



2011

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

27 de enero de 2011

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento

Borrador del cuestionario 2011

Índice	Error! Bookmark not defined.
Guión para el encuestador.....	4
Sección 1: Estado de salud.....	6
Sección 2: Días en los que se siente bien de salud – Calidad de vida en relación con la salud	6
Sección 3: Acceso a cuidados médicos.....	7
Sección 4: Conocimiento de su hipertensión.....	8
Sección 5: Conocimiento de su colesterol	8
Sección 6: Afecciones crónicas	9
Sección 7: Consumo de tabaco	12
Sección 8: Información demográfica.....	13
Sección 9: Frutas y verduras	18
Sección 10: Ejercicio (Actividad física)	22
Sección 11: Discapacidad.....	24
Sección 12: Carga de la artritis.....	24
Sección 13: Uso del cinturón de seguridad	26
Sección 14: Vacunas	26
Sección 15: Consumo de alcohol.....	27
Sección 16: VIH/SIDA	28
Módulos opcionales	31
Módulo 1: Prediabetes	31
Módulo 2: Diabetes	31
Módulo 3: Días en los que se siente bien de salud (síntomas)	34
Módulo 4: Bebidas azucaradas y etiquetas de comidas.....	34
Módulo 5: Salud reproductiva y planificación familiar.....	35
Módulo 6: Deterioro de la vista y acceso cuidados médicos de los ojos.....	38
Módulo 7: Sueño insuficiente.....	41
Módulo 8: Trabajadores del sector salud/de alto riesgo	42
Módulo 9: Salud cardiovascular	43
Módulo 10: Medidas para controlar la hipertensión arterial.....	44
Módulo 11: Ataque cardiaco y accidente cerebrovascular	46
Módulo 12: Pruebas de detección de cáncer de mama/cuello uterino	49
Módulo 13: Detección del cáncer de próstata.....	50
Módulo 14: Detección de cáncer colorrectal.....	52
Módulo 15: Dejar de fumar.....	54
Módulo 16: Humo secundario del cigarrillo	56
Módulo 17: Antecedentes de asma en adultos.....	58
Módulo 18: Control de la artritis	61
Módulo 19: Tétanos y difteria (adultos).....	62
Módulo 20: Virus del papiloma humano (VPH) en adultos	63
Módulo 21: Culebrilla	63
Módulo 22: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).....	64
Módulo 23: Nivel de preparación general	65
Módulo 24: Salud de los veteranos del ejército	68
Módulo 25: Actitudes de las personas hacia la raza.....	70
Módulo 26: Ansiedad y depresión.....	72
Módulo 27: Deficiencias cognitivas.....	74
Módulo 28: Contexto social.....	77
Módulo 29: VIH/SIDA	78
Módulo 30: Apoyo emocional y grado de satisfacción con la vida	79
Módulo 31: Experiencias adversas en la niñez.....	80

Módulo 32: Selección aleatoria de niños	82
Módulo 33: Prevalencia de asma infantil	84
Módulo 34: Vacunación infantil (influenza)	85
Lista de actividades físicas comunes de recreación (Para usarse en la Sección 10: Actividad física).....	87
Lista de afecciones de salud que acompañan al módulo 8, pregunta 3.....	87

Guión para el encuestador

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

¿Estoy hablando al **(número de teléfono)**?

Si la respuesta es "No",

Disculpe; es probable que haya llamado a un número equivocado. Es posible que su número sea seleccionado en otra oportunidad. Gracias por su atención. Adiós. **CUELGUE**

¿Es éste un domicilio particular en **(estado)**?

Si la respuesta es "No",

Muchas gracias, pero por el momento solo estamos haciendo la encuesta en domicilios particulares.

(estado) . CUELGUE

¿Estoy llamando a un teléfono celular?

[Léale solo si es necesario: "Por teléfono celular queremos decir un teléfono móvil y que pueda usarse fuera de su vecindario".

Si la respuesta es "Sí",

Muchas gracias, pero por el momento solo estamos llamando a teléfonos fijos y a domicilios particulares para realizar esta encuesta. **CUELGUE**

Para esta encuesta, necesito seleccionar al azar a un adulto que viva en su casa. ¿Cuántas personas de las que viven en su casa, incluido usted, tienen 18 años o más?

___ Cantidad de adultos

Si la respuesta es "1",

¿Es usted el adulto?

Si la respuesta es "Sí",

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

Si la respuesta es "No",

¿El adulto es hombre o mujer? Escriba abajo 1 hombre o 1 mujer. ¿Podría hablar con **[indique**

(él/ella) según la respuesta dada a la pregunta anterior]? Pase a la parte de "persona encuestada correspondiente" en la próxima página. 5

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

___ Cantidad de hombres

___ Cantidad de mujeres

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

Si la respuesta es “usted”, pase a la página 5

A la persona encuestada correspondiente:

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

Secciones básicas

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

Sección 1: Estado de salud

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

Léale:

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

O

- 5 Malo

No le lea:

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

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

2.1 Con respecto a su salud física, lo que incluye tanto enfermedades como lesiones físicas, en los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su salud física no fue buena? (74–75)

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

2.2 Con respecto a su salud mental, que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, en los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su estado de salud mental no fue bueno? (76–77)

- Número de días
- 88 Ninguno **[Si P2.1 y P2.2 = 88 (Ningún día), pase a la siguiente sección]**
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

2.3 En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días sintió que los problemas relacionados con su salud física o mental le impidieron realizar sus actividades cotidianas, tales como cuidados personales, trabajo o recreación? (78–79)

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

Sección 3: Acceso a cuidados médicos

- 3.1** ¿Tiene algún tipo de cobertura de seguro médico, como seguro de salud, planes prepagados como los que brindan las HMO (organizaciones de atención médica administrada) u otros planes gubernamentales como Medicare o Servicios de Salud a Poblaciones Indígenas? (80)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar
- 3.2** ¿Hay alguna persona a la que usted considere su médico o proveedor de atención médica personal?
- Si la respuesta es "No", pregunte: "¿Hay más de una o no hay ninguna persona a la que considere su médico o proveedor de atención médica personal?" (81)
- 1 Sí, solo una
 - 2 Más de una
 - 3 No
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar
- 3.3** En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en que necesitó consultar a un médico pero no pudo hacerlo por razones económicas? (82)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar
- 3.4** ¿Cuándo fue la última vez que visitó al médico para hacerse un chequeo de rutina? Un chequeo de rutina es un examen físico general, que no se realiza a consecuencia de una lesión, enfermedad o afección específica. (83)
- 1 En el último año (hace menos de 12 meses)
 - 2 En los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2)
 - 3 En los últimos 5 años (hace 2 años pero menos de 5)
 - 4 Hace 5 años o más
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 8 Nunca
 - 9 Se niega a contestar

Sección 4: Conocimiento de su hipertensión

- 4.1 ¿ALGUNA VEZ le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión)? (84)

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

- 1 Sí
- 2 Sí, pero la encuestada dijo que ocurrió únicamente durante el embarazo
[Pase a la siguiente sección]
- 3 No **[Pase a la siguiente sección]**
- 4 Hipertensión arterial límite o prehipertenso **[Pase a la siguiente sección]**
- 7 No sabe/No está seguro **[Pase a la siguiente sección]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a la siguiente sección]**

- 4.2 ¿Toma actualmente algún medicamento para controlar la presión arterial alta? (85)

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

Sección 5: Conocimiento de su colesterol

- 5.1 El colesterol en la sangre es una sustancia grasa que se encuentra en la sangre. ¿ALGUNA VEZ le han analizado el colesterol en la sangre? (86)

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

- 5.2 ¿Cuánto hace aproximadamente que le analizaron el colesterol en la sangre? (87)

Léale solo si es necesario:

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

No le lea:

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

- 5.3** ¿ALGUNA VEZ le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que su nivel de colesterol en la sangre es elevado? (88)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

Sección 6: Afecciones crónicas

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de las condiciones generales de salud.

¿ALGUNA VEZ un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía alguna de las siguientes afecciones? En cada pregunta, responda —Sí", —No||, o —No estoy seguro||.

- 6.1** ¿ (Alguna vez le dijeron) que tuvo un ataque cardiaco, también llamado infarto de miocardio? (89)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

- 6.2** ¿ (Alguna vez le dijeron) que tuvo angina de pecho o cardiopatía coronaria? (90)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

- 6.3** ¿(Alguna vez le dijeron) que tuvo un accidente cerebrovascular o derrame? (91)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

- 6.4** ¿(Alguna vez le dijeron) que tenía asma? (92)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar
- [Pase a P6.6]**
[Pase a P6.6]
[Pase a P6.6]

6.5 ¿Usted sigue teniendo asma? (93)

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

6.6 ¿(Alguna vez le dijeron) que tenía cáncer de piel? (94)

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

6.7 ¿(Alguna vez le dijeron) que tenía otros tipos de cáncer? (95)

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

6.8 ¿(Alguna vez le dijeron) que tenía EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema o bronquitis crónica)? (96)

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

6.9 ¿(Alguna vez le dijeron) que tenía algún tipo de artritis, artritis reumatoide, gota, lupus o fibromialgia? (97)

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

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Los diagnósticos de artritis incluyen:

- Reumatismo, polimialgia reumática
- Artrosis (no osteoporosis)
- Tendinitis, bursitis, juanete, codo de tenista (epicondilitis)
- Síndrome del túnel carpiano, síndrome del túnel tarsiano
- Infección en las articulaciones, síndrome de Reiter
- Espondilitis anquilosante; espondilosis
- Síndrome del manguito de los rotadores
- Enfermedad del tejido conjuntivo, escleroderma, polimiositis, síndrome de Raynaud

- Vasculitis (arteritis de células gigantes, púrpura de Henoch-Schonlein, granulomatosis de Wegener)
- Poliarteritis nodosa

6.10 ¿(Alguna vez le dijeron) que tenía un trastorno depresivo (como depresión, depresión grave, distimia o depresión leve)? (98)

1 Sí

2 No

7 No sabe/No está seguro

9 Se niega a contestar

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

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Incontinencia es no poder controlar la salida de la orina. (99)

1 Sí

2 No

7 No sabe/No está seguro

9 Se niega a contestar

6.12 ¿Tiene un médico, enfermera o profesional de la salud ha dicho que usted tiene trastorno de la visión en uno o ambos ojos, incluso con gafas? (100)

1 Sí

2 No

3 No es aplicable (Ciego)

7 No sabe/No está seguro

9 Se niega a contestar

6.13 ¿(Alguna vez le dijeron) que tenía diabetes? (101)

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

Si la persona encuestada contesta que le diagnosticaron prediabetes o intolerancia a la glucosa, utilice el código de respuesta 4.

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

Nota de CATI: Si P6.13 = 1 (Sí), pase a Módulo Opcional de Diabetes (si se usa). Para las otras respuestas a P6.13, vaya a Módulo Opcional de Pre-Diabetes (si se usa). De lo contrario, pase a la siguiente sección.

Sección 7: Consumo de tabaco

7.1 ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida? (102)

NOTA: 5 cajetillas = 100 cigarrillos

- | | | |
|---|------------------------|----------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a P7.5] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a P7.5] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a P7.5] |

7.2 Actualmente ¿fuma cigarrillos todos los días, algunos días o nunca? (103)

- | | | |
|---|------------------------|----------------------|
| 1 | Todos los días | |
| 2 | Algunos días | |
| 3 | Nunca | [Pase a P7.4] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a P7.5] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a P7.5] |

7.3 En los últimos 12 meses, ¿ha dejado de fumar durante un día o más debido a que estaba intentando dejar de fumar? (104)

- | | | |
|---|------------------------|----------------------|
| 1 | Sí | [Pase a P7.5] |
| 2 | No | [Pase a P7.5] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a P7.5] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a P7.5] |

7.4 ¿Cuánto tiempo hace que no fuma cigarrillos de manera habitual? (105-106)

- | | |
|-----|---|
| 0 1 | En el último mes (hace menos de 1 mes) |
| 0 2 | En los últimos 3 meses (hace 1 mes pero menos de 3) |
| 0 3 | En los últimos 6 meses (hace 3 meses pero menos de 6) |
| 0 4 | En el último año (hace 6 meses pero menos de 1 año) |
| 0 5 | En los últimos 5 años (hace 1 año pero menos de 5) |
| 0 6 | En los últimos 10 años (hace 5 años pero menos de 10) |
| 0 7 | Hace 10 años o más |
| 7 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 9 | Se niega a contestar |

7.5 ¿En la actualidad usa tabaco para mascar, rapé o *snus* todos los días, algunos días o nunca?

(107)

NOTA: El *snus* (que es el nombre en sueco del rapé) es un tabaco húmedo que no se fuma y que generalmente se vende en bolsitas que se colocan debajo del labio haciendo presión contra la encía.

- 1 Todos los días
- 2 Algunos días
- 3 Nunca

No le lea:

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

Sección 8: Información demográfica

8.1 ¿Qué edad tiene? (108–109)

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

8.2 ¿Es usted hispano o latino? (110)

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

8.3 ¿A cuál o cuáles de las siguientes razas diría usted que pertenece? (111–116)

(Marque todas las opciones que correspondan)

Léale:

- 1 Blanco
- 2 Negro o afroamericano
- 3 Asiático
- 4 Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico
- 5 Indoamericano o nativo de Alaska

O

- 6 Otra [especifique] _____

No le lea:

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

Nota de CATI: si hay más de una respuesta a P8.3, continúe. De no ser así, pase a P8.5.

