



**2009**

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

**Cuestionario**

**12 de noviembre de 2008**

# Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento Borrador del cuestionario 2009

## Índice

Índice.....	2
Guión para el encuestador.....	4
Secciones básicas .....	6
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: Sueño.....	8
Sección 5: Ejercicio .....	8
Sección 6: Diabetes.....	9
Sección 7: Conocimiento de su hipertensión .....	9
Sección 8: Conocimiento de su colesterol.....	10
Sección 9: Prevalencia de enfermedades cardiovasculares.....	10
Sección 10: Asma.....	11
Sección 11: Consumo de tabaco.....	11
Sección 12: Información demográfica .....	13
Sección 13: Persona que cuida de otra.....	18
Sección 14: Discapacidad .....	19
Sección 15: Consumo de alcohol.....	19
Sección 16: Vacunas .....	20
[Pandemic Influenza Questions ---to be inserted following Section 16: Immunization] .....	21
Sección 17: Carga de la artritis .....	22
Sección 18: Frutas y verduras.....	24
Sección 19: Actividad física.....	25
Sección 20: VIH/SIDA.....	27
Sección 21: Apoyo emocional y grado de satisfacción con la vida.....	29
Sección 22: Sobrevivientes de cáncer .....	30
Módulos opcionales .....	34
Módulo 1: Prediabetes.....	34
Módulo 2: Diabetes.....	34
Módulo 3: Días en los que se siente bien de salud (síntomas).....	37
Módulo 4: Deterioro de la vista y acceso al cuidado médico de los ojos .....	38
Módulo 5: Sueño insuficiente .....	41
Módulo 6: Salud cardiovascular .....	42
Módulo 7: Medidas para controlar la hipertensión arterial .....	43
Módulo 8: Ataque cardíaco y accidente cerebrovascular.....	45
Módulo 9: Salud de la mujer .....	47
Módulo 10: Detección del cáncer de próstata .....	50
Módulo 11: Detección de cáncer colorrectal .....	51
Módulo 12: Supervivencia al cáncer.....	53
Módulo 13: Antecedentes de asma en adultos .....	55
Módulo 14: Control de la artritis.....	58
Módulo 15: Tétanos y difteria (adultos) .....	59
Módulo 16: Virus del papiloma humano (VPH) en adultos.....	60
Módulo 17: Culebrilla .....	61
Módulo 18: Persona a cargo del cuidado de otra.....	61
Módulo 19: Nivel de preparación general.....	65
Módulo 20: Actitudes de las personas hacia la raza .....	68
Módulo 21: Enfermedad mental y su estigma .....	70

Módulo 22: Detectores de monóxido de carbono y generadores a gas.....	73
Módulo 23: Contexto social .....	75
Módulo 24: Experiencias adversas en la niñez .....	77
Módulo 25: Selección aleatoria de niños.....	80
Módulo 26: Prevalencia de asma infantil.....	82
Módulo 27: Vacunas en la niñez .....	82
Módulo 28: Virus del papiloma humano (VPH) en niños.....	83
Módulo 29: Tétanos y difteria (adolescentes) .....	83

## 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 esta encuesta en domicilios particulares **en (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 "persona encuestada correspondiente" en la página próxima.**

¿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 4**



**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)

**Por favor léale:**

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

o

- 5 Malo

**No le lea:**

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

### Sección 2: Días en los que se siente bien de salud – 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
- 8 8 Ninguno
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 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
- 8 8 Ninguno **[Si P2.1 y P2.2 = 88 (Ninguno), pase a la siguiente sección]**
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 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
- 8 8 Ninguno
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar

### Sección 3: Acceso a cuidados médicos

---

**3.1** ¿Tiene algún tipo de cobertura médica, incluido seguro de salud, planes prepagados como los que brindan las HMO (organizaciones de atención médica administrada) u otros planes gubernamentales como Medicare?  
(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 de confianza?  
**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 fue 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: Sueño

---

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

**4.1** En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días sintió que no durmió o no descansó lo suficiente?

(84-85)

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

## Sección 5: Ejercicio

---

**5.1** 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?

(86)

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

## Sección 6: Diabetes

---

6.1 ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene diabetes?

**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.**

(87)

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

## Sección 7: Conocimiento de su hipertensión

---

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

(88)

**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 limítrofe 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]**

7.2 ¿Toma actualmente algún medicamento para controlar la presión arterial alta?

(89)

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

## Sección 8: Conocimiento de su colesterol

---

**8.1** 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? (90)

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

**8.2** ¿Cuánto hace aproximadamente que le analizaron el colesterol en la sangre? (91)

**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   |

**8.3** ¿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? (92)

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

## Sección 9: Prevalencia de enfermedades cardiovasculares

---

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

¿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".

**9.1** (¿Alguna vez le dijeron) que tuvo un ataque cardíaco, también llamado infarto de miocardio? (93)

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

**9.2** (¿Alguna vez le dijeron) que tuvo angina de pecho o enfermedad de las arterias coronarias? (94)

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

**9.3** ¿(Alguna vez le dijeron) que tuvo un accidente cerebrovascular? (95)

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

## Sección 10: Asma

---

**10.1** ¿Alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía asma? (96)

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

**10.2** ¿Usted sigue teniendo asma? (97)

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

## Sección 11: Consumo de tabaco

---

**11.1** ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida? (98)

**NOTA: 5 cajetillas = 100 cigarrillos**

- 1 Sí
  - 2 No
  - 7 No sabe/No está seguro
  - 9 Se niega a contestar
- [Pase a P11.5]**  
**[Pase a P11.5]**  
**[Pase a P11.5]**

**11.2** Actualmente ¿fuma cigarrillos todos los días, algunos días o nunca? (99)

- |   |                        |                       |
|---|------------------------|-----------------------|
| 1 | Todos los días         |                       |
| 2 | Algunos días           |                       |
| 3 | Nunca                  | <b>[Pase a P11.4]</b> |
| 7 | No sabe/No está seguro | <b>[Pase a P11.5]</b> |
| 9 | Se niega a contestar   | <b>[Pase a P11.5]</b> |

**11.3** En los últimos 12 meses, ¿ha dejado de fumar durante un día o más debido a que estaba intentando dejar de fumar? (100)

- |   |                        |                       |
|---|------------------------|-----------------------|
| 1 | Sí                     | <b>[Pase a P11.5]</b> |
| 2 | No                     | <b>[Pase a P11.5]</b> |
| 7 | No sabe/No está seguro | <b>[Pase a P11.5]</b> |
| 9 | Se niega a contestar   | <b>[Pase a P11.5]</b> |

**Nota de CATI: si P11.2 = 3 (Nunca), continúe. De no ser así, pase a P11.5.**

**11.4** ¿Cuánto tiempo hace que no fuma cigarrillos de manera habitual? (101-102)

- |     |   |
|-----|---|
| 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                                    |
| 0 8 | Nunca fumó de manera habitual                         |
| 7 7 | No sabe/No está seguro                                |
| 9 9 | Se niega a contestar                                  |

**11.5** ¿En la actualidad usa tabaco para mascar, rapé o *snus* todos los días, algunos días o nunca? (103)

**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 12: Información demográfica

---

**12.1** ¿Qué edad tiene? (104-105)

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

**12.2** ¿Es usted hispano o latino? (106)

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

**12.3** ¿A cuál o cuáles de las siguientes razas o grupos étnicos diría usted que pertenece? (107-112)

**(Marque todas las opciones que correspondan)**

**Por favor 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 P12.3, continúe. De no ser así, pase a P12.5.**

**12.4** ¿Cuál de los siguientes grupos diría usted que es el más representativo de su raza? (113)

- 1 Blanco
- 2 Negro o afroamericano
- 3 Asiático
- 4 Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico
- 5 Indoamericano o nativo de Alaska
- 6 Otro [especifique] \_\_\_\_\_

**No le lea:**

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

**12.5** ¿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.

(114)

- 1 Sí, actualmente en servicio activo
- 2 Sí, estuve en servicio activo los últimos 12 meses, pero actualmente no
- 3 Sí, estuve en servicio activo en el pasado, pero no en los últimos 12 meses
- 4 No, solo realicé entrenamiento para la Reserva o la Guardia Nacional
- 5 No, nunca he prestado servicio militar
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**12.6** Es usted...

