



2005

**Sistema de vigilancia de los factores de riesgo
conductuales**

Cuestionario

1 de agosto de 2005

Sistema de vigilancia de los factores de riesgo conductuales (Behavioral Risk Factor Surveillance System) Cuestionario estatal 2005

Tabla de contenidos

Tabla de contenidos.....	2
Guión para el encuestador.....	4
Secciones básicas	6
Sección 1: Estado de salud	6
Sección 2: Días en los que goza de buena salud	6
Sección 3: Acceso a cuidados médicos	7
Sección 4: Ejercicio	Error! Bookmark not defined.
Sección 5: Diabetes.....	8
Sección 6: Nivel de conciencia acerca del problema de la hipertensión	9
Sección 7: Nivel de conciencia acerca del problema del colesterol.....	9
Sección 8: Prevalencia de las enfermedades cardiovasculares	10
Sección 9: Asma.....	11
Sección 10: Inmunización.....	11
Sección 11: Consumo de tabaco.....	12
Sección 12: Consumo de alcohol.....	12
Sección 13: Características demográficas	13
Sección 14: Excombatientes	18
Sección 15: Discapacidad	18
Sección 16: Artritis.....	19
Sección 17: Frutas y Verduras	20
Sección 18: Actividad física.....	22
Sección 19: VIH/SIDA.....	24
Sección 20: Apoyo emocional y grado de satisfacción con la vida.....	25
Párrafo de cierre, Transición a módulos y/o Preguntas adicionales de los estados	26
Módulos opcionales	27
Módulo 1: Diabetes.....	27
Módulo 2: Salud bucal	30
Módulo 3: Deterioro visual y acceso a cuidados oculares	31
Módulo 4: Días en los que goza de buena salud (síntomas)	34
Módulo 5: Salud cardiovascular	35
Módulo 6: Medidas para controlar la presión arterial alta	36
Módulo 7: Ataque cardíaco y derrame cerebral	38
Módulo 8: Influenza	41
Módulo 9: Antecedentes de asma en adultos	42
Módulo 10: Selección aleatoria de niños.....	46
Módulo 11: Prevalencia del asma infantil.....	48
Módulo 12: Inmunización infantil	48
Módulo 13: Salud femenina.....	49
Módulo 14: Detección del cáncer de próstata	50
Módulo 15: Detección del cáncer colorrectal.....	52
Módulo 16: Osteoporosis.....	53
Módulo 17: Control de la artritis.....	54
Módulo 18: Control del peso.....	55
Módulo 19: Calidad del aire dentro del hogar	56
Módulo 20: El entorno del hogar	57

Módulo 21: Dejar de fumar	59
Módulo 22: Políticas acerca del cigarrillo	Error! Bookmark not defined.
Módulo 23: Excombatientes	62
Módulo 24: Actitudes de terceros en cuanto a la raza	62
Módulo 25: Violencia sexual	65
Módulo 26: Violencia en relaciones con una pareja sexual	68

Guión para el encuestador / la encuestadora

HOLA, llamo de parte del **(departamento de salud)** y de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Mi nombre es **(nombre)**. Estamos recopilando información sobre la salud de los residentes de **(estado)**. Su número de teléfono fue seleccionado al azar, y me gustaría hacerle algunas preguntas sobre la salud y sus comportamientos en lo que se relaciona con la salud.

¿Hablo con el **(número de teléfono)**?

En caso negativo,

Muchas gracias, pero es probable que haya llamado a un número equivocado. Es posible que su número sea seleccionado en otra oportunidad. Perdón por la molestia, adiós. **COLGAR**

¿Es ésta una casa de familia?

En caso negativo,

Muchas gracias, pero por el momento sólo estamos haciendo esta encuesta en casas de familia. **COLGAR**

¿Hablo con un número de teléfono celular?

En caso afirmativo,

Muchas gracias, pero por el momento sólo estamos llamando a teléfonos de línea y a domicilios particulares para realizar esta encuesta. **COLGAR**

Para esta encuesta, necesito seleccionar al azar a un adulto que viva en su hogar. ¿Cuántos miembros de su familia, incluyéndose a usted, tienen 18 años o más?

___ Cantidad de adultos

En caso de ser “1”,

¿Es usted el adulto?

En caso afirmativo,

En ese caso, usted es la persona con la que necesito hablar. Indique 1 hombre o 1 mujer a continuación (Preguntar el sexo, de ser necesario) **Pase a la página 5.**

En caso negativo,

¿El adulto es un hombre o una mujer? Indique 1 hombre o 1 mujer a continuación.

¿Podría hablar con **[completar con (él/ella) de acuerdo a la pregunta anterior]**? **Pase a “encuestado correcto” en la próxima página.**

¿Cuántos de estos adultos son hombres y cuántos son mujeres?

___ Cantidad de hombres

___ Cantidad de mujeres

El miembro de su familia con quien necesito hablar es _____.

En caso de ser “usted”, pase a la página 4

Al encuestado / la encuestada correcta:

HOLA, mi nombre es **(nombre)**. Llamo de parte del **(departamento de salud)** y de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Estamos recopilando información acerca de la salud de los residentes de **(estado)**. Su número de teléfono fue seleccionado al azar para ser encuestado, por lo que desearía hacerle algunas preguntas sobre la salud y sus comportamientos en lo que se relaciona con la salud .

Secciones básicas

No le preguntaré su nombre, dirección ni ninguna otra información personal que pudiera llegar a identificarle. Si hay alguna pregunta que no desee contestar, no tiene que hacerlo. También puede dar por terminada esta encuesta en cualquier momento. Toda la información que usted me brinde será estrictamente confidencial. Si tiene preguntas acerca de esta encuesta, puedo darle un número de teléfono donde puede llamar para obtener más información.

Sección 1: Estado de salud

1.1 ¿Diría usted que su estado de salud general es (73)

Por favor, lea:

- 1 Excelente
- 2 Muy bueno
- 3 Bueno
- 4 Regular

ó

- 5 Malo

No lea:

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

Sección 2: Días en los que se siente saludable – Calidad de vida en relación a la salud

2.1 Con respecto a su estado de salud física, lo que incluye tanto enfermedades como lesiones físicas, ¿en cuántos días durante los últimos 30 días tuvo problemas de salud? (74–75)

- ___ Cantidad de días
- 8 8 Ninguno.
- 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Se niega a contestar

2.2 Con respecto a su estado de salud mental, lo que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, ¿en cuántos días durante los últimos 30 días sintió que su estado de salud mental no era bueno?

(76–77)

- ____ Cantidad de días
- | | | |
|---|---|---|
| 8 | 8 | Ninguno [Si P2.1 y P2.2 = 88 ("Ninguno"), pase a la siguiente sección] |
| 7 | 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | 9 | Se niega a contestar |

2.3 Durante los últimos 30 días, ¿en cuántos días sintió que los problemas relacionados con su salud mental o física le impidieron realizar sus actividades habituales, tales como cuidados personales, trabajo o recreación?

(78-79)

- ____ Cantidad de días
- | | | |
|---|---|----------------------------|
| 8 | 8 | Ninguno |
| 7 | 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | 9 | Se niega a contestar |

Sección 3: Acceso a cuidados médicos

3.1 ¿Tiene algún tipo de cobertura médica, incluyendo seguro de salud, planes prepagos como los brindados por las HMO (Health Maintenance Organizations, u Organizaciones de Mantenimiento de la Salud), u otros planes gubernamentales como Medicare?

(80)

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

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

En caso negativo, pregunte: "¿Hay más de una, o no hay ninguna persona a la que considere como su médico de cabecera o proveedor de atención médica?"

(81)

- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Sí, sólo una |
| 2 | Más de una |
| 3 | No |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 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?

(82)

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

3.4 ¿Cuándo fue la última vez que fue al médico para hacerse un chequeo de rutina? Un chequeo de rutina es un examen físico general, no un examen realizado como consecuencia de una lesión, enfermedad o afección específica. (83)

- 1 En el último año (hace entre 1-12 meses)
- 2 En los últimos dos años (hace entre 1-2 años)
- 3 En los últimos 5 años (hace entre 2-5 años)
- 4 Hace 5 años o más
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 8 Nunca
- 9 Se niega a contestar

Sección 4: Actividad física

4.1 En el último mes, exceptuando lo relativo a su trabajo, ¿participó en alguna actividad física o hizo algún tipo de ejercicio, como correr, caminar, hacer gimnasia, jugar al golf o realizar actividades de jardinería? (84)

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

Sección 5: Diabetes

5.1 ¿Alguna vez algún médico le informó que usted tenía diabetes?

Si la persona encuestada es mujer y responde “sí”, pregúntele: “¿Fue únicamente durante el embarazo?”

Si el encuestado / la encuestada contesta que le habían diagnosticado prediabetes (“borderline diabetes”), utilice el código de respuesta 4.

- 1 Sí
- 2 Sí, pero la encuestada dijo que se le diagnosticó únicamente durante el embarazo
- 3 No
- 4 No, prediabetes o diabetes limítrofe.
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

(85)

Sección 6: Nivel de conciencia acerca del problema de la hipertensión

- 6.1 ¿Alguna vez algún médico, enfermera u otro profesional de la salud le informó que tenía presión arterial alta? (86)

Si la persona encuestada es mujer y responde “sí”, pregúntele: “¿Fue únicamente durante el embarazo?”

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | Sí, pero la encuestada dijo que se le diagnosticó únicamente durante el embarazo | [Pase a la siguiente sección] |
| 3 | No | [Pase a la siguiente sección] |
| 4 | Dijo que su presión arterial estaba en el límite entre normal y alta (borderline) o que tenía prehipertensión | [Pase a la siguiente sección] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a la siguiente sección] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a la siguiente sección] |

- 6.2 ¿Está tomando actualmente algún medicamento para la presión arterial alta? (87)

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

Sección 7: Nivel de conciencia acerca del problema del colesterol

- 7.1 El colesterol es una sustancia grasa que se encuentra en la sangre. ¿Alguna vez controló sus niveles de colesterol en sangre? (88)

- | | | |
|---|----------------------------|--------------------------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a la siguiente sección] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a la siguiente sección] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a la siguiente sección] |

7.2 ¿Cuándo fue la última vez que se realizó un control de los niveles de colesterol en sangre? (89)

Lea sólo si es necesario:

- 1 En el último año (en cualquier momento durante de los últimos 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 lea:

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

7.3 ¿Alguna vez algún médico, enfermera u otro profesional de la salud le informó que tenía niveles altos de colesterol en sangre? (90)

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

Sección 8: Prevalencia de las enfermedades cardiovasculares

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de las enfermedades cardiovasculares.

¿ALGUNA VEZ algún médico, enfermera, u otro profesional de la salud le informó que tenía alguna de las siguientes afecciones? En cada pregunta, responda "sí", "no", o "no estoy seguro".

