



2017

**Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del
Comportamiento
Cuestionario**

29 de diciembre de 2016



Formulario aprobado

N.º OMB 0920-1061

Fecha de vencimiento: 31/03/2018

Se calcula que la carga pública reportada para recopilar esta información es un promedio de 27 minutos por respuesta, e incluye el tiempo invertido en revisar las instrucciones, buscar las fuentes de información existentes, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar el proceso de recolección de la información. Una agencia no puede hacer ni patrocinar una recolección de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB válido y vigente. Envíe sus comentarios acerca de este cálculo del tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información y sus sugerencias para reducir este tiempo a la dirección CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1061)

NOTA: El encuestador no tiene que leer ninguna parte del cálculo del tiempo ni proporcionar el número de OMB a menos que el encuestado pida esa información específica. Si un encuestado pregunta por la duración de la entrevista, proporcionele la información más precisa con base en la versión del cuestionario que se le administrará a esa persona. Si el encuestador no está seguro, proporcione el tiempo promedio señalado en la declaración de la carga pública. Si los recopiladores de datos tienen preguntas relacionadas con el proceso de la OMB para el BRFSS, por favor comuníquese con Carol Pierannunzi a ivk7@cdc.gov.

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento Cuestionario del 2017

Índice

Guion para el encuestador Línea telefónica fija	5
Selección aleatoria de adulto.....	8
Guion del encuestador para teléfono celular	10
Secciones básicas	15
Sección 1: Estado de salud	15
Sección 2: Días en los que se siente bien de salud y calidad de vida en relación con la salud	15
Sección 3: Acceso a atención médica.....	16
Sección 4: Conocimiento acerca de la hipertensión.....	18
Sección 5: Conocimiento acerca del colesterol.....	18
Sección 6: Afecciones crónicas.....	19
Sección 7: Carga de la artritis	23
Sección 8: Información demográfica.....	25
Sección 9: Consumo de tabaco.....	33
Sección 10: Cigarrillos electrónicos (<i>e-cigarettes</i>).....	36
Sección 11: Consumo de alcohol.....	37
Sección 12: Frutas y verduras.....	38
Sección 13: Ejercicio (actividad física).....	41
Sección 14: Uso del cinturón de seguridad	43
Sección 15: Vacunación	44
Sección 16: VIH/Sida	45
Declaración final	46
Módulos opcionales.....	46
Módulo 1: Prediabetes.....	47
Módulo 2: Diabetes	47
Módulo 3: Salud Respiratoria (síntomas de epoc).....	50
Módulo 4: Salud cardiovascular.....	51
Módulo 5: Medidas para controlar la presión arterial alta	53
Módulo 6: Control de la artritis	56
Módulo 7: Antecedentes de asma en adultos.....	57
Módulo 8: Días en los que se siente bien de salud (síntomas)	60

Módulo 9: Trastorno del sueño.....	61
Módulo 10: Acceso a atención médica	62
Módulo 11: Detección de consumo de alcohol e intervención breve (ASBI, por sus siglas en inglés)	66
Módulo 12: Supervivencia al cáncer	68
Módulo 13: Bebidas endulzadas con azúcar.....	73
Módulo 14: Conductas relacionadas con la sal o el sodio	74
Módulo 15: Marihuana	74
Módulo 16: Salud reproductiva y planificación familiar	75
Módulo 17: Influenza (gripe)	78
Módulo 18: Virus del papiloma humano (VPH) en adultos.....	78
Módulo 19: Vacuna contra tétanos, difteria y tosferina acelular (Td/Tdap) (Adultos)...	80
Módulo 20: Detección del cáncer de pulmón.....	80
Módulo 21: Cuidado de personas	82
Módulo 22: Deterioro cognitivo.....	86
Módulo 23: Apoyo emocional y satisfacción con la vida	88
Módulo 24: Factores sociales determinantes de la salud.....	89
Módulo 25: Sector laboral y ocupación	91
Módulo 26: Orientación e identidad sexual.....	92
Módulo 27: Seguridad con las armas de fuego.....	94
Módulo 28: Selección aleatoria de niños.....	95
Módulo 29: Prevalencia del asma infantil	99
DECLARACIÓN FINAL	100
Lista de actividades físicas de recreación comunes	101

Guion para el encuestador Línea telefónica fija

Formulario aprobado

N.º OMB 0920-1061

Fecha de vencimiento: 31/03/2018

Se calcula que la carga pública reportada para recopilar esta información es de un promedio de XX minutos por respuesta e incluye el tiempo invertido en revisar las instrucciones, consultar las fuentes de información existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, así como concluir y revisar el proceso de recolección de la información. Una agencia no puede hacer ni patrocinar una recolección de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB válido y vigente. Envíe sus comentarios acerca de este cálculo del tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información y sus sugerencias para reducir este tiempo a la dirección CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1061)

NOTA: El encuestador no tiene que leer ninguna parte del cálculo del tiempo ni proporcionar el número de OMB a menos que el encuestado pida esa información específica. Si un encuestado pregunta por la duración de la entrevista, proporcionele la información más precisa con base en la versión del cuestionario que se le administrará a esa persona. Si el encuestador no está seguro, proporcione el tiempo promedio señalado en la declaración de la carga pública. Si los recopiladores de datos tienen preguntas relacionadas con el proceso de la OMB para el BRFSS, por favor comuníquese con Carol Pierannunzi a ivk7@cdc.gov.

HOLA, llamo de parte del (departamento de salud) . Mi nombre es (nombre) . Estamos recopilando información acerca de la salud de los residentes de (estado) . Este proyecto lo lleva a cabo el departamento de salud con ayuda de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Su número de teléfono fue seleccionado al azar para esta encuesta, por lo que quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud y sus hábitos de salud.

LL.1 ¿Estoy hablando al (número de teléfono) ?

1. Sí
2. No

[NOTA DE CATI/ENCUESTADOR: SI LA RESPUESTA ES "NO": Muchas gracias, pero creo que llamé a un número equivocado. Es posible que su número sea seleccionado en otra

oportunidad. Gracias por su atención. Adiós. [NOTA DE CATI: PARE O VUELVA A MARCAR]

PVTRES

LL.2 ¿Estoy hablando a un domicilio particular?

Lea lo siguiente solo si es necesario: **“Por domicilio particular queremos decir una vivienda como una casa o apartamento”.**

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: UN DOMICILIO PARTICULAR INCLUYE CUALQUIER VIVIENDA EN DONDE EL ENCUESTADO PASE AL MENOS 30 DÍAS, COMO RESIDENCIAS VACACIONALES, CASAS RODANTES U OTROS LUGARES EN LOS QUE EL ENCUESTADO VIVA PARTES DEL AÑO.

- 1. Sí [PASE AL ESTADO DONDE RESIDE]**
- 2. No [PASE A RESIDENCIA UNIVERSITARIA]**
- 3. No, es solo un teléfono comercial**

[NOTA DE CATI/ENCUESTADOR: SI LA RESPUESTA ES "NO, ES SOLO UN TELÉFONO COMERCIAL": "MUCHAS GRACIAS, PERO POR EL MOMENTO SOLO ESTAMOS ENTREVISTANDO A PERSONAS POR LÍNEAS TELEFÓNICAS DE DOMICILIOS PARTICULARES". PARE]

Residencia universitaria

LL.3 ¿Vive en una residencia universitaria??

Lea lo siguiente solo si es necesario: **“Por residencia universitaria queremos decir dormitorio, vivienda para estudiantes graduados o profesores visitantes, u otro tipo de alojamiento provisto por una universidad”.**

- 1. Sí [PASE AL ESTADO DONDE RESIDE]**
- 2. No**

[NOTA DE CATI/ENCUESTADOR: SI LA RESPUESTA ES "NO": MUCHAS GRACIAS, PERO POR EL MOMENTO SOLO ESTAMOS ENTREVISTANDO A PERSONAS QUE VIVEN EN UNA RESIDENCIA PARTICULAR O UNIVERSITARIA. PARE]

Estado donde reside:

LL.4. ¿Usted vive en estos momentos en ____ (estado) ____?

1. Sí [PASE A TELÉFONOS CELULARES]
2. No [NOTA DE CATI/ENCUESTADOR: SI LA RESPUESTA ES "NO": MUCHAS GRACIAS, PERO POR EL MOMENTO SOLO ESTAMOS ENTREVISTANDO A PERSONAS QUE VIVEN EN EL ESTADO DE (). PARE]

Teléfono celular

LL.5 ¿Estoy llamando a un teléfono celular?

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: EL SERVICIO TELEFÓNICO POR INTERNET SE CONSIDERA UNA LÍNEA TELEFÓNICA FIJA (E INCLUYE VONAGE, MAGIC JACK Y OTROS SERVICIOS TELEFÓNICOS DE USO RESIDENCIAL).

Lea lo siguiente solo si es necesario: “Por teléfono celular queremos decir un teléfono móvil y que pueda usarse fuera de su vecindario”.

1 Sí

[NOTA DE CATI/ENCUESTADOR: SI LA RESPUESTA ES "SÍ": MUCHAS GRACIAS, PERO POR EL MOMENTO SOLO ESTAMOS LLAMANDO A TELÉFONOS FIJOS Y A RESIDENCIAS PARTICULARES O UNIVERSITARIAS PARA REALIZAR ESTA ENCUESTA. PARE]

2 No

[NOTA DE CATI: SI RESIDENCIA UNIVERSITARIA = "SÍ", CONTINÚE; DE LO CONTRARIO PASE A SELECCIÓN ALEATORIA DE ADULTO]

Adulto

LL.6 ¿Tiene usted 18 años o más?

- 1 Sí, encuestado es hombre [PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN]
- 2 Sí, encuestado es mujer [PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN]
- 3 No

[NOTA DE CATI/ENCUESTADOR: SI LA RESPUESTA ES "NO": MUCHAS GRACIAS, PERO POR EL MOMENTO SOLO ESTAMOS ENTREVISTANDO A PERSONAS DE 18 AÑOS O MÁS. PARE]

Selección aleatoria de adulto

Para esta encuesta, necesito seleccionar al azar a un adulto que viva en su casa. Excluidos los adultos que viven fuera de la casa, como los estudiantes que viven en la universidad, ¿cuántas personas de su hogar, incluido usted, tienen 18 años o más?

LL.7 __ Cantidad de adultos

Si la respuesta es "1": **¿Es usted el adulto?**

Si la respuesta es "sí":

En ese caso, usted es la persona con la que necesito hablar. Escriba a continuación 1 hombre o 1 mujer (pregunte el sexo, de ser necesario).

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SE PREGUNTARÁ DE NUEVO EL SEXO EN LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA.

[PASE A PERSONA QUE CORRESPONDE ENCUESTAR]

[NOTA DE CATI/ENCUESTADOR: SI LA RESPUESTA ES "NO": ¿EL ADULTO ES HOMBRE O MUJER? ESCRIBA A CONTINUACIÓN 1 HOMBRE O 1 MUJER. ¿PODRÍA HABLAR CON [INDIQUE (ÉL/ELLA) SEGÚN LA RESPUESTA DADA A LA PREGUNTA ANTERIOR]?]

[PASE A "PERSONA QUE CORRESPONDE ENCUESTAR" ANTES DE LA SECCIÓN 1]

LL.8 **¿Cuántos de estos adultos son hombres?**

__ Cantidad de hombres

O sea que el número de mujeres en el hogar es __

__ Cantidad de mujeres

¿Correcto?

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: CONFIRME EL NÚMERO DE MUJERES ADULTAS O CLARIQUE EL NÚMERO TOTAL DE ADULTOS EN EL HOGAR.

La persona que vive en su casa con quien necesito hablar es_____.



Si "usted", **[PASE A “PERSONA QUE CORRESPONDE ENCUESTAR” ANTES DE LA SECCIÓN 1]**

Guion del encuestador para teléfono celular

Formulario aprobado

N.º OMB 0920-1061

Fecha de vencimiento: 31/03/2018

Se calcula que la carga pública reportada para recopilar esta información es de un promedio de XX minutos por respuesta e incluye el tiempo invertido en revisar las instrucciones, consultar las fuentes de información existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, así como concluir y revisar el proceso de recolección de la información. Una agencia no puede hacer ni patrocinar una recolección de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB válido y vigente. Envíe sus comentarios acerca de este cálculo del tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información y sus sugerencias para reducir este tiempo a la dirección CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1061)

NOTA: El encuestador no tiene que leer ninguna parte del cálculo del tiempo ni proporcionar el número de OMB a menos que el encuestado pida esa información específica. Si un encuestado pregunta por la duración de la entrevista, proporcionele la información más precisa con base en la versión del cuestionario que se le administrará a esa persona. Si el encuestador no está seguro, proporcione el tiempo promedio señalado en la declaración de la carga pública. Si los recopiladores de datos tienen preguntas relacionadas con el proceso de la OMB para el BRFSS, por favor comuníquese con Carol Pierannunzi a ivk7@cdc.gov.

HOLA, llamo de parte del (departamento de salud) . Mi nombre es (nombre) . Estamos recopilando información acerca de la salud de los residentes de (estado) . Este proyecto lo lleva a cabo el departamento de salud con ayuda de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Su número de teléfono fue seleccionado al azar para esta encuesta, por lo que quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud y sus hábitos de salud.

CP.1 ¿Es este un momento conveniente y seguro para hablar con usted?

1. Sí **[PASE A TELÉFONO]**
2. No

[CATI/NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI LA RESPUESTA ES "NO": MUCHAS GRACIAS. LO VOLVEREMOS A LLAMAR A UNA HORA MÁS CONVENIENTE. ([PROGRAME UNA CITA SI ES POSIBLE]) PARE]

Teléfono

CP.2 ¿Estoy hablando al (número de teléfono) ?

1. Sí [PASE A TELÉFONO CELULAR]
2. No **NOTA PARA EL ENCUESTADOR: CONFIRME EL NÚMERO DE TELÉFONO**

[CATI/NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI LA RESPUESTA ES "NO": MUCHAS GRACIAS, PERO CREO QUE LLAMÉ A UN NÚMERO EQUIVOCADO. ES POSIBLE QUE SU NÚMERO SEA SELECCIONADO EN OTRA OPORTUNIDAD. PARE]

Teléfono celular

CP.3 ¿Estoy llamando a un teléfono celular?

Lea lo siguiente solo si es necesario: **“Por teléfono celular queremos decir un teléfono móvil y que pueda usarse fuera de su vecindario”.**

1. Sí [PASE A ADULTO]
2. No

[CATI/NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI LA RESPUESTA ES "NO": MUCHAS GRACIAS, PERO EN ESTE MOMENTO SOLO ESTAMOS ENTREVISTANDO A TRAVÉS DE TELÉFONOS CELULARES. PARE]

Adulto

CP.4 ¿Tiene usted 18 años o más?

1. Sí, el encuestado es hombre [PASE A DOMICILIO PARTICULAR]
2. Sí, el encuestado es mujer [PASE A DOMICILIO PARTICULAR]
3. No

[CATI/NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI LA RESPUESTA ES "NO", MUCHAS GRACIAS, PERO POR EL MOMENTO SOLO ESTAMOS ENTREVISTANDO A PERSONAS DE 18 AÑOS O MÁS. PARE]

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SE PREGUNTARÁ DE NUEVO EL SEXO EN LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA.

Domicilio particular

CP.5 ¿Usted vive en un domicilio particular?

Lea lo siguiente solo si es necesario: **“Por domicilio particular queremos decir una vivienda tipo casa o apartamento”.**

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: UN DOMICILIO PARTICULAR INCLUYE CUALQUIER VIVIENDA EN DONDE EL ENCUESTADO PASE AL MENOS 30 DÍAS, COMO RESIDENCIAS VACACIONALES, CASAS RODANTES U OTROS LUGARES EN LOS QUE EL ENCUESTADO VIVA PARTES DEL AÑO.

1. Sí [PASE AL ESTADO DONDE RESIDE]
2. No [PASE A RESIDENCIA UNIVERSITARIA]

Residencia universitaria

CP.6 ¿Vive en una residencia universitaria?

Lea lo siguiente solo si es necesario: “Por residencia universitaria queremos decir dormitorio, vivienda para estudiantes graduados o profesores visitantes, u otro tipo de alojamiento provisto por una universidad”.

1. Sí [PASE AL ESTADO DONDE RESIDE]
2. No

[CATI/NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI LA RESPUESTA ES "NO": MUCHAS GRACIAS, PERO POR EL MOMENTO SOLO ESTAMOS ENTREVISTANDO A PERSONAS QUE VIVEN EN UNA RESIDENCIA PARTICULAR O UNIVERSITARIA. PARE]

Estado donde reside

CP.7 ¿Usted vive en estos momentos en ____ (estado) ____?

1. Sí [PASE A LÍNEA TELEFÓNICA FIJA]
2. No [PASE A ESTADO]

Estado

CP.8 ¿En qué estado vive usted en estos momentos?

_____ INGRESE EL CÓDIGO FIPS DEL ESTADO

Línea telefónica fija

CP. 9 ¿Tiene usted también un teléfono fijo en su casa que se utilice para hacer y recibir llamadas?

Lea lo siguiente solo si es necesario: “Por teléfono fijo queremos decir un teléfono 'regular' de los que se usan en las casas para hacer o recibir llamadas”. Por favor incluya los teléfonos fijos tanto de uso comercial como privado”.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: EL SERVICIO TELEFÓNICO POR INTERNET SE CONSIDERA UNA LÍNEA TELEFÓNICA FIJA (E INCLUYE VONAGE, MAGIC JACK Y OTROS SERVICIOS TELEFÓNICOS DE USO RESIDENCIAL).

1. Sí

2. No

[CATI/NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI RESIDENCIA UNIVERSITARIA = "SÍ", NO HAGA LAS PREGUNTAS SOBRE NÚMERO DE ADULTOS, PASE A LAS PREGUNTAS BÁSICAS.]

