

**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ENCUESTA NACIONAL DE NUTRICIÓN Y SALUD MEDIO CAMINO 2016
CUESTIONARIO DE HISTORIA SOBRE ENFERMEDADES CRÓNICAS - ADULTOS DE 20 AÑOS O MÁS**

<p>A. ¿Cual es el sexo del(de la) entrevistado(a)?</p> <p>ENTREVISTADOR: ESTA PREGUNTA DEBE SER CONTESTADA POR USTED</p>	<p>asexo</p>	<p>Sexo []</p> <p>Hombre.....1 Mujer.....2</p>
<p>B. ¿Cuántos años cumplidos tiene actualmente?</p>	<p>aedad</p>	<p>Edad [] [] []</p> <p>NS/NR.....999</p>

ENTREVISTADOR: ANTES DE INICIAR DÍGALE AL ADULTO QUE DURANTE LA ENTREVISTA PUEDE UTILIZAR LENTES Y/O APARATO(S) AUDITIVO(S) EN CASO DE QUE LOS USE HABITUALMENTE

ENTREVISTADOR:

<p>14.0 El adulto presenta alguno de los siguientes problemas:</p> <p>Tiene problemas auditivos graves (sordo)1</p> <p>Tiene problemas para hablar o comunicarse2</p> <p>No presenta los problemas 1 y 23</p>	<p>a1400</p>
---	--------------

FILTRO:

- 1.- PERSONAS DE 20 A 59 AÑOS CON CÓDIGO 1 y/o 2 EN 14.0 PREGUNTE POR EL INFORMANTE SUSTITUTO/PROXY Y PASE A 14a.11, CONTINÚE LA ENTREVISTA HACIENDO LAS PREGUNTAS SOBRE EL ADULTO AL INFORMANTE SUSTITUTO/PROXY
- 2.- PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS CON CÓDIGO 1 y/o 2 EN PREGUNTA 14.0, PREGUNTE POR EL INFORMANTE SUSTITUTO/PROXY Y PASE A 14a.11, CONTINÚE LA ENTREVISTA HACIENDO LAS PREGUNTAS SOBRE EL ADULTO MAYOR AL INFORMANTE SUSTITUTO/PROXY
- 3.- PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS CON CÓDIGO 3 EN PREGUNTA 14.0 CONTINÚE

Datos generales del informante sustituto (proxy) y/o cuidador(a)

ENTREVISTADOR: CONTINÚE LA ENTREVISTA HACIENDO TODAS LAS PREGUNTAS SOBRE EL ADULTO SELECCIONADO AL INFORMANTE SUSTITUTO/CUIDADOR(A)

<p>14a.11 ¿Qué edad tiene (en años) el cuidador(a)?</p>	<p>a14a11</p>	<p>Edad [] [] []</p>
<p>14a.12 Sexo del cuidador(a)</p> <p>Hombre.....1</p> <p>Mujer.....2</p>	<p>a14a1</p>	<p>Sexo []</p>