8.1 ¿(Alguna vez le informaron) que usted había tenido un ataque cardíaco, también llamado infarto de miocardio? (91)

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

8.2 ¿(Alguna vez le informaron) que había tenido angina o una enfermedad de las arterias coronarias? (92)

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

- 8.3** ¿(Alguna vez le informaron) que usted había sufrido un derrame cerebral? (93)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

Sección 9: Asma

- 9.1** ¿Alguna vez algún médico, enfermera u otro profesional de la salud le dijo que usted tenía asma? (94)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar
- [Pase a la siguiente sección]**
[Pase a la siguiente sección]
[Pase a la siguiente sección]

- 9.2** ¿Aún tiene asma? (95)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

Sección 10: Inmunización

- 10.1** La vacuna contra la gripe es una inmunización contra el virus de la influenza que se inyecta en el brazo. En los últimos 12 meses, ¿se ha vacunado contra la gripe? (96)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

- 10.2** En los últimos 12 meses, ¿ha recibido una vacuna contra la gripe en forma de spray nasal? La vacuna contra la gripe en forma de spray nasal se conoce también como FluMist™. (97)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

- 10.3** La vacuna contra la neumonía, o vacuna neumocócica, suele inyectarse una o dos veces en la vida de una persona y es distinta de la vacuna contra la gripe. ¿Alguna vez recibió una vacuna contra la neumonía? (98)
- | | | |
|---|----------------------------|--|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | |
| 9 | Se niega a contestar | |

Sección 11: Consumo de tabaco

- 11.1** ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida? (99)
- NOTA: 5 cajillas = 100 cigarrillos**
- | | | |
|---|----------------------------|--------------------------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a la siguiente sección] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a la siguiente sección] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a la siguiente sección] |

- 11.2** Actualmente, ¿fuma cigarrillos todos los días, a veces o nunca? (100)
- | | | |
|---|----------------------------|--------------------------------------|
| 1 | Todos los días | |
| 2 | A veces | |
| 3 | Nunca | [Pase a la siguiente sección] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a la siguiente sección] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a la siguiente sección] |

- 11.3** En los últimos 12 meses, ¿dejó de fumar durante un día o más debido a que estaba intentando dejar de hacerlo? (101)
- | | | |
|---|----------------------------|--|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | |
| 9 | Se niega a contestar | |

Sección 12: Consumo de alcohol

- 12.1** En los últimos 30 días, ¿ha bebido al menos un trago de cualquier bebida alcohólica, como cerveza, vino, bebidas a base de malta o alcoholes fuertes destilados (liquor)? (102)
- | | | |
|---|----------------------------|--------------------------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a la siguiente sección] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a la siguiente sección] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a la siguiente sección] |

12.2 En los últimos 30 días, ¿en cuántos días por semana o por mes bebió al menos un trago de cualquier bebida alcohólica? (103–105)

- 1 _____ Días por semana
- 2 _____ Días en los últimos 30 días
- 8 8 8 Ningún trago en los últimos 30 días **[Pase a la siguiente sección]**
- 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 9 Se niega a contestar

12.3 Un trago equivale a una cerveza de 12 onzas (350 cl), a una copa de vino de 5 onzas (150 cl) o a una medida de licor. Los días en que bebió, en los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos tragos bebió en promedio? (106-107)

- ____ Cantidad de tragos
- 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Se niega a contestar

12.4 Tomando en cuenta todo tipo de bebida alcohólica, ¿cuántas veces en los últimos 30 días bebió 5 ó más tragos en la misma oportunidad? (108–109)

- ____ Cantidad de veces
- 8 8 Ninguna
- 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Se niega a contestar

12.5 En los últimos 30 días, ¿cuál fue la máxima cantidad de tragos que bebió en una misma oportunidad? (110–111)

- ____ Cantidad de tragos
- 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Se niega a contestar

Sección 13: Características demográficas

13.1 ¿Qué edad tiene? (112–113)

- ____ Codifique la edad en años
- 0 7 No sabe / No está seguro/a
- 0 9 Se niega a contestar

13.2 ¿Es usted hispano/a o latino/a? (114)

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

13.3 ¿Cuál o cuáles de las siguientes diría que es el grupo étnico al que usted pertenece? (115–120)

(Marque todas las opciones que correspondan)

Por favor lea:

- 1 Blanco
- 2 Negro o Afroamericano
- 3 Asiático
- 4 Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacífico
- 5 Indio americano o nativo de Alaska

U

- 6 Otro [especifique] _____

No lea:

- 8 No indica opciones adicionales
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

Nota CATI: En caso de múltiples respuestas a la P13.3, continúe. De no ser así, pase a la P13.5

13.4 ¿Cuáles de los siguientes grupos diría usted que es el más representativo del suyo? (121)

- 1 Blanco
- 2 Negro o Afroamericano
- 3 Asiático
- 4 Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacífico
- 5 Indio americano o nativo de Alaska
- 6 Otro [especifique] _____
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

13.5 ¿Usted...? (122)

Por favor lea:

- 1 Está casado/a
- 2 Está divorciado/a
- 3 Es viudo/a
- 4 Está separado/a
- 5 Nunca se ha casado
- 6 Vive en pareja pero sin estar casado/a

No lea:

- 9 Se niega a contestar

13.6 ¿Cuántos niños menores de 18 años viven con usted? (123–124)

- ___ Cantidad de niños
8 8 Ninguno.
9 9 Se niega a contestar

13.7 ¿Cuál es el nivel de educación más alto alcanzado? (125)

Lea sólo si es necesario:

- 1 Nunca fue a la escuela o sólo recibió educación preescolar.
- 2 De 1º a 8º grado (Primaria)
- 3 Del 9º al 11º grado (educación secundaria incompleta)
- 4 12º grado o GED / Certificado de Desarrollo de Educación General (Graduado/a de la escuela secundaria)
- 5 De 1 a 3 años de Universidad (algún tipo de educación universitaria o técnica de nivel terciario)
- 6 4 ó más años de Universidad (Graduado/a universitario/a)
- 9 Se niega a contestar

13.8 Actualmente, ¿usted...? (126)

Por favor lea:

- 1 Es empleado/a asalariado/a
- 2 Es trabajador(a) independiente
- 3 Está desempleado/a desde hace más de 1 año
- 4 Está desempleado/a desde hace menos de 1 año
- 5 Realiza las tareas del hogar
- 6 Es estudiante
- 7 Está jubilado/a

ó

- 8 Está incapacitado/a para trabajar

No lea:

- 9 Se niega a contestar

13.9

Tomando en cuenta todas las fuentes de ingresos, los ingresos anuales de su núcleo familiar son---

(127–128)

Si el encuestado / la encuestada responde que “no” a todos los niveles de ingresos, indique código “99” (Se niega a contestar)

Lea sólo si es necesario:

- 04 Menores a \$25.000 **En caso negativo, pregunte 05; en caso afirmativo, pregunte 03**
(entre \$20.000 y \$25.000)
- 03 Menores a \$20.000 **En caso negativo, pregunte 04; en caso afirmativo, pregunte 02**
(entre \$15.000 y \$20.000)
- 02 Menores a \$15.000 **En caso negativo, pregunte 03; en caso afirmativo, pregunte 01**
(entre \$10.000 y \$15.000)
- 01 Menores a \$10.000 **En caso negativo, código 02**
- 05 Menores a \$35.000 **En caso negativo, pregunte 06**
(entre \$25.000 y \$35.000)
- 06 Menores a \$50.000 **En caso negativo, pregunte 07**
(entre \$35.000 y \$50.000)
- 07 Menores a \$75.000 **En caso negativo, código 08**
(entre \$50.000 y \$75.000)
- 08 \$75.000 ó más

No lea:

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

13.10

Aproximadamente, ¿cuánto pesa sin zapatos?

(129–132)

Nota: Si el encuestado / la encuestada responde en sistema métrico, indique “9” en la columna 129.

Redondee los decimales hacia arriba

- ____ de peso (libras/kilos)
- 7 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 9 9 Se niega a contestar

13.11 Aproximadamente, ¿cuánto mide sin zapatos? (133–136)

Nota: Si el encuestado / la encuestada responde en sistema métrico, indique “9” en la columna 133.

Redondee los decimales hacia abajo

_ / _ _	de estatura (pies/ pulgadas/ metros/ centímetros)
7 7 7	No sabe / No está seguro/a
9 9 9	Se niega a contestar

13.12 ¿En que condado vive? (137–139)

_ _ _ _	Código FIPS [Federal Information Processing Standards] del condado
7 7 7	No sabe / No está seguro/a
9 9 9	Se niega a responder

13.13 ¿Cuál es el código postal de la localidad donde vive? (140-144)

_ _ _ _ _	Código postal
7 7 7 7 7	No sabe / No está seguro/a
9 9 9 9 9	Se niega a contestar

13.14 ¿Tiene más de un número de teléfono en su hogar? No incluya números de teléfonos celulares ni números que sólo se utilicen para una computadora o un fax. (145)

1	Sí	
2	No	[Pase a la P13.16]
7	No sabe / No está seguro/a	[Pase a la P13.16]
9	Se niega a contestar	[Pase a la P13.16]

13.15 ¿Cuántos de estos números de teléfono son números particulares? (146)

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

13.16 En los últimos 12 meses, ¿su hogar ha estado sin servicio telefónico durante 1 ó más semanas? No incluya los cortes del servicio telefónico debido a situaciones climáticas o desastres naturales. (147)

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

- 13.17** Indique el sexo del encuestado / de la encuestada. Pregunte sólo si es necesario. (148)
- | | | |
|---|-----------|--|
| 1 | Masculino | [Pase a la siguiente sección] |
| 2 | Femenino | [Si la encuestada es mayor de 45 años, pase a la siguiente sección] |

- 13.18** Que usted sepa, ¿está embarazada? (149)
- | | |
|---|--------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe / No está segura |
| 9 | Se niega a contestar |

Sección 14: Excombatientes

La siguiente pregunta trata sobre el servicio militar en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, ya sea en el servicio militares regular o en la Guardia Nacional o la Unidad de Reserva.

- 14.1** ¿Alguna vez ha estado en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, ya sea en el servicio militares regular o en la Guardia Nacional o en la unidad de reserva militar? (150)
- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar |

Sección 15: Discapacidad

Las siguientes preguntas tratan sobre sus posibles problemas de salud o limitaciones.

- 15.1** ¿Tiene actualmente alguna limitación para realizar alguna actividad debido a problemas físicos, mentales o emocionales? (151)
- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar |

15.2 ¿Tiene actualmente algún problema de salud que le exija usar algún tipo de equipo especial, como un bastón, una silla de ruedas, o una cama o un teléfono especial? (152)

Incluya el uso ocasional o el uso de estos equipos en determinadas circunstancias específicas.

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

Sección 16: Artritis

Las siguientes preguntas se refieren a sus articulaciones. Por favor, **NO** incluya la espalda ni el cuello.

16.1 En los últimos 30 días, ¿ha tenido algún síntoma de dolor, molestias o rigidez en o alrededor de alguna articulación? (153)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a la P16.4]**
- 7 No sabe / No está seguro/a **[Pase a la P16.4]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a la P16.4]**

16.2 ¿Los primeros síntomas en sus articulaciones comenzaron hace más de tres meses? (154)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a la P16.4]**
- 7 No sabe / No está seguro/a **[Pase a la P16.4]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a la P16.4]**

16.3 ¿Alguna vez consultó a algún médico u a otro profesional de la salud a causa de estos síntomas en las articulaciones? (155)

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

16.4 ¿Alguna vez algún médico u otro profesional de la salud, le informó que tenía algún tipo de artritis, artritis reumatoide, gota, lupus o fibromialgia? (156)

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

Nota para el encuestador / la encuestadora: Los diagnósticos de artritis incluyen:

- reumatismo, polimialgia reumática
- osteoartritis (no osteoporosis)
- tendinitis, bursitis, juanetes, codo de tenista
- síndrome del túnel carpiano, síndrome del túnel tarsiano
- infección de las articulaciones, síndrome de Reiter
- espondilitis anquilosante, espondilosis
- Tendinitis del manguito rotador
- Enfermedad del tejido conectivo, escleroderma, polimiositis, síndrome de Raynaud
- Vasculitis (arteritis de las células gigantes, púrpura de Henoch-Schönlein, granulomatosis de Wegener, polioarteritis nodosa)

Nota CATI: Si P16.2=1 (Sí) o si P16.4=1 (Sí), continúe. De no ser así, pase a la siguiente sección.

