

2001

Cuestionario del Sistema de Monitoreo de Factores de Riesgo del Comportamiento

SECCIONES PRINCIPALES

Sección 1: Estado general de salud.....	2
Sección 2: Acceso a servicios de salud y médicos	4
Sección 3: Ejercicio	5
Sección 4: Conocimiento acerca de la hipertensión	6
Sección 5: Conocimiento acerca del colesterol.....	7
Sección 6: Asma	8
Sección 7: Diabetes.....	9
Sección 8: Artritis	10
Sección 9: Inmunizaciones.....	12
Sección 10: Uso del tabaco	13
Sección 11: Consumo de alcohol	14
Sección 12: Armas de fuego.....	15
Sección 13: Demografía.....	16
Sección 14: Incapacidad.....	21
Sección 15: Actividad física	22
Sección 16: Exámenes para cáncer de próstata.....	24
Sección 17: Exámenes para cáncer colorrectal	26
Sección 18: VIH/SIDA (HIV/AIDS).....	27

MÓDULOS OPCIONALES

Módulo 1: Diabetes.....	32
Módulo 2: Comportamiento sexual	36
Módulo 3: Calidad de vida y cuidados por parte de otras personas	40
Módulo 4: Cobertura de seguros médicos y su utilización	44
Módulo 5: Salud de la mujer	47
Módulo 6: Salud bucal	50
Módulo 7: Historia del asma	52
Módulo 8: Ataques del corazón y derrames cerebrales	56
Módulo 9: Enfermedades cardiovasculares.....	59
Módulo 10: Frutas y vegetales	63
Módulo 11: Control del peso.....	65
Módulo 12: Ácido fólico.....	67
Módulo 13: Indicadores de uso de tabaco.....	69
Módulo 14: Otros derivados del tabaco	72

HOLA, estoy llamando de parte del _____ (nombre del Ministerio de la Salud) _____ y de los Centers for Disease Control and Prevention, la organización a cargo del control y la prevención de enfermedades. Me llamo _____ (nombre) _____. Estamos reuniendo información acerca de la salud de los residentes de _____ (estado) _____. Su número de teléfono se seleccionó al azar, y quisiera hacer algunas preguntas acerca de la salud y costumbres relacionadas a la salud.

¿Es éste el (número de teléfono) ? **Si contesta "no"** Muchas gracias, pero parece que marqué un número equivocado. Es posible que se llame a este número en otro momento. **Fin**

Tengo que seleccionar al azar a un adulto que viva en su hogar para una entrevista. ¿Cuántos miembros de su hogar, incluyéndole a usted, tienen por lo menos 18 años de edad?

___ Cantidad de adultos

De haber contestado "1" ¿Es usted el adulto?

De haber contestado "sí" Entonces usted es la persona con la que necesito hablar.
Ponga 1 hombre ó 1 mujer más abajo. (Pregunte el sexo de la persona de ser necesario). Pase a la página 2

De haber contestado "no" ¿El adulto, es hombre o mujer? **Ponga 1 hombre ó 1 mujer más abajo.** ¿Podría hablar con [use "él" o "ella" según la pregunta anterior]? **Pase a "entrevistado correcto" al pie de la página**

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

___ Cantidad de hombres

___ Cantidad de mujeres

La persona de su hogar con la que tengo que hablar es _____ .

Si es "usted," pase a la página 2

Al entrevistado correcto HOLA, me llamo _____ (nombre) _____ y estoy llamando de parte del _____ (nombre del Ministerio de la Salud) _____ y de los Centers for Disease Control and Prevention, la organización a cargo del control y la prevención de enfermedades. Estamos reuniendo información acerca de la salud de los residentes de _____ (estado) _____. Su número de teléfono ha sido seleccionado al azar para una entrevista, y quisiera hacerle algunas preguntas acerca de la salud y costumbres relacionadas a la salud.

No le pedimos su nombre, dirección, ni ninguna información personal por la que se le pueda identificar. No necesita contestar ninguna pregunta si no quiere, y tiene plena libertad de terminar la entrevista en cualquier momento. La entrevista tomará muy poco tiempo y toda información que nos dé será confidencial. Si tuviera usted alguna pregunta acerca de esta encuesta, le proporcionaré un número de teléfono de llamada gratis donde usted puede llamar para obtener más detalles.

