

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN “ENSANUT”

CONFIDENCIALIDAD:

LOS DATOS PROPORCIONADOS POR EL INFORMANTE SON Estrictamente CONFIDENCIALES Y SERÁN UTILIZADOS ÚNICAMENTE CON Fines ESTADÍSTICOS DE ACUERDO AL ARTÍCULO 21 DE LA LEY DE ESTADÍSTICA

FACTORES DE RIESGO HOMBRES Y MUJERES DE 20 A MENORES DE 60 AÑOS

7

1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

1. Regional: 1. Norte; 2. Litoral; 3. Centro; 4. Sur	<input type="text"/>	6. Zona:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Area: 1. URBANA 2. RURAL	<input type="text"/>	7. Sector:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Provincia:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	8. No. de vivienda según muestra:		
4. Cantón:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
5. Cabecera Cantonal o Parroquial:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	9. No. de Hogar		
			<input type="text"/>		

INFORMANTE: DIRECTO

2. DATOS DEL INFORMANTE

INFORMANTE		COD. PER. FORM. DEL HOGAR	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
Persona Original	SI	1				
	NO	2				
Persona Reemplazo	SI	1				
	NO	2				

SECCIÓN I. CONSUMO DE TABACO

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

1	¿Ha fumado alguna vez en su vida cigarrillos u otros productos de tabaco?	<p>SI 1</p> <p>NO 2 → PASE a PREG. 1 SECCIÓN II</p>
2	A qué edad comenzó usted a fumar cigarrillos u otros productos de tabaco?	<p>Edad (años cumplidos)..... <input type="text"/></p> <p>No Recuerda..... 77</p>
3	¿Ha fumado usted en los últimos 30 días cigarrillos u otros productos de tabaco?	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>

SECCIÓN I. CONSUMO DE TABACO

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

4	¿Con qué frecuencia fuma?	Diariamente 01 Algunos días de la semana 02 Fin de semana 03 Rara vez..... 04 Ya no fuma..... 05 → PASE a PREG. 1 SECCIÓN II No sabe/no responde 99														
5	En promedio, de los siguientes productos ¿Cuántos fuma cada día? <div>REGISTRE "00" EN TODAS LAS ALTERNATIVAS QUE NO FUMA</div>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Número</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cigarrillos</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Tabaco de pipa</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Pipas de agua o narguile</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Puros.....</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Rape</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Otro. Cuáles?</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">ESPECIFIQUE</p>		Número	Cigarrillos	<input type="text"/> <input type="text"/>	Tabaco de pipa	<input type="text"/> <input type="text"/>	Pipas de agua o narguile	<input type="text"/> <input type="text"/>	Puros.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	Rape	<input type="text"/> <input type="text"/>	Otro. Cuáles?	<input type="text"/> <input type="text"/>
	Número															
Cigarrillos	<input type="text"/> <input type="text"/>															
Tabaco de pipa	<input type="text"/> <input type="text"/>															
Pipas de agua o narguile	<input type="text"/> <input type="text"/>															
Puros.....	<input type="text"/> <input type="text"/>															
Rape	<input type="text"/> <input type="text"/>															
Otro. Cuáles?	<input type="text"/> <input type="text"/>															

SECCIÓN II. CONSUMO DE ALCOHOL

1	¿Ha consumido alguna bebida que contenga alcohol, alguna vez en su vida?	Si 1 No 2 → PASE a PREG. 1 SECCIÓN III
2	¿A qué edad consumió por primera vez alcohol?	Edad (años cumplidos)..... <input type="text"/> <input type="text"/> No Recuerda..... 77
3	¿Durante los últimos 30 días cuántos días ha consumido alguna bebida que contenga alcohol?	Número de días <input type="text"/> <input type="text"/> <div>SI NO CONSUMIÓ REGISTRE "00"</div>
4	En los últimos 7 días, indíqueme ¿cuáles días y cuántos tragos de bebida alcohólica bebió?	

	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1	Tragos Diarios	Tragos Diarios	Tragos Diarios	Tragos Diarios	Tragos Diarios	Tragos Diarios	Tragos Diarios
2	Tragos Diarios	Tragos Diarios	Tragos Diarios	Tragos Diarios	Tragos Diarios	Tragos Diarios	Tragos Diarios

ENCUESTADOR/A:
Inicie el recordatorio en la fila 2 de la tabla desde el día anterior a la entrevista, hacia atrás hasta cumplir 7 días.