8.4 ¿Cuál de los siguientes grupos diría usted que es el más representativo de su raza? (117)

Léale:

- 1 Blanco
- 2 Negro o afroamericano
- 3 Asiático
- 4 Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico
- 5 Indoamericano o nativo de Alaska

O

- 6 Otro [especifique] _____

No le lea:

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

8.5 ¿Alguna vez ha estado en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, ya sea en el servicio militar, en la Guardia Nacional o en una unidad de reserva militar? El servicio activo no incluye el entrenamiento en la Reserva ni en la Guardia Nacional, pero SÍ incluye las actividades de movilización, como por ejemplo, para la Guerra del Golfo Pérsico. (118)

- 1 Sí
- 2 No

No le lea:

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

8.6 Es usted... (119)

Léale:

- 1 Casado
- 2 Divorciado
- 3 Viudo
- 4 Separado
- 5 Nunca se ha casado

O

- 6 Vive en pareja sin estar casado

No le lea:

- 9 Se niega a contestar

8.7 ¿Cuántos niños menores de 18 años viven con usted? (120–121)

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

8.8 ¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha alcanzado? (122)

Léale solo si es necesario:

- 1 Nunca fue a la escuela o solo recibió educación preescolar.
- 2 De 1.º a 8.º grado (educación primaria)
- 3 De 9.º a 11.º grado (educación secundaria incompleta)
- 4 12.º grado o diploma equivalente de la escuela secundaria o GED (graduado de la escuela secundaria)
- 5 De 1 a 3 años de universidad (algunos años de educación universitaria o escuela técnica)
- 6 4 o más años de universidad (universitario graduado)

No le lea:

- 9 Se niega a contestar

8.9 Es usted actualmente... (123)

Léale:

- 1 Empleado asalariado
- 2 Trabajador independiente
- 3 Desempleado desde hace más de 1 año
- 4 Desempleado desde hace menos de 1 año
- 5 Encargado de las tareas del hogar
- 6 Estudiante
- 7 Jubilado

O

- 8 Está incapacitado para trabajar

No le lea:

- 9 Se niega a contestar

8.10 Tomando en cuenta todas las fuentes de ingresos, los ingresos anuales de todos los habitantes del hogar: (124–125)

Si la persona encuestada se niega a dar una respuesta a los DIFERENTES niveles de ingresos, indique código "99" (Se niega a contestar)

Léale solo si es necesario:

- 0 4 Menos de \$25,000 **Si la respuesta es "No", pregunte 05; si es "Sí", pregunte 03** (entre \$20,000 y menos de \$25,000)

- 0 3 Menos de \$20,000 **Si la respuesta es "No", pregunte 04; si es "Sí", pregunte 02** (entre \$15,000 y menos de \$20,000)
- 0 2 Menos de \$15,000 **Si la respuesta es "No", pregunte 03; si es "Sí", pregunte 01** (entre \$10,000 y menos de \$15,000)
- 0 1 Menos de \$10,000 **Si la respuesta es "No", codifique 02**
- 0 5 Menos de \$35,000 **Si la respuesta es "No", pregunte 06** (entre \$25,000 y menos de \$35,000)
- 0 6 Menos de \$50,000 **Si la respuesta es "No", pregunte 07** (entre \$35,000 y menos de \$50,000)
- 0 7 Menos de \$75,000 **Si la respuesta es "No", codifique 08** (entre \$50,000 y menos de \$75,000)
- 0 8 \$75,000 o más

No le lea:

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

8.11 Aproximadamente, ¿cuánto pesa sin zapatos? (126–129)

Nota: si la persona encuestada responde con el sistema métrico, indique "9" en la columna 126.

Redondee los decimales hacia arriba

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

8.12 Aproximadamente, ¿cuánto mide sin zapatos? (130–133)

NOTA: si la persona encuestada responde con el sistema métrico, indique "9" en la columna 130.

Redondee los decimales hacia abajo

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

8.13 ¿En qué condado vive? (134–136)

- ____ Código ANSI [*American National Standards Institute*] del condado
- 777 No sabe/No está seguro
- 999 Se niega a contestar

8.14 ¿Cuál es el código postal de la localidad donde vive? (137–141)

- ____ Código postal (*Zip Code*)
- 7 7 7 7 7 No sabe/No está seguro

9 9 9 9 9 Se niega a contestar

8.15 ¿Tiene más de un número de teléfono en su casa? No incluya números de teléfonos celulares ni números que solo se utilicen para una computadora o un fax. (142)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a P8.17]**
- 7 No sabe/No está seguro **[Pase a P8.17]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a P8.17]**

8.16 ¿Cuántos de estos números de teléfono son de la casa? (143)

- Números de teléfono de la casa **[6 = 6 o más]**
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

8.17 ¿Tiene usted un teléfono celular para uso personal? Por favor incluya los teléfonos celulares de uso personal y de trabajo. (144)

- 1 Sí **[Pase a P8.19]**
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

8.18 ¿Comparte usted su teléfono celular personal (al menos un tercio del tiempo) con otros adultos? (145)

- 1 Sí **[Pase a P8.20]**
- 2 No **[Pase a P8.21]**
- 7 No sabe/No está seguro **[Pase a P8.21]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a P8.21]**

8.19 ¿Por lo general, comparte usted este teléfono celular (al menos por un tercio del tiempo) con otros adultos? (146)

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

8.20 Piense en todas las llamadas que recibe tanto a través de su línea de teléfono fijo como a través del teléfono celular, ¿qué porcentaje de esas llamadas, del 0 al 100, recibe en su teléfono celular? (147–149)

- — — Anote el porcentaje (1 a 100)
- 888 Cero
- 777 No sabe/No está seguro
- 999 Se niega a contestar

8.21. ¿Su casa es propia o rentada? (150)

- 1 Propia
- 2 Rentada
- 3 Otra situación de vivienda
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: “Otra situación de vivienda” puede incluir habitar una casa en forma grupal o vivir con amigos o familiares sin pagar renta.

NOTA: La casa se define como el lugar donde usted vive la mayor parte del tiempo o del año.

8.22 Indique el sexo de la persona encuestada. Pregúntele solo si es necesario. (151)

- 1 Masculino **[Pase a la siguiente sección]**
- 2 Femenino **[Si la persona encuestada tiene 45 años o más, pase a la siguiente sección]**

8.23 Que usted sepa, ¿está embarazada? (152)

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

Sección 9: Frutas y verduras

Las preguntas siguientes son acerca de las frutas y verduras que **usted** comió o bebió en los últimos 30 días. Por favor, piense en las frutas y verduras en todas sus presentaciones, ya sea crudas o cocinadas, frescas, congeladas y enlatadas. Piense en todas las comidas, refrigerios y alimentos que consumió en la casa y afuera de la casa.

Le preguntaré con qué frecuencia **usted** comió o bebió cada uno de ellos: por ejemplo: una vez al día, dos veces a la semana, tres veces al mes y así, sucesivamente.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si el encuestado responde menos de una vez al mes, ponga “0” veces por mes. Si menciona una cifra pero no un periodo, pregúntele: “¿Esto fue por día, por semana o por mes?”

9.1 Durante el último mes, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes bebió jugos de fruta PUROS al 100%? No incluya las bebidas azucaradas con sabor a fruta ni el jugo que preparó en su casa agregándole azúcar. Solo el jugo que sea al 100%. (153-155)

- 1 __ Al día
- 2 __ A la semana
- 3 __ Al mes
- 5 5 5 Nunca

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

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: No incluya las bebidas de frutas endulzadas con azúcar o con otros edulcorantes como Kool-aid, Hi-C, limonada, bebida mezclada de *cranberry* (arándanos agrios), Tampico, Sunny Delight, Snapple, Fruitopia, Gatorade, Power-Ade o bebidas de yogur.

No incluya los jugos de fruta que proporcionan la dosis recomendada diaria de vitamina C al 100% pero que contienen azúcar adicional.

No incluya los jugos de verduras, como jugo de tomate y jugo V8 si el encuestado los menciona, pero anótelos en la pregunta 9.6 sobre “otras verduras”.

INCLUYA jugos 100% puros, como jugo de naranja, mango, papaya, piña, manzana, uva (roja o blanca) o toronja. Solo incluya el jugo de *cranberry* si la percepción del encuestado es que es jugo al 100% sin azúcar ni edulcorantes. Las combinaciones de jugos puros al 100% como naranja-piña, naranja-mandarina, *cranberry*-uva también son aceptables como mezclas de frutas-verduras al 100%. También cuenta el jugo 100% puro hecho a base de concentrado (es decir, reconstituido).

9.2 Durante el último mes, sin contar el jugo, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes comió frutas? Puede ser fruta fresca, congelada o enlatada.

(156-158)

- 1 _ _ Al día
2 _ _ A la semana
3 _ _ Al mes
5 5 5 Nunca
7 7 7 No sabe/No está seguro
9 9 9 Se niega a contestar

Léale solo si es necesario: “Está bien si dice un aproximado. Incluya manzanas, bananas, salsa de manzana, naranjas, toronja, ensalada de frutas, sandía, cualquier tipo de melón, papaya, lichis, carambolo, granada, mango, uvas y arándanos como moras o *blueberries* y fresas”.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: No incluya mermeladas, jaleas o conservas de frutas.

No incluya frutos secos en cereales listos para servir.

Anote uvas pasas secas y en lata si el encuestado las menciona, *pero debido a que vienen en porciones pequeñas no se incluyen en la pregunta.*

Incluya las frutas frescas en trozos, congeladas o enlatadas que se añaden al yogur, el cereal, la gelatina u otros platillos.

Incluya frutas de relevancia cultural y geográfica que no estén mencionadas (p. ej., *genip* o limoncillo, guanábana, anona o anón, higos, tamarindo, árbol del pan o *frutiplan*, papaturro o uva caleta, carambola, longan, lichis, blighia, rambután, etc.)

- 9.3 Durante el último mes, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes comió leguminosas cocinadas enlatadas como frijoles refritos, frijoles horneados, frijoles negros y garbanzos, sopa de frijoles, semillas de soya, edamame, tofu o lentejas? (159-161)

1 _ _ Al día
2 _ _ A la semana
3 _ _ Al mes
5 5 5 Nunca
7 7 7 No sabe/No está seguro
9 9 9 Se niega a contestar

Léale solo si es necesario: "Incluya otras leguminosas redondas u ovals como alubias, frijoles pintos, guisantes partidos, guisantes pintos, *hummus*, lentejas, semillas de soya y tofu.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Incluya las semillas de soya llamadas también edamame, TOFU (QUESO DE SOYA), porotos, frijoles pintos, *hummus*, lentejas, frijoles negros, frijoles de cabecita negra, guisantes pintos, judías de lima y frijoles blancos. Incluya las hamburguesas de frijoles como hamburguesas vegetarianas.

Incluya *falafel* y *tempeh*.

- 9.4 Durante el último mes, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes comió verduras verde oscuro como brócoli o verduras de hoja verde oscura como lechuga romana, acelga, berza o espinaca? (162-164)

1 _ _ Al día
2 _ _ A la semana
3 _ _ Al mes
5 5 5 Nunca
7 7 7 No sabe/No está seguro
9 9 9 Se niega a contestar

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Cada vez que coma una verdura cuenta como "una vez".

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Incluya todas las ensaladas crudas de hojas verdes como espinaca, mesclun, lechuga romana, lechuga de hoja verde oscura, *bok choy*, dientes de león, komatsuna, berro y arugula.

No incluya la lechuga *iceberg* (de cabeza) si le mencionan este tipo de lechuga. Incluya todas las verduras verdes cocinadas como col rizada, berza, verdura china (*choy*), hojas de nabo, mostaza salvaje.

- 9.5 Durante el último mes, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes comió verduras anaranjadas como batatas (camotes), calabazas, calabacines o zanahorias? (165-167)

1 _ _ Al día
2 _ _ A la semana
3 _ _ Al mes
5 5 5 Nunca

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

Léale solo si es necesario: “Los calabacines tienen corteza gruesa y dura y su carne es de color amarillo fuerte o naranja. Incluyen boneteras, ranúnculos y calabaza espagueti”.

PARA EL ENCUESTADOR: Incluya todos los tipos de zanahorias, como las largas y las de corte pequeño.

Incluya ensalada de zanahoria (p. ej., zanahorias rayadas acompañadas o no de otras frutas o verduras).

Incluya las batatas (camotes) en todas sus presentaciones, como al horno, en puré, en guisado, en tarta o fritas.

Incluya todas las variedades de calabazas de invierno de corteza dura como bonetera, cayote, zapallo, moscada, ranúnculo, delicata, ahuyama, kabocha (también conocida como Ebisu, Delica, Hoka, Hokkaido o calabaza japonesa) y calabaza espagueti. Indique todas las presentaciones, incluida la sopa.

Incluya calabaza, como en sopa y en tarta. No incluya las barritas de calabaza, pasteles, panes u otro tipo de postres con cereales que contengan calabaza (es decir, similares a las barritas de zapallo y barritas de calabacín que no incluimos).

- 9.6** Sin contar las verduras que ya me dijo, durante el último mes, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes consumió OTRAS verduras? Ejemplos de otras verduras pueden ser tomates, jugo de tomate o jugo V-8, maíz, berenjenas, guisantes (chícharos), lechuga, col y papas blancas que no estén fritas, como papas al horno o en puré.

(168-170)

- 1 _ _ Al día
2 _ _ A la semana
3 _ _ Al mes
5 5 5 Nunca
7 7 7 No sabe/No está seguro
9 9 9 Se niega a contestar

Léale solo si es necesario: “No cuente las verduras que ya mencionó y no incluya las papas fritas”.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Incluya maíz, guisantes, tomates, okra, betabel, coliflor, germinados de alfalfa, aguacates, pepinos, cebollas, pimientos (rojo, verde, amarillo, naranja); todas las coles, incluida la ensalada de repollo estilo americano; champiñones, arveja china, guisante azucarado, habas, habichuelas verdes de enrame.

Incluya todas las verduras en todas sus presentaciones (crudas, cocidas, enlatadas o congeladas).

No incluya productos consumidos habitualmente como condimentos como salsa de tomate (cátsup), salsa mexicana, conserva agri dulce y salsa *relish*.

Incluya el jugo de tomate si el encuestado no lo mencionó en los jugos de frutas.

Incluya verduras de relevancia geográfica y cultural que no estén mencionadas (p. ej., daikón, jícama, pepino oriental, etc.).

No incluya el arroz u otros granos.

Sección 10: Ejercicio (Actividad física)

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

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

10.1 En el último mes, sin contar su trabajo diario, ¿realizó alguna actividad física o algún tipo de ejercicio como correr, caminar, calistenia, jugar al golf o labores de jardinería? (171)

- | | | |
|---|------------------------|----------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a P10.8] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a P10.8] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a P10.8] |

10.2. ¿A qué tipo de actividad o ejercicio dedicó más tiempo durante el último mes? (172-173)

- | | | |
|-----|-------------------------|----------------------------------|
| __ | (Especifique) | [Vea la Lista A de codificación] |
| 7 7 | No sabe /No está seguro | [Pase a P10.8] |
| 9 9 | Se niega a contestar | [Pase a P10.8] |

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: Si las actividades del encuestado no están incluidas en la Lista A de codificación, seleccione la opción “Otra”.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Trabajo en la casa se puede incluir como actividad física o ejercicio y codificarse como “Otra”.