(115)

**Por favor léale:**

- 1 Casado
- 2 Divorciado
- 3 Viudo
- 4 Separado
- 5 Nunca se ha casado
- o
- 6 Vive en pareja pero sin estar casado

**No le lea:**

- 9 Se niega a contestar

**12.7** ¿Cuántos niños menores de 18 años viven con usted?

(116-117)

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

**12.8** ¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha alcanzado? (118)

**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

**12.9** Es usted actualmente... (119)

**Por favor 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

**12.10** Tomando en cuenta todas las fuentes de ingresos, los ingresos anuales de su núcleo familiar son: (120-121)

**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<br>(entre \$20,000 y menos de \$25,000) | <b>Si la respuesta es "No", pregunte 05; si la respuesta es "Sí", pregunte 03</b> |
| 0 3 | Menos de \$20,000<br>(entre \$15,000 y menos de \$20,000) | <b>Si la respuesta es "No", pregunte 04; si la respuesta es "Sí", pregunte 02</b> |
| 0 2 | Menos de \$15,000<br>(entre \$10,000 y menos de \$15,000) | <b>Si la respuesta es "No", pregunte 03; si la respuesta es "Sí", pregunte 01</b> |
| 0 1 | Menos de \$10,000   | <b>Si la respuesta es "No", codifique 02</b>                                      |

- |     |   |  |
|-----|---|--|
| 0 5 | Menos de \$35,000<br>(entre \$25,000 y menos de \$35,000) | <b>Si la respuesta es "No", pregunte 06</b>  |
| 0 6 | Menos de \$50,000<br>(entre \$35,000 y menos de \$50,000) | <b>Si la respuesta es "No", pregunte 07</b>  |
| 0 7 | Menos de \$75,000<br>(entre \$50,000 y menos de \$75,000) | <b>Si la respuesta es "No", codifique 08</b> |
| 0 8 | \$75,000 o más  |  |

**No le lea:**

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

**12.11** Aproximadamente, ¿cuánto pesa sin zapatos? (122-125)

**Nota: si la persona encuestada responde con el sistema métrico, escriba "9" en la columna 122.**

**Redondee los decimales hacia arriba**

- |                     |                        |
|---------------------|------------------------|
| _ _ _ _             | Peso                   |
| (libras/kilogramos) |                        |
| 7 7 7 7             | No sabe/No está seguro |
| 9 9 9 9             | Se niega a contestar   |

**Nota de CATI: si P12.11 = 7777 (No sabe / No está seguro) o 9999 (Se niega a contestar), sáltese P12.13 y P12.14).**

**12.12** Aproximadamente, ¿cuánto mide sin zapatos? (126-129)

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

**Redondee los decimales hacia abajo**

- |                                      |                        |
|--------------------------------------|------------------------|
| _ / _ _                              | Peso                   |
| (pies / pulgadas/metros/centímetros) |                        |
| 7 7 / 7 7                            | No sabe/No está seguro |
| 9 9 / 9 9                            | Se niega a contestar   |

**12.13** ¿Cuánto pesaba hace un año? [Si hace un año estaba embarazada, ¿cuánto pesaba antes del embarazo?] **CATI: Si la persona encuestada es una mujer que tiene < 46 años de edad.**

(130-133)

**Nota: si la persona encuestada responde con el sistema métrico, indique “9” en la columna 130.**

**Redondee los decimales hacia arriba**

_ _ _ _	Peso	
(libras/kilogramos)		
7 7 7 7	No sabe/No está seguro	<b>[Pase a P12.15]</b>
9 9 9 9	Se niega a contestar	<b>[Pase a P12.15]</b>

**Nota de CATI: reste el peso de hace un año del peso actual. Si el peso es el mismo, sátese a P12.14.**

**12.14** ¿Fue intencional el cambio de peso actual con respecto al del año pasado? (134)

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

**12.15** ¿En qué condado vive? (135-137)

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

**12.16** ¿Cuál es el código postal de la localidad donde vive? (138-142)

_ _ _ _ _	Código postal ( <i>Zip Code</i> )
7 7 7 7 7	No sabe/No está seguro
9 9 9 9 9	Se niega a contestar

**12.17** ¿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. (143)

1	Sí	
2	No	<b>[Pase a P12.19]</b>
7	No sabe/No está seguro	<b>[Pase a P12.19]</b>
9	Se niega a contestar	<b>[Pase a P12.19]</b>

**12.18** ¿Cuántos de estos números de teléfono son particulares? (144)

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

**12.19** En los últimos 12 meses, ¿se ha quedado su casa sin servicio telefónico por 1 semana o más? No incluya los cortes del servicio telefónico debido al mal tiempo o a desastres naturales. (145)

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

**[CELL PHONE QUESTIONS — to be inserted following P12.19]**

**12.20** Indique el sexo de la persona encuestada. Pregúntele solo si es necesario. (146)

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

**12.21** Que usted sepa, ¿está embarazada? (147)

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

## Sección 13: Persona que cuida de otra

---

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

**13.1** Durante el último mes, ¿proporcionó usted alguno de estos cuidados o asistencia a un amigo o a un familiar? (148)

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

## Sección 14: Discapacidad

---

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

**14.1** ¿Tiene actualmente algún problema físico, mental o emocional que limite de alguna manera sus actividades? (149)

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

**14.2** ¿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? (150)

**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 15: Consumo de alcohol

---

**15.1** En los últimos 30 días, ¿ha bebido al menos un trago de cualquier bebida alcohólica, como cerveza, vino, bebidas alcohólicas a base de malta o licores fuertes? (151)

- 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]**

**15.2** En los últimos 30 días, ¿cuántos días por semana o por mes bebió al menos un trago de cualquier bebida alcohólica? (152-154)

- 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
- 9 9 9 Se niega a contestar

**15.3** Un trago equivale a una cerveza de 12 onzas (350 cl), a una copa de vino de 5 onzas (150 cl) o a una medida de licor. En los últimos 30 días, durante los días en que bebió, ¿aproximadamente cuántos tragos bebió en promedio?

(155-156)

**Nota: una cerveza de 40 onzas equivaldría a 3 tragos; un cóctel con dos medidas de alcohol equivaldría a 2 tragos.**

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

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

(157-158)

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

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

(159-160)

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

## Sección 16: Vacunas

---

**16.1** La vacuna inyectable contra la influenza (gripe o *flu*, en inglés) se inyecta en el brazo. En los últimos 12 meses, ¿le han puesto la vacuna inyectable contra la influenza?

(161)

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** ¿En qué mes y año recibió la más reciente vacuna inyectable contra la influenza?

(162-167)

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

**16.3** En los últimos 12 meses, ¿ha recibido alguna vacuna contra la influenza que se administre con atomizador nasal? La vacuna contra la influenza que se administra con atomizador nasal se conoce también como FluMist™. (168)

- |   |                        |                       |
|---|------------------------|-----------------------|
| 1 | Sí                     |                       |
| 2 | No                     | <b>[Pase a P16.5]</b> |
| 7 | No sabe/No está seguro | <b>[Pase a P16.5]</b> |
| 9 | Se niega a contestar   | <b>[Pase a P16.5]</b> |

**16.4** ¿En qué mes y año recibió usted la más reciente vacuna contra la influenza administrada con atomizador nasal? (169-174)

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

**16.5** 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 la vacuna contra la neumonía? (175)

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

**[Pandemic Influenza Questions ---to be inserted following Section 16: Immunization]**

## Sección 17: Carga de la artritis

---

Ahora le preguntaré sobre la artritis.