Sección 1: Estado general de salud

1.1. ¿Diría usted que su estado general de salud es ... ?:

(72)

		Léale estas respuestas al entrevistado
	1	Excelente
	2	Muy bueno
	3	Bueno
	4	Regular
	5	Deficiente
No lea estas respuestas	7	No sé/No estoy seguro(a)
	9	Rehusó

1.2. Y ahora, respecto de su salud física, que incluye toda enfermedad o lesión física, durante cuántos días en los últimos 30 días no estuvo usted con buena salud física?

(73-74)

		Número de días
— —	8 8	Ninguno
	7 7	No sé/No estoy seguro(a)
	9 9	Rehusó

1.3. Y ahora, respecto de su salud mental, que incluye estrés, depresión, y problemas emocionales, durante cuántos días en los últimos 30 días no estuvo usted con buena salud mental?

(75-76)

		Número de días
— —	8 8	Ninguno Si en la P1.2 también contestó "Ninguno," pase a la P2.1
	7 7	No sé/No estoy seguro(a)
	9 9	Rehusó

- 1.4. En los últimos 30 días, ¿durante más o menos cuántos días no pudo usted realizar sus actividades cotidianas, tales como sus cuidados personales, el trabajo o la recreación debido a mala salud física o mental? (77-78)

<u> </u>	<u> </u>	Número de días
8	8	Ninguno
7	7	No sé/No estoy seguro(a)
9	9	Rehusó

Sección 2: Acceso a servicios de salud y médicos

2.1. ¿Tiene usted algún tipo de cobertura para gastos relacionados con la salud, incluyendo un seguro médico, un plan prepagado como una HMO, o un plan del gobierno como por ejemplo Medicare? (79)

- | | |
|---|--|
| 1 | Sí |
| 2 | No Pase a la P2.3 |
| 7 | No sé/No estoy seguro(a) Pase a la P2.3 |
| 9 | Rehusó Pase a la P2.3 |

2.2. En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en que usted no tuvo ningún seguro médico o cobertura? (80)

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sé/No estoy seguro(a) |
| 9 | Rehusó |

2.3. ¿Tiene usted alguna persona a la que considere su médico de cabecera o proveedor de cuidados de salud? (81)

- | | | |
|----------------------------|---|--------------------------|
| Si contesta "no," | 1 | Sí, sólo una |
| pregunte si | 2 | Sí, más de una |
| "Hay <u>más de una</u> | 3 | No |
| persona a quien | 7 | No sé/No estoy seguro(a) |
| considere así, | 9 | Rehusó |
| o no hay <u>ninguna</u> ?" | | |

Sección 3: Ejercicio

- 3.1. Durante los últimos 30 días, aparte de su trabajo regular, ¿ha participado en alguna actividad física o ejercicio tal como correr, gimnasia, golf, jardinería o caminatas para hacer ejercicio? (82)

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sé/No estoy seguro(a) |
| 9 | Rehusó |

Sección 4: Conocimiento acerca de la hipertensión

4.1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, enfermero/a u otro profesional de la salud que tiene usted presión sanguínea alta? (83)

- 1 Sí
- 2 No **Pase a la P5.1**
- 7 No sé/No estoy seguro(a) **Pase a la P5.1**
- 9 Rehusó **Pase a la P5.1**

4.2. Actualmente, ¿está usted tomando medicamentos para su alta presión sanguínea? (84)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sé/No estoy seguro(a)
- 9 Rehusó

Sección 5: Conocimiento acerca del colesterol

5.1. El colesterol sanguíneo es una sustancia grasa que se encuentra en la sangre. ¿Alguna vez se ha hecho una prueba de su colesterol sanguíneo? (85)

- 1 Sí
- 2 No **Pase a la P6.1**
- 7 No sé/No estoy seguro(a) **Pase a la P6.1**
- 9 Rehusó **Pase a la P6.1**

5.2. ¿Cuánto hace, más o menos, desde la última vez que se le hiciera una prueba de su colesterol sanguíneo ? (86)