NUMADULT

CP.10 **¿Cuántas personas de las que viven en su casa, incluido usted, tienen 18 años o más?**

— Cantidad de adultos

99 Se niega a contestar

**[CATI/NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI RESIDENCIA UNIVERSITARIA = “SÍ”,
ENTONCES EL NÚMERO DE ADULTOS SE FIJA EN 1.]**

Secciones básicas

[CATI/NOTA PARA EL ENCUESTADOR: LOS ÍTEMS EN PARÉNTESIS EN CUALQUIER PARTE DEL CUESTIONARIO NO TIENEN QUE SER LEÍDOS]

Para corregir al encuestado:

No le preguntaré su apellido ni su dirección ni ningún otro dato personal que pudiera identificarlo. Si hay alguna pregunta que no desea contestar, no tiene que contestarla. También puede dar por terminada esta encuesta en cualquier momento. Toda la información que usted me dé será confidencial. Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, por favor llame al (dé el número de teléfono estatal que corresponda).

Sección 1: Estado de salud

1.1 ¿Diría usted que su estado de salud general es...? (90)

Por favor léale:

- 1 Excelente
- 2 Muy bueno
- 3 Bueno
- 4 Regular o
- 5 Malo

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

Sección 2: Días en los que se siente bien de salud y calidad de vida en relación con la salud

2.1 Respecto a su salud física —que incluye enfermedades físicas y lesiones— en los últimos 30 días, ¿por cuántos días su salud física no fue buena?

(91-92)

- _ _ Cantidad de días
- 88 Ninguno

- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

2.2 Ahora piense en su salud mental —que incluye estrés, depresión y problemas emocionales—. En los últimos 30 días, ¿por cuántos días su salud mental no fue buena?
(93-94)

- _ _ Cantidad de días
- 88 Ninguno [NOTA DE CATI: Si P2.1 y P2.2 = 88 (NINGUNO),

PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN]

- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

2.3 En los últimos 30 días, ¿por cuántos días la mala salud física o mental le impidieron realizar sus actividades habituales, como cuidados personales, trabajo o actividades recreativas?

(95-96)

- _ _ Cantidad de días
- 88 Ninguno
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

Sección 3: Acceso a atención médica

3.1 ¿Tiene algún tipo de cobertura de atención médica, por ejemplo, un seguro médico, un plan prepagado como los que brindan las HMO (organizaciones de atención médica administrada), un plan gubernamental como Medicare o del Servicio de Salud Indígena?

(97)

[NOTA DE CATI: SI ESTÁ USANDO EL MÓDULO DE ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA (*HEALTH CARE ACCESS* O HCA) PASE AL MÓDULO 10, PREGUNTA 1, DE LO CONTRARIO, CONTINÚE]

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

3.2 ¿Hay alguna persona a la que usted considere su médico de cabecera o proveedor de atención médica personal?

Si la respuesta es "No", pregunte: “¿Hay más de una o no hay ninguna persona a la que considere su médico de cabecera o proveedor de atención médica personal?”.

(98)

- 1 Sí, solo una
- 2 Más de una
- 3 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

3.3 En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en que necesitó consultar a un médico pero no pudo hacerlo por razones económicas?

(99)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

NOTA DE CATI: SI ESTÁ USANDO EL MÓDULO DE ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA (HEALTH CARE ACCESS O HCA) PASE AL MÓDULO 10, PREGUNTA 3, DE LO CONTRARIO, CONTINÚE]

3.4 Un chequeo de rutina es un examen físico general, que no se realiza por una lesión, enfermedad o afección específica. ¿Cuándo fue la última vez que fue al médico para hacerse un chequeo de rutina?

(100)

Lea lo siguiente solo si es necesario:

- 1 En el último año (hace menos de 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace más de 1 año, pero menos de 2)
- 3 En los últimos 5 años (hace más de 2 años, pero menos de 5)
- 4 Hace 5 años o más

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 8 Nunca
- 9 Se niega a contestar

[INSTRUCCIONES DE CATI: SI ESTÁ USANDO EL MÓDULO 10 DE ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA (HEALTH CARE ACCESS O HCA) Y P3.1 = 1, PASE AL

MÓDULO 10, PREGUNTA 4A; O SI ESTÁ USANDO EL MÓDULO 10 DE HCA Y P3.1 = 2, 7 O 9, PASE AL MÓDULO 10, PREGUNTA 4B; O SI NO ESTÁ USANDO EL MÓDULO 10 DE ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA, PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN.

Sección 4: Conocimiento acerca de la hipertensión

4.1 ¿ALGUNA VEZ un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía presión arterial alta? (101)

Lea lo siguiente solo si es necesario: **Por “otro profesional de la salud” nos referimos a una enfermera especializada, un auxiliar médico o algún otro profesional de la salud con licencia para ejercer.**

Si la respuesta es "Sí" y la persona encuestada es mujer, pregúntele: “¿Esto fue únicamente durante su embarazo?”.

- 1 Sí
- 2 Sí, pero se le comunicó esto a la mujer solo durante su embarazo **[PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN]**
- 3 No **[PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN]**
- 4 Se le dijo que tenía hipertensión arterial limítrofe o que era prehipertensa **[PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN]**
- 7 No sabe/No está seguro **[PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN]**
- 9 Se niega a contestar **[PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN]**

4.2 ¿Toma actualmente algún medicamento para controlar la presión arterial alta? (102)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está segura
- 9 Se niega a contestar

Sección 5: Conocimiento acerca del colesterol

5.1 El colesterol sanguíneo es una sustancia grasa que se encuentra en la sangre. ¿Cuánto hace aproximadamente que le hicieron su último análisis de colesterol en la sangre?

(103)

Lea lo siguiente solo si es necesario:

- 1 Se niega a contestar [PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN]
- 2 En el último año (hace menos de 12 meses)
- 3 En los últimos 2 años (hace más de 1 año, pero menos de 2)
- 4 En los últimos 5 años (hace más de 2 años, pero menos de 5)
- 5 Hace 5 años o más

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar [PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN]

5.2 ¿ALGUNA VEZ le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que su nivel de colesterol en la sangre es alto?

(104)

- 1 Sí
- 2 No [PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN]
- 7 No sabe/No está seguro [PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN]
- 9 Se niega a contestar [PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN]

5.3 ¿Está tomando en la actualidad medicamentos recetados por un médico u otro profesional de la salud para controlar el colesterol en la sangre?

(105)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

Sección 6: Afecciones crónicas

¿ALGUNA VEZ un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le dijo que tenía alguna de las siguientes afecciones? Para cada una, responda “Sí”, “No” o “No estoy seguro”.

6.1 ¿(Alguna vez) le dijeron que tuvo un ataque cardiaco, también llamado infarto de miocardio? (106)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

6.2 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía angina de pecho o una cardiopatía coronaria?

(107)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

6.3 ¿(Alguna vez) le dijeron que tuvo un accidente cerebrovascular?

(108)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

6.4 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía asma?

(109)

- 1 Sí
- 2 No [PASE A P6.6]
- 7 No sabe/No está seguro [PASE A P6.6]
- 9 Se niega a contestar [PASE A P6.6]

6.5 ¿Usted todavía tiene asma?

(110)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

6.6 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía cáncer de piel?

(111)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

6.7 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía otro tipo de cáncer?

(112)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

6.8 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía enfermedad pulmonar obstructiva crónica (epoc), enfisema o bronquitis crónica? (113)

- | | |
|---|------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar |

6.9 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía algún tipo de artritis, artritis reumatoide, gota, lupus o fibromialgia? (114)

- | | |
|---|------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar |

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: EL DIAGNÓSTICO DE LA ARTRITIS INCLUYE:

- **REUMATISMO, POLIMIALGIA REUMÁTICA**
- **ARTROSIS (NO OSTEOPOROSIS)**
- **TENDINITIS, BURSITIS, JUANETE, CODO DE TENISTA (EPICONDILITIS)**
- **SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO, SÍNDROME DEL TÚNEL TARSIANO**
- **INFECCIÓN EN LAS ARTICULACIONES, SÍNDROME DE REITER**
- **ESPONDILITIS ANQUILOSANTE; ESPONDILOSIS**
- **SÍNDROME DEL MANGUITO ROTADOR**
- **ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONJUNTIVO, ESCLERODERMIA, POLIMIOSITIS, SÍNDROME DE RAYNAUD**
- **VASCULITIS (ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES, PÚRPURA DE HENoch-SCHONLEIN, GRANULOMATOSIS DE WEGENER, POLIARTERITIS NODOSA)**

6.10 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía un trastorno depresivo (como depresión, depresión grave, distimia) o depresión leve? (115)

- | | |
|---|------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar |

6.11 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía una enfermedad renal (de los riñones)? (NO incluya cálculos renales, infecciones de la vejiga ni incontinencia).

(116)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: INCONTINENCIA ES NO PODER CONTROLAR EL FLUJO DE LA ORINA.

- | | |
|---|------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar |

6.12 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía diabetes?

(117)

[NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI LA RESPUESTA ES "SÍ" Y LA PERSONA ENCUESTADA ES MUJER, PREGÚNTELE: “¿ESTO FUE ÚNICAMENTE DURANTE EL EMBARAZO?”]

[NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI LA PERSONA ENCUESTADA CONTESTA QUE LE DIAGNOSTICARON PREDIABETES O INTOLERANCIA A LA GLUCOSA, UTILICE EL CÓDIGO DE RESPUESTA 4.]

- | | |
|---|---|
| 1 | Sí |
| 2 | Sí, pero la mujer dijo que ocurrió únicamente durante el embarazo |
| 3 | No |
| 4 | No, prediabetes o intolerancia a la glucosa |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar |

[NOTA DE CATI: SI P6.12 = 1 (SÍ), PASE A LA SIGUIENTE PREGUNTA. PARA LAS OTRAS RESPUESTAS A P6.12, VAYA AL MÓDULO OPCIONAL DE PREDIABETES (SI SE APLICA). DE LO CONTRARIO, PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN.]

6.13 ¿A qué edad le dijeron que tenía diabetes?

(118-119)

- | | |
|----|---|
| __ | Codifique la edad en años [97 = 97 y más] |
| 98 | No sabe/No está seguro |
| 99 | Se niega a contestar |

[NOTA DE CATI: PASE AL MÓDULO OPCIONAL DE DIABETES (SI SE APLICA). DE LO CONTRARIO, PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN.]

Sección 7: Carga de la artritis

[NOTA DE CATI: SI P6.9 = 1 (SÍ) CONTINÚE, DE LO CONTRARIO PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN.]

Ahora le voy a hacer preguntas sobre la artritis.

La artritis puede causar síntomas como dolor, molestias o rigidez en una articulación o alrededor de ella.

7.1 ¿Actualmente tiene alguna limitación para realizar alguna de sus actividades habituales a causa de los síntomas de artritis o en las articulaciones?

(120)

- | | |
|---|------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar |

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: SI LE PREGUNTAN SOBRE MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS, EL ENCUESTADOR DEBE DECIR: “POR FAVOR RESPONDA A LA PREGUNTA CON BASE EN SU EXPERIENCIA ACTUAL, SIN CONSIDERAR SI ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO O SI SIGUE UN TRATAMIENTO”.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: P7.2 SE DEBE PREGUNTAR A TODOS LOS ENCUESTADOS, SIN IMPORTAR SU SITUACIÓN LABORAL. ESTATUS.

7.2 En la pregunta siguiente, nos referimos a un trabajo remunerado. ¿Los síntomas de artritis o de afecciones en las articulaciones impiden actualmente su trabajo, afectan el tipo de trabajo o la cantidad de trabajo que hace?

(121)

- | | |
|---|------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar |

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: SI LA PERSONA ENCUESTADA RESPONDE A CADA UNA DE ESAS PREGUNTAS (SI EL ENCUESTADO TRABAJA O NO, TIPO DE TRABAJO Y CANTIDAD DE TRABAJO) Y ALGUNA DE LAS RESPUESTAS ES "SÍ", MARQUE TODA LA RESPUESTA COMO "SÍ".

Sección 8: Información demográfica

8.1 ¿Es usted...? (125)

- 1 Hombre
- 2 Mujer
- 9 Se niega a contestar

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: HAGA ESTA PREGUNTA INCLUSO SI YA SE IDENTIFICÓ EL SEXO DEL ENCUESTADO DURANTE LA ENUMERACIÓN DE LAS PERSONAS DEL HOGAR EN LA LLAMADA AL TELÉFONO FIJO O EN LAS PREGUNTAS DE SELECCIÓN INICIALES EN LA LLAMADA AL TELÉFONO CELULAR

8.2 ¿Qué edad tiene? (126-127)

- Codifique la edad en años
- 07 No sabe/No está seguro
- 09 Se niega a contestar

8.3 ¿Es usted latino o hispano, o de origen español? (128-131)

Si la respuesta es sí, pregunte: ¿Es usted...?

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: *Es posible seleccionar una o más categorías.*

- 1 Mexicano, mexicoamericano, chicano
- 2 Puertorriqueño
- 3 Cubano
- 4 De otro origen latino o hispano, o español

No le lea:

- 5 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

8.4 ¿A cuál o cuáles de los siguientes grupos raciales diría usted que pertenece? (132-159)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SELECCIONE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI SE SELECCIONA 40 (ASIÁTICO) O 50 (ISLEÑO DEL PACÍFICO), LEA Y CODIFIQUE LA SUBCATEGORÍA BAJO EL TÍTULO PRINCIPAL.

Por favor léale:

- 10** **Blanco**
- 20** **Negro o afroamericano**
- 30** **Indoamericano o nativo de Alaska**
- 40** **Asiático**
 - 41 Indoasiático
 - 42 Chino
 - 43 Filipino
 - 44 Japonés
 - 45 Coreano
 - 46 Vietnamita
 - 47 Otro origen asiático
- 50** **Isleño del Pacífico**
 - 51 Nativo de Hawái
 - 52 Guameño o chamorro
 - 53 Samoano
 - 54 Otro isleño del Pacífico

No le lea:

- 60 Otro
- 88 No indica otras opciones
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

[NOTA DE CATI: SI HAY MÁS DE UNA RESPUESTA A P8.4, CONTINÚE. DE LO CONTRARIO, PASE A P8.6.]

8.5 ¿Cuál de los siguientes grupos diría usted que es el más representativo de su raza?

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI SE SELECCIONA 40 (ASIÁTICO) O 50 (ISLEÑO DEL PACÍFICO), LEA Y CODIFIQUE LA SUBCATEGORÍA BAJO EL TÍTULO PRINCIPAL. SI EL ENCUESTADO HA SELECCIONADO MÚLTIPLES

**RAZAS EN PREGUNTAS PREVIAS Y SE NIEGA A ESCOGER UNA SOLA,
CODIFIQUE COMO “SE NIEGA A CONTESTAR”.**

(160-161)

- 10 Blanco**
- 20 Negro o afroamericano**
- 30 Indoamericano o nativo de Alaska**
- 40 Asiático**
 - 41 Indoasiático
 - 42 Chino
 - 43 Filipino
 - 44 Japonés
 - 45 Coreano
 - 46 Vietnamita
 - 47 Otro origen asiático

- 50 Isleño del Pacífico**
 - 51 Nativo de Hawái
 - 52 Guameño o chamorro
 - 53 Samoano
 - 54 Otro isleño del Pacífico

No le lea:

- 60 Otro
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

8.6 ¿Es usted...?

(162)

Por favor léale:

- 1 Casado**
- 2 Divorciado**
- 3 Viudo**
- 4 Separado**
- 5 Nunca estuvo casado o**
- 6 Vive en pareja sin estar casado**

No le lea:

- 9 Se niega a contestar

8.7 ¿Cuál es el grado escolar o nivel de educación más alto que ha completado?

(163)

Lea lo siguiente solo si es necesario:

- 1 Nunca fue a la escuela o solamente fue al kínder
- 2 1.º a 8.º grado (escuela primaria)
- 3 9.º a 11.º grado (algunos estudios secundarios)
- 4 12.º grado o diploma GED (graduado de escuela secundaria superior)
- 5 1 a 3 años de universidad (algunos estudios universitarios o de escuela técnica)
- 6 4 años o más de universidad (graduado universitario)

No le lea:

- 9 Se niega a contestar

8.8 ¿Vive en casa propia o rentada?

(164)

Lea lo siguiente solo si es necesario:

- 1 Propia
- 2 Rentada
- 3 Otra situación de vivienda

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: “OTRA SITUACIÓN DE VIVIENDA” PUEDE INCLUIR UNA VIVIENDA COLECTIVA O VIVIR CON AMIGOS O FAMILIARES SIN PAGAR RENTA.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: LA CASA SE DEFINE COMO EL LUGAR DONDE USTED VIVE LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO O DEL AÑO.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI EL ENCUESTADO PREGUNTA POR QUÉ LE ESTAMOS HACIENDO ESTA PREGUNTA RESPONDA “HACEMOS ESTA PREGUNTA PARA COMPARAR INDICADORES DE SALUD ENTRE PERSONAS CON DISTINTAS SITUACIONES DE VIVIENDA”.

8.9 ¿En qué condado vive usted en estos momentos?