10.3 ¿Cuántas veces a la semana o al mes realizó esta actividad durante el último mes? (174-176)

- | | |
|-------|------------------------|
| 1__ | Veces por semana |
| 2__ | Veces por mes |
| 7 7 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 9 9 | Se niega a contestar |

10.4 Cuando realizó esta actividad, ¿cuántos minutos u horas le dedicó habitualmente?
(177-179)

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

10.5 ¿Qué otro tipo de actividad física realizó en segundo lugar durante el último mes?
(180-181)

__ (Especifique) [Vea la Lista A de codificación]
8 8 Ninguna otra actividad [Pase a P10.8]
7 7 No sabe/No está seguro [Pase a P10.8]
9 9 Se niega a contestar [Pase a P10.8]

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: Si la actividad del encuestado no está incluida en la Lista A de codificación, seleccione la opción "Otra".

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Trabajos en la casa casa puede incluir actividad física o ejercicio y se puede codificar como "Otras".

10.6 ¿Cuántas veces a la semana o al mes realizó esta actividad durante el último mes?
(182-184)

1__ Veces por semana
2__ Veces por mes
7 7 7 No sabe/No está seguro
9 9 9 Se niega a contestar

10.7 Cuando realizó esta actividad, ¿cuántos minutos u horas le dedicó habitualmente?
(185-187)

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

10.8 Durante el último mes, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes realizó actividad física o ejercicio para FORTALECER sus músculos? NO cuente ejercicios aeróbicos como caminar, correr o andar en bicicleta. Cuente actividad física en la que use su peso corporal, como yoga, sentadillas o lagartijas, y en la que use máquinas, como pesas o bandas elásticas.
(188-190)

1__ Veces por semana
2__ Veces por mes
8 8 8 Nunca
7 7 7 No sabe/No está seguro
9 9 9 Se niega a contestar

Sección 11: Discapacidad

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

11.1 ¿Tiene actualmente algún problema físico, mental o emocional que limite de alguna manera sus actividades? (191)

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

11.2 ¿Tiene actualmente algún problema de salud que le obligue a usar algún tipo de equipo especial, como bastón, silla de ruedas, cama o teléfono especial? (192)

Incluya el uso de equipo en forma esporádica o en ciertas circunstancias.

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

Sección 12: Carga de la artritis

Si P6.9 = 1 (Sí), continúe; de lo contrario, pase a la siguiente sección.

Ahora le voy a hacer preguntas sobre la artritis.

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

12.1 ¿Enfrenta actualmente limitaciones en alguna de sus actividades cotidianas a causa de los síntomas de artritis o de afecciones en las articulaciones? (193)

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

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: si le preguntan sobre medicamentos o tratamientos, el encuestador debe decir: “Por favor, responda a la pregunta con base en su experiencia actual, sin considerar si está tomando algún medicamento o si sigue un tratamiento”.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: P12.2 se debe preguntar a todos los encuestados, sin importar su situación laboral.

- 12.2** En la pregunta siguiente, nos referimos a un trabajo remunerado. ¿Los síntomas de artritis o de afecciones en las articulaciones impiden actualmente su trabajo, afectan el tipo de trabajo o la cantidad de trabajo que hace? (194)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: si la persona encuestada responde a cada una de estas especificaciones (si trabaja o no, tipo de trabajo y cantidad de trabajo) y alguna de las respuestas es "Sí", marque toda la respuesta con "Sí". Si le preguntan sobre medicamentos o tratamientos, el encuestador debe decir: "Por favor responda a la pregunta con base en su experiencia actual, sin considerar si está tomando algún medicamento o si sigue un tratamiento".

- 12.3** En los últimos 30 días, ¿en qué medida los síntomas de artritis o de afecciones en las articulaciones han afectado sus actividades sociales normales, como ir de compras, al cine o a reuniones religiosas o sociales? (195)

Léale:

- 1 Mucho
- 2 Un poco
- 3 De ninguna manera

No le lea:

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

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: si le preguntan sobre medicamentos o tratamientos, el encuestador debe decir: "Por favor responda a la pregunta con base en su experiencia actual, sin considerar si está tomando algún medicamento o si sigue un tratamiento".

- 12.4** Por favor, piense en los últimos 30 días, intentando recordar todos sus dolores o molestias en las articulaciones y si tomó o no medicamentos. DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿qué tan intenso fue EN PROMEDIO su dolor en las articulaciones? *Por favor responda en una escala de 0 a 10, donde 0 es ningún dolor ni molestia y 10 el peor dolor o molestia.* (196-197)

- Anote el número [00-10]
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

Sección 13: Uso del cinturón de seguridad

- 13.1** ¿Con qué frecuencia usa usted el cinturón de seguridad mientras maneja o viaja en un carro? Diría usted que... (198)

Léale:

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 A veces
- 4 Rara vez
- 5 Nunca

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 8 Nunca maneja ni viaja en carro
- 9 Se niega a contestar

Sección 14: Vacunas

- 14.1** Ahora le voy a preguntar sobre la influenza estacional. Hay dos maneras de vacunarse contra la influenza estacional, una es mediante una inyección en el brazo y la otra consiste en un aerosol o atomizador nasal llamada FluMist™. En los últimos 12 meses, ¿le aplicaron la vacuna contra la gripe estacional mediante un atomizador que se aplica en la nariz? (199)

- 1 Sí
- 2 No [Pase a P14.4]
- 7 No sabe/No está seguro [Pase a P14.4]
- 9 Se niega a contestar [Pase a P14.4]

- 14.2** ¿En qué mes y año recibió la vacuna más reciente contra la gripe en atomizador aplicado en la nariz? (200-205)

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

- 14.3.** ¿A qué tipo de lugar se puso su última vacuna contra la gripe / vacuna? (206–207)

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

No lea:

- 99 Se niega a contestar

14.4 Por lo general, la vacuna contra la neumonía o vacuna antineumocócica se administra solamente una o dos veces en la vida de una persona y es diferente a la vacuna inyectable contra la influenza. ¿Alguna vez le han puesto una vacuna contra la neumonía? (208)

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

Sección 15: Consumo de alcohol

15.1 En los últimos 30 días, ¿cuántos días por semana o por mes bebió al menos un trago de cualquier bebida alcohólica como cerveza, bebida a base de malta o licor? (209-211)

- 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 **[Pase a la siguiente sección]**
- 9 9 9 Se niega a contestar **[Pase a la siguiente sección]**

15.2 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. En los últimos 30 días, durante los días en que bebió, ¿aproximadamente cuántos tragos bebió en promedio? (212–213)

NOTA: Una cerveza de 40 onzas equivaldría a tres tragos; un cóctel con dos medidas de alcohol equivaldría a dos tragos.

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

15.3 Tomando en cuenta todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces en los últimos 30 días bebió en una ocasión **X tragos [CATI X = 5 para los hombres, X = 4 para las mujeres]** o más? (214–215)

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

15.4 En los últimos 30 días, ¿cuál fue la máxima cantidad de tragos que bebió en una sola ocasión? (216–217)

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

Sección 16: VIH/SIDA

Las preguntas siguientes se refieren al problema nacional de salud que representa el VIH, el virus que causa el SIDA. Por favor, recuerde que sus respuestas son estrictamente confidenciales y que no tiene que contestar todas las preguntas si no lo desea. Aun cuando le hagamos preguntas sobre las pruebas, no le pediremos los resultados de las pruebas que usted se haya hecho.

16.1 ¿Alguna vez se ha hecho la prueba del VIH? No incluya las pruebas que le hayan realizado al donar sangre. Incluya las pruebas de saliva. (218)

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

16.2 Sin incluir las donaciones de sangre, ¿en qué mes y año se realizó la prueba del VIH por última vez? (219–224)

NOTA: si la respuesta es antes de enero de 1985, codifique "No sabe".

INSTRUCCIÓN DE CATI: si la persona encuestada recuerda el año pero no el mes, marque los primeros dos dígitos del 77 y los últimos cuatro dígitos del año.

- / / -- -- Codifique mes y año
- 77/7777 No sabe/ No está seguro
- 99/9999 Se niega a contestar

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

- En el último año ha consumido drogas intravenosas.
- En el último año ha recibido tratamiento por alguna enfermedad venérea o de transmisión sexual.
- En el último año ha dado o recibido dinero o drogas a cambio de relaciones sexuales.
- En el último año ha tenido relaciones sexuales anales sin usar un condón.

¿Alguna de estas situaciones tiene que ver con usted?

(225)

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

Párrafo de cierre o transición a módulos y preguntas complementarias de los estados

Párrafo de cierre

Léale:

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

O

Transición a módulos o a preguntas complementarias hechas por los estados

Léale:

Para finalizar, tengo unas preguntas sobre otros temas de salud.

Módulos opcionales

Módulo 1: Prediabetes

NOTA: solo se les hacen las preguntas de este módulo a quienes contestaron "Sí" (código = 1) a la pregunta básica P6.13 (pregunta sobre si saben que tienen diabetes).

1. ¿Se ha hecho un examen para detectar un nivel alto de azúcar en la sangre o diabetes en los últimos tres años? (245)

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

Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P6.13 = 4 (No, prediabetes o intolerancia a la glucosa); conteste P2 "Sí" (código = 1).

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

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

(246)

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

Módulo 2: Diabetes

Haga las preguntas siguientes si la respuesta a la pregunta básica P6.13 (código = 1) es "Sí".

1. ¿A qué edad le dijeron que tenía diabetes? (247–248)

- Codifique la edad en años [97 = 97 y más]
- 98 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar 35

2. ¿Está tomando insulina actualmente? (249)

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

3. Aproximadamente, ¿con qué frecuencia examina su nivel de glucosa o azúcar en la sangre? Incluya las veces en que lo examinó un familiar o un amigo, pero NO cuando lo examinó un profesional de la salud. (250–252)

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

4. ¿Con qué frecuencia se examina los pies para detectar heridas o irritaciones? Incluya las veces en que lo examinó un familiar o un amigo, pero NO cuando lo examinó un profesional de la salud. (253–255)

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

5. Aproximadamente, ¿cuántas veces en los últimos 12 meses consultó a un médico, una enfermera u otro profesional de la salud a causa de su diabetes? (256–257)

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

6. La prueba —A1C mide el nivel promedio de azúcar en la sangre durante los últimos tres meses. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le ha hecho una prueba —A1C? (258–259)

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

Nota de CATI: si P4 = 555 (No tiene pies), pase a P8.

7. ¿Aproximadamente cuántas veces en los últimos 12 meses un profesional de la salud le ha examinado los pies para detectarle heridas o irritaciones? (260–261)

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

8. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un examen de la vista en el que le dilataron las pupilas? Esto le habría ocasionado una sensibilidad temporal a la luz brillante. (262)

Léale solo si es necesario:

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

No le lea:

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

9. ¿Su médico le ha dicho en alguna ocasión que la diabetes le ha afectado los ojos o que ha tenido una retinopatía? (263)

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

10. ¿Ha tomado alguna vez un curso o una clase sobre cómo controlar usted mismo su diabetes? (264)

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

Módulo 3: Días en los que se siente bien de salud (síntomas)

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

1. En los últimos 30 días, aproximadamente ¿durante cuántos días el dolor le dificultó realizar actividades cotidianas como el cuidado personal, el trabajo o la recreación? (265–266)

__ Número de días
88 Ninguna
77 No sabe/No está seguro
99 Se niega a contestar

2. En los últimos 30 días, aproximadamente ¿cuántos días se sintió triste, melancólico o deprimido? (267–268)

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

3. En los últimos 30 días, aproximadamente ¿cuántos días se sintió preocupado, tenso o angustiado? (269–270)

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

4. En los últimos 30 días, aproximadamente ¿cuántos días se sintió en excelente estado de salud y lleno de energía? (271–272)

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

Módulo 4: Bebidas azucaradas y etiquetas de comidas

1. ¿Con qué frecuencia toma refrescos comunes de soda que contienen azúcar? No incluya refrescos de dieta. (273-275)

1 __ Veces por día
2 __ Veces por semana
3 __ Veces por mes
8 8 8 Nunca
7 7 7 No sabe/No está seguro
9 9 9 Se niega a contestar

2. ¿Con qué frecuencia toma bebidas de fruta endulzadas como Kool-aid, jugo de *cranberry* y limonada? Incluya jugos de frutas que preparó en casa agregándoles azúcar. (276-278)

1 __ _ Veces por día
2 __ _ Veces por semana
3 __ _ Veces por mes
8 8 8 Nunca
7 7 7 No sabe/No está seguro
9 9 9 Se niega a contestar

3. La pregunta siguiente es acerca de las comidas afuera de la casa, ya sea en cadenas de restaurantes o restaurantes de comida rápida. Cuando el restaurante ofrece información sobre el contenido de calorías, ¿con qué frecuencia utiliza esta información para seleccionar el platillo que ordena? (279-280)

Léale:

01 Siempre
02 La mayoría de las veces
03 Más o menos la mitad de las veces
04 Algunas veces
05 Nunca

No le lea:

06 Nunca notó ni buscó la información sobre las calorías
08 Por lo general no encuentra la información sobre las calorías
55 No come en restaurantes de comida rápida o de cadena
77 No sabe/No está seguro
99 Se niega a contestar

Módulo 5: Salud reproductiva y planificación familiar

Si el encuestado es un hombre o una mujer de 45 años o más, pase al siguiente módulo.

La siguiente pregunta es sobre las conversaciones que ha tenido como parte de su consulta médica de rutina. **NO** incluya las consultas médicas durante el embarazo, también llamadas consultas prenatales.

1. ¿Alguna vez un médico, una enfermera u otro miembro del personal médico le ha hablado sobre cómo prepararse para tener un embarazo normal y un bebé sano? (281)

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

Las siguientes preguntas se refieren a sus experiencias y lo que piensa sobre la planificación familiar. Recuerde que todas sus respuestas serán confidenciales. (282)

2. ¿Alguna vez ha estado embarazada?