**17.1** ¿ALGUNA VEZ le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene algún tipo de artritis, artritis reumatoide, gota, lupus o fibromialgia?

(176)

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

**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 nudosa)

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

**17.2** ¿Enfrenta actualmente limitaciones en alguna de sus actividades cotidianas a causa de los síntomas de artritis o de afecciones en las articulaciones?

(177)

- |   |                        |
|---|------------------------|
| 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: P17.3 se debe preguntar a todos los encuestados, sin importar su situación laboral.**

**17.3** 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? (178)

- 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".**

**17.4** 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? (179)

**Por favor léale [1-3]:**

- 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".**

**17.5** 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.* (180-181)

- — Anote el número [00-10]
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar

## Sección 18: Frutas y verduras

---

Las preguntas siguientes se refieren a los alimentos que usted come o bebe habitualmente. Por favor dígame con qué frecuencia come o bebe cada uno de los siguientes alimentos, por ejemplo, dos veces a la semana, tres veces al mes, etcétera. Recuerde, solo deseo preguntarle sobre los alimentos que **usted** come. Incluya todos los alimentos que *usted* come, tanto en la casa como en otros lugares.

**18.1**            ¿Con qué frecuencia bebe jugos de frutas como naranja, toronja o tomate? (182-184)

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

**18.2**            Sin contar los jugos, ¿con qué frecuencia come frutas? (185-187)

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

**18.3**            ¿Con qué frecuencia come ensaladas verdes? (188-190)

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

**18.4**            ¿Con qué frecuencia come papas, sin contar papas a la francesa, papas fritas o papitas fritas en bolsitas? (191-193)

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

18.5 ¿Con qué frecuencia come zanahorias?

(194-196)

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

18.6 Sin contar las zanahorias, las papas o las ensaladas, ¿cuántas porciones de verduras come habitualmente? Ejemplo: una porción de verduras en el almuerzo y otra en la cena equivalen a dos porciones.)

(197-199)

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

## Sección 19: Actividad física

---

**Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P12.9 = 1 (Empleado asalariado) o 2 (Trabajador independiente), continúe. De no ser así, pase a P19.2.**

19.1 Cuando usted está en el trabajo, ¿cuál de las siguientes actividades corresponde más a lo que usted hace? Diría usted que...

(200)

**Si la persona encuestada tiene más de un trabajo, incluya todos sus trabajos.**

**Por favor léale:**

- 1 Está parado o sentado la mayor parte del tiempo
- 2 Camina la mayor parte del tiempo
- 3 Es un trabajo pesado o que demanda mucho esfuerzo físico

**No le lea:**

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

**Por favor léale:**

Nos interesa saber sobre dos tipos de actividad física: vigorosa y moderada. Las actividades vigorosas o enérgicas aumentan en mayor proporción la frecuencia cardíaca o la respiración que las actividades moderadas.

**19.2** Al pensar ahora en las actividades moderadas que realiza en una semana normal, **[indique "cuando no trabaja" si es "empleado" o "trabajador independiente"]** ¿realiza actividades moderadas al menos durante 10 minutos seguidos? Esto puede incluir caminar en forma rápida, andar en bicicleta, pasar la aspiradora, realizar labores de jardinería o cualquier actividad que cause un aumento en la frecuencia cardiaca o la respiración. (201)

- |   |                        |                       |
|---|------------------------|-----------------------|
| 1 | Sí                     |                       |
| 2 | No                     | <b>[Pase a P19.5]</b> |
| 7 | No sabe/No está seguro | <b>[Pase a P19.5]</b> |
| 9 | Se niega a contestar   | <b>[Pase a P19.5]</b> |

**19.3** ¿Cuántos días a la semana realiza estas actividades moderadas durante al menos 10 minutos seguidos? (202-203)

- |     |   |                       |
|-----|---|-----------------------|
| — — | Días por semana   |                       |
| 8 8 | ¿No realiza ninguna actividad física moderada por al menos 10 minutos seguidos? | <b>[Pase a P19.5]</b> |
| 7 7 | No sabe/No está seguro  | <b>[Pase a P19.5]</b> |
| 9 9 | Se niega a contestar  | <b>[Pase a P19.5]</b> |

**19.4** En los días que realiza actividades moderadas durante al menos 10 minutos seguidos, ¿cuánto tiempo al día utiliza para estas actividades? (204-206)

- |       |                        |
|-------|------------------------|
| — : — | Horas y minutos al día |
| 7 7 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 9 9 | Se niega a contestar   |

**19.5** Al pensar ahora en las actividades vigorosas que realiza en una semana normal, **[indique "cuando no trabaja" si es "empleado" o "trabajador independiente"]** ¿realiza actividades vigorosas al menos durante 10 minutos seguidos? Esto puede incluir correr, ejercicios aeróbicos, labores pesadas de jardinería o cualquier actividad que cause un aumento en la frecuencia cardiaca o la respiración. (207)

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

**19.6** ¿Cuántos días a la semana realiza estas actividades vigorosas durante al menos 10 minutos seguidos? (208-209)

- |     |   |                                      |
|-----|---|--------------------------------------|
| — — | Días por semana   |                                      |
| 8 8 | No realiza ninguna actividad física vigorosa por al menos 10 minutos seguidos | <b>[Pase a la siguiente sección]</b> |
| 7 7 | No sabe/No está seguro  | <b>[Pase a la siguiente sección]</b> |
| 9 9 | Se niega a contestar  | <b>[Pase a la siguiente sección]</b> |

**19.7** En los días que realiza actividades vigorosas durante al menos 10 minutos seguidos, ¿cuánto tiempo al día utiliza para estas actividades? (210-212)

- :— Horas y minutos al día
- 7 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 9 Se niega a contestar

## Sección 20: VIH/SIDA

---

**Nota de CATI: si la persona encuestada tiene 65 años o más, pase a la siguiente sección.**

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 necesita contestar todas las preguntas si no lo desea. Aún cuando le hagamos preguntas sobre las pruebas, no le pediremos los resultados de las pruebas que usted se haya hecho.

**20.1** ¿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. (213)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a P20.5]**
- 7 No sabe/No está seguro **[Pase a P20.5]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a P20.5]**

**20.2** Sin incluir las donaciones de sangre, ¿en qué mes y año se realizó la prueba del VIH por última vez? (214-219)

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

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

**20.3** ¿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 hospital, en un centro de atención médica, en una cárcel o prisión, en una institución de tratamiento contra la drogadicción, en la casa o en cualquier otro sitio. (220-221)

- 0 1 Consultorio de un médico particular o de una HMO
- 0 2 Centro de consejería y pruebas
- 0 3 Hospital
- 0 4 Centro de atención médica
- 0 5 Cárcel o prisión (u otra institución correccional)
- 0 6 Institución de tratamiento contra la drogadicción
- 0 7 En la casa
- 0 8 En cualquier otro sitio
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar

**Nota de CATI: pregunte P20.4 si P20.2 = En los últimos 12 meses. De no ser así, pase a P20.5.**

**20.4** ¿Fue una prueba rápida que le permitió conocer los resultados en un par de horas? (222)

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

**20.5** 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? (223)

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

## Sección 21: 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.

**21.1** ¿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.”**

(224)

**Por favor 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

**21.2** En términos generales, ¿qué tan satisfecho está con su vida?

(225)

**Por favor léale:**

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

**No le lea:**

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

## Sección 22: Sobrevivientes de cáncer

---

Ahora voy a hacerle preguntas sobre el cáncer.

- 22.1**            ¿ALGUNA VEZ un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía cáncer? (226)

**Léale solo si es necesario:** Por "otro profesional de la salud" nos referimos a una enfermera especializada, un auxiliar médico, una trabajadora social o algún otro profesional de la salud con licencia para ejercer.