(165-167)

__ __ __ CÓDIGO ANSI del condado (anteriormente código FIPS del condado)

777 No sabe/No está seguro
 999 Se niega a contestar

8.10 ¿Cuál es el código postal de donde vive en estos momentos?
 (168-172)

— — — — — Código postal
 77777 No sabe/No está seguro
 99999 Se niega a contestar

[NOTA DE CATI: SI ES ENTREVISTA POR TELÉFONO CELULAR, SALTE A 8.14 (QSTVER GE 20)]

8.11 ¿Tiene más de un número de teléfono en su hogar? No incluya números de teléfonos celulares ni números que solo se utilicen para una computadora o un fax. (173)

1 Sí
 2 No [PASE A P8.13]
 7 No sabe/No está seguro [PASE A P8.13]
 9 Se niega a contestar [PASE A P8.13]

8.12 ¿Cuántos de estos números de teléfono son particulares? (174)

— Números de teléfono particulares [6 = 6 o más]
 7 No sabe/No está seguro
 9 Se niega a contestar

8.13 Includos los teléfonos celulares para uso comercial y personal, ¿tiene usted un teléfono celular para uso personal?

1 Sí (175)
 2 No
 7 No sabe/No está seguro
 9 Se niega a contestar

8.14 ¿Alguna vez ha estado en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, ya sea en el servicio militar regular, en la Guardia Nacional o en una unidad de reserva militar?

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: El servicio activo no incluye el entrenamiento en la Reserva ni en la Guardia Nacional, pero SÍ incluye las actividades de movilización, por ejemplo, para la Guerra del Golfo Pérsico.

(176)

- 1 Sí
- 2 No

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

8.15 ¿Es usted actualmente...?

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI ES MÁS DE UNA, “SELECCIONE LA CATEGORÍA QUE MEJOR LO DESCRIBA”.

Por favor léale:

(177)

- 1 Empleado asalariado**
- 2 Trabajador independiente**
- 3 Desempleado por 1 año o más**
- 4 Desempleado por menos de 1 año**
- 5 Mujer u hombre que se ocupa de las tareas de la casa**
- 6 Estudiante**
- 7 Jubilado o**
- 8 No puede trabajar**

No le lea:

- 9 Se niega a contestar

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: NO USE EL CÓDIGO 7 PARA “NO SABE” EN ESTA PREGUNTA.

8.16 ¿Cuántos niños menores de 18 años viven en su hogar? (178-179)

- Cantidad de niños
- 88 Ninguno
- 99 Se niega a contestar

8.17 Tomando en cuenta todas sus fuentes de ingresos, los ingresos anuales de su hogar son:

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI LA PERSONA ENCUESTADA NO DESEA RESPONDER A NINGUNO DE LOS DIFERENTES NIVELES DE INGRESOS, INGRESE EL CÓDIGO ‘99’ (SE NIEGA A CONTESTAR)
(180-181)

- pregunte 03**
- 04 Menos de \$25 000 **Si la respuesta es “no”, pregunte 05; si es “sí”,**
(Entre \$20 000 y menos de \$25 000)
- pregunte 02**
- 03 Menos de \$20 000 **Si la respuesta es “no”, codifique 04; si es “sí”,**
(Entre \$15 000 y menos de \$20 000)
- pregunte 01**
- 02 Menos de \$15 000 **Si la respuesta es “no”, codifique 03; si es “sí”,**
(Entre \$10 000 y menos de \$15 000)
- 01 Menos de \$10 000 **Si la respuesta es “no”, codifique 02**
- 05 Menos de \$35 000 **Si la respuesta es “no”, pregunte 06**
(Entre \$25 000 y menos de \$35 000)
- 06 Menos de \$50 000 **Si la respuesta es “no”, pregunte 07**
(Entre \$35 000 y menos de \$50 000)
- 07 Menos de \$75 000 **Si la respuesta es “no”, codifique 08**
(Entre \$50 000 y menos de \$75 000)
- 08 \$75 000 o más

No le lea:

- 77 No sabe/No está seguro
99 Se niega a contestar

8.18 ¿Ha usado Internet en los últimos 30 días? (182)

- 1 Sí
2 No
7 No sabe/No está seguro
9 Se niega a contestar

8.19 Aproximadamente, ¿cuánto pesa sin zapatos?

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI LA PERSONA ENCUESTADA RESPONDE CON EL SISTEMA MÉTRICO, INDIQUE “9” EN LA COLUMNA 183. REDONDEE LOS DECIMALES O LAS FRACCIONES HACIA ARRIBA

(183-186)

__ __ __ __ Peso
(libras/kilogramos)
7777 No sabe/No está seguro
9999 Se niega a contestar

8.20 Aproximadamente, ¿cuánto mide sin zapatos?

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI LA PERSONA ENCUESTADA RESPONDE CON EL SISTEMA MÉTRICO, INDIQUE “9” EN LA COLUMNA 187. REDONDEE LOS DECIMALES O LAS FRACCIONES HACIA ABAJO

(187-

190)

__ / __ Estatura
(pies/pulgadas/metros/centímetros)
77/77 No sabe/No está seguro
99/99 Se niega a contestar

[NOTA DE CATI: SI LA PERSONA ENCUESTADA ES HOMBRE, PASE A 8.22; SI ES MUJER Y TIENE 50 AÑOS O MÁS, PASE A P8.22

8.21 Que usted sepa, ¿está embarazada?

(191)

1 Sí
2 No
7 No sabe/No está segura
9 Se niega a contestar

Las preguntas siguientes se refieren a problemas de salud o limitaciones que pueda tener.

Algunas personas que son sordas o tienen gran dificultad para oír pueden usar o no usar equipo para comunicarse por teléfono.

8.22 ¿Es sordo o tiene gran dificultad para oír?

(192)

1 Sí
2 No
7 No sabe/no está seguro
9 Se niega a contestar

8.23 ¿Es ciego o tiene gran dificultad para ver, aun cuando usa lentes? (193)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/no está seguro
- 9 Se niega a contestar

8.24 Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene gran dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones? (194)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

8.25 ¿Tiene gran dificultad para caminar o subir las escaleras? (195)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

8.26 ¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse? (196)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

8.27 Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene dificultad para hacer diligencias solo, como ir al consultorio del médico o ir de compras? (197)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

Sección 9: Consumo de tabaco

9.1 ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida? (198)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: 5 PAQUETES = 100 CIGARRILLOS

- | | | |
|---|------------------------|---------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [PASE A P9.5] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [PASE A P9.5] |
| 9 | Se niega a contestar | [PASE A P9.5] |

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: “EN CIGARRILLOS, NO INCLUYA: CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (E-CIGARETTES, NJOY, BLUETIP), CIGARRILLOS HERBARIOS, CIGARROS, PUROS, PURITOS, PIPAS, BIDIS, KRETEKS, PIPAS DE AGUA (NARGUILES) NI MARIHUANA”.

9.2 Actualmente ¿fuma cigarrillos todos los días, algunos días o nunca?

(199)

No le lea:

- | | | |
|---|------------------------|---------------|
| 1 | Todos los días | |
| 2 | Algunos días | |
| 3 | Nunca | [PASE A P9.4] |
| 7 | No sabe/no está seguro | [PASE A P9.5] |
| 9 | Se niega a contestar | [PASE A P9.5] |

9.3 En los últimos 12 meses, ¿ha dejado de fumar durante un día o más debido a que estaba intentando dejar de fumar? (200)

- | | | |
|---|------------------------|---------------|
| 1 | Sí | [PASE P9.5] |
| 2 | No | [PASE A P9.5] |
| 7 | No sabe/no está seguro | [PASE A P9.5] |
| 9 | Se niega a contestar | [PASE A P9.5] |

9.4 ¿Cuánto tiempo hace que fumó por última vez un cigarrillo, aunque haya sido una o dos pitadas (caladas)?

(201-202)

Lea lo siguiente solo si es necesario:

- | | |
|----|---|
| 01 | En el último mes (hace menos de 1 mes) |
| 02 | En los últimos 3 meses (hace más de 1 mes pero menos de 3) |
| 03 | En los últimos 6 meses (hace más de 3 meses pero menos de 6) |
| 04 | En el último año (hace más de 6 meses, pero menos de 1 año) |
| 05 | En los últimos 5 años (hace más de 1 año, pero menos de 5) |
| 06 | En los últimos 10 años (hace más de 5 años, pero menos de 10) |

- No le lea:
- 07 10 años o más
 - 08 Nunca ha fumado de manera regular
 - 77 No sabe/No está seguro
 - 99 Se niega a contestar

9.5 ¿En la actualidad usa tabaco para mascar, rapé o *snus* todos los días, algunos días o nunca? (203)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: EL *SNUS* (NOMBRE EN SUECO DEL RAPÉ) ES UN TABACO HÚMEDO QUE NO SE FUMA Y QUE GENERALMENTE SE VENDE EN BOLSITAS QUE SE COLOCAN ENTRE EL LABIO Y LA ENCÍA.

- No le lea:
- 1 Todos los días
 - 2 Algunos días
 - 3 Nunca
- No le lea:
- 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

Sección 10: Cigarrillos electrónicos (*e-cigarettes*)

“Las siguientes preguntas son sobre los cigarrillos electrónicos (*e-cigarrillos* o *e-cigarettes*) y otros productos de “vapor” electrónicos. Estos productos por lo general contienen nicotina, sabores y otros ingredientes. No incluya productos usados solo para la marihuana”.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: ESTAS PREGUNTAS SE REFIEREN A PRODUCTOS DE “VAPOR” ELECTRÓNICOS PARA EL CONSUMO DE NICOTINA. EN ESTAS PREGUNTAS NO SE INCLUYE EL USO DE PRODUCTOS DE “VAPOR” ELECTRÓNICOS PARA EL CONSUMO DE MARIHUANA.

10.1 ¿Alguna vez ha usado un cigarrillo electrónico u otro producto de “vapor” electrónico, aun cuando lo haya hecho una sola vez en toda su vida?

(204)

Lea lo siguiente si es necesario: **Los cigarrillos electrónicos (*e-cigarrillos* o *e-cigarettes*) y otros productos de “vapor” electrónicos incluyen narguiles electrónicas (*e-hookahs*), plumas de vapor, cigarros electrónicos (*e-cigarros* o *e-cigars*) entre otros. Estos productos funcionan con batería y, por lo general, contienen nicotina y sabores como de frutas, menta o dulces.**

- | | |
|---|--|
| 1 | Sí |
| 2 | No [PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN] |
| 7 | No sabe/No está seguro [PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN] |
| 9 | Se niega a contestar [PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN] |

10.2 ¿En la actualidad usa cigarrillos electrónicos (*e-cigarrillos* o *e-cigarettes*) u otros productos de “vapor” electrónico todos los días, algunos días o nunca?

(205)

- | | |
|---|----------------------|
| 1 | Todos los días |
| 2 | Algunos días |
| 3 | Nunca |
| 7 | No sabe/No está |
| 9 | Se niega a contestar |

Sección 11: Consumo de alcohol

11.1 En los últimos 30 días, ¿cuántos días por semana o por mes bebió al menos un trago de cualquier bebida alcohólica como cerveza, vino, bebida a base de malta o un licor?

(206-208)

1__ Días por semana

2__ Días en los últimos 30 días

888 Ningún trago en los últimos 30 días **[PASE A LA SIGUIENTE**

SECCIÓN]

777 No sabe/No está seguro

[PASE A LA

SIGUIENTE SECCIÓN]

999 Se niega a contestar

[PASE A LA SIGUIENTE

SECCIÓN]

11.2 Un trago equivale a una cerveza de 12 onzas, una copa de vino de 5 onzas o una medida de licor. En los últimos 30 días, en los días que bebió, ¿aproximadamente cuántos tragos tomó en promedio?

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: UNA CERVEZA DE 40 ONZAS EQUIVALDRÍA A 3 TRAGOS; UN COCTEL CON 2 MEDIDAS DE ALCOHOL EQUIVALDRÍA A 2 TRAGOS.

(209-210)

-- Cantidad de tragos

77 No sabe/No está seguro

99 Se niega a contestar

11.3 Tomando en cuenta todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces en los últimos 30 días bebió en una ocasión X [NOTA DE CATI: X = 5 PARA LOS HOMBRES, X = 4 PARA LAS MUJERES] tragos o más?

(211-212)

-- Cantidad de veces

88 Ninguna

77 No sabe/No está seguro

99 Se niega a contestar

11.4 En los últimos 30 días, ¿cuál fue la máxima cantidad de tragos que bebió en una sola ocasión?

(213-214)

-- Cantidad de tragos

77 No sabe/No está seguro

99 Se niega a contestar

Sección 12: Frutas y verduras

Ahora piense en los alimentos que comió o bebió, incluidas comidas y refrigerios, durante el último mes, es decir, en los últimos 30 días.

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: SI UN ENCUESTADO INDICA QUE CONSUME UN ALIMENTO TODOS LOS DÍAS, INGRESE EL NÚMERO DE VECES POR DÍA. SI EL ENCUESTADO INDICA QUE CONSUME UN ALIMENTO MENOS DE UNA VEZ POR DÍA, INGRESE LAS VECES POR SEMANA O POR MES. NO INGRESE VECES POR DÍA A MENOS QUE EL ENCUESTADO REPORTE QUE CONSUMIÓ ESE ALIMENTO TODOS LOS DÍAS DURANTE EL ÚLTIMO MES.

12.1 Sin contar los jugos, ¿con qué frecuencia come frutas? ¿Me puede decir la cantidad de veces por día, por semana o por mes? (215-217)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: INGRESE LA CANTIDAD EN VECES POR DÍA, SEMANA O MES.

SI EL ENCUESTADO DA UN NÚMERO SIN UN MARCO DE TIEMPO, PREGUNTE “¿ESO ES POR DÍA, SEMANA O POR MES?”.

LEA LO SIGUIENTE SI EL ENCUESTADO PREGUNTA QUÉ INCLUIR O DICE "NO SÉ": INCLUYA LA FRUTA FRESCA, CONGELADA O ENLATADA NO INCLUYA FRUTAS SECAS.

- 1 __ Día
- 2 __ Semana
- 3 __ Mes
- 300 Menos de una vez al mes
- 555 Nunca
- 777 No sabe
- 999 Se niega a contestar

12.2 Sin incluir bebidas con sabor a fruta ni jugos de frutas a los que se agrega azúcar, ¿con qué frecuencia bebió jugo 100 % de fruta como jugo de manzana o naranja? (218-220)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: INGRESE LA CANTIDAD EN VECES POR DÍA, SEMANA O MES.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI EL ENCUESTADO DA UN NÚMERO SIN UN MARCO DE TIEMPO, PREGUNTE “¿ESO ES POR DÍA, SEMANA O POR MES?”.

LEA SI EL ENCUESTADO PIDE EJEMPLOS DE BEBIDAS CON SABOR A FRUTA: “NO INCLUYA BEBIDAS CON SABOR A FRUTA A LAS QUE SE AGREGA AZÚCAR, COMO BEBIDAS CON ARÁNDANO (*CRANBERRY COCKTAIL*), *HI-C*, *LEMONADE*, *KOOL-AID*, *GATORADE*, *TAMPICO* Y *SUNNY DELIGHT*. INCLUYA SOLAMENTE JUGOS 100 % PUROS O MEZCLAS DE JUGOS 100 % PUROS”.

- 1 __ DÍA
- 2 __ Semana
- 3 __ Mes
- 300 Menos de una vez al mes
- 555 Nunca
- 777 No sabe
- 999 SE NIEGA A CONTESTAR

12.3 ¿Con qué frecuencia comió una ensalada de hojas verdes o lechuga, con o sin otras verduras?

(221-223)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: INGRESE LA CANTIDAD EN VECES POR DÍA, SEMANA O MES.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI EL ENCUESTADO DA UN NÚMERO SIN UN MARCO DE TIEMPO, PREGUNTE “¿ESO ES POR DÍA, SEMANA O POR MES?”

LEA LO SIGUIENTE SI EL ENCUESTADO PREGUNTA ACERCA DE LAS ESPINACAS: “INCLUYA LAS ENSALADAS DE ESPINACAS.”

- 1 __ DÍA
- 2 __ Semana
- 3 __ Mes
- 300 Menos de una vez al mes
- 555 Nunca
- 777 No sabe
- 999 Se niega a contestar

12.4 ¿Con qué frecuencia comió usted algún tipo de papa frita, incluidas las papas a la francesa, las papas salteadas (*home fries*) o "*hash browns*"?
(224-226)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: INGRESE LA CANTIDAD EN VECES POR DÍA, SEMANA O MES.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI EL ENCUESTADO DA UN NÚMERO SIN UN MARCO DE TIEMPO, PREGUNTE “¿ESO ES POR DÍA, SEMANA O POR MES?”.

LÉA LO SIGUIENTE SI EL ENCUESTADO PREGUNTA ACERCA DE LAS PAPITAS FRITAS (“POTATO CHIPS”): “NO INCLUYA LAS PAPITAS FRITAS O “POTATO CHIPS”.

- 1 __ Día
- 2 __ Semana
- 3 __ Mes
- 300 Menos de una vez al mes
- 555 Nunca
- 777 No sabe
- 999 Se niega a contestar

12.5 ¿Con qué frecuencia comió usted algún otro tipo de papa o camote (batata), como papas al horno, hervidas, en puré o en ensalada?
(227-229)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: INGRESE LA CANTIDAD EN VECES POR DÍA, SEMANA O MES.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI EL ENCUESTADO DA UN NÚMERO SIN UN MARCO DE TIEMPO, PREGUNTE “¿ESO ES POR DÍA, SEMANA O POR MES?”.

LEA LO SIGUIENTE SI EL ENCUESTADO PREGUNTA ACERCA DE QUÉ TIPOS DE PAPA INCLUIR: “INCLUYA TODOS LOS TIPOS DE PAPA EXCEPTO LAS FRITAS. INCLUYA LAS PAPAS GRATINADAS, LAS PAPAS AL ESCALOPE”.

- 1 __ Día
- 2 __ Semana
- 3 __ Mes
- 300 Menos de una vez al mes
- 555 Nunca
- 777 No sabe
- 999 Se niega a contestar

12.6 Sin incluir ensaladas de lechuga ni papas, ¿con qué frecuencia comió otras verduras?

(230-232)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: INGRESE LA CANTIDAD EN VECES POR DÍA, SEMANA O MES.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI EL ENCUESTADO DA UN NÚMERO SIN UN MARCO DE TIEMPO, PREGUNTE “¿ESO ES POR DÍA, SEMANA O POR MES?”