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si la entrevistada está embarazada, codifique Sí.

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

3. La última vez que tuvieron relaciones sexuales, usted o su esposo/pareja hicieron algo para evitar un embarazo?

(283)

- 1 Sí
- 2 No [Pase a P5]
- 3 No tiene pareja/no tiene actividad sexual [Pase a P6]
- 4 Pareja del mismo sexo [Pase a P6]
- 7 No sabe/No está segura [Pase a P6]
- 9 Se niega a contestar [Pase a P6]

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

(284-285)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si la encuestada indica MÁS DE UN método anticonceptivo, anote el que aparezca primero en la lista.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si la encuestada indica usar “condones”, pregúntele si son “condones de mujer” o “condones de hombre”.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si la encuestada indica usar “DIU” (dispositivo intrauterino), pregunte para saber si es “DIU de levonorgestrel” o “DIU de alambre de cobre”.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si la encuestada responde “otro método”, pídale que especifique y asegúrese de que la respuesta no corresponda a alguna otra categoría. Si la respuesta corresponde a otra categoría, márkelo adecuadamente.

Léale solo si es necesario:

- 01. Esterilización femenina (p. ej., ligadura de trompas, Essure, Adiana) [Pase a P7]
- 02. Esterilización masculina (vasectomía) [Pase a P7]
- 03. Implante anticonceptivo (p. ej., Implanon) [Pase a P6]
- 04. DIU de Levonorgestrel (LNG) u hormonal (como Mirena) [Pase a P6]
- 05. DIU de cobre (como ParaGard) [Pase a P6]
- 06. DIU, de tipo desconocido [Pase a P6]
- 07. Inyecciones (como Depo-Provera) [Pase a P6]
- 08. Pastillas anticonceptivas de cualquier tipo [Pase a P6]
- 09. Parche anticonceptivo (como Ortho Evra) [Pase a P6]

- 10. Anillo anticonceptivo (como NuvaRing) **[Pase a P6]**
- 11. Condones de hombre **[Pase a P6]**
- 12. Diafragma, capuchón cervical, esponja **[Pase a P6]**
- 13. Condones de mujer **[Pase a P6]**
- 14. No tiene relaciones sexuales en ciertos días (método de ritmo o método anticonceptivo natural) **[Pase a P6]**
- 15. Retiro antes de la eyaculación (eyacula afuera) **[Pase a P6]**
- 16. Espuma, gel, película o crema anticonceptiva **[Pase a P6]**
- 17. Anticonceptivos de emergencia (pastilla de la "mañana siguiente") **[Pase a P6]**
- 18. Otro método **[Pase a P6]**

- 77. No sabe/No está segura **[Pase a P6]**
- 99. Se niega a contestar **[Pase a P6]**

Algunos de los motivos que puede haber tenido usted para no hacer nada para evitar un embarazo la última vez que tuvieron relaciones sexuales pueden ser: desear un embarazo, no tener dinero para comprar un método anticonceptivo o pensar que no puede quedar embarazada.

5. La última vez que tuvieron relaciones sexuales, ¿cuál fue el motivo principal de que usted no hiciera nada para evitar un embarazo?

(286-287)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si la encuestada responde "otro motivo", pídale que especifique y asegúrese de que la respuesta no corresponda a alguna otra categoría. Si la respuesta corresponde a otra categoría, márkelo adecuadamente..

Léale solo si es necesario:

- 01 No pensaba que iba a tener una relación sexual/no tiene una pareja fija
- 02 Simplemente no pensó que podía quedar embarazada/ no le importaba quedar embarazada
- 03 Quería quedar embarazada
- 04 Usted o su pareja no quieren usar métodos anticonceptivos
- 05 A usted o a su pareja no les gustan los métodos anticonceptivos o sus efectos secundarios
- 06 No tuvo dinero para comprar un método anticonceptivo
- 07 Tuvo problemas para conseguir un método anticonceptivo cuando lo necesitó
- 08 Motivos religiosos
- 09 Interrumpió brevemente el uso de un método anticonceptivo
- 10 No cree que usted o su pareja puedan tener hijos (infértil o edad avanzada)
- 11 Le ligaron las trompas (esterilización) **[Pase al módulo siguiente]**
- 12 Le hicieron una histerectomía **[Pase al módulo siguiente]**
- 13 Su pareja tuvo una vasectomía (esterilización) **[Pase al módulo siguiente]**
- 14 Está amamantando actualmente
- 15 Acababa de tener un bebé/posparto
- 16 Está embarazada actualmente **[Pase a P7]**
- 17 Pareja del mismo sexo
- 18 Otro motivo

No le lea:

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

6. ¿Qué piensa sobre tener un bebé en el futuro? ¿Diría usted que...? (288)

Léale:

- 1 No quiere tener un bebé
- 2 Quiere tener un bebé dentro de menos de 12 meses
- 3 Quiere tener un bebé entre los próximos 12 meses pero en menos de 2 años
- 4 Quiere tener un bebé entre los próximos 2 años pero en menos de 5 años
- 5 Quiere tener un bebé dentro de 5 años o más

No le lea:

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

7. ¿Cuántas veces a la semana toma actualmente multivitamínicos, una vitamina prenatal o vitamina de ácido fólico? (289)

- 1 0 veces por semana
- 2 1 a 3 veces por semana
- 3 4 a 6 veces por semana
- 4 Todos los días de la semana
- 7 No sabe/No está segura
- 9 Se niega a contestar

Módulo 6: Deterioro de la vista y acceso cuidados médicos de los ojos

NOTA de CATI: Si el encuestado tiene menos de 40 años de edad o en la sección de preguntas básicas P6.12 = 3 (encuestado es ciego), pase al siguiente módulo.

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de su vista. Estas preguntas se hacen a todas las personas encuestadas, independientemente de si usan anteojos o lentes de contacto. Si usted usa anteojos o lentes de contacto, conteste las preguntas como si los estuviera usando.

1. ¿Qué grado de dificultad tiene, de haberla, para reconocer a un amigo al otro lado de la calle? Diría usted que... (290)

Léale:

- 1 Ninguna dificultad
- 2 Cierta dificultad
- 3 Dificultad moderada
- 4 Extrema dificultad
- 5 No puede hacerlo por problemas de la vista

O

- 6 No puede hacerlo por otros motivos

No le lea:

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

2. ¿Qué grado de dificultad tiene, de haberla, para leer la letra en periódicos, revistas, recetas de cocina, menús o los números del teléfono? Diría usted que... (291)

Léale:

- 1 Ninguna dificultad
- 2 Cierta dificultad
- 3 Dificultad moderada
- 4 Tiene extrema dificultad
- 5 No puede hacerlo por problemas de la vista

O

- 6 No puede hacerlo por otros motivos

No le lea:

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

3. ¿Cuándo fue la última vez que un médico o un oculista le hizo un examen de los ojos? (292)

Léale solo si es necesario:

- 1 En el último mes (hace menos de 1 mes) **[Pase a P5]**
- 2 En el último año (hace 1 mes pero menos de 12 meses) **[Pase a P5]**
- 3 En los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2)
- 4 Hace 2 años o más
- 5 Nunca

No le lea:

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

4. ¿Cuál es la razón principal por la que no ha visitado a un oculista en los últimos 12 meses? (293–294)

Léale solo si es necesario:

- 01 Costo/seguro
- 02 No tiene o no conoce ningún oculista
- 03 No tiene los medios para llegar al consultorio/centro de salud (muy lejos; no tiene medios de transporte)
- 04 No pudo hacer una cita
- 05 No tiene ningún motivo para ir (ningún problema)
- 06 No se le ha ocurrido
- 07 Otro

No le lea:

- 77 No sabe/No está seguro

99 Se niega a contestar

Nota de CATI: Salte P5 si en el Módulo 2 (Diabetes) se contestó P8.

5. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un examen de la vista en el que le dilataron las pupilas? Esto le habría ocasionado una sensibilidad temporal a la luz brillante. (295)

Léale solo si es necesario:

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

No le lea:

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

6. ¿Tiene algún tipo de cobertura médica para la atención médica de la vista? (296)

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

7. ¿Le ha dicho un oculista u otro profesional de la salud que ACTUALMENTE tiene cataratas? (297)

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

8. ¿Le ha dicho ALGUNA VEZ un oculista u otro profesional de la salud que usted tenía glaucoma? (298)

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

Léale:

La degeneración macular relacionada con la edad es una enfermedad que afecta la mácula, es decir, la parte del ojo que le permite ver los detalles pequeños.

NOTA: degeneración macular relacionada con la edad

9. ¿Le ha dicho ALGUNA VEZ un oculista u otro profesional de la salud que usted tenía degeneración macular relacionada con la edad? (299)
- | | |
|---|------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar |

Módulo 7: Sueño insuficiente

La pregunta siguiente es para saber si duerme o descansa lo suficiente.

1. En los últimos 30 días, ¿cuántos días sintió que no durmió o no descansó lo suficiente? (300–301)
- | | |
|----|------------------------|
| -- | Número de días |
| 88 | Ninguno |
| 77 | No sabe/No está seguro |
| 99 | Se niega a contestar |
2. En promedio, ¿cuántas horas duerme en un período de 24 horas? Piense en el tiempo que pasa durmiendo y haciendo siestas, no solo en la cantidad de horas que cree que debiera dormir. (302-303)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: anote el número de horas que duerme en números enteros, redondeando hacia arriba los 30 minutos (1/2 hora) o más y hacia abajo los 29 minutos o menos.

- | | |
|----|-------------------------|
| -- | Número de horas [01–24] |
| 77 | No sabe/No está seguro |
| 99 | Se niega a contestar |
3. ¿Usted ronca? (304)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: si la persona encuestada dice que su cónyuge o alguien le dijo que ronca, entonces la respuesta será "Sí", el encuestado ronca.

- | | |
|---|------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar |
4. En los últimos 30 días, ¿cuántos días sintió que durante el día se quedaba dormido sin querer? (305-306)
- | | |
|----|------------------------|
| -- | Número de días [01–30] |
| 88 | Ninguno |
| 77 | No sabe/No está seguro |
| 99 | Se niega a contestar |

5. Durante los últimos 30 días, ¿ha cabeceado o se ha quedado dormido, aunque sea por un solo instante, mientras conducía? (307)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 3 No conduce
 - 4 No tiene licencia de conducir
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

Módulo 8: Trabajadores del sector salud/de alto riesgo

Las siguientes preguntas son sobre el trabajo en el sector de atención a la salud y enfermedades crónicas.

1. En la actualidad, ¿presta servicios voluntarios o trabaja en un hospital, centro de atención médica, consultorio médico, consultorio dental, asilo de ancianos u otro establecimiento médico? Esto incluye trabajo de tiempo parcial y trabajo no remunerado en un establecimiento médico así como servicios profesionales de enfermería a domicilio. (308)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: De ser necesario, diga: —Esto incluye personal que no es profesional de la salud, como el personal administrativo que trabaja en un establecimiento médico.

- 1 Sí
 - 2 No [Pase a P3]
 - 7 No sabe/No está seguro [Pase a P3]
 - 9 Se niega a contestar [Pase a P3]
2. ¿Usted presta cuidados médicos a pacientes en forma directa como parte de su trabajo habitual? Cuidados médicos a pacientes en forma directa quiere decir que tiene contacto físico o cercano con los pacientes. (309)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro (*vuelva a preguntar*)
 - 9 Se niega a contestar
3. ¿Alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que usted tenía...?

Lea todos los términos que hay a continuación antes de que le den una respuesta:

[Ver la lista de problemas de salud adjunta, en caso de ser necesario]

Problemas respiratorios que no sean asma
 Problemas de los riñones
 Anemia, incluida la anemia drepanocítica o de células falciformes

O

Un sistema inmunitario debilitado debido a una enfermedad crónica o a medicamentos administrados para tratar una enfermedad crónica

(310)

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

4. ¿Todavía tiene este problema o algunos de estos problemas? (311)

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

Módulo 9: Salud cardiovascular

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

Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P6.1 = 1 (Sí), continúe. Si la respuesta a la pregunta básica P6.1 = 2, 7 o 9 (No, No sabe, Se niega a contestar), salte P1.

1. Después de su ataque cardiaco, ¿acudió a algún tipo de rehabilitación en consulta externa? A esto a veces le llaman en inglés "rehab". (312)

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

Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P6.3 = 1 (Sí), pregunte P2. Si la respuesta a la pregunta básica P6.3 = 2, 7 o 9 (No, No sabe, Se niega a contestar) salte P2.

2. Después de su accidente cerebro vascular, ¿recibió algún tipo de rehabilitación en consulta externa? A esto a veces le llaman en inglés "rehab". (313)

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

[La pregunta 3 es para todos los encuestados.]

3. ¿Toma aspirinas todos los días o un día sí y un día no? (314)

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

4. ¿Tiene algún problema de salud o una afección por la cual no debe tomar aspirina? (315)

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

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

Módulo 10: Medidas para controlar la hipertensión arterial

Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P4.1 = 1 (Sí), continúe. De no ser así, pase al siguiente módulo.

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

1. ¿(Está) cambiando sus hábitos alimenticios (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)? (316)

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

2. ¿(Está) reduciendo el consumo de sal (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)? (317)

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

3. ¿(Está) reduciendo el consumo de alcohol (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)? (318)

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

4. ¿(Está) haciendo ejercicio (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)? (319)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

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

5. ¿(Le han recomendado alguna vez) cambiar sus hábitos alimenticios (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)? (320)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

6. ¿(Le han recomendado alguna vez) reducir el consumo de sal (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)? (321)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 3 No consume sal
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

7. ¿(Le han recomendado alguna vez) reducir el consumo de alcohol (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)? (322)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 3 No toma bebidas alcohólicas
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

8. ¿(Le han recomendado alguna vez) practicar ejercicio (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)? (323)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

9. ¿(Le han recomendado alguna vez) tomar medicamentos (para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta)? (324)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

10. ¿Le han dicho un doctor u otro profesional de la salud en **dos o más consultas distintas** que tiene presión arterial alta? (325)

Si la respuesta es "Sí" y la persona encuestada es *mujer*, pregunte: "¿Esto fue *únicamente durante su embarazo?*"

- 1 Sí
- 2 Sí, pero la encuestada dijo que solo durante el embarazo
- 3 No
- 4 Le dijeron que tenía hipertensión arterial limítrofe o que era prehipertenso
- 7 No sabe/No está segura
- 9 Se niega a contestar

Módulo 11: Ataque cardiaco y accidente cerebrovascular

Ahora quisiera preguntarle sobre sus conocimientos sobre los signos y síntomas de un ataque cardiaco y un accidente cerebrovascular.

