

Anexo 1 – Encuesta

Cuestionario para adolescente bajo estudio.

El Centro de Investigación y Referencia de la Aterosclerosis de La Habana está realizando una investigación para estudiar los factores contextuales de las Señales Aterogénicas Tempranas en adolescentes. Pedimos su colaboración para responder este cuestionario con la mayor sinceridad posible ya que el mismo es de mucha importancia en el desarrollo de este estudio. La encuesta será anónima y se garantizará la confiabilidad de los datos.

No de cuestionario	_ _ _	Fecha de nacimiento	_ _ _ _ _ _ _ _ _
--------------------	-------	---------------------	-------------------

Sección I. Características socio - demográficas. (Aplicar al adolescente en presencia de la madre o tutor)

1	Sexo	F <input type="checkbox"/> 1	M <input type="checkbox"/> 2
2	Edad (decimal)	_ _ _ _	
3	Nivel educacional más alto terminado completamente de la madre del niño (a partir de 6 años) o adolescente	Ningún grado aprobado (0.º)	<input type="checkbox"/> 1
		Primaria (1- 6.º)	<input type="checkbox"/> 2
		Secundaria Básica (7-9.º)	<input type="checkbox"/> 3
		Obrero calificado	<input type="checkbox"/> 4
		Técnico medio	<input type="checkbox"/> 5
		Pre Universitario (10-12)	<input type="checkbox"/> 6
		Universitario	<input type="checkbox"/> 7

Sección II. Examen físico y antropométrico

4	Examen físico y antropométrico	Peso: _ _ _ _ kg	Talla _ _ _ _ cm	IMC	> 3 p	< 18,5
		Desnutrido <input type="checkbox"/> 1	TAS _ _ _ _ mmHg		3 p y > 10 p	18,5-24,9
		Bajo peso <input type="checkbox"/> 2	TAD _ _ _ _ mmHg		10 p y > 90 p	25-29,9
		Normo peso <input type="checkbox"/> 3	Clasificación TA: _____		90 p y > 97 p	30 o más
		Sobre peso <input type="checkbox"/> 4	Cintura _ _ _ _ cm		97 p o más	
		Obeso <input type="checkbox"/> 5	Percentil CC		Razón Cintura Talla: _____	

Sección III. Condiciones de vida. (Aplicar a la madre o tutor)

5	Considera su vivienda segura desde el punto de vista constructivo.	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2
6	No tiene problemas	<input type="checkbox"/> 1	
	Filtración en los techos	<input type="checkbox"/> 2	

7	Problemas constructivos en la vivienda	Desprendimiento o desplome de los techos	<input type="checkbox"/>	3						
		Derrumbe parcial de los techos	<input type="checkbox"/>	4						
		Apuntalamiento	<input type="checkbox"/>	5						
		Humedad	<input type="checkbox"/>	6						
		Grietas o rajaduras	<input type="checkbox"/>	7						
		Abofado o descorchado	<input type="checkbox"/>	8						
		Acero expuesto	<input type="checkbox"/>	9						
		Hundimiento del piso	<input type="checkbox"/>	10						
		Otros	<input type="checkbox"/>	11						
		¿Cuáles? _____								
7	Usted recibe el agua en su vivienda	Dentro de la vivienda <input type="checkbox"/>	1	Fuera de la vivienda <input type="checkbox"/>	2	Por acarreo y/o pipa <input type="checkbox"/>	3			
8	¿Dónde se encuentra ubicado el servicio sanitario? (Si marca "No tiene pase a la pregunta 10)	Dentro de la vivienda	<input type="checkbox"/>	1						
		Fuera de la vivienda	<input type="checkbox"/>	2						
		No tiene	<input type="checkbox"/>	3						
9	El uso del servicio sanitario es:	Exclusivo de la vivienda <input type="checkbox"/>	1	Colectivo <input type="checkbox"/>	2					
10	Su cocina está ubicada en :	Una habitación aparte <input type="checkbox"/>	1	En una habitación de uso común o dormitorio <input type="checkbox"/>	2	No tiene <input type="checkbox"/>	3			
11	¿Hay electricidad en la vivienda?	Sí <input type="checkbox"/>	1	No <input type="checkbox"/>	2					
12	¿Existen en su vivienda los siguientes equipos funcionando?	Radio	<input type="checkbox"/>	1	Lavadora	<input type="checkbox"/>	9	Vídeo	<input type="checkbox"/>	16
		Plancha	<input type="checkbox"/>	2	Grabadora	<input type="checkbox"/>	10	Freezer	<input type="checkbox"/>	17
		Televisor	<input type="checkbox"/>	3	Batidora.	<input type="checkbox"/>	11	Calentador de agua	<input type="checkbox"/>	18
		Refrigerador	<input type="checkbox"/>	4	Máquina de coser	<input type="checkbox"/>	12	DVD	<input type="checkbox"/>	19
		Ventilador	<input type="checkbox"/>	5	Olla arrocera	<input type="checkbox"/>	13	Teléfono	<input type="checkbox"/>	20
		Olla de presión	<input type="checkbox"/>	6	Olla reina	<input type="checkbox"/>	14	Cocina u hornilla eléctrica	<input type="checkbox"/>	21
		Aire acondicionado	<input type="checkbox"/>	7	Computadora	<input type="checkbox"/>	15	Otros	<input type="checkbox"/>	22
		Horno microonda	<input type="checkbox"/>	8	Cuáles: _____					