- |   |                        |   |
|---|------------------------|---|
| 1 | Sí                     |   |
| 2 | No                     | <b>[Pase a párrafo de cierre de sección básica]</b> |
| 7 | No sabe/No está seguro | <b>[Pase a párrafo de cierre de sección básica]</b> |
| 9 | Se niega a contestar   | <b>[Pase a párrafo de cierre de sección básica]</b> |

- 22.2**            ¿Cuántos tipos de cáncer ha tenido? (227)

- |   |                        |   |
|---|------------------------|---|
| 1 | Solo uno               |   |
| 2 | Dos                    |   |
| 3 | Tres o más             |   |
| 7 | No sabe/No está seguro | <b>[Pase a párrafo de cierre de sección básica]</b> |
| 9 | Se niega a contestar   | <b>[Pase a párrafo de cierre de sección básica]</b> |

- 22.3**            ¿Qué edad tenía cuando le dijeron que tenía cáncer? (228-229)

- |     |   |
|-----|---|
| __  | Codifique la edad en años {97 = 97 y más} |
| 9 8 | No sabe/No está seguro                    |
| 9 9 | Se niega a contestar                      |

**Nota de CATI:** si P22.2 = 2 (Dos) o 3 (Tres o más), pregunte: "¿qué edad tenía cuando se le diagnosticó cáncer por primera vez?"

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** esta pregunta se refiere a la primera vez que le dijeron a la persona encuestada que tenía un cáncer.

22.4 ¿Qué tipo de cáncer era?

(230-231)

Si P22.2 = 2 (Dos) o 3 (Tres o más), pregunte: ¿“qué tipo de cáncer le diagnosticaron más recientemente?”

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: por favor léale la lista solo si la persona encuestada necesita que le ayuden a identificar el tipo de cáncer (es decir, el nombre del cáncer) [1-28]:**

**Mama**

0 1 Cáncer de mama

**Aparato reproductor femenino (cáncer ginecológico)**

0 2 Cáncer de cuello uterino (cáncer cervicouterino)

0 3 Cáncer endometrial (cáncer del útero)

0 4 Cáncer ovárico (cáncer de ovario)

**Cabeza/Cuello**

0 5 Cáncer de cabeza y cuello

0 6 Cáncer bucal

0 7 Cáncer faríngeo (garganta)

0 8 Cáncer de la tiroides

**Gastrointestinal**

0 9 Cáncer de colon (intestino)

1 0 Cáncer esofágico (esófago)

1 1 Cáncer hepático (hígado)

1 2 Cáncer pancreático (páncreas)

1 3 Cáncer rectal (recto)

1 4 Cáncer de estómago

**Leucemia/linfoma (ganglios linfáticos y médula ósea)**

1 5 Linfoma de Hodgkin (enfermedad de Hodgkin)

1 6 Leucemia (cáncer de la sangre)

1 7 Linfoma no Hodgkin

**Aparato reproductor masculino**

1 8 Cáncer de próstata

1 9 Cáncer testicular

**Piel**

2 0 Melanoma

2 1 Otro tipo de cáncer de piel

**Tórax**

2 2 Cáncer de corazón

2 3 Cáncer de pulmón

**Cáncer de las vías urinarias:**

2 4 Cáncer de la vejiga

2 5 Cáncer renal (riñón)

**Otros**

- 2 6 Cáncer de huesos
- 2 7 Cáncer de cerebro
- 2 8 Neuroblastoma
- 2 9 Otro

**No le lea:**

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

**[CELL PHONE QUESTIONS to be inserted in Demographics Section following Q12.19]**

**12.19a** ¿Tiene usted un teléfono celular para uso personal? Por favor incluya los teléfonos celulares que usa para trabajar y para fines personales. (232)

- 1 Sí [Pase a P12.19c]
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**12.19b** ¿Comparte usted su teléfono celular personal (al menos un tercio del tiempo) con otros adultos? (233)

- 1 Sí [Pase a P12.19d]
- 2 No [Pase a P12.20]
- 7 No sabe/No está seguro [Pase a P12.20]
- 9 Se niega a contestar [Pase a P12.20]

**12.19c.** ¿Por lo general, comparte usted este teléfono celular (al menos por un tercio del tiempo) con otros adultos? (234)

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

**12.19d.** Piense en todas las llamadas que recibe tanto a través de teléfono fijo como a través del teléfono celular, ¿qué porcentaje de esas llamadas, del 0 al 100, recibe en su teléfono celular? (235-237)

- — — Anote el porcentaje (1 a 100)
- 8 8 8 Cero
- 7 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 9 Se niega a contestar

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

### **Párrafo de cierre**

#### **Por favor léale:**

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

**O**

### **Transición a módulos y a preguntas complementarias hechas por los estados**

#### **Por favor léale:**

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

## Módulos opcionales

### Módulo 1: Prediabetes

---

**NOTA: solo se hacen las preguntas de este módulo si la persona contestó "Sí" (código = 1) a la pregunta básica P6.1 (pregunta sobre si sabe si tiene 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 P6.1 = 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 P6.1 (código = 1) es "Sí".**

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

- |   |   |   |
|---|---|---|
| — | — | Codifique la edad en años [97 = 97 y más] |
| 9 | 8 | No sabe/No está seguro                    |
| 9 | 9 | Se niega a contestar                      |

2. ¿Está tomando insulina? (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
- 8 8 8 Nunca
- 7 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 9 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
- 5 5 5 No tiene pies
- 8 8 8 Nunca
- 7 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 9 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]
- 8 8 Ninguno
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 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]
- 8 8 Ninguno
- 9 8 Nunca ha oído hablar de la prueba "A1C".
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 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 detectar heridas o irritaciones?

(260-261)

— — Número de veces [76 = 76 o más]  
8 8 Ninguno  
7 7 No sabe/No está seguro  
9 9 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)  
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  
8 8 Ninguno  
7 7 No sabe/No está seguro  
9 9 Se niega a contestar

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

(267-268)

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

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

(269-270)

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

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

(271-272)

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

## Módulo 4: Deterioro de la vista y acceso al cuidado médico de los ojos

---

**Nota de CATI: si la persona encuestada tiene menos de 40 años, 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 estuviese usando.

1. ¿Qué grado de dificultad tiene, de haberla, para reconocer a un amigo al otro lado de la calle? Diría usted que... (273)

**Por favor 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
- 8 No se aplica (la persona es ciega) **[Pase al siguiente módulo]**
- 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 números del teléfono? Diría usted que... (274)

**Por favor 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
- 8 No se aplica (la persona es ciega) **[Pase al siguiente módulo]**
- 9 Se niega a contestar

3. ¿Cuándo fue la última vez que un médico o un oculista le hizo un examen de los ojos?  
(275)

**Léale solo si es necesario:**

- |   |  |                    |
|---|--|--------------------|
| 1 | En el último mes (hace menos de 1 mes)             | <b>[Pase a P5]</b> |
| 2 | En el último año (hace 1 mes pero menos de 12)     | <b>[Pase a P5]</b> |
| 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 7 | No sabe/No está seguro             |                                   |
| 8 8 | No se aplica (la persona es ciega) | <b>[Pase al siguiente módulo]</b> |
| 9 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?

(276-277)

**Léale solo si es necesario:**

- |     |   |  |
|-----|---|--|
| 0 1 | Costo/seguro  |  |
| 0 2 | No tiene / no conoce ningún oculista  |  |
| 0 3 | No tiene los medios para llegar al consultorio/centro de salud (muy lejos; no tiene medios de transporte) |  |
| 0 4 | No pudo hacer una cita  |  |
| 0 5 | No tiene ningún motivo para ir (ningún problema)  |  |
| 0 6 | No se le ha ocurrido  |  |
| 0 7 | Otro  |  |

**No le lea:**

- |     |                                    |                                   |
|-----|------------------------------------|-----------------------------------|
| 7 7 | No sabe/No está seguro             |                                   |
| 0 8 | No se aplica (la persona es ciega) | <b>[Pase al siguiente módulo]</b> |
| 9 9 | Se niega a contestar               |                                   |

**Nota de CATI: sáltese 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.

(278)

**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)     |
| 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
- 8 No se aplica (la persona es ciega) **[Pase al siguiente módulo]**
- 9 Se niega a contestar

6. ¿Tiene algún tipo de cobertura médica para problemas de la vista?