¿Cuál de las siguientes situaciones cree usted que es un síntoma de un ataque cardiaco? Para cada pregunta, responda "Sí", "No" o "No estoy seguro".

1. (¿Usted cree que) el dolor o las molestias en la mandíbula, el cuello o la espalda (son síntomas de un ataque cardiaco?) (326)

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

2. (¿Usted cree que) sentirse débil, mareado o desmayarse (son síntomas de un ataque cardiaco?) (327)

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

3. (¿Usted cree que) el dolor o las molestias en el pecho (son síntomas de un ataque cardiaco?) (328)

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

4. (¿Usted cree que) los cambios repentinos en la visión de uno o ambos ojos (son síntomas de un ataque cardiaco?) (329)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

5. (¿Usted cree que) el dolor o las molestias en los brazos o los hombros (son síntomas de un ataque cardiaco?) (330)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

6. (¿Usted cree que) la dificultad para respirar (es síntoma de un ataque cardiaco?) (331)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

¿Cuál de los siguientes cree usted que es un síntoma de un accidente cerebrovascular? En cada pregunta, responda "Sí", "No", o "No estoy seguro".

7. (¿Usted cree que) un aturdimiento o una dificultad para hablar repentina (son síntomas de un accidente cerebrovascular?) (332)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

8. (¿Usted cree que) un entumecimiento o debilidad repentina en la cara, un brazo o la pierna, especialmente en un lado (son síntomas de un accidente cerebrovascular?) (333)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

9. (¿Usted cree que) los cambios repentinos en la visión de uno o ambos ojos (es síntoma de un accidente cerebrovascular?) (334)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

10. (¿Usted cree que) el dolor de pecho o las molestias repentinas (son síntomas de un accidente cerebrovascular?) (335)

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

11. (¿Usted cree que) una dificultad para caminar, mareo o pérdida del equilibrio repentinos (son síntomas de un accidente cerebrovascular?) (336)

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

12. (¿Usted cree que) un dolor de cabeza intenso sin una causa conocida (es un síntoma de un accidente cerebrovascular?) (337)

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

13. Si usted creyera que alguien está sufriendo un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular, ¿qué es lo primero que haría? (338)

Por favor léale:

- 1 Llevarlo al hospital
- 2 Decirle que llame a su médico
- 3 Llamar al 911
- 4 Llamar a su esposo o a un familiar

O

- 5 Hacer otra cosa

No le lea:

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

Módulo 12: Pruebas de detección de cáncer de mama/cuello uterino

Nota de CATI: si la persona encuestada es hombre, pase a la siguiente sección.

Las preguntas siguientes se refieren al cáncer de mama y al cáncer del cuello uterino.

1. La mamografía es una radiografía que se realiza en cada uno de los senos para detectar a existencia de un posible cáncer de mama. ¿Alguna vez le han hecho una mamografía? (339)

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

2. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una mamografía? (340)

Léale solo si es necesario:

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

No le lea:

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

3. Un examen clínico de mama es cuando un médico, una enfermera u otro profesional de la salud palpa los senos de una paciente para detectar la posible existencia de bultos. ¿Alguna vez le han hecho un examen clínico de mama? (341)

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

4. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un examen de mama? (342)

Léale solo si es necesario:

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

No le lea:

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

5. El Papanicolau es un examen para detectar cáncer de cuello uterino. ¿Alguna vez le han hecho un Papanicolau? (343)

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

6. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un Papanicolau? (344)

Léale solo si es necesario:

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

No le lea:

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

Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P8.23 = 1 (está embarazada), pase a la siguiente sección.

7. ¿Le han hecho una histerectomía? (345)

Léale solo si es necesario: La histerectomía es una cirugía para extraer el útero (la matriz).

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

Módulo 13: Detección del cáncer de próstata

NOTA de CATI: Si el encuestado tiene ≤ 39 años de edad o es mujer, pase al siguiente módulo.

Ahora le haré algunas preguntas sobre los exámenes de detección del cáncer de próstata.

1. La prueba del antígeno prostático específico, llamada también prueba del PSA, por sus siglas en inglés, es un análisis de sangre que se les hace a los hombres para detectar el cáncer de próstata. ¿ALGUNA VEZ un médico le ha recomendado que se haga una prueba del PSA? (346)

- 1 Sí
- 2 No

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

2. ¿Alguna vez se ha hecho la prueba del PSA? (347)

- 1 Sí
- 2 No [Pase a P8]
- 7 No sabe / No está seguro [Pase a P8]
- 9 Se niega a contestar [Pase a P8]

3. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron la prueba del PSA? (348)

Léale solo si es necesario:

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

No le lea:

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

4. ¿Cuál fue el motivo PRINCIPAL para hacerle la prueba del PSA? (era parte de un examen de rutina, tuvo algún problema o cualquier otro motivo) (349)

- 1 Parte de un examen de rutina
- 2 Debido a un problema
- 3 Otro motivo
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

5. Antes de que le hicieran la prueba del PSA, ¿ALGUNA VEZ un médico le indicó las ventajas de hacerse una prueba del PSA? (350)

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

6. Antes de que le hicieran la prueba del PSA, ¿ALGUNA VEZ un médico le indicó las desventajas de hacerse una prueba del PSA? (351)

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

7. ¿Cuál de las siguientes describe mejor la decisión de hacerle una prueba del PSA? (352)

Léale:

1 Usted tomó la decisión
2 Su médico/enfermero/proveedor de atención médica tomó la decisión
3 Su médico/enfermero/proveedor de atención médica y usted tomaron la decisión
4 Su esposa/pareja o un miembro de la familia tomaron la decisión

No le lea:

7 No sabe quién tomó la decisión
8 Se niega a contestar

8. ¿Alguna vez un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le dijeron que tenía cáncer de próstata? (353)

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

Módulo 14: Detección de cáncer colorrectal

Nota de CATI: si la persona encuestada tiene < de 49 años de edad, pase al siguiente módulo.

1. La prueba de sangre en las heces se puede hacer en casa con un kit especial para detectar la presencia de sangre en las heces. ¿Alguna vez se ha hecho esta prueba con un kit de uso en el hogar? (354)

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

2. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una prueba de sangre en las heces con un kit de uso en el hogar? (355)

Léale solo si es necesario:

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

No le lea:

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

3. La sigmoidoscopia y la colonoscopia son exámenes en los que se inserta un tubo en el recto para visualizar el colon a fin de detectar signos de cáncer u otros problemas de salud. ¿Alguna vez se ha hecho uno de estos exámenes? (356)

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

4. Para realizar la SIGMOIDOSCOPIA, se inserta un tubo flexible en el recto para detectar posibles problemas. La COLONOSCOPIA es un examen similar, pero se utiliza un tubo más largo. Por lo general, se le inyecta un medicamento en el brazo para que se duerma. Además, se le pide que vaya a hacerse el examen acompañado de alguien que pueda llevarlo a la casa después de la prueba. ¿El ÚLTIMO examen que se hizo fue una sigmoidoscopia o una colonoscopia? (357)

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

5. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una sigmoidoscopia o una colonoscopia? (358)

Léale solo si es necesario:

- 1 En el último año (hace menos de 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2)
- 3 En los últimos 3 años (hace 2 años pero menos de 3)
- 4 En los últimos 5 años (hace 3 años pero menos de 5)
- 5 En los últimos 10 años (hace 5 años pero menos de 10)
- 6 Hace 10 años o más

No le lea:

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

Módulo 15: Dejar de fumar

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre los programas que hay para dejar de fumar.

1. Una línea para dejar de fumar es un servicio telefónico gratuito que conecta a personas que fuman cigarrillos con alguien que las puede ayudar a dejar de fumar. ¿Conoce alguna línea telefónica que ofrezca servicios para ayudar a dejar de fumar? **[Si en preguntas básicas P7.2 = 1 o 2, diga “ayudarle usted”, de lo contrario diga a “ayudarle a la gente”]**

(359)

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

NOTA de CATI: Si en preguntas básicas (P7.1 = 2, 7, 9), pase al siguiente módulo. Si en preguntas básicas (P7.2 = 2, 7, 9) pase al siguiente módulo. Si en preguntas básicas (P7.3 = 1), pase a P3. Si en preguntas básicas (P7.3 = 2, 7, 9), pase a P7. Si (P7.4 = 1-4) continúe. Si en preguntas básicas (P7.4 = 5-7, 77, 99) pase al siguiente módulo.

2. Usted fumó por última vez (si en preguntas básicas P7.4 = 1), diga “hace menos de”. Si (P7.4 = 2, 3 o 4) diga “hace más de” **[las primeras dos palabras en la respuesta adentro del paréntesis de P7.4]**. ¿Esto se debe a que está intentando dejar de fumar para siempre?

(360)

NOTA de CATI: Las primeras dos palabras de la respuesta a P7.4 en sección de preguntas básicas significa completar la pregunta con las primeras dos palabras de esa respuesta. (Esto es importante solo para las respuestas 01-04 a P7.4 de la sección de Preguntas básicas). Por ejemplo, si el encuestado dice que la última vez que fumó fue “en los últimos 6 meses (hace 3 meses pero menos de 6)”, respuesta de la categoría 03, la primera frase a P2 sería “Usted fumó por última vez hace más de 3 meses”.

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

Anteriormente, usted mencionó que (Si en preguntas básicas P7.3 = 1), diga: “intentó dejar de fumar en el pasado”.

(Si en preguntas básicas P7.4 = 1-4 y P2 = 1), diga: “dejó de fumar en el pasado año. Las siguientes preguntas son acerca del intento más reciente de dejar de fumar.

NOTA de CATI: Si P1 = 2, vaya a P4; de lo contrario, continúe.

-
3. **(Si en preguntas básicas P7.4 = 1-4 y P2 = 1):** Cuando usted dejó de fumar...
(Si en preguntas básicas P7.2 = 1 o 2 y P7.3 = 1): La última vez que intentó dejar de fumar...
¿Llamó a una línea telefónica de ayuda para dejar de fumar? (361)

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

4. **(Si en preguntas básicas P7.4 = 1-4 y P2 = 1):** Cuando dejó de fumar...
(Si en preguntas básicas P7.2 = 1 o 2 y P7.3 = 1): La última vez que intentó dejar de fumar... ¿utilizó algún programa de ayuda para dejar de fumar? (362)

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

5. **(Si en preguntas básicas P7.4 = 1-4 y P2 = 1):** Cuando dejó de fumar...
(Si en preguntas básicas P7.2 = 1 o 2 y P7.3 = 1): La última vez que intentó dejar de fumar... ¿recibió consejería individual de un profesional de la salud para ayudarle? (363)

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

6. **(Si en preguntas básicas P7.4 = 1-4 y P2 = 1):** Cuando dejó de fumar...
(Si en preguntas básicas P7.2 = 1 o 2 y P7.3 = 1): La última vez que intentó dejar de fumar... ¿utilizó alguno de los siguientes medicamentos? parche de nicotina, chicle de nicotina, pastillas de nicotina, pastillas de nicotina para chupar, nicotina nasal en aerosol, inhalador de nicotina o tabletas como Wellbutrin®, Zyban®, bupropion, Chantix® o vareniclina.

NOTA: Se pronuncian: "Wellbu-trín", "Zái-ban", "bupropion", "Chantix" y "vareniclina"}. Por favor lea la lista lentamente.

(364)

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

NOTA de CATI: Si (en preguntas básicas P7.2 = 1 o 2) o (P2 = 2); continúe. De no ser así, pase al módulo siguiente.

Las preguntas siguientes son acerca de sus planes para dejar de fumar en el futuro.

7. ¿Se ha puesto un plazo para dejar de fumar? (365)

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

8. ¿Tiene planes para dejar por completo el cigarrillo... (366)

Léale:

- 1 en los próximos 7 días?
- 2 en los próximos 30 días?
- 3 en los próximos 6 meses?
- 4 en el próximo año?
- 5 en más de un año a partir de ahora?

No le lea:

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

Módulo 16: Humo secundario del cigarrillo

Las preguntas siguientes son acerca de la exposición al humo secundario del cigarrillo.

Si en preguntas básicas P8.9 = 1 (empleado) o = 2 (trabaja por su cuenta); continúe. De lo contrario, pase a P2.

1. Ahora le voy a preguntar si ha respirado humo del cigarrillo de otras personas que fuman en ambientes **interiores** del trabajo. Durante los 7 días anteriores, es decir, desde el pasado **[DÍA DE HOY DE LA SEMANA]**, ¿cuántos días respiró en su trabajo el humo del cigarrillo de **alguien que no fuera usted**? (367-368)

- Número de días [01–07]
- 8 8 Ninguno
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar

2. Sin contar terrazas, porches o garajes, durante los 7 días anteriores, es decir desde el pasado **[DÍA DE HOY DE LA SEMANA]**, ¿cuántos días **alguien que no fuera usted** fumó adentro de su casa mientras usted estaba ahí? (369-370)

- Número de días [01–07]
- 8 8 Ninguno
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar

3. Durante los 7 días anteriores, es decir, desde el pasado [**DÍA DE HOY DE LA SEMANA**], ¿cuántos días viajó en un vehículo en el que fumaba cigarrillos **alguien que no fuera usted**?
- (371-372)

-- Número de días [01-07]
8 8 Ninguno
7 7 No sabe/No está seguro
9 9 Se niega a contestar

La pregunta siguiente es acerca del consumo del tabaco en lugares públicos cerrados. Ejemplos de lugares públicos cerrados son tiendas locales de tiendas interiores, restaurantes, bares, casinos, centros nocturnos y estadios deportivos.

4. **[Si P8.9 = 1 (Empleado asalariado) o P8.9 = 2 (Trabajador independiente); diga “Sin contar las veces que estuvo en el trabajo”]** durante los 7 días anteriores, es decir, desde el pasado [**DÍA DE HOY DE LA SEMANA**], ¿cuántos días respiró el humo del cigarrillo de **alguna persona** que fumaba en un lugar público cerrado?
- (373-374)

-- Número de días [01-07]
8 8 Ninguno
7 7 No sabe/No está seguro
9 9 Se niega a contestar

5. Sin contar terrazas, porches o garajes, fumar adentro de su casa...
- (375)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: El orden de las categorías de la respuesta a esta pregunta se ha revertido en forma aleatoria.