Léale estas respuestas al entrevistado sólo de ser necesario

- 1 Dentro del último año (en cualquier momento en los últimos 12 meses)
- 2 Dentro de los últimos 2 años (hace entre 1 y 2 años)
- 3 Dentro de los últimos 5 años (hace hace 2 años pero menos de 5 años)
- 4 Hace 5 ó más años
- 7 No sé/No estoy seguro(a)
- 9 Rehusó

5.3. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, enfermero/a u otro profesional de la salud que tiene usted el colesterol sanguíneo alto? (87)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sé/No estoy seguro(a)
- 9 Rehusó

Sección 6: Asma

6.1 ¿Alguna vez le ha dicho un médico, enfermero/a u otro profesional de la salud que usted tiene asma? (88)

- 1 Sí
- 2 No **Pase a la P7.1**
- 7 No sé/No estoy seguro(a) **Pase a la P7.1**
- 9 Rehusó **Pase a la P7.1**

6.2 ¿Todavía tiene usted asma? (89)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sé/No estoy seguro(a)
- 9 Rehusó

Sección 7: Diabetes

7.1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que usted tiene diabetes? (90)

Si contesta "Sí" y	1	Sí
es mujer, pregunte	2	Sí, pero a la entrevistada sólo se le dijo cuando estaba embarazada
"¿Fue esto sólo	3	No
cuando estaba	7	No sé/No estoy seguro(a)
embarazada?"	9	Rehusó

Sección 8: Artritis

8.1. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido dolores, rigidez o hinchazón en o alrededor de una articulación o coyuntura? (91)

- 1 Sí
- 2 No **Pase a la P8.5**
- 7 No sé/No estoy seguro(a) **Pase a la P8.5**
- 9 Rehusó **Pase a la P8.5**

8.2. ¿Tuvo estos síntomas la mayoría de los días por lo menos durante un mes? (92)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sé/No estoy seguro(a)
- 9 Rehusó

8.3. ¿Está usted actualmente limitado/a en alguna de sus actividades debido a los síntomas relacionados con sus articulaciones o coyunturas? (93)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sé/No estoy seguro(a)
- 9 Rehusó

8.4. ¿Ha consultado alguna vez a un médico, enfermero/a u otro profesional de la salud en cuanto a estos síntomas de sus articulaciones o coyunturas? (94)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sé/No estoy seguro(a)
- 9 Rehusó

8.5. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que usted tiene artritis? (95)

- 1 Sí
- 2 No **Pase a la P9.1**
- 7 No sé/No estoy seguro(a) **Pase a la P9.1**
- 9 Rehusó **Pase a la P9.1**

8.6. ¿Está usted actualmente recibiendo tratamiento médico para su artritis?

(96)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sé/No estoy seguro(a)
- 9 Rehusó

Sección 9: Inmunizaciones

9.1. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido una vacuna contra la gripe o influenza?

(97)

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sé/No estoy seguro(a) |
| 9 | Rehusó |

9.2. ¿Ha recibido una vacuna contra la neumonía alguna vez? Generalmente esta vacuna solo se le da a una persona una o dos veces en toda su vida y es distinta de la vacuna contra la gripe. También se le llama vacuna contra los neumococos.

(98)

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sé/No estoy seguro(a) |
| 9 | Rehusó |

Sección 10: Uso del tabaco

10.1. ¿Ha fumado por lo menos 100 cigarrillos en toda su vida? (99)

5 paquetes	1	Sí
= 100	2	No Pase a la P11.1
cigarrillos	7	No sé/No estoy seguro(a) Pase a la P11.1
	9	Rehusó Pase a la P11.1

10.2. Actualmente, ¿fuma usted cigarrillos todos los días, algunos días, o no fuma? (100)

1	Todos los días
2	Algunos días
3	No fumo Pase a la P11.1
9	Rehusó Pase a la P11.1

10.3. En los últimos 12 meses, ¿ha dejado de fumar durante un día entero o más porque estaba tratando de dejar de fumar? (101)

1	Sí
2	No
7	No sé/No estoy seguro(a)
9	Rehusó

Sección 11: Consumo de alcohol

- 11.1. Una copa de alcohol es 1 lata o botella de cerveza, 1 vaso de vino, 1 lata o botella de "winecooler", 1 cóctel, ó 1 medida de licor o aguardiente. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tomado por lo menos una copa de cualquier bebida alcohólica?
(102-104)