- 16.5** ¿Se encuentra actualmente limitado/a de cualquier manera para realizar cualquiera de sus actividades habituales debido a la artritis o a síntomas en las articulaciones? (157)
- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar |

NOTA: Si el encuestado / la encuestada hace alguna pregunta vinculada a los medicamentos que está tomando, el encuestador / la encuestadora debe responder: “Por favor, conteste la pregunta de acuerdo a cómo se siente cuando está tomando cualquiera de los medicamentos o tratamientos habituales”.

Sección 17: Frutas y Verduras

Las siguientes preguntas se refieren a las cosas que usted suele comer o beber. Por favor dígame con qué frecuencia come o bebe cada una de las siguientes cosas, por ejemplo, dos veces por semana, tres veces por mes, etc. Recuerde que solamente estoy interesado en los alimentos y las bebidas que *usted* consume. Incluya todos los alimentos que *usted* ingiera, tanto dentro como fuera de su casa.

- 17.1** ¿Con qué frecuencia bebe jugos de fruta como naranja, pomelo o tomate? (158-160)
- | | |
|-------|----------------------------|
| 1 _ _ | Por día |
| 2 _ _ | Por semana |
| 3 _ _ | Por mes |
| 4 _ _ | Por año |
| 5 5 5 | Nunca |
| 7 7 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 9 9 | Se niega a contestar |

- 17.2** Sin contar los jugos, ¿con qué frecuencia come fruta? (161-163)
- 1 __ Por día
 - 2 __ Por semana
 - 3 __ Por mes
 - 4 __ Por año
 - 5 5 5 Nunca
 - 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 9 9 Se niega a contestar
- 17.3** ¿Con qué frecuencia come ensaladas verdes? (164-166)
- 1 __ Por día
 - 2 __ Por semana
 - 3 __ Por mes
 - 4 __ Por año
 - 5 5 5 Nunca
 - 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 9 9 Se niega a contestar
- 17.4** ¿Con qué frecuencia come patatas, sin contar patatas salteadas, patatas fritas o patatas “chips”? (167-169)
- 1 __ Por día
 - 2 __ Por semana
 - 3 __ Por mes
 - 4 __ Por año
 - 5 5 5 Nunca
 - 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 9 9 Se niega a contestar
- 17.5** ¿Con qué frecuencia come zanahorias? (170-172)
- 1 __ Por día
 - 2 __ Por semana
 - 3 __ Por mes
 - 4 __ Por año
 - 5 5 5 Nunca
 - 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 9 9 Se niega a contestar
- 17.6** Sin contar las zanahorias, las patatas o las ensaladas, ¿cuántas porciones de verduras suele comer? (Ejemplo: Una porción de verduras al almuerzo y una a la cena serían dos porciones.) (173-175)
- 1 __ Por día
 - 2 __ Por semana
 - 3 __ Por mes
 - 4 __ Por año
 - 5 5 5 Nunca
 - 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 9 9 Se niega a contestar

Sección 18: Actividad física

Nota CATI: Si la respuesta a la P13.8 básica = 1 (empleado asalariado) o 2 (trabajador independiente) continúe. En caso contrario pase a la P18.2.

18.1 Cuando está en el trabajo, ¿cuál de las siguientes opciones describe mejor su actividad? Diría usted que...

(176)

Si el encuestado / la encuestada tiene varios trabajos, inclúyalos todos.

Por favor lea:

- 1 Está sentado/a o de pie la mayor parte del tiempo
- 2 Camina la mayor parte del tiempo
- 3 Realiza trabajos pesados o que requieren un gran esfuerzo físico la mayor parte del tiempo.

No lea:

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

Por favor lea:

Estamos interesados en dos tipos de actividad física: enérgica y moderada. Las actividades enérgicas aceleran en gran medida la respiración y el ritmo cardíaco, en tanto que las actividades moderadas solamente generan un pequeño aumento de los mismos.

18.2 Ahora, considerando las actividades moderadas que usted realiza [diga “cuando no está trabajando” si el encuestado / la encuestada está “empleado/a” o es “trabajador/a independiente”] en una semana promedio, ¿realiza usted actividades moderadas durante al menos 10 minutos seguidos, como caminar a paso ligero, andar en bicicleta, pasar la aspiradora, realizar tareas de jardinería o cualquier otra actividad que pueda acelerar el ritmo respiratorio o cardíaco?

(177)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a la P18.5]**
- 7 No sabe / No está seguro/a **[Pase a la P18.5]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a la P18.5]**

18.3 ¿En cuántos días por semana realiza estas actividades moderadas durante al menos 10 minutos seguidos?

(178-179)

- Días por semana
- 8 8 No realiza ninguna actividad física moderada durante al menos 10 minutos seguidos **[Pase a la P18.5]**
- 7 7 No sabe / No está seguro/a **[Pase a la P18.5]**
- 9 9 Se niega a contestar **[Pase a la P18.5]**

18.4 Los días en que realiza actividades moderadas durante al menos 10 minutos seguidos, ¿cuánto tiempo, en total, dedica por día a estas actividades? (180-182)

__: __ Horas y minutos por día
 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
 9 9 9 Se niega a contestar

18.5 Considerando las actividades intensas que usted realiza [complete con “cuando no está trabajando” si está “empleado/a” o es “trabajador/a independiente”] en una semana promedio, ¿realiza usted actividades intensas durante al menos 10 minutos seguidos, como correr, hacer ejercicios aeróbicos, trabajos pesados en el jardín o cualquier otra actividad que pueda provocar un gran aumento en el ritmo respiratorio o cardíaco? (183)

1 Sí
 2 No **[Pase a la siguiente sección]**
 7 No sabe / No está seguro/a **[Pase a la siguiente sección]**
 9 Se niega a contestar **[Pase a la siguiente sección]**

18.6 ¿En cuántos días por semana realiza estas actividades intensas durante al menos 10 minutos seguidos? (184-185)

__ Días por semana
 8 8 No realiza ninguna actividad física intensa durante al menos 10 minutos seguidos **[Pase a la siguiente sección]**
 7 7 No sabe / No está seguro/a **[Pase a la siguiente sección]**
 9 9 Se niega a contestar **[Pase a la siguiente sección]**

18.7 En los días en que realiza actividades intensas durante al menos 10 minutos seguidos, ¿cuánto tiempo, en total, dedica por día a estas actividades? (186-188)

__: __ Horas y minutos por día
 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
 9 9 9 Se niega a contestar

Sección 19: VIH/SIDA

Nota CATI: Si el encuestado / la encuestada tiene 65 años o más, pase a la sección siguiente.

Las siguientes preguntas se refieren al problema nacional de salud del 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. Si bien le preguntaremos si se ha realizado exámenes, no le preguntaremos sobre los resultados de ninguno de ellos.

- 19.1** ¿Alguna vez se ha hecho la prueba de VIH? No tenga en cuenta las pruebas que le hayan realizado al donar sangre. Incluya las pruebas de saliva. (189)
- | | | |
|---|----------------------------|--------------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a la P19.4] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a la P19.4] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a la P19.4] |

- 19.2** Sin incluir las donaciones de sangre, ¿en qué mes y año se realizó la última prueba de VIH? (190–195)

NOTA: Si la respuesta es anterior a enero de 1985, codifique "no sabe."

___ / ___	Codifique mes y año
7 7 / 7 7 7 7	No sabe / No está seguro/a
9 9 / 9 9 9 9	Se niega a contestar

- 19.3** ¿Dónde se hizo la última prueba de VIH: con un médico particular, en un consultorio de una HMO, en un centro de asesoramiento y control, en un hospital, en una clínica, en una cárcel o prisión, en una facilidad del tratamiento de la droga, en su hogar o en algún otro lugar? (196–197)

01	Médico particular o HMO
02	Centro de asesoramiento y control
03	Hospital
04	Clínica
05	Cárcel o prisión (u otra institución correccional)
06	En una facilidad del tratamiento de la droga
07	En su hogar
08	En algún otro lugar
77	No sabe / No está seguro/a
99	Se niega a contestar

- 19.4** Voy a leerle una lista. Cuando termine, por favor dígame si alguna de estas situaciones se aplica en su caso. No es necesario que me indique cuál.
- Ha utilizado drogas intravenosas durante el año pasado
 - Ha recibido tratamiento a causa de alguna enfermedad de transmisión sexual o venérea durante el año pasado
 - Ha pagado o recibido dinero o drogas a cambio de sexo el año pasado
 - Ha tenido relaciones sexuales anales sin usar preservativo dentro del último año.

¿Alguna de estas situaciones se aplica en su caso?

(198)

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

Sección 20: Apoyo emocional y grado de satisfacción con la vida

Las siguientes dos preguntas se refieren al apoyo emocional y al grado de satisfacción con respecto a su vida actual.

20.1 ¿Con qué frecuencia obtiene el apoyo social y emocional que necesita?

(199)

Por favor lea:

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 En ocasiones
- 4 Rara vez
- 5 Nunca

No lea:

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

20.2 En términos generales, ¿cuán satisfecho/a está con su vida?

(200)

Por favor lea:

- 1 Muy satisfecho/a
- 2 Satisfecho/a
- 3 Insatisfecho/a
- 4 Muy insatisfecho/a

No lea:

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

Pase al Párrafo de cierre o Transición a módulos y/o a las Preguntas adicionales de los Estados

Párrafo de cierre, Transición a módulos y/o Preguntas adicionales de los Estados

Párrafo de cierre

Por favor lea:

Esta fue mi última pregunta. Las respuestas de todas las personas encuestadas se combinarán para brindarnos información sobre las prácticas de salud de la población de este estado. Muchas gracias por su tiempo y cooperación.

ó

Transición a módulos y/o preguntas adicionales

Por favor lea:

Por último, le haré unas pocas preguntas más acerca de otros temas relacionados a la salud.

Módulos opcionales

Módulo 1: Diabetes

Haga las siguientes preguntas si la respuesta a la pregunta básica 5.1. (código =1) fue afirmativa.

1. ¿Qué edad tenía cuando le informaron que tenía diabetes? (201–202)
- ___ Codifique la edad en años [97 = 97 y más]
9 8 No sabe / No está seguro/a
9 9 Se niega a contestar
2. ¿Está tomando insulina? (203)
- 1 Sí
2 No
9 Se niega a contestar
3. ¿Está tomando píldoras para la diabetes? (204)
- 1 Sí
2 No
7 No sabe / No está seguro/a
9 Se niega a contestar
4. Aproximadamente, ¿con qué frecuencia controla su nivel de glucosa o azúcar en sangre? Incluya las ocasiones en que fue controlado por un familiar o amigo, pero no cuando el control lo realizó un médico. (205–207)
- 1 __ Veces por día
2 __ Veces por semana
3 __ Veces por mes
4 __ Veces por año
8 8 8 Nunca
7 7 7 No sabe / No está seguro/a
9 9 9 Se niega a contestar

5. ¿Con qué frecuencia se examina los pies para detectar heridas o irritaciones? Incluya las ocasiones en que fue controlado por un familiar o amigo, pero no cuando el control lo realizó un médico.

(208–210)

1 _ _ Veces por día
2 _ _ Veces por semana
3 _ _ Veces por mes
4 _ _ Veces por año
8 8 8 Nunca
5 5 5 No tiene pies
7 7 7 No sabe / No está seguro/a
9 9 9 Se niega a contestar

6. ¿Ha tenido alguna vez alguna herida o irritación en los pies que tardó más de cuatro semanas en sanar?

(211)

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

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

(212–213)

_ _ Cantidad de veces [76 = 76 ó más]
8 8 Ninguna
7 7 No sabe / No está seguro/a
9 9 Se niega a contestar

8. La prueba "A1C" mide el nivel promedio de azúcar en la sangre durante los últimos tres meses. ¿Cuántas veces ha controlado un médico, enfermera u otro profesional de la salud su "A-uno-C" en los últimos 12 meses?