(279)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 8 No se aplica (la persona es ciega) **[Pase al siguiente módulo]**
- 9 Se niega a contestar

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

(280)

- 1 Sí
- 2 Sí, pero las operaron
- 3 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 8 No se aplica (la persona es ciega) **[Pase al siguiente módulo]**
- 9 Se niega a contestar

8. ¿Le dijo ALGUNA VEZ un oculista u otro profesional de la salud que tenía glaucoma?

(281)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 8 No se aplica (la persona es ciega) **[Pase al siguiente módulo]**
- 9 Se niega a contestar

**Por favor léale:**

La degeneración macular relacionada con la edad o AMD, por sus siglas en inglés, es una enfermedad que afecta la mácula, es decir, la parte del ojo que le permite ver los detalles.

9. ¿Le ha dicho ALGUNA VEZ un oculista u otro profesional de la salud que tenía degeneración macular relacionada con la edad?

(282)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 8 No se aplica (la persona es ciega) **[Pase al siguiente módulo]**
- 9 Se niega a contestar

## Módulo 5: Sueño insuficiente

---

Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus patrones de sueño.

1. 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 sueño que considera que debiera tener.

**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.**

(283-284)

— —	Número de horas [01-24]
7 7	No sabe/No está seguro
9 9	Se niega a contestar

2. ¿Usted ronca?

**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.**

(285)

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

**(286-287 SE DEJÓ EN BLANCO EN FORMA INTENCIONAL)**

3. En los últimos 30 días, ¿cuántos días sintió que durante el día se quedaba dormido sin querer?

(288-289)

— —	Número de días [01-30]
8 8	Ninguno
7 7	No sabe/No está seguro
9 9	Se niega a contestar

4. Durante los últimos 30 días, ¿ha cabeceado o se ha quedado dormido, aunque sea por un solo instante, mientras conducía??

(290)

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 6: 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 P9.1 = 1 (Sí), pregunte P1. Si la respuesta a la pregunta básica P9.1 = 2, 7, o 9, salte P1.**

1. Después de su ataque cardíaco, ¿acudió a algún tipo de rehabilitación en consulta externa? A esto a veces le llaman en inglés "rehab". (291)
- |   |                        |
|---|------------------------|
| 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 P9.3 = 1 (Sí), pregunte P2. Si la respuesta a la pregunta básica P9.3 = 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". (292)
- |   |                        |
|---|------------------------|
| 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? (293)
- |   |                        |                                   |
|---|------------------------|-----------------------------------|
| 1 | Sí                     | <b>[Pase al siguiente módulo]</b> |
| 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? (294)

**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 7: Medidas para controlar la hipertensión arterial

---

**Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P7.1 = 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)? (295)

- 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)? (296)

- 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)? (297)

- 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)? (298)

- 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)? (299)
- 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)? (300)
- 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)? (301)
- 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)? (302)
- 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)? (303)
- 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? (304)

**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 límite o que era prehipertenso
- 7 No sabe/No está segura
- 9 Se niega a contestar

## Módulo 8: 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?) (305)

- 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?) (306)

- 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?) (307)

- 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 cardíaco?) (308)

- 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 cardíaco?) (309)

- 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 cardíaco?) (310)

- 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?) (311)

- 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?) (312)

- 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?) (313)

- 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?) (314)
- 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?) (315)
- 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?) (316)
- 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? (317)
- 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 9: Salud de la mujer

---

**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 la existencia de un posible cáncer de mama. ¿Alguna vez se ha hecho una mamografía?

(318)

- |   |                        |             |
|---|------------------------|-------------|
| 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?

(319)

**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?

(320)

- |   |                        |             |
|---|------------------------|-------------|
| 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?

(321)

**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 o "Pap" es un examen para detectar la existencia de cáncer de cuello uterino. ¿Alguna vez se ha hecho un Pap?

- 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 el Pap? (323)

**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 P12.21 = 1 (está embarazada), pase a la siguiente sección.**

7. ¿Le han hecho una histerectomía? (324)

**Léale solo si es necesario:** La histerectomía es una cirugía mediante la cual se extrae el útero (la matriz).

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

## Módulo 10: Detección del cáncer de próstata

---

**Nota de CATI: si la persona encuestada tiene  $\leq 39$  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 usa para detectar el cáncer de próstata. ¿Alguna vez se ha hecho la prueba del PSA? (325)

- |   |                          |             |
|---|--------------------------|-------------|
| 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 la prueba del PSA? (326)

**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. El tacto rectal es un examen en el que un médico, un enfermero u otro profesional de la salud palpa el recto con el dedo enguantado para examinar el tamaño, la forma y la dureza de la glándula prostática. ¿Alguna vez le han hecho un tacto rectal? (327)

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

4. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un tacto rectal? (328)

**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

5. ¿Alguna vez un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le dijo que tiene cáncer de próstata? (329)

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

## Módulo 11: Detección de cáncer colorrectal

---

**Nota de CATI: si la persona encuestada tiene  $\leq$  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? (330)

- 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? (331)

**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 2 años pero menos de 5)
- 5 Hace 5 años o más

**No le lea:**

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

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 señales de cáncer u otros problemas de salud. ¿Alguna vez se ha hecho uno de estos exámenes?

(332)

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

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 del procedimiento. ¿El ÚLTIMO examen que se hizo fue una sigmoidoscopia o una colonoscopia?

(333)

- |   |                        |
|---|------------------------|
| 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?

(334)

**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 2 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 12: Supervivencia al cáncer

---

**Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P22.1 = 1 (Sí), continúe. De no ser así, pase al siguiente módulo.**

Anteriormente usted indicó que su médico le dijo que tenía cáncer. Ahora le preguntaré sobre su experiencia con el cáncer.

1. ¿Está recibiendo actualmente tratamiento para el cáncer? Por tratamiento nos referimos a cirugía, radioterapia, quimioterapia o píldoras para la quimioterapia. (335)

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

2. ¿Qué tipo de doctor proporciona la mayor parte de su atención médica? (336-337)

**Por favor léale [1-10]:**

0 1	Cirujano especialista en cáncer
0 2	Médico de familia
0 3	Cirujano general
0 4	Oncólogo ginecólogo
0 5	Internista
0 6	Cirujano plástico o de cirugía reconstructiva
0 7	Oncólogo médico
0 8	Oncólogo radiólogo
0 9	Urólogo
1 0	Otro

**No le lea:**

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

3. ¿ALGUNA VEZ un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le proporcionó un resumen escrito de todos los tratamientos contra el cáncer que ha recibido? (338)

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

4. ¿ALGUNA VEZ un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dio instrucciones sobre *adónde* debería volver o *a quién* debería consultar para que le hicieran chequeos rutinarios de cáncer después de completar su tratamiento? (339)

1 Sí  
2 No [Pase a P6]  
7 No sabe/No está seguro [Pase a P6]  
9 Se niega a contestar [Pase a P6]

5. ¿Le dieron estas instrucciones impresas o por escrito? (340)

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

6. Durante su diagnóstico más reciente de cáncer, ¿tenía usted un seguro médico que pagó todo o parte de su tratamiento para el cáncer? (341)

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

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: “seguro médico” también incluye Medicare, Medicaid u otro tipo de programas de seguro médico estatales.**

7. ¿ALGUNA VEZ le negaron un seguro médico o de vida debido a su cáncer? (342)

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

8. ¿Participó en estudios clínicos como parte de su tratamiento contra el cáncer? (343)

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

9. ¿Actualmente tiene dolor físico debido a su cáncer o a su tratamiento para el cáncer?  
(344)

- |   |                        |                            |
|---|------------------------|----------------------------|
| 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] |

10. ¿Su dolor está bajo control actualmente?  
(345)

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

## Módulo 13: Antecedentes de asma en adultos

---

**Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P10.1 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?  
(346-347)

- |     |                                       |
|-----|---------------------------------------|
| —   | 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 P10.2 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?  
(348)

- |   |                        |             |
|---|------------------------|-------------|
| 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? (349-350)

— — 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? (351-352)

— — 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? (353-354)

— — 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? (355-357)

— — — 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... (358)

**Por favor léale:**

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

**No le lea:**

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

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

(359)

**Por favor 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?

(360)

**Por favor 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? (361)

**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 14: Control de la artritis

---

**Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P17.1 = 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? (362)

**Por favor 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? (363)

- 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? (364)

**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? (365)

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

## Módulo 15: 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? (366)

- 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? (367)

- 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?