LEA LO SIGUIENTE SI EL ENCUESTADO PREGUNTA QUÉ INCLUIR: “INCLUYA TOMATES, EJOTES (HABICHUELAS VERDES), ZANAHORIAS, MAÍZ, REPOLLO, BROTES O GERMINADOS DE FRIJOL, BERZA Y BRÓCOLI. INCLUYA VERDURAS CRUDAS, COCIDAS, ENLATADAS O CONGELADAS. NO INCLUYA EL ARROZ”.

- 1 __ Día
- 2 __ Semana
- 3 __ Mes
- 300 Menos de una vez al mes
- 555 Nunca
- 777 No sabe
- 999 Se niega a contestar

Sección 13: Ejercicio (actividad física)

Las siguientes preguntas son acerca del ejercicio, las actividades físicas o recreativas que realiza aparte de sus actividades cotidianas del trabajo.

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: Si el encuestado no tiene “tareas habituales de su trabajo” o está jubilado, puede contar la actividad física o el ejercicio que hace la mayor parte del tiempo en un mes habitual.

13.1 En el mes pasado, sin contar su trabajo diario, ¿realizó alguna actividad física o algún tipo de ejercicio como correr, hacer ejercicios calisténicos, jugar al golf, realizar actividades de jardinería o caminar?

(233)

- 1 Sí
- 2 No [PASE A P13.8]
- 7 No sabe/No está seguro [PASE A P13.8]
- 9 Se niega a contestar [PASE A P13.8]

13.2. ¿A qué tipo de actividad o ejercicio físico dedicó más tiempo durante el mes pasado?
(234-235)

- (Especifique) [Vea la Lista de códigos para la actividad física]
- 77 No sabe/No está seguro [PASE A P13.8]
- 99 Se niega a contestar [PASE A P13.8]

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: SI LAS ACTIVIDADES DEL ENCUESTADO NO ESTÁN INCLUIDAS EN LA LISTA DE CODIFICACIÓN PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA, SELECCIONE LA OPCIÓN “OTRA”.

13.3 ¿Cuántas veces a la semana o al mes realizó esta actividad durante el mes pasado?
(236-238)

- 1__ Veces por semana
- 2__ Veces por mes
- 777 No sabe/No está seguro
- 999 Se niega a contestar

13.4 Y cuando realizó esta actividad, ¿cuántos minutos u horas le dedicó habitualmente?
(239-241)

- ._:_ Horas y minutos
- 777 No sabe/No está seguro
- 999 Se niega a contestar

13.5 ¿Cuál fue el segundo tipo de actividad física con el que más hizo ejercicio el mes pasado?
(242-243)

- (Especifique) [Vea la Lista de códigos para la actividad física]
- 88 Ninguna otra actividad [PASE A P13.8]
- 77 No sabe/No está seguro [PASE A P13.8]
- 99 Se niega a contestar [PASE A P13.8]

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: SI LAS ACTIVIDADES DEL ENCUESTADO NO ESTÁN INCLUIDAS EN LA LISTA DE CODIFICACIÓN PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA, SELECCIONE LA OPCIÓN “OTRA”.

13.6 ¿Cuántas veces a la semana o al mes realizó esta actividad durante el mes pasado?
(244-246)

- 1__ Veces por semana
- 2__ Veces por mes
- 777 No sabe/No está seguro
- 999 Se niega a contestar

13.7 Cuando realizó esta actividad, ¿cuántos minutos u horas le dedicó habitualmente?
(247-249)

- _:__ Horas y minutos
- 777 No sabe/No está seguro
- 999 Se niega a contestar

13.8 Durante el mes pasado, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes realizó actividad física o ejercicio para FORTALECER sus músculos? NO cuente ejercicios aeróbicos como caminar, correr o andar en bicicleta. Cuente actividades en las que usa su propio peso corporal, como yoga, abdominales y lagartijas, y aquellas en las que usa máquinas de pesas, pesas sueltas o bandas elásticas.

(250-252)

- 1__ Veces por semana
- 2__ Veces por mes
- 888 Nunca
- 777 No sabe/No está seguro
- 999 Se niega a contestar

Sección 14: Uso del cinturón de seguridad

14.1 ¿Con qué frecuencia usa usted el cinturón de seguridad mientras maneja o viaja en un automóvil? Diría usted que... (253)

- Por favor léale:
- 1 **Siempre**
 - 2 **Casi siempre**
 - 3 **Algunas veces**
 - 4 **Rara vez**
 - 5 **Nunca**

- No le lea:
- 7 No sabe/No está seguro
 - 8 Nunca maneja ni viaja en automóvil
 - 9 Se niega a contestar

Sección 15: Vacunación

Ahora, le haré preguntas sobre la vacuna contra la influenza o gripe. Hay dos maneras de vacunarse contra la influenza: una es mediante una inyección en el brazo, y la otra es mediante un aerosol o atomizador nasal llamado flumist™.

15.1 En los últimos 12 meses, ¿le pusieron una vacuna inyectable contra la influenza o una vacuna en atomizador en la nariz contra la influenza?
(254)

Lea lo siguiente solo si es necesario: En el 2011 salió una nueva vacuna contra la influenza que se inyecta en la piel con una aguja muy pequeña. Se llama vacuna fluzone intradérmica. Esta también se considera una vacuna inyectable contra la influenza.

- | | | |
|---|------------------------|----------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [PASE A P15.3] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [PASE A P15.3] |
| 9 | Se niega a contestar | [PASE A P15.3] |

15.2 ¿En qué mes y año recibió la vacuna más reciente contra la influenza ya sea inyectada en el brazo o en atomizador nasal?

(255-260)

- | | |
|-----------|------------------------|
| __ / ____ | Mes/Año |
| 77 / 7777 | No sabe/No está seguro |
| 99 / 9999 | Se niega a contestar |

15.3 Por lo general, la vacuna contra la neumonía o vacuna antineumocócica se administra solamente una o dos veces en la vida de una persona y es distinta a la vacuna inyectable contra la influenza. ¿Alguna vez le han puesto una vacuna contra la neumonía?

(261)

- | | |
|---|------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar |

[NOTA DE CATI: SI LA PERSONA ENCUESTADA TIENE MENOS DE 50 AÑOS, PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN.]

15.4. ¿Alguna vez le han puesto la vacuna contra la culebrilla o herpes zóster?
(262)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

NOTA PARA EL ENCUESTADOR (LEA LO SIGUIENTE SI ES NECESARIO): LA CULEBRILLA ES CAUSADA POR EL VIRUS DE LA VARICELA. ES UN BROTE DE SARPULLIDO O AMPOLLAS EN LA PIEL QUE PUEDE SER MUY DOLOROSO. DESDE MAYO DEL 2006 EXISTE UNA VACUNA CONTRA LA CULEBRILLA; SE LLAMA ZOSTAVAX®, VACUNA CONTRA EL HERPES ZÓSTER O VACUNA CONTRA LA CULEBRILLA (SHINGLES, EN INGLÉS).

Sección 16: VIH/Sida

Las siguientes preguntas se refieren al problema nacional de salud que representa el VIH, el virus que causa el sida. Por favor, recuerde que sus respuestas son estrictamente confidenciales y que no necesita contestar todas las preguntas si no lo desea. Le vamos a hacer preguntas sobre las pruebas que se haya hecho, pero no le pediremos los resultados de esas pruebas.

16.1 ¿Alguna vez se ha hecho la prueba del VIH? No incluya las pruebas que le hayan realizado al donar sangre. Incluya las pruebas de secreciones bucales.

(263)

- 1 Sí
- 2 No [PASE A P16.3]
- 7 No sabe/No está seguro [PASE A P16.3]
- 9 Se niega a contestar [PASE A P16.3]

16.2 Sin incluir las donaciones de sangre, ¿en qué mes y año se realizó la prueba del VIH por última vez?

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: SI LA RESPUESTA ES ANTES DE ENERO DE 1985, CODIFIQUE "NO SABE". SI LA PERSONA ENCUESTADA RECUERDA EL AÑO PERO NO EL MES, MARQUE LOS PRIMEROS DOS DÍGITOS DEL 77 Y LOS ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL AÑO.

(264-269)

__/_ ___ Codifique mes y año

77/7777 No sabe/no está seguro
99/9999 Se niega a contestar/no está seguro

16.3 Voy a leerle una lista de situaciones. Cuando haya terminado, por favor dígame si alguna de esas situaciones tiene que ver con usted. No tiene que decirme qué situación es.

(270)

**Se ha inyectado alguna droga distinta de aquellas que le recetaron el año pasado.
En el último año ha recibido tratamiento por alguna enfermedad venérea o de transmisión sexual.**

En el último año ha dado o recibido dinero o drogas a cambio de relaciones sexuales.

En el último año ha tenido relaciones sexuales anales sin usar un condón.

En el último año ha tenido 4 o más parejas sexuales.

¿Alguna de estas situaciones tiene que ver con usted?

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

Declaración final

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI NO HAY MÓDULOS O PREGUNTAS COMPLEMENTARIAS HECHAS POR LOS ESTADOS O ESTA ES UNA ENTREVISTA CON UN TELÉFONO CELULAR DESDE OTRO ESTADO, POR FAVOR LÉALE:

Esa fue mi última pregunta. Las respuestas de todas las personas encuestadas se combinarán de modo que nos ayuden a brindar información sobre las prácticas de salud de la población de este estado. Muchas gracias por su tiempo y cooperación.

O

Transición a módulos y a preguntas complementarias hechas por los estados

Módulos opcionales

Módulo 1: Prediabetes

[NOTA DE CATI: SOLO SE HACEN LAS PREGUNTAS DE ESTE MÓDULO SI LA PERSONA NO CONTESTÓ “SÍ” (CÓDIGO = 1) A LA PREGUNTA BÁSICA P6.12 (PREGUNTA SOBRE SI SABE SI TIENE DIABETES).

1. ¿Se ha hecho un análisis de sangre para detectar niveles altos de azúcar en la sangre o diabetes en los últimos tres años? (290)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

[NOTA DE CATI: SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA BÁSICA P6.12 = 4 (NO, PREDIABETES O INTOLERANCIA A LA GLUCOSA); RESPUESTA A P2 ES “SÍ” (CÓDIGO = 1).

2. ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha dicho que usted tiene prediabetes o intolerancia a la glucosa?

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: SI LA RESPUESTA ES "SÍ" Y LA PERSONA ENCUESTADA ES MUJER, PREGÚNTELE: “¿ESTO FUE ÚNICAMENTE DURANTE SU EMBARAZO?”. (291)

- 1 Sí
- 2 Sí, durante el embarazo
- 3 No
- 7 No sabe/No está segura
- 9 Se niega a contestar

Módulo 2: Diabetes

[NOTA DE CATI: HAGA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DESPUÉS DE LA PREGUNTA BÁSICA P6.13; SI LA RESPUESTA A P6.12 ES "SÍ" (CÓDIGO = 1).]

1. ¿Está usando insulina? (292)

- 1 Sí

- 2 No
- 9 Se niega a contestar

2. Aproximadamente, ¿con qué frecuencia controla su nivel de glucosa o azúcar en la sangre? Incluya las veces que se los revisó un familiar o un amigo, pero NO cuando los controló un profesional de la salud.

(293-295)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: INGRESE LA CANTIDAD POR DÍA, POR SEMANA O POR MES.

- 1__ Veces al día
- 2__ Veces a la semana
- 3__ Veces al mes
- 4__ Veces al año
- 888 Nunca
- 777 No sabe/No está seguro
- 999 Se niega a contestar

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI LA PERSONA ENCUESTADA UTILIZA UN SISTEMA DE CONTROL CONTINUO DE LA GLUCOSA (UN SENSOR INSERTADO BAJO LA PIEL PARA CONTROLAR LOS NIVELES DE GLUCOSA DE MANERA CONTINUA), INGRESE '98 VECES AL DÍA'.

3. ¿Con qué frecuencia se revisa los pies para ver si tiene llagas o alguna parte irritada? Incluya las veces que se los revisó un familiar o un amigo, pero NO cuando los controló un profesional de la salud.

(296-298)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: INGRESE LA CANTIDAD POR DÍA, POR SEMANA O POR MES.

- 1__ Veces al día
- 2__ Veces a la semana
- 3__ Veces al mes
- 4__ Veces al año
- 555 No tiene pies
- 888 Nunca
- 777 No sabe/No está seguro
- 999 Se niega a contestar

4. Aproximadamente, ¿cuántas veces consultó a un médico, un enfermero u otro profesional de la salud a causa de su diabetes en los últimos 12 meses?

(299-300)

- — Cantidad de veces [76 = 76 o más]
- 88 Ninguna
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

5. La prueba “A1C” mide el nivel promedio de azúcar en la sangre durante los últimos tres meses. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le ha hecho una prueba “A1C”?

(301-302)

- — Cantidad de veces [76 = 76 o más]
- 88 Ninguna
- 98 Nunca ha oído hablar de la prueba “A1C”
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

[NOTA DE CATI: Si P3 = 555 (NO TIENE PIES), PASE A P7.]

6. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses un profesional de la salud le ha revisado los pies para ver si tiene llagas o alguna parte irritada?

(303-304)

- — Cantidad de veces [76 = 76 o más]
- 88 Ninguna
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

7. ¿Cuándo fue la última vez que le realizaron un examen de la vista en el que le dilataron las pupilas? Esto habría ocasionado que le molestara la luz brillante por unas horas.

(305)

Lea lo siguiente solo si es necesario:

- 1 En el mes pasado (hace menos de 1 mes)
- 2 En los últimos 12 meses (hace más de 1 mes, pero menos de 12 meses)
- 3 En los últimos 2 años (hace más de 1 año, pero menos de 2)
- 4 Hace 2 años o más

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 8 Nunca
- 9 Se niega a contestar

8. ¿Su médico le ha informado en alguna ocasión que la diabetes le ha afectado los ojos o que tenía retinopatía?

(306)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

9. ¿Ha tomado alguna vez un curso o una clase sobre cómo controlar la diabetes por sí mismo?

(307)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

Módulo 3: Salud Respiratoria (síntomas de epoc)

Las siguientes preguntas se refieren a los problemas respiratorios que pueda tener.

1. Durante los últimos 3 meses, ¿tuvo tos la mayoría de los días?

(308)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

2. Durante los últimos 3 meses, ¿tuvo tos con flema o moco la mayoría de los días?

(309)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

3. ¿Tiene dificultad para respirar cuando camina sobre una superficie plana o cuando sube una pendiente leve o las escaleras?

(310)

- | | |
|---|------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar |

4. ¿Alguna vez le hicieron una prueba respiratoria para diagnosticarle problemas respiratorios?

(311)

- | | |
|---|------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar |

5. A lo largo de su vida, ¿cuántos años ha fumado productos de tabaco?

(312-313)

- | | |
|----|-----------------------------------|
| -- | Número de años [01-76] |
| 88 | Nunca fumó o fumó menos de un año |
| 77 | No sabe/No está seguro |
| 99 | Se niega a contestar |

Módulo 4: Salud cardiovascular

Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su salud cardiovascular o la salud de su corazón.

[NOTA DE CATI: SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA BÁSICA P6.1 = 1 (SÍ), PREGUNTE P1. SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA BÁSICA P6.1 = 2, 7 O 9 (NO, NO SABE O SE NIEGA A CONTESTAR) SALTE A P1.]

1. 1. Después de su ataque cardíaco, ¿acudió a algún tipo de rehabilitación ambulatoria? (A esto a veces le llaman en inglés "rehab").

(314)

- | | |
|---|----|
| 1 | Sí |
| 2 | No |

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

[NOTA DE CATI: SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA BÁSICA P6.3 = 1 (SÍ), PREGUNTE P2. SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA BÁSICA P6.3 = 2, 7 O 9 (NO, NO SABE O SE NIEGA A CONTESTAR) SALTE A P2.]

2. Después de su accidente cerebrovascular, ¿recibió algún tipo de rehabilitación ambulatoria? (A esto a veces le llaman en inglés "rehab").

(315)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: LA PREGUNTA 3 ES PARA TODOS LOS ENCUESTADOS.

3. ¿Toma aspirinas todos los días o día por medio? (316)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: LA ASPIRINA PUEDE SER RECETADA POR UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA O SE PUEDE OBTENER SIN RECETA MÉDICA.

- 1 Sí [PASE A LA PREGUNTA 5]
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

4. ¿Tiene algún problema de salud o una afección por lo cual no es seguro que usted tome aspirina? (317)

**Si la respuesta es "Sí", pregunte "¿Es una afección del estómago?"
Codifique malestar estomacal como problemas estomacales.**

- 1 Sí, no está relacionado con problemas estomacales [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]
- 2 Pareja del mismo sexo [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]
- 3 No [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]
- 7 No sabe/No está seguro [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]

9 Se niega a contestar
MÓDULO]

[PASE AL SIGUIENTE

5. ¿Toma aspirina para aliviar el dolor? (318)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

6. ¿Toma aspirina para reducir su probabilidad de tener un ataque cardiaco? (319)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

7. ¿Toma aspirina para reducir su probabilidad de tener un accidente cerebrovascular? (320)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

Módulo 5: Medidas para controlar la presión arterial alta

[NOTA DE CATI: SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA BÁSICA P4.1 = 1 (SÍ), CONTINÚE. DE LO CONTRARIO, PASE AL SIGUIENTE MÓDULO.]

Antes, usted dijo que le habían diagnosticado presión arterial alta.

¿Está haciendo actualmente alguna de las siguientes cosas para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta?