13	¿Qué combustible utiliza en su vivienda para cocinar?	Gas manufacturado (gas de la calle) <input type="checkbox"/> 1	Gas licuado (de balón) <input type="checkbox"/> 2	Kerosene <input type="checkbox"/> 3
		Cocina eléctrica <input type="checkbox"/> 4	Petróleo <input type="checkbox"/> 5	Alcohol <input type="checkbox"/> 6
		Leña o carbón de leña <input type="checkbox"/> 7	Otro <input type="checkbox"/> 8 Cuál: _____	Ninguno <input type="checkbox"/> 9

Sección IV. Características de la familia. (Aplicar al adolescente y a la madre o tutor)

14	¿Cuántas personas viven en su vivienda?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1
15	¿Cuántas personas duermen en su vivienda?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1
16	De las piezas de su vivienda (no incluya baño, closet, pasillos interiores, portal abierto, terraza abierta, patio, balcón, barbacoas, entre otras.) ¿Cuántas utilizas para dormir?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1
17	¿Cuántas son exclusivamente de tipo dormitorio?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1
18	Tamaño de la familia	Pequeña (2 o 3) <input type="checkbox"/> 1
		Mediana (4-6) <input type="checkbox"/> 2
		Grande (+7) <input type="checkbox"/> 3
19	Ontogénesis de la familia	Nuclear <input type="checkbox"/> 1
		Extensa <input type="checkbox"/> 2
		Ampliada <input type="checkbox"/> 3

Sección V. Percepción de la salud y de la situación económica. (Aplicar al adolescente y a la madre o tutor)

20	¿Cómo el adolescente valora su salud?	Buena <input type="checkbox"/> 1	Regular <input type="checkbox"/> 2	Mala <input type="checkbox"/> 3
21	¿Cómo la madre valora la salud del adolescente?	Buena <input type="checkbox"/> 1	Regular <input type="checkbox"/> 2	Mala <input type="checkbox"/> 3
22	¿Cómo la madre valora su propia salud?	Buena <input type="checkbox"/> 1	Regular <input type="checkbox"/> 2	Mala <input type="checkbox"/> 3
23	¿Cómo el adolescente valora la situación económica de su familia actualmente?	Buena <input type="checkbox"/> 1	Regular <input type="checkbox"/> 2	Mala <input type="checkbox"/> 3
24	¿Cómo la madre valora la situación económica de su familia actualmente?	Buena <input type="checkbox"/> 1	Regular <input type="checkbox"/> 2	Mala <input type="checkbox"/> 3

Sección VI. Estilo de vida (Aplicar al adolescente en presencia de la madre o tutor)
a) Consumo de alimentos

25	Con qué frecuencia consume usted frutas: (Si contesta "Siempre" pase a la pregunta 27)	Nunca <input type="checkbox"/> 1	A veces <input type="checkbox"/> 2	Siempre <input type="checkbox"/> 3
26	Por qué no las consume o las consume solo algunas veces:	No le gustan <input type="checkbox"/> 1		
		No tiene hábito <input type="checkbox"/> 2		
		Por falta de oferta <input type="checkbox"/> 3		
		Altos precios <input type="checkbox"/> 4		