1 _ _ Días por semana
 2 _ _ Días en los últimos 30
 8 8 8 No bebí en los últimos 30 días **Pase a la P12.1**
 7 7 7 No sé/No estoy seguro(a) **Pase a la P12.1**
 9 9 9 Rehusó **Pase a la P12.1**

- 11.2. En los días en que bebió, más o menos cuántas copas tomó, en promedio?
(105-106)

_ _ Cantidad de copas
 7 7 No sé/No estoy seguro(a)
 9 9 Rehusó

- 11.3. Considerando todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces durante los últimos 30 días tomó 5 copas ó más en una sola ocasión?
(107-108)

_ _ Cantidad de veces
 8 8 Ninguna
 7 7 No sé/No estoy seguro(a)
 9 9 Rehusó

Sección 12: Armas de fuego

La próxima pregunta es acerca de las armas de fuego, incluyendo pistolas, fusiles y rifles, pero no "BB guns," ni armas que no puedan disparar.

- 12.1. ¿Hay armas de fuego que estén actualmente almacenadas en su hogar o en sus alrededores inmediatos? Incluya las que se guarden en un garage, un área de depósito fuera de la casa, en un automóvil, una camioneta/troca u otro vehículo automotor.

(109)

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sé/No estoy seguro(a) |
| 9 | Rehusó |

Sección 13: Demografía

13.1. ¿Qué edad tiene usted? (110-111)

—	—	Codificar la edad en años
0	7	No sé/No estoy seguro(a)
0	9	Rehusó

13.2. ¿Es usted hispano/a o latino/a? (112)

1	Sí
2	No
7	No sé/No estoy seguro(a)
9	Rehusó

13.3. ¿Cuál o cuáles de las siguientes diría usted que es su raza? (113-118)

		Léale estas respuestas al entrevistado
Marque todas	1	Blanca
las respuestas	2	Negra o afroamericana
aplicables	3	Asiática
	4	Nativo de Hawaii u otra isla del Pacífico
	5	Indio o nativo de Alaska
		u
	6	Otra [especifique]_____
	8	No hay otras categorías
No lea estas	7	No sé/No estoy seguro(a)
respuestas	9	Rehusó

**De haber más de una respuesta a la P13.3, continúe.
En otro caso, pase a la P13.5**

13.4. ¿Cuál de estos grupos diría usted que representa su raza de manera más adecuada? (119)

- | | |
|---|--|
| 1 | Blanca |
| 2 | Negra o afroamericana |
| 3 | Asiática |
| 4 | Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico |
| 5 | Indio o nativo de Alaska |
| 6 | Otra [especifique]_____ |
| 7 | No sé/No estoy seguro(a) |
| 9 | Rehusó |

13.5. Es usted: (120)

Léale estas respuestas al entrevistado

- | | |
|---|--|
| 1 | Casado/a |
| 2 | Divorciado/a |
| 3 | Viudo/a |
| 4 | Separado/a |
| 5 | Nunca se casó |
| | o |
| 6 | Miembro de una pareja que no está casada |

No lea esta respuesta 9 Rehusó

13.6. ¿Cuántos menores de 18 años viven en su hogar? (121-122)

- | | |
|-------|-------------------|
| _____ | Cantidad de niños |
| 8 8 | Ninguno |
| 9 9 | Rehusó |

13.7. ¿Cuál es el grado o año escolar más avanzado que usted ha completado? (123)

Léale estas respuestas al entrevistado sólo de ser necesario

- 1 Nunca fui a la escuela, o sólo al jardín de infantes
- 2 1° al 8° (primero al octavo grado) (escuela primaria)
- 3 9° al 11° (noveno al undécimo grado) (comienzo de la escuela secundaria)
- 4 12° (duodécimo grado) o GED (diploma de educación general, de la escuela secundaria)
- 5 1° año a 3° años de cursos universitarios (cursos universitarios o de colegio técnico)
- 6 4° años o más de universidad (graduación con título universitario)
- 9 Rehusó

13.8. Actualmente, usted es: (124)

Léale estas respuestas al entrevistado

- 1 Empleado/a asalariado(a)
- 2 Empleado independiente
- 3 Desempleado por más de 1 año
- 4 Desempleado por menos de 1 año
- 5 Ama de casa o amo de casa
- 6 Estudiante
- 7 Jubilado/a
- o
- 8 Incapacitado/a
- 9 Rehusó