SECCIÓN III. RÉGIMEN ALIMENTARIO

1	En promedio, ¿Cuántas comidas por semana consume usted que no fueron preparadas en el hogar? (Por comida, quiero decir: desayuno, almuerzo, y merienda)	Número de comidas <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe.....88 No responde.....99
---	--	---

SECCIÓN IV. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS EN TORNO A LA SAL DE MESA

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

1	<p>¿Agrega sal a los alimentos en la mesa:</p> <p>ADMITE UNA SOLA RESPUESTA</p>	<p>Nunca? 1</p> <p>Rara vez? 2</p> <p>Algunas veces? 3</p> <p>A menudo? 4</p> <p>Siempre?..... 5</p>
2	<p>¿En los alimentos que usted come en casa al cocinarlos agrega sal:</p> <p>ADMITE UNA SOLA RESPUESTA</p>	<p>Nunca? 1</p> <p>Rara vez? 2</p> <p>Algunas veces? 3</p> <p>A menudo? 4</p> <p>Siempre?..... 5</p>
3	<p>¿Cuánta sal cree que usted consume:</p> <p>ADMITE UNA SOLA RESPUESTA</p>	<p>Exagerada?.....01</p> <p>Demasiada?.....02</p> <p>Simplemente la cantidad correcta?.....03</p> <p>Muy Poca?.....04</p> <p>Demasiado poca?.....05</p> <p>No sabe?.....88</p> <p>No responde?.....99</p>
4	<p>¿Piensa que un régimen alimentario con un alto contenido de sal podría causar un grave problema de salud?</p>	<p>Si.....01</p> <p>No.....02</p> <p>No sabe.....88</p> <p>No responde.....99</p>
5	<p>¿Hace algo en forma constante a fin de regular su consumo de sal o de sodio?</p>	<p>Si..... 01</p> <p>No..... 02</p> <p>No sabe..... 88</p> <p>No responde..... 99</p> <p>PASE A PREG. 1 SECCIÓN V</p>
6	<p>¿Qué hace en forma constante a fin de regular su consumo de sal o de sodio?</p> <p>ADMITE MAS DE UNA RESPUESTA</p>	<p>Evitar o reducir al mínimo el consumo de alimentos procesados .. 1</p> <p>Mirar en las etiquetas de los alimentos el contenido de sodio..... 2</p> <p>No agregar sal en la mesa..... 3</p> <p>Comprar opciones con bajo contenido de sal..... 4</p> <p>Comprar opciones con bajo contenido de sodio..... 5</p> <p>No agregar sal al cocinar..... 6</p> <p>Usar especias diferentes a la sal al cocinar..... 7</p> <p>Evitar comer fuera..... 8</p> <p>Otro (especificar)..... 9</p>

SECCIÓN V. ANTECEDENTES DE PRESIÓN ARTERIAL ALTA

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

1	¿Alguna vez le ha tomado la Presión un médico u otro profesional de la salud?	Si 1 No 2																		
2	¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de salud que usted tiene la presión alta o hipertensión?	Si1 No 2 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">FIN DE LA ENTREVISTA</div>																		
3	¿Recibe actualmente alguno de los tratamientos o sigue alguno de los consejos indicados a continuación para la presión alta, recetados por un médico u otro profesional de salud: <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>¿Medicamentos (medicación) que haya tomado en las últimas 2 semanas?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>¿Consejo de disminuir el consumo de sal?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>¿Consejo o tratamiento a fin de perder peso?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>¿Consejo o tratamiento a fin de dejar de fumar?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>¿Consejo de comenzar a practicar mas ejercicios?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>			SI	NO	¿Medicamentos (medicación) que haya tomado en las últimas 2 semanas?.....	1	2	¿Consejo de disminuir el consumo de sal?.....	1	2	¿Consejo o tratamiento a fin de perder peso?.....	1	2	¿Consejo o tratamiento a fin de dejar de fumar?.....	1	2	¿Consejo de comenzar a practicar mas ejercicios?.....	1	2
	SI	NO																		
¿Medicamentos (medicación) que haya tomado en las últimas 2 semanas?.....	1	2																		
¿Consejo de disminuir el consumo de sal?.....	1	2																		
¿Consejo o tratamiento a fin de perder peso?.....	1	2																		
¿Consejo o tratamiento a fin de dejar de fumar?.....	1	2																		
¿Consejo de comenzar a practicar mas ejercicios?.....	1	2																		
4	¿Toma actualmente algún medicamento tradicional (preparados a base de productos naturales) para la presión alta?	Si 1 No 2																		