FILTRO: SI EL INFORMANTE SUSTITUTO (PROXY) Y/O CUIDADOR ES QUIEN RESPONDE, PASE A 1.02 CONTINÚE CON EL CUESTIONARIO

I. SOBREPESO Y OBESIDAD

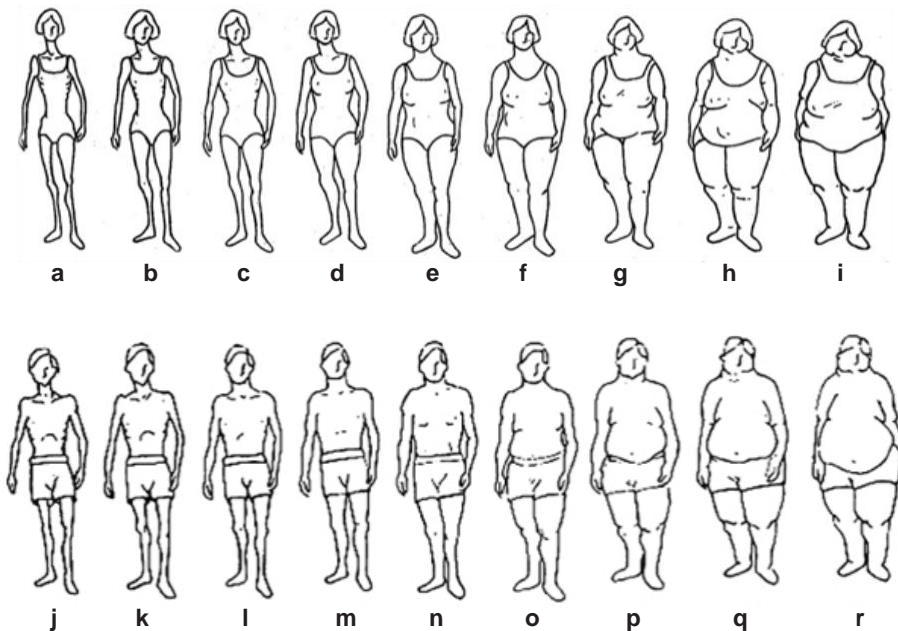
ENCUESTADOR MUESTRE LA TARJETA SEGÚN SEA EL SEXO DEL ENTREVISTADO.

SILUETAS DE STUNKARD

A continuación, le voy a mostrar unas figuras corporales.

1.01 ¿Qué silueta corporal considera que se parece a usted en este momento?	[]	a101
1.01a ¿En cuál de las siluetas corporales preferiría estar usted?	[]	a101a
¿Cuál de las siluetas corporales considera que...? 1.01b...es saludable	[]	a101b
1.01c...tiene bajo peso	[]	a101c
1.01d...tiene sobrepeso	[]	a101d
1.01e...tiene obesidad	[]	a101e

NS/NR.....9



1.02 Durante el último año, ¿ha ganado o perdido peso?

Sí

Ganó peso 1

A102

Perdió peso 2

No ha experimentado cambios en su peso 3

Ganó o perdió peso porque está embarazada 4

No responde 8

No sabe 9

PASE A
3.01

1.03 ¿Cuántos kilos fueron los que ganó (o perdió)?

Peso ganado o perdido

A103

|_|_|_|

Kilos

SI PERDIÓ MAS DE 5 KILOS CONTINUE SI GANÓ O PERDIÓ MENOS DE 5 KILOS PASE A 3.01.

1.04 ¿Esta pérdida fue intencional?

Sí 1

A104

No 2

No responde 8

No sabe 9

Pase a 3.01

1.05 ¿Cómo intentó perder peso?

1. Disminuir el tamaño de las porciones

|_| A105a

2. Comer menos grasa

|_| A105b

3. Comer menos carbohidratos

|_| A105c

4. Aumento de la actividad física

|_| A105d

5. Eliminar el desayuno o la cena

|_| A105e

6. Siguió las recomendaciones de un profesional de la salud

|_| A105f

7. Tomó medicamentos para perder peso

|_| A105g

8. Eliminó el consumo de refrescos

|_| A105h

9. Aumentó el consumo de vegetales y alimentos ricos en fibra (ej cereales integrales)

|_| A105i

10. Otros _____

A105esp

|_| A105j

III. DIABETES MELLITUS

<p>3.01 ¿Algún médico le ha dicho que tiene diabetes o el azúcar alta en la sangre?</p> <p style="text-align: right;"><input type="text" value="a301"/></p>	<p>Sí.....1 Sí durante el embarazo.....2→ No.....3→</p>	<p>PASE A 4 01</p>
<p>3.02 ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico por primera vez que tenía diabetes o el azúcar alta en la sangre?</p>	<p>Meses [] Años [] Menos de un mes... <input type="text" value="a302a"/> <input type="text" value="a302b"/>0000 NS/NR.....9999</p>	

<p>3.02a ¿Cuál era su edad al momento del diagnóstico?</p>	<p>Años [] <input type="text" value="a3025"/> No sabe..... 99</p>
--	---

FILTRO: SI ES MUJER CONTINÚE, SI ES HOMBRE PASE A LA PREGUNTA 3.05

<p>3.03 ¿Algún médico le ha diagnosticado diabetes durante alguno de sus embarazos?</p>	<p>Sí.....1 <input type="text" value="a303"/> No.....2 Nunca he estado embarazada.....3</p>
---	---