1. ¿(Está) cambiando sus hábitos alimenticios (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)? (321)

- 1 Sí

- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

2. ¿(Está) reduciendo el consumo de sal (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)?

(322)

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No consume sal
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

3. ¿(Está) reduciendo el consumo de alcohol (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)?

(323)

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No toma bebidas alcohólicas
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

4. ¿(Está) haciendo ejercicio (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)?

(324)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

¿Le ha recomendado alguna vez un médico u otro profesional de la salud hacer las siguientes cosas para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta?

5. ¿(Le han recomendado alguna vez) cambiar sus hábitos alimenticios (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)?

(325)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

6. ¿(Le han recomendado alguna vez) reducir el consumo de sal (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)?

(326)

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No consume sal
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

7. ¿(Le han recomendado alguna vez) reducir el consumo de alcohol (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)?

(327)

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No toma bebidas alcohólicas
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

8. ¿(Le han recomendado alguna vez) practicar ejercicio (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)?

(328)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

9. ¿(Le han recomendado alguna vez) tomar medicamentos (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)?

(329)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

10. ¿Le han dicho un doctor u otro profesional de la salud en dos o más consultas distintas que usted tiene presión arterial alta?

(330)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI LA RESPUESTA ES "SÍ" Y LA PERSONA ENCUESTADA ES MUJER, PREGÚNTELE: “¿ESTO FUE ÚNICAMENTE DURANTE SU EMBARAZO?”.

- 1 Sí
- 2 Sí, pero la mujer dijo que ocurrió únicamente durante el embarazo
- 3 No
- 4 Le dijeron que tenía hipertensión arterial limítrofe o que era prehipertensa
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

Módulo 6: Control de la artritis

[NOTA DE CATI: SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA BÁSICA P6.9 = 1 (SÍ), CONTINÚE. DE LO CONTRARIO, PASE AL SIGUIENTE MÓDULO.]

1. Anteriormente usted señaló que tiene síntomas de artritis o en las articulaciones. Con respecto a sus síntomas de artritis o en las articulaciones, ¿cuál de las siguientes situaciones lo describe mejor actualmente? (331)

Por favor léale:

- 1 Puedo hacer todo lo que me gustaría hacer**
- 2 Puedo hacer casi todo lo que me gustaría hacer**
- 3 Puedo hacer algunas de las cosas que me gustaría hacer**
- 4 Casi no puedo hacer nada de lo que me gustaría hacer**

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

2. ¿ALGUNA VEZ un médico u otro profesional de la salud le ha indicado que perder peso puede ser bueno para aliviar los síntomas de la artritis o en las articulaciones?

(332)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

3. ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha sugerido que realice actividad física o ejercicio para aliviar los síntomas de artritis o en las articulaciones?

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI LA PERSONA ENCUESTADA NO ESTÁ SEGURA DE SI ESTO SIGNIFICA AUMENTAR O DISMINUIR LA ACTIVIDAD FÍSICA, LA PREGUNTA SE REFIERE A AUMENTAR.

(333)

- | | |
|---|------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar |

4. ¿ALGUNA VEZ ha tomado una clase o un curso para aprender cómo controlar los problemas relacionados con los síntomas de la artritis o en las articulaciones?

(334)

- | | |
|---|------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar |

Módulo 7: Antecedentes de asma en adultos

[NOTA DE CATI: SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA BÁSICA P6.4 ES "SÍ", CONTINÚE. DE LO CONTRARIO, PASE AL SIGUIENTE MÓDULO.]

Usted dijo anteriormente que un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le informó que usted tenía asma.

1. ¿Qué edad tenía cuando un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le informó por primera vez que usted tenía asma?

(335-336)

- | | | |
|----|-------|---------------------------------------|
| | __ __ | Edad en años 11 o más [96 = 96 o más] |
| 97 | | 10 años o menos |
| 98 | | No sabe/No está seguro |
| 99 | | Se niega a contestar |

[NOTA DE CATI: Si la respuesta a la pregunta básica P6.5 es "Sí", continúe. De lo contrario, PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN.]

2. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido algún episodio o ataque de asma?

(337)

- | | | |
|---|------------------------|-------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [PASE A P5] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [PASE A P5] |
| 9 | Se niega a contestar | [PASE A P5] |

3. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces acudió a una sala de emergencias o a un centro de atención de urgencias debido al asma? (338-339)

- | | |
|----|---|
| — | Número de visitas (NOTA PARA EL ENCUESTADOR: [87 = 87 o más]) |
| 88 | Ninguna |
| 98 | No sabe/No está seguro |
| 99 | Se niega a contestar |

4. [NOTA DE CATI: SI LA RESPUESTA A P3 ES UNA O MÁS VISITAS, INDIQUE “ADEMÁS DE ESAS VISITAS A LA SALA DE EMERGENCIAS O A URGENCIAS”] en los últimos 12 meses, ¿cuántas veces fue a ver a un médico, un enfermero u otro profesional de la salud para recibir tratamiento de urgencia debido a síntomas de asma que empeoraban? (340-341)

- | | |
|----|-------------------------------------|
| — | Cantidad de visitas [87 = 87 o más] |
| 88 | Ninguna |
| 98 | No sabe/No está seguro |
| 99 | Se niega a contestar |

5. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces fue a ver a un médico, enfermero u otro profesional de la salud para hacerse un chequeo de rutina del asma? (342-343)

- | | |
|----|-------------------------------------|
| — | Cantidad de visitas [87 = 87 o más] |
| 88 | Ninguna |
| 98 | No sabe/No está seguro |
| 99 | Se niega a contestar |

6. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días debió ausentarse del trabajo o suspender sus actividades habituales debido al asma? (344-346)

- | | |
|-----|------------------------|
| | Cantidad de días |
| 888 | Ninguno |
| 777 | No sabe/No está seguro |
| 999 | Se niega a contestar |

7. Los síntomas del asma incluyen tos, sibilancia, dificultad para respirar, presión en el pecho y producción de flema sin que usted tenga resfriado o una infección respiratoria. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tuvo algún síntoma de asma? ¿Diría usted que...?

(347)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: FLEMA

Por favor léale:

- 8** **En ningún momento** **[PASE A P9]**
- 1** **Menos de una vez por semana**
- 2** **Una o dos veces por semana**
- 3** **Más de 2 veces por semana, pero no todos los días**
- 4** **Todos los días, pero no todo el tiempo o**
- 5** **Todos los días, todo el tiempo**

No le lea:

- 7** **No sabe/No está seguro**
- 9** **Se niega a contestar**

8. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días los síntomas del asma le impidieron o le dificultaron dormir? ¿Diría usted que...?

(348)

- 8** **Ninguno**
- 1** **Uno o dos**
- 2** **Tres o cuatro**
- 3** **Cinco**
- 4** **Entre seis y diez o**
- 5** **Más de diez**

No le lea:

- 7** **No sabe/No está seguro**
- 9** **Se niega a contestar**

9. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días tomó un medicamento de venta bajo receta para EVITAR un ataque de asma?

(349)

Lea lo siguiente solo si es necesario:

- 8 Nunca
- 1 1 a 14 días
- 2 15 a 24 días
- 3 25 a 30 días

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

10. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia utilizó un inhalador de venta bajo receta para detener UN ATAQUE DE ASMA?

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: LA FRECUENCIA (CANTIDAD DE VECES) NO SIGNIFICA LA CANTIDAD DE INHALACIONES (DESCARGAS). EN GENERAL, CADA VEZ QUE SE UTILIZA EL INHALADOR SE REALIZAN DE DOS A TRES DESCARGAS.

(350)

Lea lo siguiente solo si es necesario:

- 8 Nunca (incluya si no ha tenido ataques en los últimos 30 días)
- 1 1 a 4 veces (en los últimos 30 días)
- 2 5 a 14 veces (en los últimos 30 días)
- 3 15 a 29 veces (en los últimos 30 días)
- 4 30 a 59 veces (en los últimos 30 días)
- 5 60 a 99 veces (en los últimos 30 días)
- 6 100 veces o más (en los últimos 30 días)

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

Módulo 8: Días en los que se siente bien de salud (síntomas)

1. En los últimos 30 días, aproximadamente ¿durante cuántos días el dolor le dificultó realizar sus actividades habituales como el cuidado personal, el trabajo o la recreación?

(351-352)

- Cantidad de días
- 88 Ninguno
- 77 No sabe/No está seguro

99 Se niega a contestar

2. En los últimos 30 días, aproximadamente ¿durante cuántos días se sintió triste, melancólico o deprimido?

(353-354)

__ __ Cantidad de días
88 Ninguno
77 No sabe/No está seguro
99 Se niega a contestar

3. En los últimos 30 días, aproximadamente ¿durante cuántos días se sintió preocupado, tenso o ansioso?

(355-356)

__ __ Cantidad de días
88 Ninguno
77 No sabe/No está seguro
99 Se niega a contestar

4. En los últimos 30 días, aproximadamente ¿durante cuántos días se sintió en excelente estado de salud y lleno de energía?

(357-358)

__ __ Cantidad de días
88 Ninguno
77 No sabe/No está seguro
99 Se niega a contestar

Módulo 9: Trastorno del sueño

1. En promedio, ¿cuántas horas duerme en un periodo de 24 horas?

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: ANOTE LA CANTIDAD DE HORAS QUE LA PERSONA DUERME EN NÚMEROS ENTEROS, REDONDEANDO HACIA ARRIBA LOS 30 MINUTOS (1/2 HORA) O MÁS Y HACIA ABAJO LOS 29 MINUTOS O MENOS.

(359-360)

__ __ Número de horas [01-24]
77 No sabe/No está seguro
99 Se niega a contestar

2. Durante las últimas 2 semanas, ¿cuántos días ha tenido problemas para dormir o mantener el sueño o ha dormido demasiado? (361-362)

- __ __ 01-14 días
- 88 Ninguno
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

3. **Durante las últimas 2 semanas, ¿cuántos días se quedó dormido involuntariamente durante el día?**
(363-364)

- __ 01-14 días
- 88 Ninguno
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

4. **¿Le dijeron alguna vez que ronca muy fuerte?** (365)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

5. **¿Alguien observó alguna vez que usted dejara de respirar mientras dormía?** (366)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: TAMBIÉN INGRESE “SÍ”, SI EL ENCUESTADO MENCIONA QUE TIENE UNA MÁQUINA O CPAP QUE REGISTRA QUE SU RESPIRACIÓN A VECES SE DETIENE DURANTE LA NOCHE.

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

Módulo 10: Acceso a atención médica

1. **¿Tiene Medicare?** (367)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: MEDICARE ES UN PLAN DE COBERTURA PARA PERSONAS DE 65 AÑOS O MÁS Y PARA CIERTAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

2. ¿Cuál es su principal seguro de cobertura médica? Es... (368-369)

Por favor léale:

- 01 Un plan adquirido a través de un empleador o sindicato (incluidos los planes adquiridos a través del empleador de otra persona)**
- 02 Un plan que usted u otro miembro de su familia paga por su cuenta**
- 03 Medicare**
- 04 Medicaid u otro programa estatal**
- 05 TRICARE (antiguamente llamado CHAMPUS), VA, o el plan de las Fuerzas Armadas**
- 06 Servicios para los nativos de Alaska, Servicio de Salud Indígena (Indian Health Service), servicios de salud tribales**
- 07 Otra fuente de cobertura o**
- 08 Ninguno (no tiene cobertura médica)**

No le lea:

- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI LA PERSONA ENCUESTADA DICE QUE ADQUIRIÓ UN SEGURO DE SALUD A TRAVÉS DEL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS (NOMBRE DEL MERCADO ESTATAL), PREGUNTE SI SE TRATA DE UN PLAN DE SEGURO DE SALUD PRIVADO ADQUIRIDO POR SU CUENTA O POR UN MIEMBRO DE SU FAMILIA (PRIVADO), O SI RECIBIÓ MEDICAID (PLAN ESTATAL). SI LA PERSONA ENCUESTADA LO ADQUIRIÓ POR SU CUENTA (O A TRAVÉS DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA), SELECCIONE 02; SI ES MEDICAID, SELECCIONE 04.

[NOTA DE CATI: PASE A LA PREGUNTA BÁSICA P3.2.]

3. Aparte del costo, hay otras razones por las cuales las personas tardan en obtener la atención médica que necesitan. ¿Se ha tardado en obtener la atención médica que necesita por alguna de las siguientes razones en los últimos 12 meses? Seleccione la razón más importante.

Por favor léale: (370)

- 1 No logró que pasara la llamada.**
- 2 No pudo conseguir una cita pronto.**

- 3 Cuando llegó, tuvo que esperar demasiado para ver al médico.
- 4 El consultorio clínico o del médico no estaba abierto cuando llegó.
- 5 No tenía transporte.

No le lea:

- Otra razón _____ (especifique) (371-395)
- 8 No, no me demoré en obtener atención médica/no necesitaba atención médica.
 - 7 No sabe/no está seguro
 - 9 Se niega a contestar

[NOTA DE CATI: PASE A LA PREGUNTA BÁSICA P3.4; SI P3.1 = 1 (SÍ), CONTINÚE; DE LO CONTRARIO, PASE A P4B.]

4a. En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿Hubo algún momento en que NO tuviera NINGÚN tipo de seguro o cobertura médica? (396)

- 1 Sí [PASE A P5]
- 2 No [PASE A P5]
- 7 No sabe/No está seguro [PASE A P5]
- 9 Se niega a contestar [PASE A P5]

[NOTA DE CATI: SI P3.1 = 2, 7 O 9, CONTINÚE; DE LO CONTRARIO, PASE A LA SIGUIENTE PREGUNTA (P5).]

4b. ¿Cuánto hace que no tiene cobertura médica? (397)

Lea lo siguiente solo si es necesario:

- 1 Hace 6 meses o menos
- 2 Hace más de 6 meses, pero menos de 1 año
- 3 Hace más de 1 año, pero menos de 3 años
- 4 Hace más de 3 años
- 5 Nunca

No le lea:

- 7 No sabe/no está seguro
- 9 Se niega a contestar

5. ¿Cuántas veces ha ido a ver a un médico, un enfermero u otro profesional de salud en los últimos 12 meses? (398-399)

- Cantidad de veces
- 88 Ninguna
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

6. Sin incluir los medicamentos de venta sin receta, ¿en los últimos 12 meses en algún momento usted no tomó sus medicamentos según lo recetado debido al costo?

(400)

- 1 Sí
- 2 No

No le lea:

- 3 No se le recetó ningún medicamento
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

7. En general, ¿está satisfecho con la atención médica que recibió? ¿Diría usted que está...?

(401)

Por favor léale:

- 1 Muy satisfecho**
- 2 Algo satisfecho**
- 3 Para nada satisfecho**

No le lea:

- 8 No corresponde
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

8. En la actualidad, ¿tiene alguna cuenta médica que esté pagando de a poco? (402)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: ESTO PUEDE INCLUIR CUENTAS MÉDICAS QUE ESTÉ PAGANDO CON UNA TARJETA DE CRÉDITO, MEDIANTE PRÉSTAMOS PERSONALES O EN CUOTAS DE PAGO ACORDADAS CON EL HOSPITAL U OTROS PROVEEDORES. LAS CUENTAS PUEDEN SER TANTO DE ESTE AÑO COMO DE AÑOS ANTERIORES.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: LAS CUENTAS DE ATENCIÓN MÉDICA PUEDEN INCLUIR COSTOS MÉDICOS, DENTALES, DE TERAPIA FÍSICA O DE QUIROPRÁCTICA.

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

[NOTA DE CATI: PASE A LA SECCIÓN BÁSICA 4.]

Módulo 11: Detección de consumo de alcohol e intervención breve (ASBI, por sus siglas en inglés)

NOTA DE CATI: SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA BÁSICA P3.4 = 1 O 2 (SE HA HECHO UN CHEQUEO EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS), CONTINÚE; DE LO CONTRARIO, PASE AL SIGUIENTE MÓDULO.

Durante los chequeos de rutina, los proveedores de atención médica pueden preguntarle acerca de comportamientos como el consumo de alcohol: si usted toma o no. Queremos saber acerca de las preguntas que le hacen.

1. Anteriormente, usted me dijo que su último chequeo de rutina fue [dentro del último año/dentro de los 2 últimos años]. En ese chequeo, ¿se le preguntó personalmente o en un formulario si usted bebe alcohol?

(403)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

2. ¿El proveedor de atención médica le preguntó personalmente o en un formulario qué cantidad de alcohol bebe?

(404)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

3. ¿El proveedor de atención médica le preguntó específicamente si toma [5 EN EL CASO DE LOS HOMBRES/4 EN EL CASO DE LAS MUJERES] bebidas alcohólicas o más en una ocasión?

(405)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

4. ¿Le dieron consejos acerca de qué cantidad de bebidas alcohólicas es perjudicial o riesgosa para su salud?

(406)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

[NOTA DE CATI: SI LAS PREGUNTAS 1, 2 O 3 = 1 (SÍ), CONTINÚE; DE LO CONTRARIO, PASE AL SIGUIENTE MÓDULO.]

5. Los proveedores de atención médica también pueden aconsejarles a los pacientes que tomen menos por varias razones. En su último chequeo de rutina, ¿se le aconsejó reducir la cantidad de alcohol que toma o dejar de tomar? (407)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

Módulo 12: Supervivencia al cáncer

[NOTA DE CATI: SI LA RESPUESTA A LAS PREGUNTAS BÁSICAS P6.6 OR P6.7 = 1 (SÍ), CONTINÚE; DE LO CONTRARIO, PASE AL SIGUIENTE MÓDULO.]

Usted nos dijo que había tenido cáncer. Me gustaría hacerle algunas preguntas más sobre esta enfermedad.

1. ¿Cuántos tipos diferentes de cáncer ha tenido? (408)

No le lea:

- 1 Solo uno
- 2 Dos
- 3 Tres o más
- 7 No sabe/No está seguro **[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]**
- 9 Se niega a contestar **[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]**

2. ¿Qué edad tenía cuando le dijeron que tenía cáncer?