Léale:

1 Está siempre permitido
2 Solo está permitido algunas veces o en algunas áreas
3 Nunca está permitido

No le lea:

6 La familia no tiene un reglamento sobre fumar
7 No sabe/No está seguro
9 Se niega a contestar

6. Sin contar las motocicletas, en los vehículos en que usted y los miembros de su familia que viven con usted, fumar... (376)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: El orden de las categorías de la respuesta a esta pregunta se ha revertido en forma aleatoria.

Léale:

- 1 Está siempre permitido en todos los vehículos
- 2 Está permitido a veces al menos en un vehículo
- 3 Nunca está permitido en ninguno de los vehículos

No le lea:

- 6 La familia no tiene un reglamento sobre fumar en los vehículos
- 8 La familia del encuestado no tiene un vehículo propio ni rentado
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

7. En los lugares de trabajo, usted cree que fumar en ambientes cerrados debe...

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: El orden de las categorías de la respuesta a esta pregunta se ha revertido en forma aleatoria.

(377)

Léale:

- 1 Estar siempre permitido
- 2 Solo estar permitido algunas veces o en algunas áreas
- 3 No estar permitido nunca

No le lea:

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

Módulo 17: Antecedentes de asma en adultos

Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P6.4 es "Sí", continúe. De no ser así, pase al siguiente módulo.

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

1. ¿Qué edad tenía usted cuando un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo por primera vez que tenía asma? (378-379)
- — Edad en años 11 o más [96 = 96 y más]
 - 9 7 10 años de edad o menos
 - 9 8 No sabe/No está seguro
 - 9 9 Se niega a contestar

Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P6.5 es "Sí", continúe. De no ser así, pase al siguiente módulo.

2. ¿En los últimos 12 meses, ha tenido algún episodio o ataque de asma? (380)

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

3. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces acudió a una sala de urgencias o a un centro de atención de urgencias debido al asma? (381-382)

- __ __ Número de visitas [87 = 87 o más]
- 8 8 Ninguna
- 9 8 No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar

4. [Si en P3 contestó una o más visitas, indique "Además de esas visitas a la sala de urgencias o a un centro de atención de urgencias".] En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces acudió de urgencia a un médico, una enfermera u otro profesional de la salud al agravarse los síntomas del asma? (383-384)

- __ __ Número de visitas [87 = 87 o más]
- 8 8 Ninguna
- 9 8 No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar

5. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces acudió a un médico, una enfermera u otro profesional de la salud para un chequeo habitual del asma? (385-386)

- __ __ Número de visitas [87 = 87 o más]
- 8 8 Ninguna
- 9 8 No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar

6. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días no pudo trabajar o realizar sus actividades cotidianas debido al asma? (387-389)

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

7. Los síntomas del asma incluyen tos, sibilancia, dificultad para respirar, presión en el pecho y flemas sin que usted tenga un resfriado o una infección respiratoria. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tuvo algún síntoma de asma? Diría usted que... (390)

Léale:

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

O

- 5 Todos los días, todo el tiempo
7 No sabe/No está seguro
9 Se niega a contestar

8. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días los síntomas del asma le dificultaron o le impidieron dormir? Diría usted que... (391)

Léale:

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

O

- 5 Más de diez

No le lea:

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

9. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días tomó un medicamento recetado para EVITAR un ataque de asma? (392)

Léale:

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

No le lea:

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

10. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia utilizó un inhalador recetado para contener UN ATAQUE DE ASMA?

(393)

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: la frecuencia (cantidad de veces) NO significa la cantidad de inhalaciones (descargas). En general, cada vez que se utiliza el inhalador se realizan dos o tres descargas.

Léale solo si es necesario:

- 8 Nunca (incluya si no ha 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)
- 6 100 veces o más (en los últimos 30 días)

No le lea:

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

Módulo 18: Control de la artritis

Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P6.9 = 1 (Sí), continúe. De no ser así, pase al siguiente módulo.

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

(394)

Léale:

- 1 Puedo hacer todo lo que me gustaría
- 2 Puedo hacer casi todo lo que me gustaría
- 3 Puedo hacer algunas cosas que me gustaría
- 4 Apenas puedo hacer algunas cosas de las que me gustaría hacer

No le lea:

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

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

(395)

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

3. ¿ALGUNA VEZ un médico u otro profesional de la salud le ha sugerido que realice actividad física o ejercicio para aliviar los síntomas de artritis o de afecciones en las articulaciones? (396)

NOTA: si la persona encuestada no está segura de si esto significa aumentar o disminuir la actividad física, la pregunta se refiere a aumentar.

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

4. ¿ALGUNA VEZ ha tomado una clase o un curso para aprender cómo controlar los problemas derivados de la artritis o los síntomas de las articulaciones? (397)

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

Módulo 19: Tétanos y difteria (adultos)

Ahora le voy a preguntar sobre la vacuna contra el tétanos y la difteria.

1. ¿En los últimos 10 años le han puesto la vacuna contra el tétanos? (398)

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

2. ¿Su más reciente vacuna contra el tétanos la recibió en el 2005 o después? (399)

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

3. Actualmente existen dos tipos de vacuna para adultos contra el tétanos. Uno contiene la vacuna contra el tétanos y la difteria. El otro contiene la vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina. ¿Le dijo su médico si su vacuna reciente contra el tétanos incluía la vacuna contra la tos ferina? (400)

- 1 Sí (incluía la vacuna contra la tos ferina)
- 2 No (no incluía la vacuna contra la tos ferina)
- 3 El médico no dijo
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

Módulo 20: Virus del papiloma humano (VPH) en adultos

Nota de CATI: estas preguntas son para mujeres de entre 18 y 49 años de edad; de no ser así, pase al siguiente módulo.

1. Una vacuna para prevenir el virus del papiloma humano o la infección por VPH está disponible y se llama la vacuna contra el cáncer cervical o verrugas genitales, vacuna contra el VPH, [Relleno: **si es mujer "GARDASIL o CERVARIX"; si es hombre "o GARDASIL"**]. ¿Ha tenido alguna vez una vacuna contra el VPH? (401)
- | | | |
|---|--|----------------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase al siguiente módulo] |
| 3 | El médico se negó a hacerlo cuando se lo pidió | [Pase al siguiente módulo] |
| 7 | No sabe/No está segura | [Pase al siguiente módulo] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase al siguiente módulo] |
2. ¿Cuántas inyecciones contra el VPH le pusieron? (402-403)
- | | | |
|-----|------------------------|--|
| -- | Número de inyecciones | |
| 0 3 | Todas las inyecciones | |
| 7 7 | No sabe/No está seguro | |
| 9 9 | Se niega a contestar | |

Módulo 21: Culebrilla

Nota de CATI: si la persona encuestada tiene <49 años de edad, pase al siguiente módulo.

La pregunta siguiente es acerca de la vacuna contra la culebrilla.

1. La culebrilla es causada por el virus de la varicela. Es un brote de sarpullido o ampollas en la piel que puede acompañarse de dolor intenso. Desde mayo del 2006 existe una vacuna contra la culebrilla que se conoce como Zostavax®, la vacuna contra el herpes zóster o la vacuna contra la culebrilla (en inglés *shingles*) ¿Le han puesto esta vacuna? (404)
- | | | |
|---|------------------------|--|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | |
| 7 | No sabe/No está seguro | |
| 9 | Se niega a contestar | |

Módulo 22: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

NOTA de CATI: Si en preguntas básicas P6.8 = 1 (Sí), continúe, de lo contrario, pase al siguiente módulo.

Anteriormente dijo que le habían diagnosticado Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

1. ¿Alguna vez le hicieron una prueba respiratoria para diagnosticarle EPOC, bronquitis crónica o enfisema? (405)

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

2. ¿Usted diría que la dificultad para respirar le afecta su calidad de vida? (406)

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

3. Aparte de sus consultas de rutina, ¿en los últimos 12 meses ha tenido que ir al médico debido a los síntomas relacionados con la dificultad para respirar, la bronquitis u otro tipo de EPOC o una crisis de enfisema? (407)

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

4. ¿En los últimos 12 meses ha tenido que ir a la sala de emergencias o ha sido hospitalizado debido a la EPOC, la bronquitis crónica o el enfisema? (408)

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

5. ¿Cuántos medicamentos toma todos los días para controlar la EPOC, la bronquitis crónica o el enfisema? (409-410)

— — Número (01-76)
7 7 No sabe/No está seguro
8 8 Ninguna
9 9 Se niega a contestar

Módulo 23: Nivel de preparación general

En la siguiente serie de preguntas se le preguntará sobre cuán preparado está para enfrentar una situación de desastre o una emergencia de grandes proporciones. Por situación de desastre o emergencia de grandes proporciones nos referimos a cualquier incidente que le deje aislado en su casa o que lo desplace de su casa durante al menos 3 días. Esto podría incluir desastres naturales como huracanes, tornados, inundaciones y tormentas de hielo, o desastres ocasionados por el hombre como explosiones, atentados terroristas o apagones.

1. ¿Qué tan bien preparada cree usted que está su casa para enfrentar un desastre o una emergencia de grandes proporciones? Diría usted que... (411)

Léale:

1 Bien preparada
2 Más o menos preparada
3 No está para nada preparada

No le lea:

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

2. ¿Tiene en su casa agua suficiente para 3 días por cada persona que vive ahí? Un suministro de agua para 3 días es 1 galón de agua por persona al día. (412)

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

3. ¿Tiene en su casa provisiones de alimentos no perecederos para 3 días por cada persona que vive ahí? Los alimentos no perecederos son aquellos que no requieren refrigeración ni cocción. (413)

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

4. ¿Tiene en su casa un suministro de medicamentos recetados para 3 días por cada persona que toma esos medicamentos? (414)

1 Sí
2 No
3 Nadie en la casa necesita medicamentos recetados
7 No sabe/No está seguro
9 Se niega a contestar

5. ¿Tiene en su casa un radio de pilas que funcione y pilas de repuesto buenas para usar en caso de un apagón? (415)

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

6. ¿Tiene en su casa una linterna que funcione y pilas buenas para usar en caso de un apagón? (416)

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

7. En un desastre o una emergencia de grandes proporciones, ¿cuál sería su método o forma principal de comunicación con parientes y amigos? (417)

Léale solo si es necesario:

1 Teléfono de casa normal
2 Teléfono celular
3 Correo electrónico
4 Buscapersonas (*pager*)
5 Radio bidireccional
6 Otro

No le lea:

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

8. ¿Cuál sería su método o forma principal para obtener información de las autoridades en un desastre o emergencia de grandes proporciones? (418)

Léale solo si es necesario:

1 Televisión
2 Radio
3 Internet
4 Prensa escrita

- 5 Vecinos
- 6 Otro

No le lea:

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

9. ¿Tiene en su casa un plan escrito de evacuación por desastres en el que se diga cómo salir de la casa en caso de que un desastre o una emergencia de grandes proporciones obligue a evacuar el lugar? (419)

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

10. Si las autoridades públicas anunciaran la evacuación obligatoria de su comunidad debido a un desastre o una emergencia de grandes proporciones, ¿usted evacuaría su casa? (420)

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

11. ¿Cuál sería la razón principal por la cual usted no se iría de su casa si le pidieran hacerlo? (421–422)

Léale solo si es necesario:

- 01 Falta de medios de transporte
- 02 Falta de confianza en los funcionarios públicos
- 03 Preocupación por la propiedad que deja abandonada
- 04 Preocupación por la seguridad personal
- 05 Preocupación por la seguridad de la familia
- 06 Preocupación por abandonar las mascotas
- 07 Preocupación por las congestiones de tráfico y no poder salir
- 08 Problemas de salud (no puede ser transportado)
- 09 Otro

No le lea:

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

Módulo 24: Salud de los veteranos del ejército

Nota de CATI: Pregunte solo si la pregunta básica P8.5 = 1 (Sí), continúe; de lo contrario, pase al siguiente módulo.

1. ¿Alguna vez estuvo en combate o en zona de guerra? (423)

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

2. ¿Alguna vez un médico o profesional de la salud le dijo que tenía depresión, ansiedad o trastorno de estrés posttraumático? (424)

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

3. Una lesión cerebral traumática puede ser consecuencia de un golpe violento en la cabeza o cuando un objeto atraviesa el cráneo e ingresa al tejido cerebral. ¿Algún médico o profesional de la salud le ha dicho alguna vez que ha sufrido de una lesión cerebral traumática? (425)

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

4. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido tratamiento o ayuda psiquiátrica o psicológica? (426)

Léale:

- 1 Sí, en un establecimiento para veteranos del ejército
- 2 Sí, en un establecimiento que no es para veteranos del ejército
- 3 Sí, en ambos establecimientos para veteranos y para no veteranos
- 4 No

No le lea:

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

Las preguntas siguientes se refieren a un tema delicado y algunas personas puede que se sientan incómodas. Al finalizar esta sección le daré el número telefónico de una organización que le puede proporcionar información o remitirlo a otros recursos relacionados con estos temas. Por favor, recuerde que me puede pedir que saltemos las preguntas que no desee responder.

5. En los últimos 12 meses, ¿pensó en algún momento en quitarse la vida? (427)

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

6. Durante los últimos 12 meses, ¿ha intentado suicidarse? Diría usted: (428)

Léale:

- 1 Sí, pero no necesitó tratamiento
- 2 Sí, se hizo tratar en un establecimiento para veteranos de guerra

- 3 Sí, se hizo tratar en un establecimiento que no es para veteranos del ejército
- 4 No

No le lea:

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

Como le mencioné, al finalizar esta sección le daré el número telefónico de una organización que le puede proporcionar información o remitirlo a otros recursos relacionados con estos temas. Puede llamar a la línea telefónica nacional de crisis al 1-800-273-TALK (8255). También puede hablar directamente con su médico o su proveedor de atención médica.

Módulo 25: Actitudes de las personas hacia la raza

Anteriormente le pregunté con qué raza se identificaba usted. Ahora voy a preguntarle acerca de cómo lo identifican y lo tratan otras personas.