(214–215)

_ _ Cantidad de veces [76 = 76 ó más]
8 8 Ninguna
9 8 Nunca ha oído hablar de la prueba "A-uno-C".
7 7 No sabe / No está seguro/a
9 9 Se niega a contestar

Nota CATI: Si la P5=555 (no tiene pies), pase a la P10.

9. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses un profesional de la salud le ha examinado los pies para detectar una posible herida o irritación?

(216–217)

_ _ Cantidad de veces [76 = 76 ó más]
8 8 Ninguna
7 7 No sabe / No está seguro/a
9 9 Se niega a contestar

10. ¿Cuándo fue la última vez que le realizaron un examen de la vista en el que le dilataron las pupilas? Esto le habría ocasionado una sensibilidad temporal a la luz brillante. (218)

Lea sólo si es necesario:

- 1 En el último mes (en cualquier momento en el último mes)
- 2 En el último año (hace más de un mes pero menos de 12 meses)
- 3 En los últimos 2 años (hace más de un año pero menos de 2)
- 4 Hace 2 años o más
- 8 Nunca

No lea:

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

11. ¿Su médico le ha informado en alguna ocasión que la diabetes le ha afectado los ojos o que ha tenido una retinopatía? (219)

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

12. ¿Ha tomado alguna vez algún curso o clase sobre cómo controlar usted mismo su diabetes? (220)

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

Módulo 2: Salud bucal

1. ¿Cuándo fue la última vez que visitó a un dentista o que fue a una clínica dental por algún motivo? Incluya visitas a especialistas dentales como por ejemplo los ortodoncistas. (221)

Lea sólo si es necesario:

- 1 En el último año (en cualquier momento en los últimos 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace más de un año pero menos de 2)
- 3 En los últimos 5 años (hace más de 2 años pero menos de 5)
- 4 Hace 5 ó más años
- 7 No sabe / No está seguro/a

No lea:

- 8 Nunca
- 9 Se niega a contestar

2. ¿Cuántos dientes permanentes le han sacado por problemas de caries o de encía? Incluya los dientes que haya perdido debido a una infección, pero no los que haya perdido por otros motivos, como una lesión u ortodoncia. (222)

- 1 1 a 5
- 2 6 ó más, pero no todos
- 3 Todos
- 8 Ninguno.
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

NOTA: Si le extrajeron las muelas de juicio por problemas de caries o de encía, debe incluirlas en la cantidad de dientes perdidos.

Nota CATI: Si P1 = 8 (Nunca) o P2= 3 (Todos), pase al módulo siguiente.

3. ¿Cuándo fue la última vez en que un dentista o higienista le hizo una limpieza dental? (223)

Lea sólo si es necesario:

- 1 En el último año (en cualquier momento en los últimos 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace más de un 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
- 8 Nunca

No lea:

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

Módulo 3: Deterioro visual y acceso a cuidados oculares

Quisiera hacerle algunas preguntas sobre qué grado de dificultad (de haberla) tiene usted para realizar ciertas actividades. Si usa anteojos o lentes de contacto, por favor indique su capacidad de realizarlas utilizando los anteojos o lentes de contacto.

Nota CATI: Si el encuestado / la encuestada es menor de 50 años, pase al módulo siguiente.

1. ¿Qué grado de dificultad (de haberla) tiene usted para reconocer a un amigo al otro lado de la calle? Diría usted que... (224)

Por favor lea:

- 1 Ninguna dificultad
- 2 Cierta dificultad
- 3 Dificultad moderada
- 4 Extrema dificultad
- 5 No puede hacerlo por cuestiones visuales
- 6 No puede hacerlo por otros motivos

No lea:

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

2. ¿Cuán difícil le resulta mirar televisión? Diría usted que... (225)

Por favor lea:

- 1 Nada difícil
- 2 Algo difícil
- 3 Bastante difícil
- 4 Muy difícil
- 5 No puede hacerlo por cuestiones visuales
- 6 No puede hacerlo por otros motivos

No lea:

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

3. ¿Qué dificultad tiene para leer un diario, una revista, una receta, un menú o los números del teléfono? Diría usted que... (226)

Por favor lea:

- 1 Ninguna dificultad
- 2 Cierta dificultad
- 3 Dificultad moderada
- 4 Extrema dificultad
- 5 No puede hacerlo por cuestiones visuales
- 6 No puede hacerlo por otros motivos

No lea:

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

4. ¿Cuándo fue la última vez que consultó a CUALQUIER oculista? (227)

Lea sólo si es necesario:

- 1 En el último mes (en cualquier momento en el último mes) [Pase a la P6]
- 2 En el último año (hace más de un mes pero menos de 12 meses) [Pase a la P6]
- 3 En los últimos 2 años (hace más de un año pero menos de 2)
- 4 Hace 2 años o más
- 5 Nunca

No lea:

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

Nota CATI: Formule la P5 sólo si P4=3, 7 o 9.

5. ¿Cuál es la principal razón por la que no ha consultado a un oculista en los últimos 12 meses? (228-229)

Lea sólo si es necesario:

- 0 1 Costo/Seguro
- 0 2 No tiene o no conoce a un oculista
- 0 3 No puede llegar al consultorio / a la clínica (es demasiado lejos o no tiene transporte)
- 0 4 No pudo obtener una cita
- 0 5 No tiene motivos para ir (no tiene problemas)
- 0 6 No se me había ocurrido
- 0 7 Otros motivos
- 0 8 No aplicable (es ciego) [Pase al módulo siguiente]

No lea:

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

Nota CATI: Si la respuesta al módulo1 P10= 1, 2, 3, 4, 7, 8 o 9, saltee la P6

6. ¿Cuándo fue la última vez que le realizaron un examen ocular con dilatación de pupilas? Esto debe haberle ocasionado una sensibilidad temporaria a la luz brillante. (230)

Lea sólo si es necesario:

- 1 En el último mes (en cualquier momento en el último mes)
- 2 En el último año (hace más de 1 mes pero menos de 12 meses)
- 3 En los últimos 2 años (hace más de un año pero menos de 2)
- 4 Hace dos años o más
- 5 Nunca

No lea:

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

7. ¿Tiene algún tipo de cobertura médica específica para problemas oculares? (231)

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

8. ¿Algún oculista o médico le ha informado que ACTUALMENTE usted tiene cataratas? (232)

- 1 Sí
- 2 Sí, pero se las extrajeron
- 3 No
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

9. ¿Algún oculista u otro médico le ha informado ALGUNA VEZ que usted tenía un glaucoma? (233)

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

10. La Degeneración Macular (AMD) es una enfermedad que torna borrosa la visión central y de precisión necesaria para realizar actividades “frontales”, como leer, coser y conducir. La AMD afecta la mácula, es decir, la parte del ojo que le permite ver los detalles.

¿Algún oculista u otro médico le ha informado ALGUNA VEZ que usted tenía degeneración macular?

(234)

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

11. ¿Ha sufrido ALGUNA VEZ alguna lesión ocular en su lugar de trabajo mientras trabajaba?

(235)

- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar
- [Pase al módulo siguiente]**
[Pase al módulo siguiente]
[Pase al módulo siguiente]

12. ¿Cuántos días debió faltar al trabajo (aproximadamente) como consecuencia de dicha lesión?

(236-238)

- — Cantidad de días
- 5 5 Ninguno
- 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Se niega a contestar

Módulo 4: Días en los que se siente saludable (síntomas)

Las siguientes preguntas se refieren a problemas o síntomas relacionados con su estado de salud.

1. En los últimos 30 días, ¿en cuántos días el dolor le dificultó realizar sus actividades habituales, como cuidados personales, trabajo o recreación?

(239–240)

- — Cantidad de días
- 8 8 Ninguno
- 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Se niega a contestar

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

(241–242)

- — Cantidad de días
- 8 8 Ninguno
- 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Se niega a contestar

3. En los últimos 30 días, ¿en cuántos días se sintió preocupado/a, tenso/a o ansioso/a?
(243–244)
- ___ ___ Cantidad de días
8 8 Ninguno
7 7 No sabe / No está seguro/a
9 9 Se niega a contestar
4. En los últimos 30 días, ¿en cuántos días sintió que no durmió o descansó lo suficiente?
(245–246)
- ___ ___ Cantidad de días
8 8 Ninguno
7 7 No sabe / No está seguro/a
9 9 Se niega a contestar
5. En los últimos 30 días, ¿en cuántos días se sintió en excelente estado de salud y lleno/a de energía?
(247–248)
- ___ ___ Cantidad de días
8 8 Ninguno
7 7 No sabe / No está seguro/a
9 9 Se niega a contestar

Módulo 5: Salud cardiovascular

Quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud cardíaca o cardiovascular.

Nota CATI: Si la pregunta básica 8.1=1 (Sí), pase a la P1. Si la pregunta básica 8.1=2, 7 o 9, saltee la P1.

1. Luego de salir del hospital, tras haberse recuperado del ataque cardíaco, ¿asistió a algún tipo de programa externo de rehabilitación? En inglés, también se le suele llamar “rehab”.
(249)
- 1 Sí
2 No
7 No sabe / No está seguro/a
9 Se niega a contestar

Nota CATI: Si la pregunta básica 8.3=1 (Sí), haga la P2. Si la pregunta básica 8.3=2, 7 o 9 (No, No sabe o Se niega a contestar), saltee la P2.

2. Luego de salir del hospital, tras haberse recuperado del derrame cerebral, ¿asistió a algún tipo de programa externo de rehabilitación? En inglés, también se le suele llamar “rehab”.
(250)
- 1 Sí
2 No
7 No sabe / No está seguro/a
9 Se niega a contestar

[Hacer la pregunta 3 a todos los encuestados]

3. ¿Toma usted aspirina todos los días o día por medio? (251)

- 1 Sí **[Pase al módulo siguiente]**
2 No
7 No sabe / No está seguro/a
9 Se niega a contestar

4. ¿Le resulta peligroso tomar aspirina debido a algún trastorno o problema de salud? (252)

En caso afirmativo, pregunte: “¿Se trata de un trastorno estomacal?” Codifique el malestar estomacal como problemas estomacales.

- 1 Sí, pero no está relacionado con el estómago.
2 Sí, problemas estomacales
3 No
7 No sabe / No está seguro/a
9 Se niega a contestar

Módulo 6: Medidas para controlar la presión arterial alta

Nota CATI: Si la pregunta básica 6.1=1 (Sí), continúe. De lo contrario, pase a la sección siguiente.

¿Está tomando alguna de las siguientes medidas para disminuir o controlar la presión arterial alta?

1. ¿(Está) cambiando sus hábitos alimenticios (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (253)

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

2. ¿(Está) disminuyendo la ingesta de sal (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (254)

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

3. ¿(Está) reduciendo el consumo de alcohol (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (255)

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

4. ¿(Está) haciendo ejercicio (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (256)

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

¿Alguna vez algún médico u otro profesional de la salud le recomendó tomar alguna de las siguientes medidas para disminuir o controlar la presión arterial alta?

5. ¿(Alguna vez le recomendaron) cambiar sus hábitos alimenticios (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (257)

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

6. ¿(Alguna vez le recomendaron) ingerir menos sal (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (258)

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

7. ¿(Alguna vez le recomendaron) reducir el consumo de alcohol (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (259)

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

8. ¿(Alguna vez le recomendaron) hacer ejercicio (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (260)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar
9. ¿(Alguna vez le recomendaron) tomar medicamentos (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (261)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar
10. ¿Se le informó en **dos o más consultas médicas** que usted tenía presión arterial alta? (262)
- Si la persona encuestada es mujer y responde “sí”, pregúntele: “¿Fue únicamente durante el embarazo?”**
- 1 Sí
 - 2 Sí, pero la encuestada dijo que fue únicamente durante el embarazo
 - 3 No
 - 4 Le informaron que tenía presión media-alta o prehipertensión
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

Módulo 7: Ataque cardíaco y derrame cerebral

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de las señales y los síntomas del ataque cardíaco y el derrame cerebral.