(368)

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

## Módulo 16: 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. Existe una vacuna para prevenir el virus del papiloma humano o la infección por el VPH que se conoce como vacuna contra el cáncer de cuello uterino, vacuna contra el VPH o GARDASIL® ¿ALGUNA VEZ le han puesto la vacuna contra el VPH?

(369)

- 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?

(370-371)

- – Número de inyecciones
- 0 3 Todas las inyecciones
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar

## Módulo 17: Culebrilla

---

**Nota de CATI: si la persona encuestada tiene  $\leq$  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<sup>®</sup>, la vacuna contra el herpes zóster o la vacuna contra la culebrilla (en inglés *shingles*) ¿Le han puesto esta vacuna? (372)

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

## Módulo 18: Persona a cargo del cuidado de otra

---

**Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P13.1 = 1 (Sí), continúe. De no ser así, pase al siguiente módulo.**

Usted señaló anteriormente que proporciona cuidados a un amigo o un familiar.

1. ¿Qué edad tiene la persona que está bajo su cuidado? (373-375)

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: si es más de una persona, pregunte "¿qué edad tiene la persona a la que usted cuida más?"**

- Codifique la edad en años [0-115]
- 7 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 9 Se niega a contestar

El resto de estas preguntas se referirá a la persona que usted cuida más.

2. ¿Esta persona es hombre o mujer? (376)

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

3. ¿Cuál es el parentesco? Por ejemplo, si la persona es su (madre/hija o padre/hijo)  
(377-378)

**No le lea:**

- 0 1 Padre o madre
- 0 2 Suegro o suegra
- 0 3 Hijo o hija
- 0 4 Esposo o esposa
- 0 5 Hermano o hermana
- 0 6 Abuelo o abuela
- 0 7 Nieto o nieta
- 0 8 Otro familiar
- 0 9 No tiene parentesco
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar

4. ¿Desde hace cuánto tiempo ha cuidado a "esa persona"? [CATI: código de P3]. Si P3 = 77 (No sabe / No está seguro) o 99 (Se niega a contestar), diga "esa persona".  
(379-381)

**NOTA: codifique con la unidad de tiempo que menciona la persona encuestada.**

- 1 \_\_ Días
- 2 \_\_ Semanas
- 3 \_\_ Meses
- 4 \_\_ Años
- 7 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 9 Se niega a contestar

5. De acuerdo con lo que dijo el médico, ¿cuál es el principal problema de salud, la enfermedad prolongada o la discapacidad que tiene esa persona? [Marque sólo una afección].  
(382-383)

**No le lea:**

**Afección/Enfermedad física**

- 0 1 Artritis/Reumatismo
- 0 2 Asma
- 0 3 Cáncer
- 0 4 Diabetes
- 0 5 Enfermedad del corazón
- 0 6 Hipertensión/Presión arterial alta
- 0 7 Enfermedad pulmonar/Enfisema
- 0 8 Osteoporosis
- 0 9 Enfermedad de Parkinson
- 1 0 Accidente cerebrovascular

**Discapacidad**

- 1 1 Ojos/Problemas de la vista (ceguera)
- 1 2 Problemas de audición (sordera)
- 1 3 Esclerosis múltiple (MS)
- 1 4 Lesión de la médula espinal
- 1 5 Lesión cerebral traumática (TBI, por sus siglas en inglés)

**Problemas de aprendizaje/conocimiento**

- 1 6 Enfermedad de Alzheimer o Demencia
- 1 7 Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés)
- 1 8 Discapacidades del aprendizaje (LD, por sus siglas en inglés)

**Deficiencia del desarrollo**

- 1 9 Parálisis cerebral infantil (CP, por sus siglas en inglés)
- 2 0 Síndrome de Down
- 2 1 Otras discapacidades del desarrollo (p.ej., espina bífida, distrofia muscular, síndrome X frágil)

**Salud mental**

- 2 2 Ansiedad
- 2 3 Depresión
- 2 4 Otro
  
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar

6. ¿En cuáles de las siguientes áreas necesita más de su ayuda la persona bajo su cuidado?

(384-385)

**Por favor léale:**

- 0 1 Cuidar de sí misma, como comer, vestirse o bañarse
- 0 2 Cuidar de su casa o de los espacios que habita, como limpiar, administrar las finanzas o preparar las comidas
- 0 3 Comunicarse con los demás
- 0 4 Aprender o recordar
- 0 5 Ver u oír
- 0 6 Movilizarse en la casa
- 0 7 Trasladarse a otros lugares fuera de la casa
- 0 8 Relacionarse con otras personas
- 0 9 Aliviar o disminuir la ansiedad o la depresión

**No le lea:**

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

7. En una semana normal, ¿durante cuántas horas cuida de [CATI: código de P3] debido a su problema de salud, enfermedad prolongada o discapacidad?

(386-388)

**Nota: redondee hacia el siguiente número entero de horas.**

**No le lea:**

- — — Horas por semana
- 7 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 9 Se niega a contestar

8. Le voy a leer una lista de problemas que usted posiblemente ha enfrentado al cuidar de otra persona. Por favor, indique cuál es el problema principal que ha enfrentado en esta tarea.

(389-390)

**Por favor léale:**

- 0 1 Representa una carga financiera
- 0 2 No le deja suficiente tiempo para usted
- 0 3 No le deja suficiente tiempo para su familia
- 0 4 Interfiere con su trabajo
- 0 5 Origina estrés
- 0 6 Causa o empeora problemas de salud
- 0 7 Afecta las relaciones familiares
- 0 8 Otra dificultad
- 8 8 No representa una dificultad

**No le lea:**

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

9. Durante el último año, ¿la persona que usted cuida ha presentado cambios en la memoria o en la manera en que razona?

(391)

**Léale solo si es necesario: “Tiene más dificultad para recordar personas, lugares o cosas, o no tiene la misma facilidad que antes para comprender o tomar decisiones”.**

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

## Módulo 19: 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... (392)

**Por favor léale:**

- 1 Bien preparada
- 2 Más o menos preparada
- 3 No está preparada de ninguna manera

**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. (393)

- 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. (394)

- 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? (395)

- 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? (396)

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? (397)

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? (398)

**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? (399)

**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 un desastre o una emergencia de grandes proporciones que obligue a evacuar el lugar?  
(400)

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?  
(401)

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?  
(402-403)

**Léale solo si es necesario:**

0 1 Falta de medios de transporte  
0 2 Falta de confianza en los funcionarios públicos  
0 3 Preocupación por la propiedad que deja abandonada  
0 4 Preocupación por la seguridad personal  
0 5 Preocupación por la seguridad de la familia  
0 6 Preocupación por abandonar las mascotas  
0 7 Preocupación por las congestiones de tráfico y no poder salir  
0 8 Problemas de salud (no puede ser transportado)  
0 9 Otro

**No le lea:**

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

## Módulo 20: 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 que 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? (404)

- 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? (405)

- 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? (406)

- 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? (407)

- 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 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? (408)

- 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? (409)

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

## Módulo 21: Enfermedad mental y su estigma

---

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre cómo se ha sentido en **los últimos 30 días**.

1. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se sintió **nervioso**, diría usted que **todo** el tiempo, **casi todo** el tiempo, **algunas** veces, **pocas** veces o **ninguna** vez? (410)

- 1 Todo el tiempo
- 2 Casi todo el tiempo
- 3 Algunas veces
- 4 Pocas veces
- 5 Ninguna vez
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

2. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se sintió **desesperanzado**, diría usted que **todo** el tiempo, **casi todo** el tiempo, **algunas** veces, **pocas** veces o **ninguna** vez? (411)

- 1 Todo el tiempo
- 2 Casi todo el tiempo
- 3 Algunas veces
- 4 Pocas veces
- 5 Ninguna vez
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

3. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se sintió **agitado** o **inquieto**?

**[De ser necesario léale: todo el tiempo, casi todo el tiempo, algunas veces, pocas veces o ninguna vez].**

(412)

- 1 Todo el tiempo
- 2 Casi todo el tiempo
- 3 Algunas veces
- 4 Pocas veces
- 5 Ninguna vez
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

4. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se sintió **tan deprimido** que nada lo animaba?

**[De ser necesario léale: todo el tiempo, casi todo el tiempo, algunas veces, pocas veces o ninguna vez].**

(413)

- 1 Todo el tiempo
- 2 Casi todo el tiempo
- 3 Algunas veces
- 4 Pocas veces
- 5 Ninguna vez
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

5. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia sintió que **todo le costaba trabajo**?

**[De ser necesario léale: todo el tiempo, casi todo el tiempo, algunas veces, pocas veces o ninguna vez].**

(414)

- 1 Todo el tiempo
- 2 Casi todo el tiempo
- 3 Algunas veces
- 4 Pocas veces
- 5 Ninguna vez
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

6. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se sintió **inútil**?

**[De ser necesario léale: todo el tiempo, casi todo el tiempo, algunas veces, pocas veces o ninguna vez].**

(415)

- 1 Todo el tiempo
- 2 Casi todo el tiempo
- 3 Algunas veces
- 4 Pocas veces
- 5 Ninguna vez
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

La pregunta siguiente se refiere a si algún tipo de afección mental o de problema emocional ha impedido que usted trabaje o realice sus actividades cotidianas.

7. En los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos días **no pudo** trabajar o realizar otras actividades cotidianas debido a una afección mental o a un problema emocional?

(416-417)

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

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** si le preguntan, las "**actividades cotidianas**" incluyen quehaceres de la casa, cuidados personales, cuidados de otras personas, voluntariado, asistencia a la escuela, estudio o actividades de recreación.

8. ¿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? (418)

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

Las preguntas siguientes se refieren a las actitudes de las personas hacia las enfermedades mentales y su tratamiento. Diga qué tanto está **de acuerdo** o **en desacuerdo** con las siguientes declaraciones sobre las personas con enfermedades mentales:

9. El tratamiento puede ayudar a que las personas con enfermedades mentales lleven una vida normal. ¿Usted está ligeramente o completamente **de acuerdo** o ligeramente o completamente **en desacuerdo**? (419)

**Léale solo si es necesario:**

- 1 Totalmente de acuerdo
- 2 Ligeramente de acuerdo
- 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4 Ligeramente en desacuerdo
- 5 Completamente en desacuerdo

**No le lea:**

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

10. La gente en general se preocupa por las personas con enfermedades mentales y se muestra comprensiva con ellas. ¿Usted está ligeramente o completamente **de acuerdo** o ligeramente o completamente **en desacuerdo**? (420)

**Léale solo si es necesario:**

- 1 Totalmente de acuerdo
- 2 Ligeramente de acuerdo
- 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4 Ligeramente en desacuerdo
- 5 Completamente en desacuerdo

**No le lea:**

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

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** si le preguntan cuál es el propósito de P9 o P10 diga: "las respuestas a estas preguntas las utilizarán los planificadores de los cuidados de la salud para ayudar a comprender las actitudes de la gente hacia las enfermedades mentales y su tratamiento y a guiar los programas de educación en salud".

## Módulo 22: Detectores de monóxido de carbono y generadores a gas

Las preguntas siguientes se refieren a los detectores de monóxido de carbono y los generadores a gas que utiliza en su casa.

1. Un detector de monóxido de carbono o CO revisa los niveles de monóxido de carbono en su casa. Es diferente a un detector de humo de incendios. ¿Tiene en su casa un detector de monóxido de carbono? (421)

1	Sí	
2	No	[Pase a P4]
7	No sabe/No está seguro	[Pase a P4]
9	Se niega a contestar	[Pase a P4]

2. ¿Su detector de monóxido de carbono utiliza baterías como fuente de energía principal o de emergencia? (422)

1	Sí	
2	No	[Pase a P4]
7	No sabe/No está seguro	[Pase a P4]
9	Se niega a contestar	[Pase a P4]

3. ¿Cuándo fue la última vez que cambió las baterías de su detector de monóxido de carbono? (423)

**Por favor léale:**

1	En los últimos 6 meses
2	Hace más de 6 meses, pero menos de 1 año
3	Hace un año o más
4	Nunca

**No le lea:**

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

4. ¿ALGUNA VEZ alguien en su casa ha utilizado durante un corte de energía un generador que funcione con gasolina o diesel? (424)

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]

5. En el último año, ¿alguien ha usado en su casa un generador que funcione con gasolina o diesel durante un corte de energía eléctrica? (425)

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

6. ¿Por lo general dónde coloca el generador cuando está funcionando? (426)

**Por favor léale:**

1 Afuera, a menos de 20 pies de la casa  
2 Afuera, a 20 pies o más de la casa  
3 Adentro de la casa  
4 Adentro de un garaje adjunto o en un porche encerrado  
5 En un garaje, un cobertizo o una estructura independiente  
6 En otro lugar

**No le lea:**

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

7. ¿Cuál de los siguientes factores es más importante al escoger el lugar donde coloca un generador en funcionamiento? (427)

**Por favor léale:**

1 El manual de instrucciones para el usuario  
2 Las condiciones del tiempo, como lluvia, nieve, viento o hielo  
3 La longitud del cable para la conexión  
4 La necesidad de evitar que se roben el generador  
5 Otro

**No le lea:**

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

8. ¿El generador que comúnmente utiliza cuando hay un corte en la energía eléctrica de su casa es propio, rentado o prestado? (428)

1 Propio  
2 Rentado  
3 Prestado  
7 No sabe/No está seguro  
9 Se niega a contestar

## Módulo 23: Contexto social

---

Hay muchos factores que pueden afectar la salud de una persona. Le voy a preguntar sobre varios factores que pueden afectar la salud de una persona.

1. ¿Su casa es propia o rentada?