<p>3.05 EN EL ÚLTIMO AÑO ¿Cuántas veces y con qué frecuencia acudió al médico para controlar su diabetes?</p>	<p>Frecuencia: Diario.....1 <input type="text" value="a305a"/> Semanal.....2 Mensual.....3 Anual.....4 No responde.....8 No sabe.....9</p> <p style="text-align: right;"><input type="text" value="a305b"/> Frecuencia</p>
---	--

<p>3.06 ¿En qué institución se atiende para controlar su diabetes?</p> <p style="text-align: center;">PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN</p>	<p>Seguro Social (IMSS)01 <input type="text" value="A306a"/> ISSSTE.....02 <input type="text" value="A306b"/> ISSSTE Estatal.....03 <input type="text" value="A306c"/> Pemex.....04 <input type="text" value="A306d"/> Defensa.....05 <input type="text" value="A306e"/> Marina.....06 <input type="text" value="A306f"/> Centro de salud u Hospital de la SSA.....07 <input type="text" value="A306g"/> IMSS Prospera.....08 <input type="text" value="A306h"/> Consultorios dependientes de farmacias.....09 <input type="text" value="A306i"/> Médicos privado.....10 <input type="text" value="A306j"/> Hospital civil.....11 <input type="text" value="A306k"/> Institutos Nacionales.....12 <input type="text" value="A306l"/> Otro lugar (especifique) <input type="text" value="a306esp"/>77 <input type="text" value="A306m"/> NS/NR.....99 <input type="text" value="A306n"/></p>
---	--

<p>3.07 ¿Actualmente toma pastillas o le aplican insulina para controlar su diabetes?</p> <p style="text-align: right;"><input type="text" value="a307"/></p>	<p>Sí, Solo Insulina.....1→ PASE A 3.07c Sí, solo pastillas.....2 Sí, Ambas3 Ninguno.....4 →PASE A 3.09</p>
---	--

<p>3.07a ¿Me puede mostrar las medicinas que usted ha estado tomando durante las últimas dos semanas para controlar su diabetes?</p> <p style="text-align: right;"><input type="text" value="a307a"/></p>	<p>Sí.....1 Sí toma medicamentos, pero no los mostró.....2→ PASE A 3.09</p>
---	--

ENTREVISTADOR: Anote el nombre de o los medicamento(s) mostrados por el entrevistado y si fue recetado por un médico.

	Nombre del medicamento	¿Fue recetado por un profesional médico? Sí.....1 No.....2 No sabe9
3.07b1 Medicamento 1	<input type="text" value="a307b1"/>	3.07b1_2 <input type="text" value="a307b12"/>
3.07b2 Medicamento 2	<input type="text" value="a307b2"/>	3.07b2_2 <input type="text" value="a307b22"/>
3.07b3 Medicamento 3	<input type="text" value="a307b3"/>	3.07b3_2 <input type="text" value="a307b32"/>
3.07b4 Medicamento 4	<input type="text" value="a307b4"/>	3.07b4_2 <input type="text" value="a307b42"/>
3.07b5 Medicamento 4	<input type="text" value="a307b5"/>	3.07b5_2 <input type="text" value="a307b52"/>

3.07c ¿Hace cuánto tiempo inició el tratamiento con insulina?	<input type="text" value="a307ca"/> Meses <input type="text" value="a307cb"/> Años
3.08 ¿Cuántas dosis se aplica de insulina y con qué frecuencia?	Dosis por día <input type="text" value="a308a"/> Frecuencia: <input type="text" value="a308b"/> Diario.....1 A la semana.....2 No responde.....8 No sabe9
3.09 ¿Actualmente lleva algún otro tratamiento para controlar su azúcar? <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; display: inline-block;"> PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN </div>	Plan de alimentación (dieta)..... 1 <input type="checkbox"/> a309a Realiza algún plan de ejercicio físico.....2 <input type="checkbox"/> a309b Homeopatía (Chochos).....3 <input type="checkbox"/> a309c Herbolaria.....4 <input type="checkbox"/> a309d Medicina alternativa5 <input type="checkbox"/> a309e Otros.....7 <input type="checkbox"/> a309f No.....8 <input type="checkbox"/> a309g
3.10 Durante los últimos 12 meses, ¿qué exámenes le hizo u ordenó su médico para vigilar su azúcar? <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; display: inline-block;"> PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN </div>	Tiras reactivas en orina.....1 <input type="checkbox"/> a310a Tiras reactivas en sangre.....2 <input type="checkbox"/> a310b Exámen general de orina.....3 <input type="checkbox"/> a310c Determinación de glucosa en sangre venosa.....4 <input type="checkbox"/> a310d Determinación de hemoglobina glucosilada.....5 <input type="checkbox"/> a310e Exámen para medir el nivel de proteínas en la orina (microalbuminuria).....6 <input type="checkbox"/> a310f Automonitoreo.....7 <input type="checkbox"/> a310g Ninguno.....8 <input type="checkbox"/> a310h → PASE A 3.12