(409-410)

— — Codifique la edad en años **(NOTA PARA EL ENCUESTADOR: 97 = 97 años o más)**

- 98 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

[NOTA DE CATI: SI P1 = 2 (DOS) O 3 (TRES O MÁS), PREGUNTE: "¿A QUÉ EDAD LE DIAGNOSTICARON CÁNCER POR PRIMERA VEZ?".

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: ESTA PREGUNTA SE REFIERE A LA PRIMERA VEZ QUE LE DIJERON A LA PERSONA ENCUESTADA QUE TENÍA CÁNCER.

[NOTA DE CATI: SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA BÁSICA P6.6 = 1 (SÍ) Y P1 = 1 (SOLO UNO): PREGUNTE "¿FUE MELANOMA" U "OTRO TIPO DE CÁNCER"? LUEGO CODIFIQUE 21 SI FUE "MELANOMA" O 22 SI FUE "OTRO TIPO DE CÁNCER DE PIEL".]

3. ¿Qué tipo de cáncer era?

(411-412)

[NOTA DE CATI: SI P1 = 2 (DOS) O 3 (TRES O MÁS), PREGUNTE: "¿QUÉ TIPO DE CÁNCER LE DIAGNOSTICARON MÁS RECIENTEMENTE?"]

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: LÉALE LA LISTA SOLO SI LA PERSONA ENCUESTADA NECESITA QUE LA AYUDEN A IDENTIFICAR EL TIPO DE CÁNCER (ES DECIR, EL NOMBRE DEL CÁNCER) [1-30]:

Mama (seno)

01 Cáncer de mama

Aparato reproductor femenino (cáncer ginecológico)

02 Cáncer de cuello uterino (cáncer cervical)

03 Cáncer endometrial (cáncer de útero)

04 Cáncer ovárico (cáncer de ovario)

Cabeza/cuello

05 Cáncer de cabeza y cuello

06 Cáncer bucal

07 Cáncer faríngeo (cáncer de garganta)

08 Cáncer de la tiroides

09 Cáncer de laringe

Gastrointestinal

10 Cáncer de colon (cáncer de intestino)

11 Cáncer esofágico (cáncer de esófago)

12 Cáncer hepático (cáncer de hígado)

13 Cáncer pancreático (cáncer de páncreas)

14 Cáncer rectal (cáncer de recto)

15 Cáncer de estómago

Leucemia/linfoma (ganglios linfáticos y médula ósea)

16 Linfoma de Hodgkin (enfermedad de Hodgkin)

17 Leucemia (cáncer de la sangre)

18 Linfoma no hodgkiniano

Aparato reproductor masculino

19 Cáncer de próstata

20 Cáncer testicular

Piel

- 21 Melanoma
- 22 Otro tipo de cáncer de piel

Tórax

- 23 Cáncer de corazón
- 24 Cáncer de pulmón
- Cáncer de las vías urinarias
- 25 Cáncer de la vejiga
- 26 Cáncer renal (cáncer de riñón)

Otros

- 27 Cáncer de huesos
- 28 Cáncer de cerebro
- 29 Neuroblastoma
- 30 Otro

No le lea:

- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

4. Actualmente, ¿está recibiendo tratamiento para el cáncer? Por tratamiento nos referimos a cirugía, radioterapia, quimioterapia o píldoras para la quimioterapia.
(413)

Lea lo siguiente si es necesario:

- 1 Sí [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]
- 2 No, ya completé el tratamiento
- 3 No, rechacé el tratamiento [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]
- 4 No, no he comenzado el tratamiento [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]
- 5 No fue necesario el tratamiento [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]
- 7 No sabe/No está seguro [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]
- 9 Se niega a contestar [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]

5. ¿Qué tipo de doctor le proporciona la mayor parte de su atención médica? (414-415)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI LA PERSONA ENCUESTADA PIDE QUE LE ACLARE ESTA PREGUNTA, DÍGALE: “QUEREMOS SABER QUÉ TIPO DE DOCTOR VE CON MÁS FRECUENCIA SI SE ENFERMA O PARA CONSULTAS MÉDICAS REGULARES (POR EJEMPLO: EXÁMENES ANUALES O FÍSICOS, TRATAMIENTO DE RESFRIADOS, ETC.)”.

Por favor léale [1-10]:

- 01 Cirujano especialista en cáncer**
- 02 Médico de familia**
- 03 Cirujano general**
- 04 Ginecólogo oncólogo**
- 05 Médico general o internista**
- 06 Cirujano plástico o de cirugía reconstructiva**
- 07 Oncólogo**
- 08 Oncólogo radiólogo**
- 09 Urólogo**
- 10 Otro**

No le lea:

- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

6. ¿ALGUNA VEZ un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le proporcionó un resumen escrito de todos los tratamientos contra el cáncer que ha recibido?
(416)

Lea lo siguiente solo si es necesario: “Por ‘otro profesional de la salud’ nos referimos a una enfermera especializada, un auxiliar médico, una trabajadora social o algún otro profesional”.

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

7. ¿ALGUNA VEZ un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le dio instrucciones sobre a qué lugar debería volver o a quién debería consultar para que le hicieran chequeos rutinarios de cáncer después de completar su tratamiento contra esa enfermedad?
(417)

- 1 Sí
- 2 No [PASE A P9]
- 7 No sabe/No está seguro [PASE A P9]
- 9 Se niega a contestar [PASE A P9]

8. ¿Le dieron estas instrucciones impresas o por escrito?(418)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

9. Cuando le diagnosticaron el cáncer más reciente, ¿tenía un seguro médico que pagara todo o parte de su tratamiento? (419)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: “SEGURO MÉDICO” TAMBIÉN INCLUYE MEDICARE, MEDICAID U OTRO TIPO DE PROGRAMAS DE SEGURO MÉDICO ESTATALES.

10. ¿ALGUNA VEZ le negaron un seguro médico o de vida debido a su cáncer? (420)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

11. ¿Participó en estudios clínicos como parte de su tratamiento contra el cáncer? (421)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

12. ¿Actualmente tiene dolor físico debido a su cáncer o a su tratamiento? (422)

- 1 Sí
- 2 No

[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]

- | | | |
|---|------------------------|----------------------------|
| 7 | No sabe/No está seguro | [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO] |
| 9 | Se niega a contestar | [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO] |

13. ¿Su dolor está bajo control actualmente?

(423)

Por favor léale:

- Sí, con medicamentos (o tratamiento)**
- Sí, sin medicamentos (o tratamiento)**
- No, con medicamentos (o tratamiento)**
- No, sin medicamentos (o tratamiento)**

No le lea:

- | | |
|---|------------------------|
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar |

Módulo 13: Bebidas endulzadas con azúcar

1. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tomó gaseosas (refrescos con gas) regulares que contenían azúcar? No incluya las gaseosas dietéticas. (424-426)

Por favor léale: **Usted puede responder por día, semana o mes: por ejemplo, dos veces al día, una vez a la semana, etc.**

- | | |
|-----|------------------|
| 1__ | Veces por día |
| 2__ | Veces por semana |
| 3__ | Veces por mes |

No le lea:

- | | |
|-----|------------------------|
| 888 | Ninguna |
| 777 | No sabe/No está seguro |
| 999 | Se niega a contestar |

2. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tomó bebidas de frutas endulzadas con azúcar (como Kool-aid™ y limonada), té endulzado, bebidas deportivas o energéticas (como Gatorade™ y Red Bull™)? No incluya los jugos de frutas al 100 %, bebidas dietéticas o bebidas con edulcorantes artificiales.

(427-429)

Por favor léale: **Usted puede responder por día, semana o mes: por ejemplo, dos veces al día, una vez a la semana, etc.**

- 1__ Veces por día
- 2__ Veces por semana
- 3__ Veces por mes

No le lea:

- 888 Ninguna
- 777 No sabe/No está seguro
- 999 Se niega a contestar

Módulo 14: Conductas relacionadas con la sal o el sodio

La mayoría de la sal o el sodio que consumimos proviene de alimentos procesados y alimentos preparados en restaurantes. La sal también se puede añadir al cocinar o en la mesa.

1. En la actualidad, ¿está vigilando o reduciendo su consumo de sal o sodio? (430)

- 1. Sí
- 2. No
- 7. No sabe/No está seguro
- 9. Se niega a contestar

2. ¿Un médico u otro profesional de la salud le ha aconsejado alguna vez consumir menos sodio o sal?

(431)

- 1. Sí
- 2. No
- 7. No sabe/No está seguro
- 9. Se niega a contestar

Módulo 15: Marihuana

1. En los últimos 30 días, ¿cuántos días consumió marihuana o hachís?

(432-433)

- __ (1-30) Número de días
- 88 Ninguno (0 días) [PASE A EL SIGUIENTE MÓDULO]
- 77 No sabe/No está seguro [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]
- 99 Se niega a contestar [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]

2. [NOTA DE CATI: PREGUNTA SOLO PARA CONSUMIDORES ACTUALES DE MARIHUANA]. Durante los últimos 30 días, ¿cuál fue la principal manera en que consumió marihuana? Seleccione una respuesta. ¿Usted...?

(434)

Por favor léale:

- 1 La fuma (por ejemplo en un cartucho, pito, churros, pipa, cachimba o porro)
- 2 La come (por ejemplo, en pastelitos o *brownies*, pasteles, galletas o dulces)
- 3 La bebe (por ejemplo, en té, gaseosa o bebida alcohólica)
- 4 La vaporiza (por ejemplo, en un aparato para vaporizar similar a los cigarrillos electrónicos)
- 5 La usa en concentrado o "dabbing" (por ejemplo, en ceras o concentrados)
- 6 La consume de alguna otra manera.

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

3. [NOTA DE CATI: PREGUNTA SOLO PARA CONSUMIDORES ACTUALES DE MARIHUANA]. Cuando consumió marihuana o hachís en los últimos 30 días, ¿lo hizo por razones médicas para tratar una afección o disminuir los síntomas, o no fueron razones médicas sino obtener placer o satisfacción (como sentir emociones, sentirse “aceptado” por un grupo, sentirse más consciente, olvidar las preocupaciones, divertirse en una reunión social)?

(435)

Lea lo siguiente si es necesario:

- 1 Solo por razones médicas, para tratar una afección o disminuir los síntomas
- 2 Solo por razones no médicas, para obtener placer o satisfacción
- 3 Por razones tanto médicas como no médicas

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

Módulo 16: Salud reproductiva y planificación familiar

[NOTA DE CATI: SI LA PERSONA ENCUESTADA ES MUJER Y TIENE MÁS DE 49 AÑOS DE EDAD, HA TENIDO UNA HISTERECTOMÍA, ESTÁ EMBARAZADA, O SI ES HOMBRE, PASE AL SIGUIENTE MÓDULO.]

Las siguientes preguntas se refieren a sus experiencias y lo que piensa sobre la planificación familiar. Recuerde que todas sus respuestas serán confidenciales.

1. La última vez que tuvieron relaciones sexuales, ¿usted o su esposo/pareja hicieron algo para evitar un embarazo? (436)

- 1 Sí

- | | | |
|---|---|----------------------------|
| 2 | No | [PASE A P3] |
| 3 | No tiene pareja/no tiene actividad sexual | [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO] |
| 4 | Sí, por problemas estomacales | [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO] |
| 5 | Le hicieron una histerectomía | [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [PASE A P.3] |
| 9 | Se niega a contestar | [PASE A P.3] |

2. La última vez que tuvieron relaciones sexuales, ¿qué hicieron usted o su pareja para evitar un embarazo?

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI LA ENCUESTADA INDICA MÁS DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO, ANOTE EL MÉTODO QUE APAREZCA PRIMERO EN LA LISTA.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI LA ENCUESTADA INDICA USAR “CONDONES”, PREGÚNTELE SI SON “CONDONES DE MUJER” O “CONDONES DE HOMBRE”.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI LA ENCUESTADA INDICA USAR “DIU” (DISPOSITIVO INTRAUTERINO), PREGUNTE PARA SABER SI ES “DIU DE LEVONORGESTREL” O “DIU DE ALAMBRE DE COBRE”.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI LA ENCUESTADA RESPONDE “OTRO MÉTODO”, PÍDALE QUE POR FAVOR “ESPECIFIQUE” Y ASEGÚRESE DE QUE LA RESPUESTA NO CORRESPONDA A OTRA CATEGORÍA. SI LA RESPUESTA CORRESPONDE A OTRA CATEGORÍA, MÁRQUELA ADECUADAMENTE.

Lea lo siguiente solo si es necesario:
438)

(437-

- 01 Esterilización femenina (p. ej., ligadura de trompas, Essure, Adiana) [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]
- 02 Esterilización masculina (vasectomía) [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]
- 03 Implante anticonceptivo (p. ej., Implanon) [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]
- 04 DIU de levonorgestrel (LNG) o DIU hormonal (p. ej., Mirena) [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]
- 05 DIU de alambre de cobre (p. ej., ParaGard) [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]
- 06 DIU de tipo desconocido [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]
- 07 Inyecciones (p. ej., Depo-Provera) [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]
- 08 Pastillas anticonceptivas de cualquier tipo [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]
- 09 Parche anticonceptivo (p. ej., Ortho Evra) [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]
- 10. Anillo anticonceptivo (p. ej., NuvaRing) [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]
- 11 Condomes para hombres [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]
- 12 Diafragma, capuchón cervical [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]
- 13 Condomes para mujeres [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]

- 14 No tiene relaciones sexuales en ciertos días (método del ritmo o método anticonceptivo natural) **[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]**
- 15 Retiro antes de la eyaculación (eyacula afuera) **[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]**
- 16 Espuma, gel, película o crema anticonceptiva **[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]**
- 17 Anticonceptivos de emergencia (pastilla de la "mañana siguiente") **[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]**
- 18 Otro método **[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]**

No le lea:

- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

Algunas de las razones que pudo haber tenido para no evitar un embarazo la última vez que tuvo relaciones sexuales pueden ser: desear un embarazo, no tener dinero para comprar un método anticonceptivo o no pensar que puede quedar embarazada.

3. La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿cuál fue la razón principal por la que usted no hizo nada para evitar un embarazo? (439-440)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI LA ENCUESTADA RESPONDE "OTRA RAZÓN", PÍDALE QUE "POR FAVOR ESPECIFIQUE" Y ASEGÚRESE DE QUE LA RESPUESTA NO CORRESPONDA A OTRA CATEGORÍA. SI LA RESPUESTA CORRESPONDE A OTRA CATEGORÍA, MÁRQUELA ADECUADAMENTE.

Lea lo siguiente solo si es necesario:

- 01 No pensaba que iba a tener una relación sexual/no tiene una pareja fija
- 02 Simplemente no lo pensó
- 03 No le importaba si quedaba embarazada
- 04 Quería quedar embarazada
- 05 Usted o su pareja no quieren usar métodos anticonceptivos
- 06 A usted o a su pareja no les gustan los métodos anticonceptivos o sus efectos secundarios
- 07 No tenía dinero para comprar un método anticonceptivo
- 08 Tuvo un problema para conseguir un método anticonceptivo cuando lo necesitaba
- 09 Razones religiosas
- 10 Interrumpió brevemente el uso de un método anticonceptivo
- 11 No cree que usted o su pareja puedan tener hijos (infértil o edad avanzada)
- 12 Tenía las trompas ligadas (esterilización)
- 13 Le hicieron una histerectomía.
- 14 A su pareja le hicieron una vasectomía (esterilización)
- 15 Está amamantando actualmente
- 16 Acababa de tener un bebé/posparto

- 17 Está embarazada ahora
- 18 Su pareja es del mismo sexo
- 19 Otra razón

- 77 No sabe/No está segura
- 99 Se niega a contestar

Módulo 17: Influenza (gripe)

[NOTA DE CATI: SI P15.1 = 1 (SÍ) CONTINÚE; DE LO CONTRARIO PASE AL SIGUIENTE MÓDULO.]

1. Anteriormente, usted me dijo que había recibido la vacuna contra la influenza en los últimos 12 meses. ¿En qué tipo de establecimiento recibió la vacuna contra la influenza la última vez?

Lea lo siguiente solo si es necesario:
(441-442)

- 0 01 Un consultorio médico o clínica de una organización de atención médica administrada (HMO)
- 02 Un departamento de salud
- 03 Otro tipo de clínica o centro de salud (como un centro comunitario de salud)
- 04 Un centro comunitario para personas de la tercera edad, de recreación o comunitario
- 05 Un negocio (por ejemplo, un supermercado, una farmacia)
- 06 Un hospital (por ejemplo, donde se internan pacientes)
- 07 Una sala de emergencias
- 08 El trabajo
- 09 Otro tipo de lugar:
- 10 Recibió la vacuna en México o Canadá (Voluntario: No le lea)
- 11 En la escuela
- 77 No sabe/No está seguro (Pregunte: “¿Cómo describiría el lugar donde usted se puso la vacuna más reciente contra la influenza estacional?”)
- No le lea:
- 99 Se niega a contestar

Módulo 18: Virus del papiloma humano (VPH) en adultos

[NOTA DE CATI: ESTAS PREGUNTAS SON PARA ENCUESTADOS DE ENTRE 18 Y 49 AÑOS DE EDAD; DE LO CONTARIO, PASE AL SIGUIENTE MÓDULO.]

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO; GARDASIL; CERVARIX

1. Hay una vacuna para prevenir el virus del papiloma humano (o VPH) y la infección que causa. Se la llama vacuna contra el cáncer de cuello uterino o las verrugas genitales y es la vacuna contra el VPH [Ingrese “GARDASIL o CERVARIX”, si es mujer; o "GARDASIL”, si es hombre”]. ¿ALGUNA VEZ le han puesto la vacuna contra el VPH?

