . <input type="text"/>	B11