**No lea esta
Respuesta**

13.9. Los ingresos anuales totales en su hogar, contando todas las fuentes, son: (125-126)

Lea según corresponda		
Si el entrevistado	0 4	Menos de \$25.000 De haber contestado "no," haga la pregunta 05;
rehusa a cualquier		De haber contestado "Sí," haga la pregunta 03
nivel de ganancias,	0 3	(\$20.000 a menos de \$25.000)
ponga el código		Menos de \$20.000 De haber contestado "no," ponga el código 04;
Rehusó		De haber contestado "Sí," haga la pregunta 02
	0 2	(\$15.000 a menos de \$20.000)
		Menos de \$15.000 De haber contestado "no," ponga el código 03;
		De haber contestado "Sí," haga la pregunta 01
	0 1	(\$10.000 a menos de \$15.000)
	0 5	Menos de \$10.000 De haber contestado "no," ponga el código 02
		Menos de \$35.000 De haber contestado "no," haga la pregunta 06
		(\$25.000 a menos de \$35.000)
	0 6	Menos de \$50.000 De haber contestado "no," haga la pregunta 07
		(\$35.000 a menos de \$50.000)
	0 7	Menos de \$75.000 De haber contestado "no," ponga el código 08
		(\$50.000 a menos de \$75.000)
	0 8	\$75.000 o más
No lea estas	7 7	No sé/No estoy seguro(a)
respuestas	9 9	Rehusó

13.10. ¿Más o menos cuánto pesa usted, sin zapatos? (127-129)

Redondee	___ ___	Peso
fracciones	libras	
hacia arriba	7 7 7	No sé/No estoy seguro(a)
	9 9 9	Rehusó

13.11. ¿Más o menos cuál es su estatura, sin zapatos? (130-132)

Redondee	___/___ ___	Estatura
fracciones	pies/pulgadas	
hacia abajo	7 7 7	No sé/No estoy seguro(a)
	9 9 9	Rehusó

13.12. ¿En qué condado vive usted? (133-135)

	___ ___	Código FIPS para el condado
	7 7 7	No sé/No estoy seguro(a)
	9 9 9	Rehusó

13.13. ¿Tiene usted más de un número de teléfono en su hogar? No incluya los teléfonos celulares ni los números que sólo sean usados por una computadora o un fax. (136)

- 1 Sí
- 2 No **Pase a la P13.15**
- 7 No sé/No estoy seguro(a) **Pase a la P13.15**
- 9 Rehusó **Pase a la P13.15**

13.14. ¿Cuántos de estos números son residenciales? (137)

- Números de teléfono residenciales [**6 = 6 ó más**]
- 7 No sé/No estoy seguro(a)
- 9 Rehusó

13.15. ¿Cuántos miembros adultos de su hogar actualmente usan un teléfono celular, no importa el propósito? (138)

- Cantidad de adultos
- 8 Ninguno
- 7 No sé/No estoy seguro(a)
- 9 Rehusó

13.16. Indique el sexo del entrevistado. **Haga esta pregunta sólo de ser necesario** (139)

- 1 Masculino **Pase a la P14.1**
- 2 Femenino

Si la entrevistada tiene 45 años o más, pase a la P14.1

13.17. Que usted sepa, ¿está usted actualmente embarazada? (140)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sé/No estoy seguro(a)
- 9 Rehusó

Sección 14: Incapacidades

Las siguientes preguntas son acerca de problemas de salud o impedimentos que pueda usted tener.

14.1. ¿Se ve usted limitado/a de alguna manera en sus actividades a causa de problemas físicos, mentales o emocionales? (141)

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sé/No estoy seguro(a) |
| 9 | Rehusó |

14.2. Actualmente, ¿tiene usted algún problema de salud que le exige usar algún equipo especial, tales como bastón, silla de ruedas, cama especial o teléfono especial? (142)

- | | | |
|-----------------------|---|--------------------------|
| Incluya el uso | 1 | Sí |
| ocasional o el | 2 | No |
| uso en ciertas | 7 | No sé/No estoy seguro(a) |
| circunstancias | 9 | Rehusó |

Sección 15: Actividad física

De haber contestado "empleado/a" o "independiente" a la pregunta principal P13.8, continúe. En otro caso, pase a la P15.2.