1. ¿Cómo suelen clasificarlo otras personas en este país? ¿Diría usted: como blanco, negro o afroamericano, hispano o latino, asiático, nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico, indoamericano o nativo de Alaska o de algún otro grupo? (429)

- 1 Blanco
- 2 Negro o afroamericano
- 3 Hispano o latino
- 4 Asiático
- 5 Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico
- 6 Indoamericano o nativo de Alaska
- 8 De algún otro grupo (por favor especifique) _____
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: si la persona encuestada le pide que le aclare esta pregunta, dígame: —Queremos saber cómo suelen clasificarlo OTRAS personas en este país, lo que puede diferir de cómo se clasifica usted mismo.

2. ¿Con qué frecuencia piensa acerca de su raza? ¿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 constantemente? (430)

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

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: las respuestas pueden interpretarse como “por lo menos” la frecuencia indicada. Si la persona no puede decidir entre dos categorías, marque la respuesta que tenga la menor frecuencia. Por ejemplo, si la persona encuestada dice que piensa acerca de su raza entre una vez por semana y una vez por mes, marque la respuesta “una vez por mes”.

[Patrón de CATI para saltarse preguntas: solo 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 en su trabajo, ¿ha sentido que le han tratado peor, igual o mejor que a personas de otras razas? (431)

- 1 Peor que a personas de otras razas
- 2 Igual que a personas de otras razas
- 3 Mejor que a personas de otras razas

No le lea:

- 4 Peor que a personas de ciertas razas, pero mejor que a las de otras
- 5 Solo está en contacto con personas de su misma raza
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

4. En los últimos 12 meses, al solicitar atención médica, ¿ha sentido que su experiencia fue peor, igual o mejor que la de personas de otras razas? (432)

- 1 Peor que a personas de otras razas
- 2 Igual que a personas de otras razas
- 3 Mejor que a personas de otras razas

No le lea:

- 4 Peor que a personas de ciertas razas, pero mejor que a las de otras
- 5 Solo está en contacto con personas de su misma raza
- 6 No ha recibido atención médica en los últimos 12 meses
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: si la persona encuestada dice que no conoce las experiencias de otras personas al momento de buscar atención médica, diga: —Esta pregunta tiene que ver con lo que ha percibido usted al solicitar atención médica. No es necesario que tenga un conocimiento específico de las experiencias de otras personas|| .

5. En los últimos 30 días, ¿ha experimentado algún síntoma físico, por ejemplo, dolor de cabeza, malestar estomacal, tensión muscular o aumento de la frecuencia cardiaca, como consecuencia de la forma en que otras personas le trataron debido a su raza? (433)

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

6. En los últimos 30 días, ¿se ha sentido mal emocionalmente, por ejemplo enojado, triste o frustrado, como consecuencia de la forma en que otras personas le trataron debido a su raza? (434)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

Módulo 26: Ansiedad y depresión

Ahora, le voy a hacer unas preguntas sobre su estado de ánimo. Cuando responda a estas preguntas, por favor piense cuántos días sintió algunas de las siguientes afirmaciones en las últimas 2 semanas.

1. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días sintió poco interés o placer en las cosas que hacía? (435–436)
- 01–14 días
 - 88 Ninguno
 - 77 No sabe/No está seguro
 - 99 Se niega a contestar
2. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días se sintió desanimado, depresivo o desesperanzado? (437–438)
- 01–14 días
 - 88 Ninguna
 - 77 No sabe/No está seguro
 - 99 Se niega a contestar
3. En las últimas 2 semanas, ¿cuánto días ha tenido problemas para dormirse o dormir bien o ha dormido demasiado? (439–440)
- 01–14 días
 - 88 Ninguna
 - 77 No sabe/No está seguro
 - 99 Se niega a contestar
4. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días se sintió cansado o con poca energía? (441–442)
- 01–14 días
 - 88 Ninguna
 - 77 No sabe/No está seguro
 - 99 Se niega a contestar

5. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días sintió poco apetito o comió demasiado? (443–444)
- __ 01–14 días
 88 Ninguno
 77 No sabe/No está seguro
 99 Se niega a contestar
6. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días se ha sentido mal con usted mismo o ha sentido que es un perdedor o que ha decepcionado a su familia o a usted mismo? (445–446)
- __ 01–14 días
 88 Ninguno
 77 No sabe/No está seguro
 99 Se niega a contestar
7. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días ha tenido problemas para concentrarse en ciertas cosas como leer el periódico o mirar televisión? (447-448)
- __ 01–14 días
 88 Ninguno
 77 No sabe/No está seguro
 99 Se niega a contestar
8. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días se ha movido o ha hablado muy lento al punto que otras personas lo hayan notado? O lo opuesto — ¿Ha estado muy inquieto o impaciente de manera que se mueve más de lo normal? (449-450)
- __ 01–14 días
 88 Ninguno
 77 No sabe/No está seguro
 99 Se niega a contestar
9. ¿Está tomando actualmente medicamentos o recibiendo tratamiento de un médico u otro profesional de la salud para algún tipo de afección mental o problema emocional? (451)
- 1 Sí
 2 No
 7 No sabe/No está seguro
 9 Se niega a contestar
10. ¿ALGUNA VEZ le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que usted tenía un trastorno de ansiedad (como trastorno de estrés agudo, ansiedad, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico, fobia, trastorno de estrés postraumático o trastorno de ansiedad social)? (452)
- 1 Sí
 2 No
 7 No sabe/No está seguro
 9 Se niega a contestar

Módulo 27: Deficiencias cognitivas

Las siguientes preguntas son sobre las dificultades del razonamiento y la memoria que pueden afectar de gran manera las actividades cotidianas. Esto **no se refiere** a olvidos ocasionales, como olvidarse las llaves o el nombre de una persona que acaba de conocer. **Esto se refiere** a cosas como confusión o pérdida de la memoria que se está haciendo más frecuente o empeora. Queremos saber de qué manera estos problemas le afectan a usted o a alguien de su hogar.

1. En los últimos 12 meses, ¿ha sentido confusión o ha perdido la memoria con más frecuencia o ha empeorado? (453)
- | | |
|---|------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar |

Nota de CATI: si 1 adulto en la casa y P1 = 1 (Sí), pase a P4; de lo contrario, pase al siguiente módulo.

Nota de CATI: si el número de adultos es > 1, pase a P2.

2. **[Si P1 = 1]; Sin incluirse a usted], ¿cuántos adultos de 18 años o más en su casa han experimentado confusión o pérdida de la memoria con mayor frecuencia o que haya empeorado durante los últimos 12 meses?** (454)
- | | |
|---|---|
| – | Número de personas [6 = 6 o más] |
| 8 | Ninguno |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar |

NOTA de CATI: Si P1 = 1 y P2 > 6, pase a P4.

NOTA de CATI: Si el número de adultos > 1 y P2 < 7, continúe. De lo contrario, pase al siguiente módulo.

NOTA de CATI: Si P2 < 7, pase a P3. De lo contrario, pase al siguiente módulo.

3. De estas personas, seleccione la persona que haya cumplido años más recientemente. ¿Cuántos años tiene esta persona? (455-456)

Léale solo si es necesario:

- | | |
|-----|---------------|
| 0 1 | 18–29 años |
| 0 2 | 30–39 años |
| 0 3 | 40–49 años |
| 0 4 | 50–59 años |
| 0 5 | 60–69 años |
| 0 6 | 70–79 años |
| 0 7 | 80–89 años |
| 0 8 | 90 o más años |

No le lea:

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

Nota de CATI: si P1≠ 1 (Sí); léale: “—En las próximas preguntas, no referiremos a la persona que usted identificó como esta persona”.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Repita la definición solo si es necesario: “Para estas preguntas, piense sobre la confusión o pérdida de la memoria que está ocurriendo con mayor frecuencia o empeorando.

4. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces **[Si P1 = 1 (Sí): añada —usted ha; de lo contrario, —esta persona ha]** dejado de realizar sus tareas domésticas o quehaceres que solía hacer, debido a la confusión o pérdida de la memoria que está sucediendo con mayor frecuencia o empeorando? (457)

Léale:

- 1 Todo el tiempo
- 2 Casi siempre
- 3 A veces
- 4 Rara vez
- 5 Nunca

No le lea:

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

5. **[Si P1 = 1 (Sí).]** Como consecuencia de la confusión o pérdida de la memoria ¿en cuál de las siguientes cuatro áreas **[—usted o de lo contrario —esta persona]** necesita más ayuda? (458)

- 1 Seguridad **[léale solo si es necesario: como olvidarse de apagar la estufa o el horno o caerse]**
- 2 Transporte **[léale solo si es necesario: como llegar a la cita médica]**
- 3 Tareas domésticas **[léale solo si es necesario: como manejar dinero o quehaceres]**
- 4 Cuidado personal **[léale solo si es necesario: como comer o bañarse]**

No le lea:

- 5 Necesita ayuda, pero no en estas áreas
- 6 No necesita ayuda en ninguna área
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

6. **[Si P1 = 1 (Sí)].** Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha tenido confusión o pérdida de la memoria que interfiera **[añada —con su; de lo contrario, —la]** capacidad de trabajar o de involucrarse en actividades sociales? (459)

Léale:

- 1 Todo el tiempo

- 2 Casi siempre
- 3 A veces
- 4 Rara vez
- 5 Nunca

No le lea:

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

7. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia **[Si P1 = 1 (Sí): añada —usted; de lo contrario, “un familiar o un amigo] ha brindado cualquier tipo de ayuda o cuidados a [Si P1 = 1 (Sí): añada —usted; de lo contrario, —esta persona] debido a la confusión o pérdida de la memoria?** (460)

Léale:

- 1 Todo el tiempo
- 2 Casi siempre
- 3 A veces
- 4 Rara vez
- 5 Nunca

No le lea:

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

8. ¿Ha alguien hablado con su profesional de atención médica sobre los aumentos **de confusión o pérdida de la memoria?** (461)

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

9. ¿Ha **[Si P1 = 1 (Sí): añada —usted; de lo contrario —esta persona]]** recibido tratamiento como terapia o medicamentos para la **confusión o pérdida de la memoria?** (462)

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

10. ¿Algún profesional de la salud le ha dicho alguna vez que **[Si P1 = 1 (Si): añada —usted; de lo contrario, —esta persona] ha tenido Alzheimer o algún tipo de demencia?** (463)

- 1 Sí, enfermedad de Alzheimer
- 2 Sí, algún otro tipo de demencia pero no enfermedad de Alzheimer
- 3 No ha recibido un diagnóstico
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

Módulo 28: Contexto social

Ahora le voy a preguntar sobre varios factores que pueden afectar la salud de una persona.

Si en preguntas básicas P8.21 = 1 o 2 (casa propia o rentada), continúe; de lo contrario, pase a P2.

1. En los últimos 12 meses, ¿qué tan a menudo estuvo preocupado o estresado sobre si tendría dinero suficiente para pagar la renta o la hipoteca? Diría que estuvo preocupado o estresado: (464)

Léale:

- 1 Todo el tiempo
- 2 Casi siempre
- 3 A veces
- 4 Rara vez
- 5 Nunca

No le lea:

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

2. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces diría usted que estuvo preocupado o estresado sobre si tendría dinero suficiente para comprar alimentos nutritivos? Diría que estuvo preocupado o estresado: (465)

Léale:

- 1 Todo el tiempo
- 2 Casi siempre
- 3 A veces
- 4 Rara vez
- 5 Nunca

No le lea:

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

Si la respuesta a la pregunta básica P8.9 = 1 (Empleado asalariado) o 2 (Trabajador independiente), vaya a P4 y P5.

Si la respuesta a la pregunta básica P8.9 = 3 (Desempleado desde hace más de 1 año), 4 (Desempleado desde hace menos de 1 año) o 7 (Jubilado), vaya a P5 y P6.

Si la respuesta a la pregunta básica P8.9 = 5 (A encargado de las tareas del hogar), 6 (A estudiante) u 8 (incapacitado para trabajar), vaya a P6.

3. En su empleo o negocio principal, ¿cómo le pagan por su trabajo? (466)
- 1 Con un salario
 - 2 Por hora
 - 3 Por trabajo o tarea (p.ej., comisión, por proyecto o pieza)
 - 4 Le pagan de otra manera
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: si le pagan de varias maneras por su empleo principal, seleccione la opción 4 (Le pagan de otra manera).

4. ¿Aproximadamente cuántas horas trabaja a la semana contando todos sus empleos o negocios? (467–468)
- __ Horas (01–96 o más) [Pase al siguiente módulo]
 - 97 No sabe/No está seguro [Pase al siguiente módulo]
 - 98 No trabaja [Pase al siguiente módulo]
 - 99 Se niega a contestar [Pase al siguiente módulo]

5. Recuerde la última vez en que trabajó en su empleo o negocio principal, ¿cómo le remuneraron su trabajo? Le pagaron: (469)
- 1 Con un salario
 - 2 Por hora
 - 3 Por trabajo o tarea (p.ej., comisión, por proyecto o pieza)
 - 4 Le pagaron de otra manera
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

6. Recuerde la última vez que trabajó, ¿aproximadamente cuántas horas trabajó por semana en todos sus trabajos o negocios juntos? (470–471)
- __ Horas (01–96 o más)
 - 97 No sabe/No está seguro
 - 98 No trabaja
 - 99 Se niega a contestar

Módulo 29: VIH/SIDA

NOTA de CATI: Si en preguntas básicas P16.1 = 1 (Sí), continúe; de lo contrario, pase al siguiente módulo.

1. ¿Dónde se hizo por última vez la prueba del VIH? (En el consultorio de un médico particular, en el consultorio de una HMO, en un centro de consejería y pruebas del VIH, en un centro de atención médica, en una cárcel o prisión, en un centro de rehabilitación contra las drogas, en la casa o en cualquier otro sitio.) (472-473)
- 0 1 Consultorio de un médico particular o de una HMO

- 0 2 Centro de consejería y pruebas del VIH
- 0 3 Hospital
- 0 4 Centro de atención médica
- 0 5 Cárcel o prisión (u otro centro correccional)
- 0 6 Centro de rehabilitación contra las drogas
- 0 7 En la casa
- 0 8 En otro lado
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar

NOTA de CATI: Si en preguntas básicas P16.2 = en los últimos 12 meses, continúe; de lo contrario, pase al siguiente módulo.