3.11 Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se realizó esta prueba?	Examen 1	Veces	[][]	a311e1
	Examen 2	Veces	[][]	a311e2
	Examen 3	Veces	[][]	a311e3
	Examen 4	Veces	[][]	a311e4
	Examen 5	Veces	[][]	a311e5
	Examen 6	Veces	[][]	a311e6
	Examen 7	Veces	[][]	a311e7
		NS/NR.....99		

3.12 Debido a la diabetes, ¿qué medidas preventivas ha seguido para evitar complicaciones en el último año? PUEDA ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN	No realiza ninguna medida preventiva.....17	a312q	Bloquear las siguientes opciones pase a 3.13
	Revisión oftalmológica..... 1		a312a
	Toma una aspirina diario..... 2		a312b
	Revisión de pies.....3		a312c
	Examen general de orina y micro albuminuria4		a312d
	Medición de la presión arterial.....5		a312e
	Aplicación de vacuna contra influenza.....6		a312f
	Aplicación de vacuna contra neumococo.....7		a312g
	Medición del colesterol y los triglicéridos.....8		a312h
	Toma un medicamento para disminuir la concentración de colesterol (pravastatina, atorvastatina, simvastatina, rosuvastatina).....9		a312i
	Toma un medicamento para el control de su presión arterial.....10		a312j
	Dejo de fumar11		a312k
	Revisión dental12		a312l
	Recibió educación sobre su enfermedad13		a312m
	Electrocardiograma14		a312n
	Evita calzado que pueda lesionar sus pies15		a312o
	Otro a312esp16		a312p
Especifique			

		Opciones de respuesta		
		Sí.....1	No.....2	
3.13 ¿Debido a la diabetes...	ha tenido úlceras en piernas o pies que tarden en sanar más de 4 semanas?.....		a313a	
	le han amputado alguna parte del cuerpo?.....		a313b	
	le ha disminuido su visión?.....		a313c	
	ha sufrido daño en la retina?.....		a313d	
	ha perdido la vista?.....		a313e	
	le han hecho diálisis?.....		a313f	
	ha sufrido de un infarto del miocardio?.....		a313g	
	ha tenido infarto cerebral?.....		a313h	
	sufrió de un coma diabético?.....		a313u	
	sufre ardor, dolor o pérdida de la sensibilidad en la planta de los pies?.....		a313i	
	ha tenido hipoglucemias que requieran ayuda de una tercera persona para su resolución?.....		a313j	
	ha acudido a un servicio de urgencias en el último año?.....		a313k	
	Número de visitas a urgencias por año.....			a313k2
	ha estado hospitalizado por más de 24 horas?.....		a313l	
	Número de hospitalizaciones por año.....			a313l2
	duración total de las hospitalizaciones en un año (días).....			a313l3
	ha tenido inasistencias laborales?.....		a313m	
	Número de inasistencias laborales por año.....			a313m2
	retiro prematuro?.....		a313n	
	incapacidad no mayor a tres meses.....		a313o	
	requiere del apoyo de una tercera persona para sus necesidades básicas.....		a313p	
	tratamiento con láser.....		a313q	
	cirugía ocular.....		a313r	
arritmia.....		a313s		
no puede caminar más de 6 minutos sin sentir fatiga.....		a313t		

IV. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

4.01 ¿Algún médico le ha dicho que tiene la presión alta o hipertensión?

a401

Sí.....1

No.....2

PASE A
5.01

4.02 ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico que tiene la presión alta o hipertensión?