(443)

- | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO] |
| 3 | El médico no quiso cuando se la pidió | [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO] |
| 9 | Se niega a contestar | [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO] |

2. ¿Cuántas inyecciones de la vacuna contra el VPH le pusieron?
(444-445)

- | | |
|-----|-------------------------|
| – – | Cantidad de inyecciones |
| 0 3 | Todas las inyecciones |
| 77 | No sabe/No está seguro |
| 99 | Se niega a contestar |

Módulo 19: Vacuna contra tétanos, difteria y tosferina acelular (Td/Tdap) (Adultos)

1. Desde el 2005, ¿se ha puesto una vacuna contra el tétanos? (446)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI LA RESPUESTA ES SÍ, PREGUNTE: ¿FUE LA TDAP, LA VACUNA CONTRA EL TÉTANOS QUE TAMBIÉN INCLUYE LA VACUNA CONTRA LA TOSFERINA (PERTUSSIS)?

- 1 Sí, recibió la Tdap
- 2 Sí, recibió la vacuna contra el tétanos, pero no era la Tdap
- 3 Sí, recibió la vacuna contra el tétanos, pero no sabe qué tipo
- 4 No, no se ha puesto ninguna vacuna contra el tétanos desde el 2005
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

Módulo 20: Detección del cáncer de pulmón

NOTA DE CATI: SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA BÁSICA P9.1=1 (YES) Y P9.2 = 1, 2 O 3 (TODOS LOS DÍAS, ALGUNOS DÍAS O NUNCA) CONTINUE; DE LO CONTRARIO, PASE A LA PREGUNTA 4.

Usted nos dijo que había fumado en el pasado o que fuma en la actualidad. Las siguientes preguntas se refieren a las pruebas de detección del cáncer de pulmón.

1. ¿Cuántos años tenía cuando empezó a fumar cigarrillos en forma regular? (447-449)

- ___ Edad en años (001 – 100)
- 8 8 8 Nunca fumó cigarrillos en forma regular [PASE A LA P4]
- 7 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 9 Se niega a contestar

NOTA 1 PARA EL ENCUESTADOR: REGULAR SIGNIFICA AL MENOS UN CIGARRILLO O MÁS EN LOS DÍAS EN QUE EL ENCUESTADO FUMA (YA SEA TODOS LOS DÍAS O ALGUNOS DÍAS) O HAYA FUMADO (YA NO FUMA NUNCA PARA NADA).

[INSTRUCCIONES DE CATI/NOTA PARA EL ENCUESTADOR: (SI LA EDAD QUE INDICA EL ENCUESTADO NO COINCIDE CON LA EDAD QUE MARCÓ PREVIAMENTE) INDICÓ QUE TENÍA __ AÑOS. USTED INDICÓ QUE HABÍA COMENZADO A FUMAR DE FORMA REGULAR A LOS ___ AÑOS. POR FAVOR VERIFIQUE QUE ESTA SEA LA RESPUESTA CORRECTA Y CAMBIE LA EDAD A LA QUE EL ENCUESTADO COMENZÓ A FUMAR DE

MANERA REGULAR O HAGA UNA NOTA PARA CORREGIR LA EDAD DEL ENCUESTADO.]

2. ¿Cuántos años tenía cuando dejó de fumar cigarrillos en forma regular? (450-452)

— — — Edad en años
7 7 7 No sabe/No está seguro
9 9 9 Se niega a contestar

NOTA 1 PARA EL ENCUESTADOR: EN FORMA REGULAR ES AL MENOS UN CIGARRILLO O MÁS EN LOS DÍAS EN QUE EL ENCUESTADO FUMA (YA SEA TODOS LOS DÍAS O ALGUNOS DÍAS) O FUMÓ (YA NO FUMA NUNCA).

3. En promedio, cuando {fuma/fumaba} de forma regular, ¿aproximadamente cuántos cigarrillos {fuma/fumaba} por lo general cada día? (453-455)

— — — Cantidad de cigarrillos
7 7 7 No sabe/No está seguro
9 9 9 Se niega a contestar

NOTA 1 PARA EL ENCUESTADOR: EN FORMA REGULAR ES AL MENOS UN CIGARRILLO O MÁS EN LOS DÍAS EN QUE EL ENCUESTADO FUMA (YA SEA TODOS LOS DÍAS O ALGUNOS DÍAS) O FUMÓ (YA NO FUMA NUNCA).

NOTA 2 PARA EL ENCUESTADOR: EL ENCUESTADO PODRÍA RESPONDER EN CANTIDAD DE PAQUETES EN LUGAR DE CANTIDAD DE CIGARRILLOS. A CONTINUACIÓN HAY UNA TABLA DE CONVERSIÓN:

0.5 PAQUETES = 10 CIGARRILLOS	1.75 PAQUETES = 35 CIGARRILLOS
0.75 PAQUETES = 15 CIGARRILLOS	2 PAQUETES = 40 CIGARRILLOS
1 PAQUETE = 20 CIGARRILLOS	2.5 PAQUETES = 50 CIGARRILLOS
1.25 PAQUETE = 25 CIGARRILLOS	3 PAQUETES = 60 CIGARRILLOS
1.5 PAQUETES = 30 CIGARRILLOS	

4. La siguiente pregunta es acerca las tomografías computarizadas (CT o CAT, por sus siglas en inglés). Durante esta prueba, usted se acuesta boca arriba sobre una mesa. Mientras contiene la respiración, la mesa se mueve a través de una máquina de rayos X en forma de rosca mientras se hace el examen. En los últimos 12 meses, ¿le hicieron una tomografía computarizada? (456)

Lea lo siguiente solo si es necesario:

1. Sí, para ver si tenía cáncer de pulmón

2. No (no le hicieron una CT)
3. Le hicieron una CT, pero por otra razón

No le lea:

7. No sabe/No está seguro
9. Se niega a contestar

Módulo 21: Cuidado de personas

Hay personas que proporcionan en forma habitual cuidados o asistencia a un amigo o un familiar con problemas de salud o una discapacidad.

1. **En los últimos 30 días, ¿proporcionó en forma habitual cuidados o asistencia a un amigo o un familiar con problemas de salud o una discapacidad?** (457)

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: Si la persona a la que cuidaba falleció en los últimos 30 días, diga "lamento su pérdida", e ingrese el código 8.

1. Sí
2. No

[PASE A LA PREGUNTA 9]

7 No sabe/No está seguro

[PASE A LA PREGUNTA 9]

8 La persona a la que cuidaba falleció en los últimos 30 días [PASE AL SIGUIENTE

MÓDULO]

9 Se niega a contestar

[PASE A LA PREGUNTA 9]

2. **¿Cuál es su relación con la persona a la que cuida? Por ejemplo, ¿es su madre o hija, o padre o hijo)?** (458-459)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI SE TRATA DE MÁS DE UNA PERSONA, DIGA LO SIGUIENTE: "MENCIONE LA PERSONA A LA QUE LE PROPORCIONA MÁS CUIDADO".

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: NO LE LEA, INGRESE EL CÓDIGO DE LA RESPUESTA CON LAS SIGUIENTES CATEGORÍAS.

- 01 Madre
- 02 Padre
- 03 Suegra
- 04 Suegro
- 05 Hijo

- 06 Esposo
- 07 Esposa
- 08 Pareja del mismo sexo
- 09 Hermano o cuñado
- 10 Hermana o cuñada
- 11 Abuela
- 12 Abuelo
- 13 Nieto o nieta
- 14 Otro pariente
- 15 Amigo de familia/No pariente
- 16 Pareja, no casada

- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

3. ¿Desde hace cuánto tiempo ha cuidado a esa persona? Diría usted que...
(460)

Por favor léale:

- 1 Menos de 30 días**
- 2 Entre 1 mes a menos de 6 meses**
- 3 Entre 6 meses a menos de 2 años**
- 4 Entre 2 años a menos de 5 años**
- 5 5 años o más**

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

4. En una semana promedio, ¿cuántas horas proporciona usted cuidado o ayuda? Diría usted que...
(461)

Por favor léale:

- 1 Hasta 8 horas por semana**
- 2 De 9 a 19 horas por semana**
- 3 De 20 a 39 horas por semana**
- 4 40 horas o más**

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

5. ¿Cuál es el principal problema de salud, la enfermedad prolongada o la discapacidad que tiene la persona a la que cuida?
(462-463)

Lea lo siguiente si es necesario: **Dígame, ¿cuál de las siguientes afecciones cree que es el mayor problema?**

[NO LE LEA: REGISTRE UNA RESPUESTA]

- 1 Artritis/Reumatismo
- 2 Asma
- 3 Cáncer
- 4 Afecciones respiratorias crónicas como enfisema o epoc
- 5 Demencia u otro trastornos de deficiencia cognitiva como la enfermedad de Alzheimer
- 6 Discapacidades del desarrollo como autismo, síndrome de Down y espina bífida
- 7 Diabetes
- 8 Enfermedad cardíaca, presión arterial alta
- 9 Infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
- 10 Enfermedad mental como ansiedad, depresión o esquizofrenia
- 11 Otra enfermedad o insuficiencia en un órgano como problemas de riñón o hígado
- 12 Trastornos de la adicción o abuso de sustancias
- 13 Lesiones, incluidas fracturas de huesos
- 14 Vejez/achaques/fragilidad
- 15 Otra

No le lea:

- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

6. En los últimos 30 días, ¿le proporcionó ayuda a esta persona al...

...manejar su cuidado personal como administrarle medicamentos, ayudar con la alimentación, ayudarla a vestirse o bañarse?

(464)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

7. En los últimos 30 días, ¿le proporcionó ayuda a esta persona al...

...manejar tareas del hogar como limpiar, manejar dinero o preparar comidas?

(465)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

8. ¿Cuál de los siguientes servicios de apoyo necesita más, pero no recibe actualmente?

(466)

[NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI EL ENCUESTADO PREGUNTA QUÉ ES EL CUIDADO DE RELEVO]: Cuidado de relevo significa descansos de corto plazo para quienes proporcionan cuidados a otra persona.

Lea las opciones 1 - 6:

- 1. Clases sobre cómo proporcionar cuidado, cómo administrar medicamentos**
- 2. Ayuda para acceder a servicios**
- 3. Grupos de apoyo**
- 4. Consejería individual para ayudar a sobrellevar el proporcionar cuidados a otra persona**
- 5. Cuidado de relevo**
- 6. No necesita ninguno de estos servicios de apoyo**

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

[Si P1 = 1 u 8, PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]

9. En los próximos 2 años, ¿tiene pensado proporcionar cuidados o asistencia a un amigo o un familiar con problemas de salud o una discapacidad?

(467)

- 1 Sí
- 2 No

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

Módulo 22: Deterioro cognitivo

[NOTA DE CATI: SI EL ENCUESTADO TIENE 45 AÑOS O MÁS CONTINÚE, DE LO CONTRARIO PASE AL SIGUIENTE MÓDULO.]

Las siguientes preguntas son sobre las dificultades para pensar o recordar que pueden hacer una gran diferencia en las actividades de la vida diaria. Esto no se refiere a olvidarse ocasionalmente las llaves o el nombre de alguien que conoció recientemente, lo cual es normal. Esto se refiere al estado de confusión o pérdida de la memoria que sucede cada vez con mayor frecuencia o que empeora, como por ejemplo, olvidarse cómo hacer las cosas que hace desde siempre u olvidar cosas que normalmente sabe. Queremos saber cómo lo afectan estas dificultades.

1. En los últimos 12 meses, ¿ha experimentado confusión o pérdida de memoria que sucede cada vez con más frecuencia o que empeora? (468)

- 1 Sí
- 2 No [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]
- 7 No sabe [PASE A P2]
- 9 Se niega a contestar [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]

2. En los últimos 12 meses, ¿como resultado de la confusión o pérdida de memoria, con qué frecuencia ha dejado de hacer las actividades de la vida diaria o tareas del hogar que solía hacer, como por ejemplo, cocinar, limpiar, tomar medicamentos, conducir o pagar cuentas? (469)

Por favor léale:

- 1 Siempre**
- 2 Usualmente**
- 3 Algunas veces**
- 4 Casi nunca**
- 5 Nunca**

No le lea:

- 7 No sé
- 9 Se niega a contestar

3. Como resultado de la confusión o pérdida de memoria, ¿con qué frecuencia necesita ayuda con estas actividades de la vida diaria?

(470)

Por favor léale:

- 1 Siempre**
- 2 Usualmente**
- 3 Algunas veces**
- 4 Casi nunca [PASE A P5]**
- 5 Nunca [PASE A P5]**

No le lea:

- 7 No sabe [PASE A P5]**
- 9 Se niega a contestar [PASE A P5]**

[NOTA DE CATI: SI P3 = 1, 2, O 3, CONTINÚE. SI P3 = 4,5, 7, O 9 PASE A P5.]

4. Cuando usted necesita ayuda con estas actividades de la vida diaria, ¿con qué frecuencia suele obtener la ayuda que necesita?

(471)

Por favor léale:

- 1 Siempre**
- 2 Usualmente**
- 3 Algunas veces**
- 4 Casi nunca**
- 5 Nunca**

No le lea:

- 7 No sé**
- 9 Se niega a contestar**

5. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha interferido la confusión o la pérdida de memoria en su capacidad de trabajar, trabajar de voluntario o participar en actividades sociales fuera de la casa?

(472)

Por favor léale:

- 1 Siempre**
- 2 Usualmente**
- 3 Algunas veces**
- 4 Casi nunca**
- 5 Nunca**

No le lea:

- 7 No sé
- 9 Se niega a contestar

6. ¿Ha hablado usted u otra persona con un profesional de atención médica sobre su confusión o pérdida de memoria? (473)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sé
- 9 Se niega a contestar

Módulo 23: Apoyo emocional y satisfacción con la vida

Las siguientes dos preguntas se refieren al apoyo emocional y a lo satisfecho que está con su vida.

1. ¿Con qué frecuencia obtiene el apoyo social y emocional que necesita? (474)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI SE LO PREGUNTAN, DIGA: "POR FAVOR INCLUYA EL APOYO QUE RECIBE DE CUALQUIER FUENTE".

Por favor léale:

- 1 Siempre**
- 2 Usualmente**
- 3 Algunas veces**
- 4 Casi nunca**
- 5 Nunca**

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

2. En términos generales, ¿cuán satisfecho está con su vida? (475)

Por favor léale:

- 1 Muy satisfecho**
- 2 Satisfecho**
- 3 Insatisfecho**
- 4 Muy insatisfecho**

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro

9 Se niega a contestar

Módulo 24: Factores sociales determinantes de la salud

1. Durante los últimos 12 meses, ¿en algún momento no pudo pagar su hipoteca, la renta o las cuentas de servicios? (476)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

2. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se ha mudado de una casa a otra? (477-478)

- ___ Cantidad de mudanzas en los últimos 12 meses [01-52]
- 88 Ninguna (No se mudó en los últimos 12 meses)
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

3. ¿Qué tan seguro considera que es su vecindario con respecto a la delincuencia? Usted diría que es...

(479)

Por favor léale:

- 1 Muy seguro**
- 2 Seguro**
- 3 Inseguro**
- 4 Extremadamente inseguro**

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

4. Respecto a las siguientes dos declaraciones, por favor dígame si la declaración fue cierta con frecuencia, algunas veces o nunca en su caso en los últimos 12 meses (es decir, desde [NOTA DE CATI: NOMBRE DEL MES ACTUAL]). La primera declaración es, “La comida que compré simplemente no duró y no tenía dinero para conseguir más”.

¿Fue eso cierto con frecuencia, algunas veces o nunca en su caso en los últimos 12 meses?
(480)

- 1 Con frecuencia fue cierto,**
- 2 Algunas veces fue cierto o**
- 3 Nunca fue cierto**

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

5. “No podía pagar comidas balanceadas”. ¿Fue eso cierto con frecuencia, algunas veces o nunca en su caso en los últimos 12 meses? (481)

- 1 Con frecuencia fue cierto,**
- 2 Algunas veces fue cierto o**
- 3 Nunca fue cierto**

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

6. Por lo general, ¿cómo están sus finanzas al final del mes? Por lo general encuentra que:
(482)

Por favor léale:

- 1 le queda algo de dinero,**
- 2 le queda lo justo para terminar el mes o**
- 3 no tiene suficiente dinero para terminar el mes**

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

7. El estrés se refiere a una situación en la que una persona se siente tensa, inquieta, nerviosa o ansiosa, o no puede dormir por la noche porque las preocupaciones le dominan la mente todo el tiempo. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha sentido este tipo de estrés?

(483)

Por favor léale:

- 1 Nunca
- 2 Muy pocas veces
- 3 Algunas veces
- 4 La mayoría del tiempo o
- 5 Todo el tiempo

No le lea:

- 7. No sabe/No está seguro
- 9. Se niega a contestar

Módulo 25: Sector laboral y ocupación

SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA BÁSICA P8.15 = 1 O 4 (EMPLEADO ASALARIADO O DESEMPLEADO DESDE HACE MENOS DE 1 AÑO) O 2 (TRABAJADOR INDEPENDIENTE), CONTINÚE; DE LO CONTRARIO, PASE AL SIGUIENTE MÓDULO.

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su trabajo.

[NOTA DE CATI: SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA BÁSICA P8.15 = 1 (EMPLEADO ASALARIADO) O 2 (TRABAJADOR INDEPENDIENTE), PREGUNTE:

1. ¿Qué tipo de trabajo realiza usted? Por ejemplo, enfermero titulado, personal de limpieza, cajero, mecánico de automóviles.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI LA PERSONA ENCUESTADA NO LO TIENE CLARO, PREGUNTE: "¿CUÁL ES SU CARGO O TÍTULO DE TRABAJO O EL NOMBRE QUE SE LE DA A LO QUE USTED HACE?".