2. ¿Le hicieron una prueba rápida con la que conoció los resultados en un par de horas? (474)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

Módulo 30: 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.

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

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si le hacen preguntas, diga: “por favor, incluya el apoyo que recibe de cualquier fuente ”. (475)

Léale:

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 A veces
- 4 Rara vez
- 5 Nunca

No le lea:

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

2. En términos generales, ¿qué tan satisfecho está con su vida? (476)

Léale:

- 1 Muy satisfecho
- 2 Satisfecho

- 3 Insatisfecho
- 4 Muy insatisfecho

No le lea:

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

Módulo 31: Experiencias adversas en la niñez

Quisiera preguntarle sobre algunos episodios que sucedieron en su niñez. Esta información nos permitirá comprender mejor los problemas que pueden ocurrir en etapas tempranas de la vida y en un futuro poder ayudar a otras personas. Es un tema delicado y algunas personas se sienten incómodas con estas preguntas. Al finalizar esta sección le daré el número telefónico de una organización que le puede proporcionar información o remitirlo a otros recursos relacionados con estos temas. Por favor, recuerde que me puede pedir que me salte las preguntas que no desea responder.

Todas las preguntas se refieren a antes de que usted cumpliera 18 años de edad. Ahora, recuerde la época anterior a que cumpliera los 18 años:

1. ¿Vivió con alguien que tenía depresión, una enfermedad mental o tendencias suicidas? (477)

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

2. ¿Vivió con alguien que tenía problemas con la bebida o que era alcohólico? (478)

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

3. ¿Vivió con alguien que consumiera drogas ilícitas adquiridas en la calle o que abusara de medicamentos recetados? (479)

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

4. ¿Vivió con alguien que haya estado preso o que haya sido sentenciado a cárcel, a prisión o a algún otro centro correccional? (480)

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

5. ¿Sus padres estaban separados o divorciados? (481)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 8 Los padres no estaban casados
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar
6. ¿Con qué frecuencia sus padres u otros adultos en la casa se dieron bofetadas, patadas, puñetazos o golpes? (482)
- 1 Nunca
 - 2 Una vez
 - 3 Más de una vez
- No le lea:**
- 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar
7. Antes de que usted cumpliera 18 años, ¿con qué frecuencia un adulto en su hogar le pegó, golpeó, pateó o lastimó físicamente de alguna otra forma? No incluya las nalgadas. Diría usted que... (483)
- 1 Nunca
 - 2 Una vez
 - 3 Más de una vez
- No le lea:**
- 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar
8. ¿Con qué frecuencia uno de sus padres o un adulto en su casa le dijo groserías, le insultó o le humilló? (484)
- 1 Nunca
 - 2 Una vez
 - 3 Más de una vez
- No le lea:**
- 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar
9. ¿Con qué frecuencia alguna persona al menos 5 años mayor que usted o un adulto le tocó sexualmente? (485)
- 1 Nunca
 - 2 Una vez
 - 3 Más de una vez

No le lea:

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

10. ¿Con qué frecuencia alguna persona al menos 5 años mayor que usted o un adulto intentó que usted le tocara sexualmente? (486)

- 1 Nunca
- 2 Una vez
- 3 Más de una vez

No le lea:

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

11. ¿Con qué frecuencia alguna persona al menos 5 años mayor que usted o un adulto le forzó a que tuviera relaciones sexuales? (487)

- 1 Nunca
- 2 Una vez
- 3 Más de una vez

No le lea:

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

Como le mencioné cuando comenzamos esta sección, le daré el número telefónico de una organización que le puede proporcionar información o remitirlo a otros recursos con relación a estos temas. Puede marcar (escriba aquí el estado o línea telefónica local) para comunicarse con los servicios de remisiones y localizar una agencia en su área. **[Nota: Si no hay un teléfono de información estatal o local, la línea telefónica nacional de prevención del abuso y maltrato infantil (*National Hotline for child abuse*) es 1-800-4-A-CHILD (1-800-422-4453).**

Módulo 32: Selección aleatoria de niños

Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P8.7 = 88 o 99 (No hay niños menores de 18 años en la casa o Se niega a contestar) pase al siguiente módulo.

Si la respuesta a la pregunta básica P8.7 = 1, léale: —Anteriormente usted mencionó que en su casa había un niño/una niña de 17 años de edad o menor. Quisiera hacerle algunas preguntas sobre el niño. **[Pase a P1]**

Si la respuesta a la pregunta básica P8.7 es >1 y la respuesta a la pregunta básica P8.7 no es 88 ni 99, léale: —Anteriormente usted mencionó que en su casa había **[cantidad]** de niños de 17 años de edad o menores. Piense en esos **[cantidad]** niños en orden de nacimiento, del mayor al menor. El niño mayor es el primero y el menor el último. Por favor incluya también a los niños que tengan la misma fecha de nacimiento, como gemelos o mellizos, de acuerdo al orden de nacimiento.

INSTRUCCIÓN DE 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, POR FAVOR LÉALE:

Me gustaría hacerle algunas preguntas adicionales sobre uno de los niños en particular. El niño al que nos referimos será el —X [CATI: **por favor indique el número correcto**] niño de su casa. Todas las preguntas que le haré a continuación se referirán al niño "X" [CATI: **complete con el número correspondiente**].

1. ¿En qué mes y año nació el niño —X? (488–493)

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

INSTRUCCIÓN DE CATI: calcule la edad del niño en meses (EDAD DEL NIÑO1 = 0 a 216) y también en años (EDAD DEL NIÑO2 = 0 a 17) con base en la fecha de la encuesta y el mes y el año de nacimiento utilizando un valor de 15 para el cumpleaños. Si el niño seleccionado tiene <12 meses, ingrese los meses calculados en EDAD DEL NIÑO 1 y 0 en EDAD DEL NIÑO 2. Si el niño tiene > 12 meses, ingrese los meses calculados en EDAD DEL NIÑO 1 y deje EDAD DEL NIÑO 2 = truncado (EDAD DEL NIÑO 1/12).

2. ¿Es niño o niña? (494)

1 Niño
2 Niña
9 Se niega a contestar

3. ¿El niño es hispano o latino? (495)

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

4. ¿Cuál o cuáles de las siguientes diría usted que es la raza o grupo étnico del niño? (496–501)

[Marque todas las opciones que correspondan]

Léale:

1 Blanca
2 Negra o afroamericana
3 Asiática
4 Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico
5 Indoamericano o nativo de Alaska

O

6 Otra [especifique]_____

No le lea:

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

Nota de CATI: si hay más de una respuesta a P4, continúe. De no ser así, pase a P6.

5. ¿Cuál de los siguientes grupos diría usted que es el más representativo de la raza o grupo étnico del niño? (502)

- 1 Blanca
- 2 Negra o afroamericana
- 3 Asiática
- 4 Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico
- 5 Indoamericano o nativo de Alaska
- 6 Otra
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

6. ¿Cuál es su parentesco o relación con el niño? (503)

Léale:

- 1 Padre o madre (incluye padres biológicos, padrastro o madrastra o padres adoptivos)
- 2 Abuelo o abuela
- 3 Tutor legal o padre de crianza
- 4 Hermano o hermana (incluye hermanos biológicos, hermanastros o hermanos adoptivos)
- 5 Otro familiar
- 6 No se relaciona de ninguna manera.

No le lea:

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

Módulo 33: Prevalencia de asma infantil

Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P8.7 = 88 (Ninguno) o 99 (Se niega a contestar), pase al siguiente módulo.

Ahora quisiera hacerle dos preguntas sobre el niño "X" **[CATI: por favor indique el número correspondiente].**

1. ¿ALGUNA VEZ un médico u otro profesional de la salud le dijo que el niño tenía asma? (504)
- 1 Sí
 - 2 No **[Pase al siguiente módulo]**
 - 7 No sabe/No está seguro **[Pase al siguiente módulo]**
 - 9 Se niega a contestar **[Pase al siguiente módulo]**

2. ¿El niño aún tiene asma?
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

Módulo 34: Vacunación infantil (influenza)

NOTA de CATI: Si en preguntas básicas P8.7 = 88 o 99 (No hay niños menores de 18 años en la casa o Se niega a contestar) pase al siguiente módulo.

NOTA de CATI: Si el niño seleccionado es ≥ 6 meses, continúe. De lo contrario, pase al siguiente módulo.

1. En los últimos 12 meses, ¿le han puesto a él/ella la vacuna contra la influenza estacional? Hay dos tipos de vacunas contra la influenza. Una viene en inyección y la otra en aerosol que se rocía en la nariz (atomizador nasal). (506)

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

2. ¿En qué mes y año le pusieron la vacuna contra la influenza estacional más reciente? La vacuna contra la influenza estacional puede haber sido en inyección o en atomizador nasal. ¿El atomizador nasal es la vacuna que se aplica por la nariz? (507-512)

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

3. ¿En qué tipo de establecimiento le pusieron [a él/ella] la más reciente vacuna contra la influenza estacional? (513-514)

- 0 1 Un consultorio médico u organización de atención médica administrada (HMO)
- 0 2 Departamento de salud
- 0 3 Otro tipo de clínica o centro de salud (por ejemplo: un centro de salud comunitario)
- 0 4 Un centro para personas de tercera edad, de recreación o comunitario
- 0 5 Una tienda (como supermercado, farmacia)
- 0 6 Un hospital (como hospital para internación)
- 0 7 Sala de emergencias
- 0 8 Trabajo

- 0 9 Otro tipo de lugar
- 1 0 Recibió la vacuna en México/Canadá (voluntario - no le lea)
- 1 1 Escuela
- 7 7 No sabe/No está seguro (**Pregunte: “¿Cómo describiría el lugar donde fue a ponerse la más reciente vacuna contra la influenza estacional?”**)
- 9 9 Se niega a contestar

Guión para pedir permiso para llamar después y preguntar sobre el asma

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

(515)

- 1 Sí
- 2 No

¿Qué persona de la casa hay que llamar para dar seguimiento sobre el asma?

(516)

- 1 Adulto
- 2 Niño

¿Me puede proporcionar su nombre o iniciales (de usted/de su niño), para que sepamos por quién preguntar cuando volvamos a llamar?

_____ Escriba el nombre o las iniciales

Lista de actividades físicas comunes de recreación (Para usarse en la Sección 10: Actividad física)

Descripción del código (Actividad física, preguntas 10.2 y 10.5)

0 1 Dispositivos de juegos interactivos (Wii Fit, Dance Dance revolution)	4 1 <i>Rugby</i>
0 2 Video o clase de aeróbicos	4 2 Buceo recreativo
0 3 Montañismo/caminata con mochila a la espalda	43 Patineta
0 4 Bádminton	4 4 Patinaje – en hielo o sobre ruedas
0 5 Básquetbol	4 5 Deslizamiento en trineo, tobogán
0 6 Ejercicio en bicicleta fija (sopladora)	4 6 Snorkel
0 7 Andar en bicicleta	4 7 Limpieza de la nieve (con máquina)
0 8 Actividades en embarcaciones (canotaje, remo, kayak), recorridos en barco de vela para paseos o para acampar)	4 8 Limpiar la nieve manualmente
0 9 Jugar a los bolos	4 9 Esquí en la nieve
1 0 Boxeo	5 0 Caminar con raquetas de nieve
1 1 Calistenia	5 1 Fútbol
1 2 Canotaje/remo para competencia	5 2 Softball/Béisbol
1 3 Carpintería pescador	5 3 Squash
1 4 Baile - ballet, baile de salón, danza latina, hip hop, etc.	5 4 Subir escaleras/Stair master
1 5 Ejercicio con máquina elíptica/EFX	5 5 Pesca en arroyos con botas de
1 6 Pesca desde bancos de los ríos o en embarcación	5 6 Surfeo
1 7 <i>Frisbee</i>	5 7 Natación
1 8 Trabajos de jardín (con pala, quitar hierba mala, cavar rellenar)	5 8 Natación
1 9 Golf (con carro motorizado)	5 9 Tenis de mesa
2 0 Golf (sin carro motorizado)	6 0 Tai Chí
2 1 Balonmano	6 1 Tenis
2 2 Montañismo – campo traviesa	6 2 Fútbol americano amateur
2 3 Hockey	6 3 Vóleybol
2 4 Equitación	6 4 Caminata
2 5 Caza de animales grandes – venados, alces	6 6 Esquí acuático
2 6 Caza de animales pequeños – codornices	6 7 Levantamiento de pesas
2 7 Patinaje en línea	6 8 Lucha libre
2 8 Trotar/ <i>jogging</i>	6 9 Yoga
2 9 <i>Lacrosse</i>	7 0 Otra _____
3 0 Escalar montañas	9 9 Se niega a contestar
3 1 Cortar el césped con máquina	
3 2 <i>Paddleball</i> (tenis de playa)	
3 3 Pintar la casa o colocar papel tapiz	
3 4 Pilates	
3 5 <i>Racquetball</i>	
3 6 Rastrillar las hojas del jardín	
3 7 Correr	
3 8 Escalar rocas	
3 9 Saltar la cuerda	
4 0 Remar con máquina de ejercicio	

Lista de afecciones de salud que acompañan al módulo 8, pregunta 3

[NO LE LEA]

Problemas respiratorios

- Síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA)
- Bronquiectasia
- Displasia broncopulmonar
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Fibrosis quística
- Enfisema
- Linfangioleiomiomatosis (LAM, por sus siglas en inglés)
- Hipertensión arterial pulmonar
- Sarcoidosis

Problemas de los riñones

- Insuficiencia renal crónica
- Cistitis
- Cistocele (hernia de la vejiga)
- Quistes
- Riñón ectópico
- Insuficiencia renal terminal
- Enfermedades glomerulares
- Cistitis intersticial
- Insuficiencia renal
- Cálculos renales
- Síndrome nefrítico
- Poliquistosis renal
- Pielonefritis (infección renal)
- Estenosis de la arteria renal
- Osteodistrofia renal
- Acidosis tubular renal

Anemia

- Anemia
- Anemia aplásica
- Anemia de Fanconi
- Anemia ferropénica
- Anemia perniciosa
- Anemia drepanocítica o de células falciformes
- Talasemia