¿Cuál de las siguientes opciones cree que es síntoma de un ataque cardíaco? Para cada pregunta, dígame “sí”, “no”, o “no estoy seguro”.

1. ¿(Cree que) el dolor o las molestias en la mandíbula, el cuello o la espalda (son síntomas de un ataque cardíaco)? (263)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

2. ¿(Cree que) la sensación de debilidad, mareo o desmayo (es síntoma de un ataque cardíaco)? (264)

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

3. ¿(Cree que) el dolor o las molestias en el pecho (son síntomas de un ataque cardíaco)?

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

4. ¿(Cree que) la dificultad repentina para ver con uno o ambos ojos (es síntoma de un ataque cardíaco)? (266)

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

5. ¿(Cree que) el dolor o las molestias en los brazos o en el hombro (son síntomas de un ataque cardíaco)? (267)

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

6. ¿(Cree que) la falta de aire (es síntoma de un ataque cardíaco)? (268)

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

¿Cuáles de las siguientes opciones cree que son síntomas de derrame cerebral? Para cada pregunta, dígame "sí", "no", o "no estoy seguro".

7. ¿(Cree que) la confusión o las dificultades repentinas para hablar (son síntomas de un derrame cerebral)? (269)

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

- 8.** ¿(Cree que) el repentino adormecimiento o debilidad en el rostro, brazo o pierna, particularmente de un lado del cuerpo, (son síntomas de un derrame cerebral)? (270)
- 1 Sí
2 No
7 No sabe / No está seguro/a
9 Se niega a contestar
- 9.** ¿(Cree que) la dificultad repentina para ver con uno o ambos ojos (es síntoma de un derrame cerebral?) (271)
- 1 Sí
2 No
7 No sabe / No está seguro/a
9 Se niega a contestar
- 10.** ¿(Cree que) el dolor o las molestias repentinas en el pecho (son síntomas de un derrame cerebral?) (272)
- 1 Sí
2 No
7 No sabe / No está seguro/a
9 Se niega a contestar
- 11.** ¿(Cree que) la dificultad para caminar, la sensación de mareo o la pérdida repentina del equilibrio (son síntomas de un derrame cerebral?) (273)
- 1 Sí
2 No
7 No sabe / No está seguro/a
9 Se niega a contestar
- 12.** ¿(Cree que) un fuerte dolor de cabeza sin motivo aparente (es síntoma de un derrame cerebral?) (274)
- 1 Sí
2 No
7 No sabe / No está seguro/a
9 Se niega a contestar

13. Si pensara que alguien está sufriendo un ataque cardíaco o un derrame cerebral, ¿qué es lo primero que haría? (275)

Por favor lea:

- 1 Lo/la llevaría a un hospital
- 2 Le diría que llamara a su médico
- 3 Llamaría al 911
- 4 Llamaría a su cónyuge o a algún familiar

ó

- 5 Haría otra cosa

No lea:

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

Módulo 8: Gripe / Influenza

Nota CATI: Si la respuesta a la pregunta básica 10.1 o 10.2 =1 (sí), continúe. De no ser así, pase al módulo siguiente.

1. ¿Dónde recibió por última vez una (CATI complete con la respuesta correspondiente a la pregunta básica 10.1 y 10.2 de la sección Inmunización: vacuna inyectable/vacuna nasal) contra la gripe? (276–277)

Lea sólo si es necesario:

- 01 En el consultorio de un médico o en una organización para el mantenimiento de la salud (HMO)
- 02 En una institución médica
- 03 En otro tipo de clínica o centro de salud (Por ejemplo: un centro médico comunitario)
- 04 En un centro para la tercera edad, recreativo o comunitario
- 05 En una tienda (Por ejemplo: un supermercado o una farmacia)
- 06 En un hospital (Por ejemplo: mientras estaba internado)
- 07 En una sala de emergencia
- 08 En su lugar de trabajo

ó

- 09 En algún otro lugar
- 10 Se vacunó en Canadá o México (**Información suministrada voluntariamente – no lea**)
- 77 No sabe / No está seguro/a (**Pregunte: “¿Cómo describiría el lugar donde se vacunó contra la gripe por última vez?”**)

No lea:

- 99 Se niega a contestar

Módulo 9: Antecedentes de asma en adultos

Nota CATI: Si la respuesta a la pregunta básica 9.1 es afirmativa, continúe. De no ser así, pase al módulo siguiente.

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

1. ¿Qué edad tenía cuando un médico, enfermera u otro profesional de la salud le informó por primera vez que usted tenía asma? (278–279)

--	Edad en años 11 ó más [96 = 96 y más]
7	10 años o menos
8	No sabe / No está seguro/a
9	Se niega a contestar

Nota CATI: Si la respuesta a la pregunta básica 9.2 es afirmativa, continúe. De no ser así, pase al módulo siguiente.

2. ¿Ha tenido algún episodio o ataque de asma en los últimos 12 meses? (280)

1	Sí	
2	No	[Pase a la P7]
7	No sabe / No está seguro/a	[Pase a la P7]
9	Se niega a contestar	[Pase a la P7]

3. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces acudió a un médico, enfermera u otro especialista de la salud para hacerse un chequeo de rutina del asma? (281–282)

--	Cantidad de veces [87 = 87 ó más]
8 8	Ninguna
9 8	No sabe / No está seguro/a
9 9	Se niega a contestar

4. [Si la respuesta a la P3 es una o más veces, agregue: “Exceptuando los chequeos de rutina,”] ¿cuántas veces acudió a una sala de emergencia u otro centro de atención de urgencia debido al asma? (283–284)

--	Cantidad de veces [87 = 87 ó más]
8 8	Ninguna
9 8	No sabe / No está seguro/a
9 9	Se niega a contestar

5. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces acudió a un médico, enfermera u otro especialista de la salud para hacerse un chequeo de rutina para el asma? (285–286)

__ __ Cantidad de veces [**87 = 87 ó más**]
8 8 Ninguna
9 8 No sabe / No está seguro/a
9 9 Se niega a contestar

6. ¿Cuántos días en los últimos 12 meses debió ausentarse del trabajo o suspender sus actividades habituales debido al asma? (287–289)

-- Cantidad de días
8 8 8 Ninguno
7 7 7 No sabe / No está seguro/a
9 9 9 Se niega a contestar

7. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tuvo algún síntoma de asma? Diría que: (290)

Por favor lea:

8 Nunca [**Pase a la 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 en forma constante

ó

5 Todos los días, en forma constante

No lea:

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

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

(291)

Por favor lea:

- 8 Ninguno
- 1 Uno o dos
- 2 Tres o cuatro
- 3 Cinco
- 4 De seis a diez

ó

- 5 Más de diez

No lea:

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

9. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tomó un medicamento de venta bajo receta como forma de EVITAR un ataque de asma?

(292)

Por favor lea:

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

No lea:

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

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

(293)

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR / LA ENCUESTADORA: 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.

Lea sólo si es necesario:

- 8 Nunca (incluya a las personas que no hayan tenido ataques en los últimos 30 días)
- 1 De 1 a 4 veces (en los últimos 30 días)
- 2 De 5 a 14 veces (en los últimos 30 días)
- 3 De 15 a 29 veces (en los últimos 30 días)
- 4 De 30 a 59 veces (en los últimos 30 días)
- 5 De 60 a 99 veces (en los últimos 30 días)
- 6 Más de 100 veces (en los últimos 30 días)

No lea:

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

Módulo 10: Selección aleatoria de niños

Nota CATI: Si la respuesta a la pregunta básica 13.6 =88 o 99 (no hay niños menores de 18 años en el hogar o se niega a contestar) pase al Módulo 13.

Si la respuesta a la pregunta básica 13.6 =1, Encuestador/a, por favor lea: “Anteriormente usted mencionó que en su hogar había un niño / una niña de 17 años de edad o menor. Quisiera hacerle algunas preguntas sobre él.” **[Pase a la P1]**

Si la pregunta básica 13.6 >1 y la pregunta básica 13.6 no es 88 ni 99, Encuestador por favor lea: “Anteriormente usted mencionó que en su hogar había [cantidad] niños de 17 años de edad o menores. Piense en esos [cantidad] niños en orden de nacimiento, del mayor al menor. El niño / la niña mayor es el primero / la primera y el/la menor es el último / la última.” Por favor incluya también a los niños que tengan la misma fecha de nacimiento, como mellizos, de acuerdo al orden de nacimiento.

INSTRUCCIÓN CATI: ELIJA AL AZAR UNO DE LOS NIÑOS. Este es el niño número “X”. En todas las preguntas que figuran a continuación, sustituya la “X” por el número correspondiente al niño elegido.

Encuestador/a, por favor lea:

Me gustaría hacerle algunas preguntas adicionales sobre uno de los niños en particular. El niño al que me referiré es el “X^o” **[CATI: por favor complete con el número correspondiente]** de los niños que viven en su hogar. Todas las preguntas que le haré a continuación se referirán al “X^o” niño. **[CATI: por favor complete]**”

1. ¿En qué mes y año nació el "X^o" niño? (294-299)
- | | |
|---------------|----------------------------|
| _ _ / _ _ | Codifique mes y año |
| 7 7 / 7 7 7 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 9 / 9 9 9 9 | Se niega a contestar |

INSTRUCCIÓN CATI: Calcule la edad del niño en meses (EDADNIÑO1=0 a 216) y también en años (EDADNIÑO2=0 a 17) en base a la fecha de la encuesta y el mes y el año de nacimiento, tomando como valor para el día de nacimiento el 15. Si el niño seleccionado tiene más de 12 meses, ingrese la cantidad de meses en EDADNIÑO1 y 0 en EDADNIÑO2. Si el niño tiene 12 meses o menos, ingrese la cantidad de meses en EDADNIÑO1 y escriba en EDADNIÑO2= TRUNCO (EDADNIÑO1/12).

2. ¿El niño en cuestión, es niño o niña? (300)
- | | |
|---|----------------------|
| 1 | Niño |
| 2 | Niña |
| 9 | Se niega a contestar |
3. ¿Es el niño / la niña hispano/a o latino/a? (301)
- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar |

4. ¿Cuál o cuáles de las siguientes opciones diría que es el grupo étnico del niño / de la niña?
(302-307)

[Marque todas las opciones que correspondan]

Por favor lea:

- 1 Blanco
- 2 Negro o Afroamericano
- 3 Asiático
- 4 Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacífico
- 5 Indio americano o nativo de Alaska

U

- 6 Otro [especifique] _____

No lea:

- 8 No indica opciones adicionales
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

Nota CATI: En caso de múltiples respuestas a la P4, continúe. De no ser así, pase a la P6.

5. ¿Cuáles de los siguientes grupos diría usted que es el más representativo del grupo étnico del niño / de la niña?
(308)

- 1 Blanco
- 2 Negro o Afroamericano
- 3 Asiático
- 4 Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacífico
- 5 Indio americano o nativo de Alaska
- 6 Otros
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

6. ¿Qué relación tiene usted con el niño / la niña?
(309)

Por favor lea:

- 1 Padre o madre, biológicos o adoptivos, madrastra o padrastro.
- 2 Abuelo/a
- 3 Padre o madre sustituto/a o tutor [que no sea padre ni abuelo]
- 4 Hermano/a biológico/a o adoptivo/a
- 5 Otro familiar
- 6 No tiene ninguna relación

No lea:

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

Módulo 11: Prevalencia del asma infantil

Nota CATI: Si la respuesta a la pregunta básica 13.6 es “00” o “88” (ninguna) o “99” (se niega a responder), pase al Módulo 13.