Meses [] [] [] Años [] [] []

Menos de un mes. a402a0000

NS/NR.....9999

a402a

a402b

FILTRO: SI ES MUJER CONTINÚE, SI ES HOMBRE PASE A LA PREGUNTA 4.05

4.03 ¿Algún médico le diagnosticó presión alta durante alguno de sus embarazos?

a403

Sí.....1

No.....2

Nunca he estado embarazada.....3

PASE A
4.05

4.04 ¿Algún médico o personal de salud le diagnosticó pre eclampsia solamente durante el tiempo en que estuvo embarazada?

a404

Sí.....1

No.....2

Pase a
4.08

4.05 ¿Actualmente toma alguna medicina (pastillas) para controlar su presión alta?

a405

Sí.....1

No.....2

NS/NR.....9

PASE A
4.08

4.05b En los últimos 12 meses ¿cuántas veces acudió al médico para control?

Veces [] [] []

a405b

4.06 ¿En qué institución se atiende para controlar su presión alta?

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

Seguro Social (IMSS).....01 a406a

SSSTE.....02 a406b

STE Estatal.....03 a406c

Pemex.....04 a406d

Defensa.....05 a406e

Marina.....06 a406f

Centro de Salud u Hospital de la SSA.....07 a406g

IMSS Oportunidades.....08 a406h

Consultorios dependientes de farmacias.....09 a406i

Médico privado.....10 a406j

Otro lugar (especifique) a406esp 77 a406k

NS/NR.....99 a406k

4.07 ¿Actualmente lleva otro tratamiento para controlar su presión alta?

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

Sí, ¿cuál?

Plan de alimentación (dieta).....1 a407a

Realiza algún plan de ejercicio físico.....2 a407b

Homeopatía (chochos).....3 a407c

Herbolaria.....4 a407d

Disminución en el consumo de sal.....5 a407e

Medicina alternativa.....6 a407f

No.....7 a407g

4.08 En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se tomó o le tomaron la presión?

Veces a408a

Frecuencia a408b

Frecuencia:

Diario.....1

NS/NR.....999 Semanal.....2

Mensual.....3

V. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

5.01 ¿Ha tenido alguna vez un dolor fuerte en el pecho, con falta de aire o gran malestar que durara media hora o más?

a501

Sí 1
 No 2

5.02 Le ha dicho el médico que usted tiene o tuvo...

	Sí	No	
un infarto?	1	2	a502a
angina de pecho?.....	1	2	a502b
insuficiencia cardiaca?	1	2	a502c
otra enfermedad del corazón?	1	2	a502d

Especifique

Entrevistador: SI LA PREGUNTA ANTERIOR LA RESPUESTA ES QUE SI PRESENTÓ UN INFARTO (CÓDIGO 1) CONTINÚE. SI NO PASE A LA PREGUNTA 6.05

5.03 ¿Lo hospitalizaron para atender el infarto que presentó?

Sí 1
 No 2

a503

5.04 ¿A qué edad tuvo el primer infarto?

No responde 88
 No sabe 99

a504
Edad

5.05 ¿Actualmente está tomando algún medicamento por el infarto?

Sí 1
 No 2
 No responde 8
 No sabe 9

a505

VI. ENFERMEDAD RENAL, HIPERCOLESTEROLEMIA Y NEUROVASCULAR

6.05 ¿Alguna vez un médico le ha dicho que padece de alguna enfermedad del riñón como...

	Sí	No	
infección de vías urinarias en más de una ocasión?.....	1	2	a605a
cálculos renales?.....	1	2	a605b
insuficiencia renal?	1	2	a605c

Entrevistador: SI EN ALGUNA DE LAS RESPUESTAS DE LA PREGUNTA ANTERIOR RESPONDIÓ SÍ (CODIGO 1) CONTINÚE, SI NO ES ASÍ, PASE A LA PREGUNTA 6.07

6.06 ¿El tipo de tratamiento que tiene para su enfermedad renal es...