		No sabe	<input type="checkbox"/> 5
27	Con qué frecuencia consume usted vegetales: (Si contesta "Siempre" pase a la pregunta 29)	Nunca <input type="checkbox"/> 1	A veces <input type="checkbox"/> 2 Siempre <input type="checkbox"/> 3
28	Por qué no los consume o los consume solo a veces:	No le gustan	<input type="checkbox"/> 1
		No tiene hábito	<input type="checkbox"/> 2
		Por falta de oferta	<input type="checkbox"/> 3
		Altos precios	<input type="checkbox"/> 4
		No sabe	<input type="checkbox"/> 5
29	Con qué tipo de grasa se cocina en su casa habitualmente: (marque solo una opción)	Aceite <input type="checkbox"/> 1	Manteca <input type="checkbox"/> 2
		Mantequilla o margarina <input type="checkbox"/> 3	No uso grasa <input type="checkbox"/> 4
30	¿UD Agrega sal a los alimentos en la mesa?	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2
b) Actividad física			
31	Actividad física habitualmente	Ligera (prefiere ver TV, leer, juegos de mesa)	<input type="checkbox"/> 1
		Moderada (Combina actividad ligera con intensa)	<input type="checkbox"/> 2
		Intensa (prefiere deportes, bicicleta, juegos al aire libre)	<input type="checkbox"/> 3
32	¿Complementa sus actividades habituales con ejercicios adicionales u otra actividad física o deporte?	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2
Sección VII. Factores de riesgo y enfermedades consecuentes de la aterosclerosis (Aplicar al adolescente en presencia de la madre o tutor)			
33	¿Fuman a su alrededor?	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2
34	Familiar fumador	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2
		Madre <input type="checkbox"/> 1	Padre <input type="checkbox"/> 2 Hermanos <input type="checkbox"/> 3
		Abuelos <input type="checkbox"/> 4	Tíos <input type="checkbox"/> 5 Otros <input type="checkbox"/> 6
		Quién _____	
35	¿Ha fumado alguna vez? (Preguntar al adolescente preferiblemente solo)	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2
36	¿Fuma usted actualmente? (Si responde No pase a la pregunta 38, solo si respondió que sí ha fumado alguna vez) Si nunca ha fumado pase a la pregunta 39 (Preguntar al adolescente preferiblemente solo)	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2
37	¿Cuánto fuma usted diariamente? (Si responde esta pregunta pase a la pregunta 39) (Preguntar al adolescente preferiblemente solo)	____ cigarrillos	No sabe <input type="checkbox"/> 1
		____ tabacos	No sabe <input type="checkbox"/> 2
		____ pipas	No sabe <input type="checkbox"/> 3

38	¿Dejó de fumar hace más de 1 año? (Preguntar al adolescente preferiblemente solo)	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2
39	¿Tiene antecedentes familiares de hipertensión? (Diagnóstico antes de los 55 años)	Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2
		Madre <input type="checkbox"/> 1	Padre <input type="checkbox"/> 2 Hermanos <input type="checkbox"/> 3
40	Padece de hipertensión	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 42
41	En caso de padecer, qué edad tenía cuando se lo diagnosticaron	__ __ Año(s)	No sabe <input type="checkbox"/>
42	¿Tiene antecedentes de diabetes en su familia? (Diagnóstico antes de los 55 años)	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2
		Madre <input type="checkbox"/> 1	Padre <input type="checkbox"/> 2 Hermanos <input type="checkbox"/> 3
43	Padece de diabetes	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 45
44	En caso de padecer, qué edad tenía cuando se lo diagnosticaron	__ __ Año(s)	No sabe <input type="checkbox"/>
45	¿Tiene antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular? (Diagnóstico antes de los 55 años)	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2
		Madre <input type="checkbox"/> 1	Padre <input type="checkbox"/> 2 Hermanos <input type="checkbox"/> 3
46	Padece de alguna enfermedad cardiovascular	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 48
47	En caso de padecer, qué edad tenía cuando se lo diagnosticaron	__ __ Año(s)	No sabe <input type="checkbox"/>
48	¿Tiene antecedentes familiares de enfermedad cerebrovascular? (diagnóstico antes de los 55 años)	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2
		Madre <input type="checkbox"/> 1	Padre <input type="checkbox"/> 2 Hermanos <input type="checkbox"/> 3
49	¿Tiene antecedentes familiares de enfermedad arterial periférica? (diagnóstico antes de los 55 años)	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2
		Madre <input type="checkbox"/> 1	Padre <input type="checkbox"/> 2 Hermanos <input type="checkbox"/> 3
50	¿Tiene antecedentes familiares de enfermedad renal crónica? (diagnóstico antes de los 55 años)	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2
		Madre <input type="checkbox"/> 1	Padre <input type="checkbox"/> 2 Hermanos <input type="checkbox"/> 3
51	Número de SAT	. sin SAT	<input type="checkbox"/> 1
		. Presencia de una SAT	<input type="checkbox"/> 2
		. Presencia de dos o tres SAT	<input type="checkbox"/> 3
		. Presencia de más de tres SAT	<input type="checkbox"/> 4