Las siguientes dos preguntas son acerca del “X^o” niño [CATI: por favor complete con el número correspondiente].

1. ¿En alguna ocasión, algún médico u otro profesional de la salud le informó que el niño / / la niña “X^{a/o}” tenía asma? (310)
- | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase al módulo siguiente] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase al módulo siguiente] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase al módulo siguiente] |
2. ¿El niño aún tiene asma? (311)
- | | | |
|---|----------------------------|--|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | |
| 9 | Se niega a contestar | |

Módulo 12: Inmunización infantil

Nota CATI: Las preguntas del módulo 12 sólo deben hacerse si EDADNIÑO1 \geq 6 meses. De no ser así, pase al Módulo 13.

Desearía hacerle dos preguntas adicionales acerca del niño número [CATI completará con el número correspondiente].

1. En los últimos 12 meses, ¿recibió el niño / la niña la vacuna contra la gripe? La vacuna contra la gripe es una inmunización contra el virus de la influenza que se inyecta en el brazo o el muslo. (312)
- | | | |
|---|----------------------------|--|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | |
| 9 | Se niega a contestar | |
2. En los últimos 12 meses, ¿recibió el niño / la niña una vacuna nasal contra la influenza? La vacuna contra la influenza en forma de spray nasal es el FluMistTM. (313)
- | | | |
|---|----------------------------|--|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | |
| 9 | Se niega a contestar | |

Módulo 13: Salud femenina

Nota CATI: Si el encuestado es hombre, pase al módulo siguiente.

1. La mamografía es una radiografía que se realiza a cada uno de los senos para detectar la existencia de un posible cáncer de mama. ¿Alguna vez se hizo una mamografía? (314)

1	Sí	
2	No	[Pase a la P3]
7	No sabe / No está segura	[Pase a la P3]
9	Se niega a contestar	[Pase a la P3]

2. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una mamografía? (315)

Lea sólo si es necesario:

1	En el último año (en cualquier momento en los últimos 12 meses)
2	En los últimos 2 años (hace más de 1 año pero menos de 2)
3	En los últimos 3 años (hace más de 2 años pero menos de 3)
4	En los últimos 5 años (hace más de 3 años pero menos de 5)
5	Hace 5 años ó más

No lea:

7	No sabe / No está segura
9	Se niega a contestar

3. Un examen clínico de mama es cuando un médico, enfermera u otro profesional de la salud palpa sus senos para detectar la posible existencia de bultos. ¿Alguna vez le hicieron un examen clínico de mama? (316)

1	Sí	
2	No	[Pase a la P5]
7	No sabe / No está segura	[Pase a la P5]
9	Se niega a contestar	[Pase a la P5]

4. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo un examen de mama? (317)

Lea sólo si es necesario:

1	En el último año (en cualquier momento en los últimos 12 meses)
2	En los últimos 2 años (hace más de 1 año pero menos de 2)
3	En los últimos 3 años (hace más de 2 años pero menos de 3)
4	En los últimos 5 años (hace más de 3 años pero menos de 5)
5	Hace 5 años o más
7	No sabe / No está segura
9	Se niega a contestar

5. Un PAP (Papanicolau) es un examen que se realiza para detectar la existencia de cáncer en el cuello del útero. ¿Alguna vez se hizo un PAP? (318)
- | | | |
|---|--------------------------|----------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a la P7] |
| 7 | No sabe / No está segura | [Pase a la P7] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a la P7] |

6. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo un PAP? (319)

Lea sólo si es necesario:

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

No lea:

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

Nota CATI: Si la respuesta a la pregunta básica 13.18 =1 (está embarazada) pase al Módulo 16 (Osteoporosis).

7. ¿Le han practicado una histerectomía? (320)

Lea sólo si es necesario:

La histerectomía es una cirugía mediante la cual se extrae el útero (la matriz).

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

Módulo 14: Detección del cáncer de próstata

Nota CATI: Si el encuestado / la encuestada tiene 39 años o más, o es mujer, pase al módulo siguiente.

1. La prueba del antígeno específico de la próstata, llamada también PSA (por sus siglas en inglés), es un análisis de sangre que se usa para detectar el cáncer de próstata. ¿Alguna vez se hizo una prueba PSA? (321)
- | | | |
|---|--------------------------|----------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a la P3] |
| 7 | No sabe / No está seguro | [Pase a la P3] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a la P3] |

2. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una prueba PSA?

(322)

Lea sólo si es necesario:

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

No lea:

- 7 No sabe
- 9 Se niega a contestar

3. Un examen digital del recto es un examen en el que un médico, enfermero u otro profesional de la salud palpa el recto con el dedo enguantado para examinar el tamaño, la forma y la dureza de la glándula prostática. ¿Alguna vez le hicieron un examen digital del recto?

(323)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a la P5]**
- 7 No sabe / No está seguro **[Pase a la P5]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a la P5]**

4. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo un examen digital del recto?

(324)

Lea sólo si es necesario:

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

No lea:

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

5. ¿Alguna vez algún médico, enfermero u otro profesional de la salud le informó que tenía cáncer de próstata?

(325)

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

Módulo 15: Detección del cáncer colorrectal

Nota CATI: Si el encuestado / la encuestada tiene 49 años o más, pase al Módulo 16 (Osteoporosis).

1. La prueba de sangre en las heces es una prueba que puede hacerse con un dispositivo de test especial para uso en el hogar, a fin de detectar la presencia de sangre en las heces. ¿Alguna vez se hizo esta prueba utilizando un dispositivo de test de uso doméstico? (326)

1	Sí	
2	No	[Pase a la P3]
7	No sabe / No está seguro/a	[Pase a la P3]
9	Se niega a contestar	[Pase a la P3]

2. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una prueba de sangre en las heces utilizando un dispositivo de test de uso doméstico? (327)

Lea sólo si es necesario:

1	En el último año (en cualquier momento en los últimos 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 lea:

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

3. La sigmoidoscopia y la colonoscopia son exámenes en los que se inserta un tubo en el recto para examinar los intestinos a fin de detectar señales de cáncer u otros trastornos de salud. ¿Alguna vez se ha hecho alguno de estos exámenes? (328)

1	Sí	
2	No	[Pase al módulo siguiente]
7	No sabe / No está seguro/a	[Pase al módulo siguiente]
9	Se niega a contestar	[Pase al módulo siguiente]

4. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una sigmoidoscopia o colonoscopia? (329)

Lea sólo si es necesario:

- 1 En el último año (en cualquier momento en los últimos 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 En los últimos 10 años (hace más de 5 años pero menos de 10)
- 5 Hace 10 años o más

No lea:

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

Módulo 16: Osteoporosis

La osteoporosis (os-te-o-po-ro-sis) es una afección en la que los huesos se tornan frágiles y tienden a fracturarse con facilidad. No es lo mismo que la osteoartritis, la cual es una enfermedad de las articulaciones.

1. ¿Alguna vez algún médico, enfermera u otro profesional de la salud le informó que tenía osteoporosis? (330)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

Módulo 17: Control de la artritis

Nota CATI: Si las respuestas a las preguntas básicas 16.2 o 16.4 =1 (Sí), continúe. De no ser así, pase al módulo siguiente.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR / LA ENCUESTADORA: Lea la parte subrayada de la P1 únicamente si este módulo no sigue inmediatamente después de la Sección Básica 16, Artritis.

1. Anteriormente usted dijo que padecía artritis o que presentaba síntomas de problemas en las articulaciones. Con respecto a sus síntomas de artritis o de problemas en las articulaciones, ¿cuál de las siguientes opciones describe su situación **actual** de forma más acertada? (331)

Por favor lea:

- 1 Puedo hacer todo lo que deseo
- 2 Puedo hacer la mayoría de las cosas que deseo hacer
- 3 Puedo hacer algunas de las cosas que deseo hacer
- 4 Prácticamente no puedo hacer nada de lo que desearía hacer

No lea:

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

2. ¿Alguna vez algún médico u otro profesional de la salud le recomendó que adelgazara para aliviar los síntomas de artritis o de otros problemas en las articulaciones? (332)

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

3. ¿Alguna vez algún médico u otro profesional de la salud le recomendó hacer actividad física o ejercicio para aliviar las molestias vinculadas a la artritis o a otros problemas en las articulaciones? (333)

Nota: Si el encuestado / la encuestada no está seguro/a acerca de si esto significa aumentar o disminuir la actividad física, aclárele que significa "aumentar".

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

4. ¿Alguna vez ha tomado algún curso o ha asistido a alguna clase educativa para aprender a controlar los problemas vinculados a la artritis u otros síntomas de problemas en las articulaciones? (334)
- | | | |
|---|----------------------------|--|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | |
| 9 | Se niega a contestar | |

Módulo 18: Control del peso

1. En este momento, ¿está intentando adelgazar? (340)
- | | | |
|---|----------------------------|-----------------------|
| 1 | Sí | [Pase a la P3] |
| 2 | No | |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | |
| 9 | Se niega a contestar | |
2. En este momento, ¿está intentando mantener su peso actual, es decir, está evitando subir de peso? (336)
- | | | |
|---|----------------------------|-----------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a la P5] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a la P5] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a la P5] |
3. ¿Está ingiriendo menos calorías o menos grasas para bajar de peso? no subir de peso? (337)
- | | | |
|--|--|---|
| | | [En caso afirmativo, pase a la P1] |
| | | [En caso afirmativo, pase a la P2] |
- Pregunte cuál de las opciones**
- | | |
|---|-----------------------------|
| 1 | Sí, menos calorías |
| 2 | Sí, menos grasas |
| 3 | Sí, menos calorías y grasas |
| 4 | No |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar |
4. ¿Está realizando actividad física o haciendo ejercicio para bajar de peso? no subir de peso? (338)
- | | | |
|--|--|---|
| | | [En caso afirmativo, pase a la P1] |
| | | [En caso afirmativo, pase a la P2] |
- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar |

5. En los últimos 12 meses, ¿algún médico, enfermera o profesional de la salud le ha dado algún consejo con respecto a su peso?

(339)

Pregunte cuál de las opciones:

- 1 Sí, bajar de peso
- 2 Sí, subir de peso
- 3 Sí, mantenerse en el peso actual
- 4 No
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

Módulo 19: Calidad del aire dentro del hogar

Las siguientes cinco preguntas tratan sobre la calidad del aire en su hogar.

Nota: Hogar significa el domicilio principal del encuestado / de la encuestada.

1. ¿El sistema de calefacción en su hogar consiste en un horno o caldera que quema petróleo, gas, carbón u otro tipo de combustible?

(340)

Lea sólo en caso de ser necesario: No incluya incineradores o calderas totalmente eléctricos.

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

2. ¿Tiene en su hogar alguno de los siguientes aparatos que utilicen como combustible el gas natural: una cocina, un horno, un calentador de agua o un secador de ropa?

(341)

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

3. En los últimos 12 meses, ¿en cuántos días ha utilizado una estufa a carbón, estufa a leña o calentador a base de kerosén dentro de su casa?

(342–344)

Nota: Si la respuesta es 777 (No sabe / No está seguro/a) pregunte la cantidad aproximada de días.

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

4. Un detector de monóxido de carbono (detector de CO) es un detector que controla el nivel de monóxido de carbono en el aire de su hogar. No es un detector de humo. ¿Tiene un detector de CO en su hogar? (345)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar
5. En este momento, ¿su casa tiene áreas de moho de un tamaño mayor al de un billete de un dólar? (346)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

Módulo 20: El entorno del hogar

Las siguientes cuatro preguntas tratan sobre el agua que usted usa para el consumo y sobre las medidas para el control de plagas en su hogar.