- 15.1. Cuando usted está en el trabajo, ¿cuál de las siguientes opciones es la mejor descripción de lo que usted hace?

(143)

Diría usted: **Léale estas respuestas al entrevistado**

Si el entrevistado tiene múltiples, empleos inclúyalos todos No lea estas Respuestas	1 2 3 7 9	Generalmente, estoy sentado/a o de pie Generalmente, estoy caminando o Generalmente, hago trabajos pesados o que requieren un gran esfuerzo físico No sé/No estoy seguro(a) Rehusó
---	-----------------------	---

Nos interesan dos tipos de actividad física: la vigorosa y la moderada. Las actividades vigorosas causan grandes incrementos en la respiración y en el ritmo cardiaco, mientras que las actividades moderadas causan pequeños aumentos en la respiración o el ritmo cardíaca.

- 15.2. Ahora, considerando las actividades físicas moderadas que usted realiza [**complemente: (cuando no está usted trabajando) de haber contestado "empleado/a" o "independiente" a la pregunta principal P13.8**] en una semana normal, realiza usted actividades moderadas por lo menos durante 10 minutos a la vez, tales como caminar rápidamente, ciclismo, pasar la aspiradora, trabajar en el jardín, o cualquier otra cosa que cause pequeños incrementos en la respiración y el ritmo cardíaco?

(144)

1	Sí
2	No Pase a la P15.5
7	No sé/No estoy seguro(a) Pase a la P15.5
9	Rehusó Pase a la P15.5

- 15.3. ¿Cuántos días por semana hace usted estas actividades moderadas durante por lo menos 10 minutos por vez?

(145-146)

—	—	Días per semana
8	8	No hace ejercicio durante ni 10 minutos por semana Pase a la P15.5
7	7	No sé/No estoy seguro(a)
9	9	Rehusó

- 15.4. Los días en que hace actividades moderadas durante por lo menos 10 minutos a la vez, ¿cuánto tiempo, en total, realiza estas actividades por día? (147-149)

$\frac{_}{7}$ - $\frac{_}{7}$ - $\frac{_}{7}$ Horas y minutos por día
 7 7 7 No sé/No estoy seguro(a)
 9 9 9 Rehusó

- 15.5. Y ahora, considerando las actividades físicas vigorosas que usted hace [**complemente: (cuando no está usted trabajando) de haber contestado "empleado/a" o "independiente" a la pregunta principal P13.8]**] en una semana típica, ¿realiza usted actividades vigorosas durante por lo menos 10 minutos a la vez, así como correr, ejercicios aeróbicos, trabajo pesado en el jardín o cualquier otra cosa que cause aumentos importantes en la respiración o el ritmo cardíaco? (150)

1 Sí
 2 No **Pase a la P16.1**
 7 No sé/No estoy seguro(a) **Pase a la P16.1**
 9 Rehusó **Pase a la P16.1**

- 15.6. ¿Cuántos días por semana realiza estas actividades vigorosas durante por lo menos 10 minutos a la vez? (151-152)

$\frac{_}{8}$ - $\frac{_}{8}$ Días por semana
 8 8 No hace ejercicio durante ni 10 minutos por semana **Pase a la P16.1**
 7 7 No sé/No estoy seguro(a)
 9 9 Rehusó

- 15.7. Los días en que realiza actividades vigorosas durante por lo menos 10 minutos a la vez, ¿cuánto tiempo en total por día pasa en estas actividades? (153-155)

$\frac{_}{7}$ - $\frac{_}{7}$ - $\frac{_}{7}$ Horas y minutos por día
 7 7 7 No sé/No estoy seguro(a)
 9 9 9 Rehusó

Sección 16: Exámenes para cáncer de próstata

Si el entrevistado tiene 39 años o menos, o si es mujer, pase a la P17.1

- 16.1. La prueba del Antígeno Específico a la Próstata, en inglés "Prostate-Specific Antigen test", también llamado una prueba PSA, es una prueba sanguínea usada para determinar si los hombres tienen cáncer de próstata. ¿Le han hecho una prueba PSA alguna vez?