	Sí	No	
dieta sin sal?	1	2	a606a
medicamentos?	1	2	a606b
homeopático?	1	2	a606c
hemodiálisis?	1	2	a606d
acupuntura?	1	2	a606e
naturista?	1	2	a606f
Otro, Especifique:.....	1	2	a606g
Ninguno	1	2	a606h

VI. ENFERMEDAD RENAL, HIPERCOLESTEROLEMIA Y NEUROVASCULAR

6.a ¿le han medido alguna vez la concentración de colesterol y/o triglicéridos?	Sí.....1	a600a
	No.....2 → PASE A 6.11	
	No respondió.....8	
	No sabe.....9 → PASE A 6.11	

6.07 ¿Algún médico le ha dicho que tiene el colesterol alto?

6.08 ¿Ha tenido tratamiento para el colesterol alto?

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

6.09 ¿Algún médico le ha dicho que tiene los triglicéridos altos?

6.10 ¿Ha recibido tratamiento para los triglicéridos altos?

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

6.11 ¿Le ha dicho su médico, si ha tenido una embolia cerebral?

6.11a ¿Lo(a) hospitalizaron por esta razón?

Sí.....1	} PASE A P. 6.09	a607
No.....2		
No sabe.....3		

	SI	
Medicamento.....1		a608a
Dieta.....2		a608b
Aumento de actividad física.....3		a608c
Remedios caseros.....4		a608d
No.....5		

Sí.....1	} PASE A P. 6.11	a609
No.....2		
No sabe.....3		

	SI	
Medicamento.....1		a610a
Dieta.....2		a.10b
Aumento de actividad física.....3		a610c
No.....4		a610d

Sí.....1	a611
No.....2	
No sabe.....3	

Sí.....1	a611a
No.....2	

<p>6.10a Mencione las acciones que actualmente realiza para el control de colesterol o triglicéridos</p> <p>PUDE SELECCIONAR VARIAS OPCIONES</p>	Modificar su alimentación.....	a6102a
	Aumento de actividad física.....	a6102b
	Tomar alguno de los siguientes medicamentos: Bezafibrato, fenofibrato, gemfibrozil.....	a6102c
	Otros (especifique): a6102esp	a6102d
	Ninguno.....	a6102e

VII. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Ahora le preguntaré sobre algunas enfermedades que pudieran haber tenido sus padres.

FAMILIARES	7.01 ¿Su padre o madre tiene o tuvo diabetes o azúcar alta en la sangre? LEA TODAS LAS OPCIONES			7.02 ¿A qué edad le diagnosticaron a su (PADRE O MADRE) diabetes o azúcar alta en la sangre?			7.03 ¿Su padre o madre tiene o tuvo hipertensión o presión alta? LEA TODAS LAS OPCIONES			7.04 ¿A qué edad le diagnosticaron a su (PADRE O MADRE) la presión alta?			7.05 ¿Su padre o madre tuvo un infarto? LEA TODAS LAS OPCIONES			7.06 ¿A qué edad su (PADRE O MADRE) tuvo su primer infarto?		
	Sí	No	NS/NR	Edad			Sí	No	NS/NR	Edad			Sí	No	NS/NR	Edad		
a) Padre	1 a701a	2 PASE A 7.03	9	a702a NS/NR 99			1 a703a	2 PASE A 7.05	9	a704a NS/NR 99			1 a705a	2 PASE AL INCISO b	9	a706a NS/NR 99		
b) Madre	1 a701b	2 PASE A 7.03	9	a702b NS/NR 99			1 a703b	2 PASE A 7.05	9	a704b NS/NR 99			1 a705b	2 FIN DE SECCIÓN	9	a706b NS/NR 99		

XIII. FACTORES DE RIESGO

13.01 ¿Ha fumado usted por lo menos cien cigarros (5 cajetillas) de tabaco durante toda su vida?	Sí.....1 No.....2 Nunca ha fumado.....3 NS/NR.....9	a1301 PASE A 13.12C.
13.01a ¿Actualmente fuma?	Sí.....1 No.....2	a1301a
13.12c. Considerando todo tipo de bebidas alcohólicas ¿Cuántas veces durante los últimos 30 días, tomó 5 copas o más en una ocasión?	_____ Número de veces	a1312c
	Actualmente ya no toma.....98 No responde.....88 No sabe.....99	