1. ¿Cuál es la principal fuente de agua en su hogar? (347)
- Lea sólo en caso de ser necesario:** Esta pregunta se refiere a la fuente de suministro de agua para los grifos y otras salidas de agua en su hogar.
- 1 El sistema de agua de una ciudad, o de un condado o pueblo.
 - 2 Un sistema de agua pequeño operado por una asociación de propietarios.
 - 3 Un pozo de agua privado para su casa
 - 4 Otra fuente
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar
2. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el agua que usted consume en su casa con más frecuencia? (348)
- Por favor lea:**
- 1 Agua corriente (del grifo) sin filtrar
 - 2 Agua corriente (del grifo) filtrada
 - 3 Agua embotellada o comprada
 - 4 Agua de otra fuente
- No lea:**
- 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

3. En los últimos 12 meses, ¿en cuántos días fumigó su casa con pesticidas, aerosoles o productos químicos para matar insectos, ratones u otras plagas? (349–351)

Lea sólo en caso de ser necesario: Incluya los pesticidas en polvo, pero no incluya trampas para plagas, tiras insecticidas o insecticidas botánicos (a base de hierbas).

Nota: Si la respuesta es 777 (No sabe / No está seguro/a) pregunte la cantidad aproximada de días.

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

4. En los últimos 12 meses, ¿en cuántos días fumigó su jardín o patio con pesticidas u otros productos químicos para erradicar malezas, insectos u otras pestes, incluyendo aplicaciones por parte de empresas de jardinería? (352–354)

Lea sólo en caso de ser necesario: No incluya la aplicación de cal o de fertilizantes si no utilizó ningún tipo de pesticida o herbicida.

Nota: Si la respuesta es 777 (No sabe / No está seguro/a) pregunte la cantidad aproximada de días.

___ Cantidad de días
555 No tiene jardín o patio
888 Ninguno
777 No sabe / No está seguro/a
999 Se niega a contestar

Módulo 21: Dejar de fumar

Respuesta CATI: Si la respuesta a la pregunta básica P11.2=3 (Nada), continúe. Si la respuesta a la pregunta básica 11.2=1 (Todos los días) o 2 (A veces), pase a la P2. Si la respuesta a la pregunta básica 11.2=7 o 9 (No sabe o Se niega a contestar), pase al módulo siguiente.

Anteriormente usted dijo haber fumado cigarrillos.

1. ¿Cuándo fue la última vez que fumó cigarrillos? (355–356)

Lea sólo si es necesario:

- | | | |
|-----|--|-----------------------------------|
| 0 1 | En el último mes (en cualquier momento en el último mes) | [Pase a la P2] |
| 0 2 | En los últimos 3 meses (hace más de 1 mes pero menos de 3) | [Pase a la P2] |
| 0 3 | En los últimos 6 meses (hace más de 3 meses pero menos de 6) | [Pase a la P2] |
| 0 4 | En el último año (hace más de 6 meses pero menos de 1 año) | [Pase a la P2] |
| 0 5 | En los últimos 5 años (hace más de 1 año pero menos de 5) | [Pase al módulo siguiente] |
| 0 6 | En los últimos 10 años (hace más de 5 años pero menos de 10) | [Pase al módulo siguiente] |
| 0 7 | Hace 10 años o más | [Pase al módulo siguiente] |

No lea:

- | | | |
|-----|----------------------------|-----------------------------------|
| 7 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase al módulo siguiente] |
| 9 9 | Se niega a contestar | [Pase al módulo siguiente] |

Nota CATI: Si la respuesta a la P1=01, 02, 03 o 04, O si la respuesta a la pregunta básica 11.2 es 1 o 2, continúe.

Las siguientes preguntas tratan sobre el contacto que usted puede haber tenido con médicos, enfermeros u otros profesionales de la salud.

2. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces consultó a un médico, enfermera u otro profesional sobre cualquier tema vinculado a su propia salud? (357–358)

- | | | |
|-----|----------------------------|-----------------------------------|
| ___ | Cantidad de veces (01-76) | |
| 8 8 | Ninguna | [Pase al módulo siguiente] |
| 7 7 | No sabe / No está seguro/a | |
| 9 9 | Se niega a contestar | |

3. En los últimos 12 meses, ¿en cuántas ocasiones un médico u otro profesional de la salud le recomendó que dejara de fumar? (359–360)
- ___ Cantidad de veces (01-76)
- 8 8 Ninguna
- 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Se niega a contestar
4. ¿En cuántas oportunidades un médico, enfermera u otro profesional de la salud le recomendó o mencionó la posibilidad de tomar algún medicamento para ayudarlo a dejar de fumar, como chicles o parches de nicotina, sprays nasales, inhaladores, pastillas u otros medicamentos de venta bajo receta como el Wellbutrin, el Zyban o el Bupropion? (361–362)
- (Pronunciación: wel-bu-trin/zai-ban/bu-pro-pion).**
- ___ Cantidad de consultas (01-76)
- 8 8 Ninguna
- 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Se niega a contestar
5. ¿En cuántas oportunidades un médico o profesional de la salud le mencionó o recomendó otros métodos y estrategias, alternativos al uso de medicamentos, para ayudarlo a dejar de fumar? (363–364)
- ___ Cantidad de consultas (01-76)
- 8 8 Ninguna
- 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Se niega a contestar

Módulo 22: Políticas acerca del tabaquismo pasivo

1. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor las reglas sobre fumar dentro de su casa? (365)
- Por favor lea:**
- 1 No se permite fumar en ningún lugar dentro de la casa
- 2 Se permite fumar únicamente en ciertos lugares o en ciertas ocasiones
- 3 Se permite fumar en cualquier lugar dentro de la casa
- ó**
- 4 No hay reglas en cuanto a fumar dentro de la casa
- No lea:**
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

Nota CATI: Si la respuesta a la pregunta básica 13.8 = 1 (empleado asalariado) o 2 (trabajador(a) independiente) continúe. De no ser así, pase al módulo siguiente.

2. ¿Trabaja normalmente en ambientes cerrados? (366)

- 1 Sí
- 2 No [Pase al módulo siguiente]
- 7 No sabe / No está seguro/a [Pase al módulo siguiente]
- 9 Se niega a contestar [Pase al módulo siguiente]

3. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la política de su lugar de trabajo acerca de fumar en ambientes cerrados o áreas comunes, como corredores, baños y comedores? (367)

Nota: En el caso de personas cuyo trabajo consiste en visitar clientes o que trabajan en su casa, “lugar de trabajo” significa su ubicación base. En el caso de trabajadores independientes que trabajan en su casa, la política oficial sobre fumar significa las reglas del hogar.

Por favor lea:

- 1 No se permite fumar en lugares públicos
- 2 Se permite fumar en algunos lugares públicos
- 3 Se permite fumar en todos los lugares públicos

ó

- 4 No hay política oficial

No lea:

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

4. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la política oficial de su lugar de trabajo respecto a fumar en las áreas de trabajo? (368)

Por favor lea:

- 1 No se permite fumar en las áreas de trabajo
- 2 Se permite fumar en algunas áreas de trabajo
- 3 Se permite fumar en todas las áreas de trabajo

ó

- 4 No hay política oficial

No lea:

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

Módulo 23: Excombatientes

Nota CATI: Pregunte sólo si la respuesta a la pregunta básica 14.1 =1 (Sí). De otro modo, pase al módulo siguiente.

1. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su servicio en las fuerzas armadas de los Estados Unidos? (369)

Por favor lea:

- 1 Está actualmente en servicio activo **[Pase al módulo siguiente]**
- 2 Está actualmente en la Guardia Nacional o en la Unidad de Reserva. **[Pase al módulo siguiente]**
- 3 Está jubilado del servicio militar
- 4 Ha sido dado/a de baja del servicio militar por razones médicas
- 5 Ha sido dado/a de baja del servicio militar

No lea:

- 7 No sabe / No está seguro/a **[Pase al módulo siguiente]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase al módulo siguiente]**

2. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido atención médica total o parcial de instituciones de asistencia para excombatientes? (370)

Si la respuesta es “sí”, pregunte si recibió atención médica “total” o “parcial”.

- 1 Si, recibió atención médica total
- 2 Si, recibió atención médica parcial
- 3 No, no recibió ninguna atención médica en las instituciones para excombatientes
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

Módulo 24: Actitudes de terceros en cuanto a la etnicidad

Anteriormente le pregunté sobre cómo se identificaba a sí mismo en cuanto a su pertenencia a un determinado grupo étnico. Ahora voy a preguntarle acerca de cómo lo identifican y lo tratan otras personas.

1. ¿Cómo suelen clasificarlo/a otras personas en este país? ¿Diría que como blanco/a, negro/a o afroamericano/a, hispano/a o latino/a, asiático/a, nativo/a de Hawai u otra Isla del Pacífico, indio/a americano/a o nativo/a de Alaska, o de algún otro grupo? (371)
- 1 Blanco/a
 - 2 Negro/a o afroamericano/a
 - 3 Hispano/a o latino/a
 - 4 Asiático/a
 - 5 Nativo/a de Hawai o de otras Islas del Pacífico
 - 6 Indio/a americano/a o nativo/a de Alaska
 - 8 De algún otro grupo (por favor especifique) _____
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

NOTA PARA EL ENCUESTADOR / LA ENCUESTADORA: Si el encuestado / la encuestada le pide que le aclare esta pregunta, dígame: Queremos saber cómo suelen clasificarlo/a OTRAS personas en este país, lo que puede diferir de cómo se clasifica usted mismo/a.

2. ¿Con qué frecuencia piensa sobre el tema de la etnicidad? Diría usted que: nunca, una vez por año, una vez por mes, una vez por semana, una vez por día, una vez por hora o en forma constante? (372)
- 1 Nunca
 - 2 Una vez por año
 - 3 Una vez por mes
 - 4 Una vez por semana
 - 5 Una vez por día
 - 6 Una vez por hora
 - 8 En forma constante
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

Instrucciones para el encuestador / la encuestadora: Las respuestas pueden interpretarse como “por lo menos” la frecuencia indicada. Por ejemplo, si el encuestado / la encuestada dice que piensa acerca de su raza entre una vez por semana y una vez por mes, marque como respuesta “una vez por mes”.

[CATI saltee el patrón: Sólo haga esta pregunta a quienes sean “empleados asalariados”, “trabajadores independientes” o que hayan estado “desempleados por menos de un año.”]

3. En los últimos 12 meses, ¿ha sentido que en su lugar de trabajo lo/la tratan peor, igual o mejor que a personas de otra etnicidad, o peor que a personas de ciertos grupos étnicos pero mejor que a las de otras?

(373)

- 1 Peor que a personas de otras etnicidades
- 2 Igual que a personas de otras etnicidades
- 3 Mejor que a personas de otras etnicidades
- 4 Peor que a personas de ciertas etnicidades pero mejor que a las de otras

No lea:

- 5 Sólo está en contacto con personas de su misma etnicidad
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

4. En los últimos 12 meses, al solicitar asistencia médica, ¿ha sentido que lo/la tratan peor, igual o mejor que a personas de otra etnicidad, o peor que a personas de ciertas etnicidades pero mejor que a las de otras?

(374)

- 1 Peor que a otras etnicidades
- 2 Igual que a personas de otras etnicidades
- 3 Mejor que a personas de otras etnicidades
- 4 Peor que a personas de ciertas etnicidades pero mejor que a las de otras

No lea:

- 5 Sólo está en contacto con personas de su misma etnicidad
- 6 No ha recibido cuidados médicos en los últimos 12 meses
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

NOTA PARA EL ENCUESTADOR / LA ENCUESTADORA: Si el encuestado / la encuestada dice que no conoce las experiencias de otras personas al momento de buscar asistencia médica, diga: Esta pregunta trata de sus percepciones al solicitar asistencia médica. No es necesario que tenga conocimiento específico de las experiencias de otras personas.