(429)

**Por favor léale:**

- 1 Propia
- 2 Rentada
- 3 Otra situación de vivienda **[Pase a P3]**

**No le lea:**

- 7 No sabe/No está seguro **[Pase a P3]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a P3]**

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: “otra situación” puede incluir habitar una casa en forma grupal o vivir con amigos o familiares sin pagar renta.**

2. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia diría usted que estuvo preocupado o estresado sobre si tendría dinero suficiente para pagar la renta o la hipoteca? Diría que estuvo preocupado o estresado:

(430)

**Por favor léale:**

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

**No le lea:**

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

3. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia diría usted que estuvo preocupado o estresado sobre si tendría dinero suficiente para comprar alimentos nutritivos? Diría que estuvo preocupado o estresado:

(431)

**Por favor léale:**

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

**No le lea:**

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

**Si la respuesta a la pregunta básica P12.9 = 1 (Empleado asalariado) o 2 (Trabajador independiente), vaya a P4 y P5.**

**Si la respuesta a la pregunta básica P12.9 = 3 (Desempleado desde hace más de 1 año), 4 (Desempleado desde hace menos de 1 año) o 7 (Jubilado), vaya a P6 y P7.**

**Si la respuesta a la pregunta básica P12.9 = 5 (Encargado de las tareas del hogar), 6 (Estudiante) u 8 (Incapacitado para trabajar), vaya a P7.**

**4.** En su empleo o negocio principal, ¿cómo le pagan por su trabajo?

(432)

- 1 Con un salario
- 2 Por hora
- 3 Por trabajo o tarea (p.ej., comisión, por proyecto o pieza)
- 4 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 (De otra manera).**

**5.** ¿Aproximadamente cuántas horas trabaja a la semana contando todos sus empleos o negocios?

(433-434)

- |     |                        |                    |
|-----|------------------------|--------------------|
| — — | Horas (01-96 o más)    | <b>[Pase a P8]</b> |
| 9 7 | No sabe/No está seguro | <b>[Pase a P8]</b> |
| 9 8 | No trabaja             | <b>[Pase a P8]</b> |
| 9 9 | Se niega a contestar   | <b>[Pase a P8]</b> |

**6.** Recuerde la última vez que trabajó en su empleo o negocio principal, ¿cómo le remuneraron su trabajo?

(435)

- 1 Con un salario
- 2 Por hora
- 3 Por trabajo o tarea (p.ej., comisión, por proyecto o pieza)
- 4 De otra manera
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

7. Recuerde la última vez que trabajó, ¿aproximadamente cuántas horas trabajó por semana en todos sus trabajos o negocios juntos? (436-437)

\_ \_ Horas (01-96 o más)  
 9 7 No sabe/No está seguro  
 9 8 No trabaja  
 9 9 Se niega a contestar

8. ¿Votó en las pasadas elecciones presidenciales? En las elecciones de noviembre del 2008 los candidatos fueron Barack Obama y John McCain. (438)

1 Sí  
 2 No  
 8 No se aplica (no me inscribí, no soy ciudadano estadounidense o no cumplo con los requisitos para votar)  
 7 No sabe/No está seguro  
 9 Se niega a contestar

## Módulo 24: 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 salte las preguntas que no desee 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? (439)

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? (440)

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

3. ¿Vivió con alguien que consumía drogas ilícitas adquiridas en la calle o que abusaba de medicamentos recetados? (441)
- 1 Sí
  - 2 No
  - 7 No sabe/No está seguro
  - 9 Se niega a contestar
4. ¿Vivió con alguien que estuvo preso o que fue sentenciado a cárcel, a prisión o a algún otro centro correccional? (442)
- 1 Sí
  - 2 No
  - 7 No sabe/No está seguro
  - 9 Se niega a contestar
5. ¿Sus padres estaban separados o divorciados? (443)
- 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? (444)
- 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... (445)
- 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 le dijo groserías, le insultó o le humilló? (446)
- 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? (447)
- 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? (448)
- 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 tener relaciones sexuales? (449)
- 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. ¿Desea que le dé ese número?

{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 25: Selección aleatoria de niños

**Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P12.7 = 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 P12.7 = 1, Encuestador, por favor 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 P12.7 es >1 y la respuesta a la pregunta básica P12.7 no es 88 ni 99, por favor 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 mellizos, de acuerdo al orden de nacimiento.

**INSTRUCCIONES 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 en su casa. Todas las preguntas que le haré a continuación se referirán al niño “X” **[CATI: por favor complete el número correspondiente]**.

1. ¿En qué mes y año nació el niño X? (465-470)

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

**INSTRUCCIONES DE CATI: calcule la edad del niño en meses (EDADNIÑO1=0 a 216) y también en años (EDADNIÑO2=0 a 17) con base en la fecha de la encuesta y el mes y el año de nacimiento utilizando un valor de 15 para el día del nacimiento. Si el niño seleccionado tiene <12 meses, ingrese los meses calculados en EDADNIÑO1 y 0 en EDADNIÑO2. Si el niño tiene ≥ 12 meses, ingrese los meses calculados en EDADNIÑO1 y anote EDADNIÑO2=Trunco (EDADNIÑO1/12).**

2. ¿El niño en cuestión, es niño o niña? (471)

1	Niño
2	Niña
9	Se niega a contestar

3. ¿El niño es hispano o latino? (472)

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?  
(473-478)

**[Marque todas las opciones que correspondan]**

**Por favor 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:**

- 9 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?  
(479)

- 1 Blanco
- 2 Negro o afroamericano
- 3 Asiático
- 4 Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico
- 5 Indoamericano o nativo de Alaska
- 6 Otro
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

6. ¿Cuál es su parentesco o relación con el niño?  
(480)

**Por favor léale:**

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

**No le lea:**

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

## Módulo 26: Prevalencia de asma infantil

---

**Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P12.7 = 88 (Ninguno) o 99 (Se niega a contestar), pase al siguiente módulo.**

Ahora quisiera preguntarle 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 tiene asma? (481)

- 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? (482)

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

## Módulo 27: Vacunas en la niñez

---

**Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P12.7 = 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  $\geq 6$  meses, continúe. De no ser así, pase al siguiente módulo.**

1. En los últimos 12 meses [indique: el niño/la niña] ¿ha sido vacunado contra la influenza? Hay dos tipos de vacuna contra la influenza. Una es la inyección y la otra es un atomizador nasal. (483)

- 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 al [indique: niño/la niña] la más reciente vacuna contra la influenza? La vacuna contra la influenza puede haber sido en inyección o en

atomizador nasal. El atomizador nasal es la vacuna contra la influenza que se rocía en la nariz.

(484-489)

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

## Módulo 28: Virus del papiloma humano (VPH) en niños

---

**Si el niño seleccionado es de sexo femenino y tiene entre 9 y 17 años de edad, continúe. De no ser así, pase al siguiente módulo.**

Tengo dos preguntas adicionales que hacerle sobre las vacunas que la niña seleccionada pudo haber recibido.

1. Existe una vacuna para prevenir el virus del papiloma humano o la infección por el VPH que se conoce como vacuna contra el cáncer de cuello uterino, vacuna contra el VPH o GARDASIL®. ¿ALGUNA VEZ le han puesto a esta niña la vacuna contra el VPH? (490)

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 seguro	[Pase al siguiente módulo]
9	Se niega a contestar	[Pase al siguiente módulo]

2. ¿Cuántas inyecciones de la vacuna contra el VPH le pusieron? (491-492)

__ __	Número de inyecciones
0 3	Todas las inyecciones
7 7	No sabe/No está seguro
9 9	Se niega a contestar

## Módulo 29: Tétanos y difteria (adolescentes)

---

**Nota de CATI: si el niño seleccionado tiene de 10 a 17 años de edad, continúe. De no ser así, pase al siguiente módulo.**

Quisiera preguntarle sobre la vacuna para su niño contra el tétanos y la difteria.

1. ¿En los últimos 10 años le han puesto al niño la vacuna contra el tétanos? (493)

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. ¿Le pusieron su más reciente vacuna contra el tétanos en el 2005 o después? (494)

- 1 Sí
- 2 No **[Vaya al final de los Módulos Opcionales]**
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

3. Actualmente existen dos tipos de vacuna contra el tétanos para niños mayores y adolescentes. 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 la vacuna reciente contra el tétanos que le pusieron a su niño incluía la vacuna contra la tos ferina? (495)

- 1 Sí (incluía la vacuna contra la tos ferina)
- 2 No (no incluía la vacuna contra la tos ferina)
- 7 No sabe/No está seguro
- 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?

(496)

- 1 Sí
- 2 No

¿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

Versión en español aprobada por CDC Multilingual Services – Order # 5996