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI EL ENCUESTADO TIENE MÁS DE UN TRABAJO, ENTONCES PREGUNTE: "¿CUÁL ES SU TRABAJO PRINCIPAL?".

(484-583)

[Anote la respuesta] _____

99 Se niega a contestar

[SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA BÁSICA P8.15 = 4 (DESEMPLEADO POR MENOS DE 1 AÑO), PREGUNTE]

¿Qué tipo de trabajo hacía? Por ejemplo, enfermero titulado, personal de limpieza, cajero, mecánico de automóviles.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI EL ENCUESTADO NO LO TIENE CLARO, PREGUNTE: "¿CUÁL ERA SU CARGO O TÍTULO DE TRABAJO?".

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI EL ENCUESTADO TIENE MÁS DE UN TRABAJO, ENTONCES PREGUNTE: "¿CUÁL ERA SU TRABAJO PRINCIPAL?".

[Anote la respuesta] _____
99 Se niega a contestar

[SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA BÁSICA P8.15 = 1 (EMPLEADO ASALARIADO) O 2 (TRABAJADOR INDEPENDIENTE), PREGUNTE:]

2. ¿En qué sector o área comercial trabaja? por ejemplo, hospitalario, escuela primaria, fabricación de ropa, restaurantes.

(584-683)

[Anote la respuesta] _____
99 Se niega a contestar

[NOTA DE CATI: SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA BÁSICA P8.15 = 4 (DESEMPLEADO POR MENOS DE 1 AÑO), PREGUNTE:]

¿En qué de sector o área comercial trabajaba? por ejemplo, hospitalario, escuela primaria, fabricación de ropa, restaurantes.

[Anote la respuesta] _____
99 Se niega a contestar

Módulo 26: Orientación e identidad sexual

Las siguientes dos preguntas son acerca de la orientación e identidad sexual.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: HACEMOS ESTAS PREGUNTAS PARA ENTENDER MEJOR LA SALUD Y LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA DE LAS PERSONAS CON DISTINTAS ORIENTACIONES SEXUALES.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: POR FAVOR DIGA EL NÚMERO QUE SE ENCUENTRA ANTES DEL TEXTO DE LA RESPUESTA. LA PERSONA ENCUESTADA PUEDE RESPONDER YA SEA CON EL NÚMERO O CON EL TEXTO O PALABRAS.

1. Usted se considera: (684)

Por favor léale:

- 1 1 - Heterosexual**
- 2 2 - Lesbiana o gay (homosexual)**
- 3 3 - Bisexual**

No le lea:

- 4 Otro**
- 7 No sabe/No está seguro**
- 9 Se niega a contestar**

2. ¿Usted se considera transexual? (685)

SI LA RESPUESTA ES SÍ, PREGUNTE: "¿SE CONSIDERA TRANSEXUAL 1. DE SEXO MASCULINO A FEMENINO, 2. DE SEXO FEMENINO A MASCULINO O 3. NO SE CLASIFICA CON NINGÚN SEXO?"

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Por favor diga el número que se encuentra antes del texto de una respuesta de "Sí". La persona encuestada puede responder ya sea con el número o con el texto o palabras.

Por favor léale:

- 1 Sí, transexual, de masculino a femenino**
- 2 Sí, transexual, de femenino a masculino**
- 3 Sí, transexual, no se clasifica con ningún sexo**
- 4 No**

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro**
- 9 Se niega a contestar**

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI LE PIDEN UNA DEFINICIÓN DE TRANSEXUAL: ALGUNAS PERSONAS SE DESCRIBEN A SÍ MISMAS COMO TRANSEXUALES CUANDO TIENEN UNA IDENTIDAD SEXUAL DISTINTA AL SEXO CON EL CUAL NACIERON. POR EJEMPLO, UNA PERSONA QUE HAYA NACIDO CON UN CUERPO DE HOMBRE, PERO QUE SE SIENTA MUJER O VIVA COMO MUJER SERÍA TRANSEXUAL. ALGUNAS PERSONAS TRANSEXUALES CAMBIAN SU APARIENCIA FÍSICA PARA QUE CONCUERDE CON SU IDENTIDAD SEXUAL INTERIOR. ALGUNAS PERSONAS TRANSEXUALES TOMAN HORMONAS Y SE HAN HECHO ALGUNA OPERACIÓN. UNA

PERSONA TRANSEXUAL PUEDE TENER CUALQUIER ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL, GAY (HOMOSEXUAL), LESBIANA O BISEXUAL.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI LE PIDEN UNA DEFINICIÓN DE "QUE NO SE CLASIFICA CON NINGÚN SEXO": ALGUNAS PERSONAS CONSIDERAN QUE NO SE CLASIFICAN CON NINGÚN SEXO CUANDO NO SE IDENTIFICAN NI COMO PURAMENTE HOMBRE NI COMO PURAMENTE MUJER.

Módulo 27: Seguridad con las armas de fuego

Las siguientes preguntas son acerca de la seguridad con las armas de fuego. Algunas personas tienen armas con propósitos recreacionales como la cacería o deportes de tiro. Hay personas que también tienen armas en la casa por protección. Por favor incluya armas de fuego como pistolas, revólveres, escopetas y rifles; pero no las pistolas de balines o las que disparan balas de salva que no son reales. Incluya aquellas que tiene guardadas en el garaje, en un área de almacenamiento al descubierto o en un vehículo automotor.

1 ¿Tiene algún arma de fuego guardada actualmente en su casa o alrededor de su casa? (686)

- 1. Sí
- 2. No
- 7. No sabe/no está seguro
- 9. Se niega a contestar

**[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]
[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]
[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]**

2 ¿Está cargada actualmente alguna de estas armas de fuego?
(687)

1. Sí
2. No
7. No sabe/no está seguro
9. Se niega a contestar

[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]

[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]

[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]

3 ¿De las armas que están cargadas, ¿hay alguna que además no esté guardada bajo llave o no tenga un dispositivo de seguridad?
(688)

Lea lo siguiente si es necesario: Por “bajo llave” y “dispositivo de seguridad” queremos decir que no se necesita una llave o una combinación ni una huella dactilar para tener acceso al arma o dispararla. No contamos como seguro a los mecanismos que impiden un disparo accidental (*safety*).

1. Sí
2. No
7. No sabe/No está seguro
9. Se niega a contestar

Módulo 28: Selección aleatoria de niños

[NOTA DE CATI: SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA BÁSICA P8.16 = 88 O 99 (NO HAY NIÑOS MENORES DE 18 AÑOS EN LA CASA O SE NIEGA A CONTESTAR), PASE AL SIGUIENTE MÓDULO.]

NOTA DE CATI: SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA BÁSICA P8.16 = 1, POR FAVOR LÉALE: “ANTERIORMENTE USTED MENCIONÓ QUE EN SU CASA HABÍA UN NIÑO O UNA NIÑA DE 17 AÑOS DE EDAD O MENOR. QUISIERA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE ESE NIÑO O NIÑA”. [PASE A P1]

[NOTA DE CATI: SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA BÁSICA P8.16 ES >1 Y LA RESPUESTA A LA PREGUNTA BÁSICA P8.16 NO ES 88 NI 99, POR FAVOR LÉALE: “USTED MENCIONÓ ANTERIORMENTE QUE EN SU CASA HABÍA [CANTIDAD] NIÑOS DE 17 AÑOS O MENOS. PIENSE EN ESOS [CANTIDAD] NIÑOS EN ORDEN DE NACIMIENTO, DE MAYOR A MENOR. EL NIÑO MAYOR ES EL PRIMERO EN NACER Y EL MENOR ES EL ÚLTIMO. INCLUYA TAMBIÉN A LOS NIÑOS QUE TENGAN LA MISMA FECHA DE NACIMIENTO, COMO LOS MELLIZOS O GEMELOS, DE ACUERDO AL ORDEN DE NACIMIENTO”.]

[NOTA DE CATI: ELIJA AL AZAR UNO DE LOS NIÑOS. ESTE ES EL "X." NIÑO. EN TODAS LAS PREGUNTAS QUE FIGURAN A CONTINUACIÓN, SUSTITUYA LA "X" POR EL NÚMERO CORRESPONDIENTE AL NIÑO ELEGIDO.

Por favor léale:

Me gustaría hacerle algunas preguntas adicionales sobre un niño en particular. El niño al que nos referimos será el "X" [CATI: POR FAVOR INDIQUE EL NÚMERO CORRECTO] NIÑO EN SU CASA. TODAS LAS PREGUNTAS QUE LE HARÉ A CONTINUACIÓN SE REFERIRÁN AL "X." NIÑO [CATI: POR FAVOR LLENE LOS ESPACIOS].

1. ¿En qué mes y año nació el "X" niño? (689-694)

__/____ Codifique mes y año
77/7777 No sabe/No está seguro
99/9999 Se negó a contestar

NOTA DE CATI: CALCULE LA EDAD DEL NIÑO EN MESES (EDADNIÑO1=0 A 216) Y TAMBIÉN LA EDAD EN AÑOS (EDADNIÑO2=0 A 17) CON BASE EN LA FECHA DE LA ENCUESTA Y EL MES Y EL AÑO DE NACIMIENTO UTILIZANDO UN VALOR DE 15 PARA EL DÍA DEL NACIMIENTO. SI EL NIÑO SELECCIONADO TIENE <12 MESES, INGRESE LOS MESES CALCULADOS EN EDADNIÑO1 Y 0 EN EDADNIÑO2. SI EL NIÑO TIENE ≥12 MESES, INGRESE LOS MESES CALCULADOS EN EDADNIÑO1 Y ANOTE EDADNIÑO2=TRUNCO (EDADNIÑO1/12).

2. ¿El niño en cuestión, es niño o niña?

(695)

1 Niño
2 Niña
9 Se niega a contestar

3. ¿Es el niño hispano, latino o de origen español? (696-699)

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: SI LA RESPUESTA ES SÍ, PREGUNTE: ¿ES...?

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SELECCIONE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN.

Por favor léale:

1 Mexicano, mexicoamericano, chicano
2 Puertorriqueño
3 Cubano

4 De otro origen latino o hispano o español

No le lea:

- 5 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

4. ¿Cuál o cuáles de los siguientes diría usted que es el grupo racial del niño? (700-727)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SELECCIONE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI SE SELECCIONA 40 (ASIÁTICO) O 50 (ISLEÑO DEL PACÍFICO), LEA Y CODIFIQUE LA SUBCATEGORÍA BAJO EL TÍTULO PRINCIPAL.

- 10 Blanco**
- 20 Negro o afroamericano**
- 30 Indoamericano o nativo de Alaska**
- 40 Asiático**
 - 41 Indoasiático
 - 42 Chino
 - 43 Filipino
 - 44 Japonés
 - 45 Coreano
 - 46 Vietnamita
 - 47 Otro origen asiático
- 50 Isleño del Pacífico**
 - 51 Nativo de Hawái
 - 52 Guameño o chamorro
 - 53 Samoano
 - 54 Otro isleño del Pacífico

No le lea:

- 60 Otro
- 88 No indica otras opciones
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

5. ¿Cuál de los siguientes grupos diría usted que es el más representativo de la raza del niño?
(728-729)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI SE SELECCIONA 40 (ASIÁTICO) O 50 (ISLEÑO DEL PACÍFICO), LEA Y CODIFIQUE LA SUBCATEGORÍA BAJO EL TÍTULO PRINCIPAL.

- 10 Blanco**
- 20 Negro o afroamericano**
- 30 Indoamericano o nativo de Alaska**
- 40 Asiático**
 - 41 Indoasiático
 - 42 Chino
 - 43 Filipino
 - 44 Japonés
 - 45 Coreano
 - 46 Vietnamita
 - 47 Otro origen asiático
- 50 Isleño del Pacífico**
 - 51 Nativo de Hawái
 - 52 Guameño o chamorro
 - 53 Samoano
 - 54 Otro isleño del Pacífico

No le lea:

- 60 Otro
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

6. ¿Qué relación tiene usted con el niño? (730)

Por favor léale:

- 1 Padre o madre (incluya padre o madre biológicos, padrastro o madrastra, o padre o madre adoptivos)**
- 2 Abuelo o abuela**
- 3 Tutor legal o padre sustituto (*foster parent*)**
- 4 Hermano o hermana (incluya hermano o hermana biológicos, hermanastro o hermanastra o hermano o hermana adoptivos)**
- 5 Otro familiar**
- 6 No tiene ninguna relación**

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

Módulo 29: Prevalencia del asma infantil

[NOTA DE CATI: SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA BÁSICA P8.16 = 88 (NINGUNO) O 99 (SE NIEGA A CONTESTAR), PASE AL SIGUIENTE MÓDULO.]

Las siguientes dos preguntas son acerca del “X” [NOTA DE CATI: POR FAVOR INDIQUE EL NÚMERO CORRECTO] niño en su casa.

1. ¿ALGUNA VEZ un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le ha dicho que el niño tenía asma?

(731)

- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar
- [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]
[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]
[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]

2. ¿El niño aún tiene asma?

(732)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

Guion para pedir permiso para volver a llamar y preguntar sobre el asma

Quisiéramos llamarlo de nuevo dentro de 2 semanas para hablar más en detalle de su experiencia (o la de su hijo) con el asma. La información se utilizará para ayudar a crear y mejorar programas contra el asma en <ESTADO>. La información que nos dio hoy y la que nos dará en el futuro se mantendrá confidencial. Si usted está de acuerdo, mantendremos su nombre o sus iniciales y número de teléfono en un expediente separado de las respuestas que obtuvimos hoy. Aun cuando acepte hoy, usted o las otras personas pueden decidir no participar en el futuro. ¿Le parece bien que lo llamemos de nuevo en una fecha posterior para hacerle preguntas adicionales sobre el asma?

(733)

- 1 Sí
- 2 No

¿Me puede proporcionar el nombre o las iniciales (de usted/de su hijo) para que sepamos por quién debemos preguntar cuando llamemos de nuevo?

_____ Escriba el nombre o las iniciales.

Selección para llamada de seguimiento sobre el asma

¿Qué persona del hogar fue seleccionada como la persona para el seguimiento sobre el asma?

(734)

- 1 Adulto
- 2 Niño

DECLARACIÓN FINAL

Esa fue mi última pregunta. Las respuestas de todas las personas encuestadas se combinarán de modo que nos ayuden a brindar información sobre las prácticas de salud de la población de este estado. Muchas gracias por su tiempo y cooperación.

Lista de actividades físicas de recreación comunes

(Para usarse en la Sección 13: Actividad física)

Descripción del código (Actividad física, preguntas 13.2 y 13.5 anteriores)

- | | |
|--|---|
| 01 Dispositivos de juegos interactivos (Wii Fit, Dance, Dance revolution) | 39 Saltar la cuerda |
| 02 Video o clase de ejercicios aeróbicos | 40 Remar con máquina de ejercicio |
| 03 Montañismo con mochila a la espalda | 41 <i>Rugby</i> |
| 04 Bádminton | 42 Buceo recreativo |
| 05 Básquetbol | 43 Montar en patineta (<i>skateboarding</i>) |
| 06 Ejercicio en bicicleta fija | 44 Patinar: en hielo o sobre ruedas |
| 07 Andar en bicicleta | 45 Deslizamiento en trineo, tobogán |
| 08 Navegación (en canoa, remo, kayak, en barco de vela para paseos o para acampar) | 46 Bucear con tubo (<i>snorkel</i>) |
| 09 Boliche | 47 Remover la nieve (con máquina sopladora) |
| 10 Boxeo | 48 Remover con pala manualmente |
| 11 Calistenia | 49 Esquiar en la nieve |
| 12 Canotaje/remo en competencia | 50 Caminar con raquetas de nieve |
| 13 Carpintería | 51 Fútbol |
| 14 Baile: ballet, baile de salón, danza latina, hip hop, zumba, etc. | 52 <i>Softball</i> /béisbol |
| 15 Ejercicio con máquina elíptica/EFX | 53 <i>Squash</i> |
| 16 Pesca desde bancos de los ríos o en embarcación | 54 Subir escaleras/Stair master |
| 17 <i>Frisbee</i> | 55 Pesca en arroyos con botas de pescador |
| 18 Jardinería (remover la tierra, desyerbar, cavar, rellenar) | 56 Surfear |
| 19 Golf (con carro motorizado) | 57 Nadar |
| 20 Golf (sin carro motorizado) | 58 Natación |
| 21 Balonmano | 59 Tenis de mesa |
| 22 Montañismo; excursionismo | 60 Taichí |
| 23 Hockey | 61 Tenis |
| 24 Equitación | 62 Fútbol americano |
| 25 Caza de animales grandes: venados, alces | 63 Vóleibol |
| 26 Caza de animales pequeños: codornices | 64 Caminar |
| 27 Patinaje en línea | 66 Esquí acuático |
| 28 Trotar | 67 Levantamiento de pesas |
| 29 <i>Lacrosse</i> | 68 Lucha libre |
| 30 Escalar montañas | 69 Yoga |
| 31 Cortar el césped con máquina | 71 Cuidado de niños |
| 32 Tenis de playa (<i>paddleball</i>) | 72 Trabajo de granja (cuidado del ganado, almacenamiento de heno, etc.) |
| 33 Pintar la casa o colocar papel tapiz | 73 Actividades del hogar (aspirar, limpiar el polvo, reparaciones de la casa, etc.) |
| 34 Pilates | 74 Karate/Artes marciales |
| 35 Ráquetbol | 75 Ciclismo con la parte superior del cuerpo (deportes en silla de ruedas, ergómetro) |
| 36 Rastrillar el césped/podar arbustos | 76 Trabajo en el jardín (cortar, juntar madera, podar, etc.) |
| 37 Correr | 98 Otra_____ |
| 38 Escalar rocas | 99 Se niega a contestar |