5. Como promedio, en los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido síntomas físicos, por ejemplo dolor de cabeza, malestar estomacal, tensión muscular o aumento de la frecuencia cardíaca, como consecuencia de la forma en que otras personas lo/a trataron debido a su etnicidad?

(375)

- 1 Nunca
- 2 No más de una vez por año
- 3 Al menos una vez por mes
- 4 Al menos una vez por semana
- 5 Al menos una vez por día
- 6 Al menos una vez por hora
- 8 Constantemente
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

6. Como promedio, en los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia se ha sentido mal emocionalmente, por ejemplo enojado/a, triste o frustrado/a, como consecuencia de la forma en que otras personas lo/a trataron debido a su etnicidad? (376)
- 1 Nunca
 - 2 No más de una vez por año
 - 3 Al menos una vez por mes
 - 4 Al menos una vez por semana
 - 5 Al menos una vez por día
 - 6 Al menos una vez por hora
 - 8 Constantemente
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

Módulo 25: Violencia sexual

Quisiera hacerle algunas preguntas acerca de la violencia física y/o sexual, y de otro tipo de experiencias sexuales no deseadas. Esta información nos permitirá comprender mejor el problema de la violencia y el contacto sexual no deseado, y nos permitirá ayudar a otras personas en el futuro. Comprendemos que se trata de un tema delicado. Algunas personas se sienten incómodas contestando este tipo de preguntas. Recuerde que su número telefónico ha sido seleccionado al azar, y que sus respuestas son estrictamente confidenciales. Al final de esta sección, le daré números telefónicos de organizaciones que pueden brindarle información y referencias a los profesionales del caso respecto de ambos temas. Por favor, recuerde que puede pedirme que saltee cualquier pregunta que no desee responder. Si no se encuentra en el lugar adecuado para contestar este tipo de preguntas, puedo pasar al próximo tema.

Las primeras preguntas que le haré tratan sobre experiencias sexuales no deseadas en las que usted puede haber estado involucrado/a.

1. En los últimos meses, ¿alguien le ha expuesto a situaciones sexuales no deseadas que no incluyeran contacto físico? Por ejemplo, exposición de los órganos sexuales, fisgonear, acoso sexual u obligarle a ver fotos o películas con contenido sexual. (377)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar
2. En los últimos 12 meses, ¿alguien le ha tocado partes íntimas sin su consentimiento o después de que usted hubiera dicho o demostrado que no lo deseaba? (378)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

GUÍA PARA EL ENCUESTADOR / LA ENCUESTADORA: Para utilizar en el segundo módulo cuando se estén haciendo las preguntas de los Módulos 25 y 26 uno a continuación del otro.

Ahora voy a hacerle algunas preguntas adicionales sobre sexo no deseado. Puede parecerle que ya ha respondido a estas preguntas. Sin embargo, es importante hacerle estas preguntas en este momento.

GUÍA PARA EL ENCUESTADOR / LA ENCUESTADORA: Para los casos en que sólo se incluye uno de los módulos (Módulo 25 o 26):

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre sexo no deseado. Sexo no deseado incluye situaciones como introducirle cualquier cosa en la vagina [**si es mujer**], el ano o la boca, o hacer que usted se lo haga a otros, a pesar de que usted dijera o demostrara que no deseaba hacerlo. Esto incluye las ocasiones en las que no podía dar su consentimiento, por ejemplo, si estaba borracho/a o dormido/a, o si pensó que lo/la lastimarían o castigarían si se negaba.

3. En los últimos 12 meses, ¿alguien INTENTÓ tener sexo con usted sin su consentimiento o luego de que usted hubiese dicho o demostrado que no lo deseaba, PERO NO TUVO RELACIONES SEXUALES? (379)

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

4. En los últimos 12 meses, ¿alguien HA TENIDO SEXO con usted sin su consentimiento, o después de que usted hubiese dicho o demostrado que no lo deseaba? (380)

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

Nota CATI: Haga la P5 sólo si la P3 o P4=1 (Sí).

[INSTRUCCIÓN CATI: Aplique la siguiente lógica:

Si P4=1 (independientemente de la respuesta a la P3), entonces lea la P5 “... la persona que tuvo sexo con usted...”

Si la respuesta a la P4=2 y a la P3=1, entonces lea la P5 “... la persona que intentó tener sexo con usted...”]

5. Cuando ocurrió el incidente más reciente, ¿cuál era su relación con la persona que [tuvo/intentó tener sexo] con usted sin su consentimiento, o después de que usted hubiese dicho o demostrado que no lo deseaba? (381-382)

No lea:

- 0 1 Un/a completo/a extraño/a
- 0 2 Una persona a la que conocía hacía menos de 24 horas
- 0 3 Un/a conocido/a
- 0 4 Un/a amigo/a
- 0 5 Una persona con la que tenía una cita
- 0 6 Mi novio/a actual
- 0 7 Un/a novio/a anterior
- 0 8 Mi esposo/a o pareja
- 0 9 Mi ex esposo/a o ex pareja
- 1 0 Un/a compañero/a de trabajo
- 1 1 Un/a vecino/a
- 1 2 Uno de mis padres
- 1 3 Mi padrastro o madrastra
- 1 4 La pareja de mi padre o madre
- 1 5 Otro familiar
- 1 6 Otra persona que no era un familiar
- 1 7 Varios perpetradores (no indique sexo)
- 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Se niega a contestar

NOTA PARA EL ENCUESTADOR / LA ENCUESTADORA: Si el encuestado / la encuestada indica el sexo de la persona, por favor complete la pregunta 6. Si el encuestado / la encuestada no indica el sexo de la persona, por favor haga la pregunta 6.

6. ¿La persona que lo hizo, era hombre o mujer? (383)
- 1 Hombre
 - 2 Mujer
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

Nota CATI: Si la respuesta a la P3=2, 7, 9 (No, No sabe, Se niega a contestar), continúe. De no ser así, pase a la P8.

7. ¿Alguien INTENTÓ ALGUNA VEZ tener sexo con usted sin su consentimiento o después de que usted hubiese dicho o demostrado que no lo deseaba, PERO NO TUVO RELACIONES SEXUALES? (384)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

Nota CATI: Si la respuesta a la P4=2, 7, 9 (No, No sabe, Se niega a contestar), continúe. De lo contrario, lea el párrafo de cierre.

8. ¿Alguien ha tenido sexo con usted EN ALGUNA OCASIÓN sin su consentimiento, o después de que usted hubiese dicho o demostrado que no lo deseaba? (385)
- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar |

Párrafo de cierre: Somos conscientes de que este tema puede haberle traído recuerdos de experiencias pasadas dolorosas, pero que algunas personas se sentirían mejor hablando de ello. Si usted o alguien que usted conoce quisiera hablar con un/a consejero/a especializado/a, por favor llame al 1-800-656-HOPE (4673) ¿Quiere que le repita este número?

Módulo 26: Violencia en relaciones con una pareja sexual

Las siguientes preguntas se refieren a la violencia en las relaciones con una pareja sexual. Al decir pareja sexual me estoy refiriendo tanto a su cónyuge o pareja (novio o novia) actual, como anteriores. Alguien con quien hubiera salido o tenido una relación amorosa durante cierto tiempo también puede ser considerado una pareja sexual.

1. ¿ALGUNA VEZ una pareja sexual le ha AMENAZADO con usar violencia física contra usted? Esto incluye amenazarlo con golpearlo/a, abofetearlo/a, patearlo/a, empujarlo/a o lastimarlo/a físicamente de cualquier forma. (386)
- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar |

2. ¿ALGUNA VEZ una pareja sexual lo/la ha golpeado, abofeteado, empujado, pateado o dañado físicamente de cualquier forma? (387)
- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar |

NOTA PARA EL ENCUESTADOR / LA ENCUESTADORA: Sólo lea la parte de la P3 subrayada si la respuesta a la P2 es 1 (Sí).

3. Además de lo que ya me ha mencionado, ¿una pareja sexual ha INTENTADO en alguna ocasión usar violencia física contra usted? Esto incluye las veces en las que hayan intentado golpearlo/a, abofetearlo/a, empujarlo/a, patearlo/a o lastimarlo/a físicamente de cualquier otro modo, pero sin que logran hacerlo. (388)
- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar |

GUÍA PARA EL ENCUESTADOR / LA ENCUESTADORA: Para utilizar en el segundo módulo cuando se estén haciendo las preguntas de los módulos 25 y 26 uno a continuación del otro.

Ahora voy a hacerle algunas preguntas adicionales sobre sexo no deseado. Puede parecerle que ya ha respondido a estas preguntas. Si bien las preguntas son muy similares a otras anteriores, es importante que las conteste nuevamente en esta sección.

GUÍA PARA EL ENCUESTADOR / LA ENCUESTADORA: Para usar cuando se incluye sólo un módulo (Módulo 25 o 26):

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre sexo no deseado. Sexo no deseado incluye situaciones como introducirle cualquier cosa en la vagina [*si es mujer*], el ano o la boca, o hacer que usted se lo haga a otros, a pesar de que usted dijera o demostrara que no deseaba hacerlo. Esto incluye las ocasiones en las que no podía dar su consentimiento, por ejemplo, si estaba borracho/a o dormido/a, o si pensó que lo/la lastimarían o castigarían si se negaba.

4. ¿Ha tenido ALGUNA VEZ sexo no deseado con una pareja sexual actual o anterior? (389)
- | | | |
|---|----------------------------|---|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a la sección siguiente o finalice la encuesta] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a la sección siguiente o finalice la encuesta] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a la sección siguiente o finalice la encuesta] |

Nota CATI: Si la respuesta a la P2 o a la P4=1 (Sí), continúe. De lo contrario, saltee las preguntas 5, 6 y 7.

5. En los últimos 12 meses, ¿ha experimentado cualquier tipo de violencia física o sexo no deseado con una pareja sexual? (390)
- | | | |
|---|----------------------------|---|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a la sección siguiente o finalice la encuesta] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a la sección siguiente o finalice la encuesta] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a la sección siguiente o finalice la encuesta] |
6. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido alguna lesión, como moretones, cortes, raspaduras, ojos negros, desgarros vaginales o anales, o huesos fracturados, como resultado de la violencia física o sexo no deseado mencionado anteriormente? (391)
- | | | |
|---|----------------------------|--|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | |
| 9 | Se niega a contestar | |

7. Cuando ocurrió el incidente más reciente, ¿cuál era su relación con la pareja sexual que usó violencia física o le forzó a tener sexo? (392-393)

No lea:

- 0 1 Novio
- 0 2 Novia
- 0 3 Novio anterior
- 0 4 Novia anterior
- 0 5 Hombre con quien estaba saliendo
- 0 6 Mujer con quien estaba saliendo
- 0 7 Esposo o pareja masculina
- 0 8 Ex-esposo o ex-pareja masculina
- 0 9 Esposa o pareja femenina
- 1 0 Ex-esposa o ex-pareja femenina
- 1 1 Otras personas
- 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Se niega a contestar

Párrafo de cierre: Somos conscientes de que este tema puede haberle traído recuerdos de experiencias pasadas dolorosas, pero que algunas personas se sentirían mejor hablando de ello. Si usted o alguna persona que usted conoce quisiera hablar con un/a consejero/a especializado/a, puede llamar a la línea gratuita y confidencial para personas que sufren violencia íntima por parte de compañeros sexuales. El número es 1-800-799-SAFE (7233). ¿Quiere que le repita este número?