(156)

- 1 Sí
- 2 No **Pase a la P16.3**
- 7 No sé/No estoy seguro(a) **Pase a la P16.3**
- 9 Rehusó **Pase a la P16.3**

- 16.2. ¿Cuánto tiempo hace desde que se hizo su última prueba PSA?

(157)

Léale estas respuestas al entrevistado sólo de ser necesario

- 1 Dentro del último año (hace entre 1 y 12 meses)
- 2 Dentro de los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2 años)
- 3 Dentro de los últimos 3 años (hace 2 años pero menos de 3 años)
- 4 Dentro de los últimos 5 años (hace 3 años pero menos de 5 años)
- 5 Hace 5 ó más años
- 7 No sé
- 9 Rehusó

- 16.3. Una palpación rectal es un examen en el cual un médico, enfermero/a u otro profesional de la salud, usando guantes, coloca un dedo en el recto del paciente para sentir el tamaño, la forma y la dureza de la glándula prostática. ¿Alguna vez se hizo hacer una palpación rectal?

(158)

- 1 Sí
- 2 No **Pase a la P16.5**
- 7 No sé/No estoy seguro(a) **Pase a la P16.5**
- 9 Rehusó **Pase a la P16.5**

- 16.4. ¿Cuánto hace desde su última palpación rectal?

(159)

- 1 Dentro del último año (hace entre 1 y 12 meses)
- 2 Dentro de los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2 años)
- 3 Dentro de los últimos 3 años (hace 2 años pero menos de 3 años)
- 4 Dentro de los últimos 5 años (hace 3 años pero menos de 5 años)
- 5 Hace 5 ó más años
- 7 No sé/No estoy seguro(a)
- 9 Rehusó

16.5. ¿Alguna vez le dijo un médico, enfermero/a u otro profesional de la salud que tiene usted cáncer de próstata? (160)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sé/No estoy seguro(a)
- 9 Rehusó

16.6. ¿Alguna vez le dijo un médico, enfermero/a u otro profesional de la salud a su padre, hermano, hijo o abuelo que esa persona tenía cáncer de próstata? (161)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sé/No estoy seguro(a)
- 9 Rehusó

Sección 17: Exámenes para cáncer colorrectal

Si el entrevistado tiene 49 años de edad o menos, pase a la Sección VIH/SIDA

- 17.1. Una prueba de sangre en las heces es una prueba que se puede efectuar en casa por medio de un dispositivo especial para determinar si las heces contienen sangre. ¿Se ha hecho usted alguna vez este test utilizando un dispositivo para efectuarlo en casa? (162)

- 1 Sí
 2 No **Pase a la P17.3**
 7 No sé/No estoy seguro(a) **Pase a la P17.3**
 9 Rehusó **Pase a la P17.3**

- 17.2. ¿Cuánto tiempo hace desde que se hizo su última prueba de sangre en las heces utilizando un dispositivo para hacerlo en casa? (163)

Léale estas respuestas al entrevistado sólo de ser necesario

- 1 Dentro del último año (en cualquier momento hasta hace 12 meses)
 2 Dentro de los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2 años)
 3 Dentro de los últimos 5 años (hace 2 años pero menos de 5 años)
 4 Hace 5 ó más años
 7 No sé/No estoy seguro(a)
 9 Rehusó

- 17.3. La sigmoidoscopia y la colonoscopia son exámenes en los cuales se inserta un tubo en el recto para poder examinar el intestino por dentro y determinar señales de cáncer u otros problemas de salud. ¿Se ha hecho alguno de estos dos exámenes alguna vez? (164)

- 1 Sí
 2 No **Pase a la Sección VIH/SIDA**
 7 No sé/No estoy seguro(a) **Pase a la Sección VIH/SIDA**
 9 Rehusó **Pase a la Sección VIH/SIDA**

- 17.3. ¿Cuánto tiempo hace desde que se hizo su última sigmoidoscopia o colonoscopia? (165)

Léale estas respuestas al entrevistado sólo de ser necesario

- 1 Dentro del último año (en cualquier momento hasta hace 12 meses)
 2 Dentro de los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2 años)
 3 Dentro de los últimos 5 años (hace 2 años pero menos de 5 años)
 4 Dentro de los últimos 10 años (hace 5 años pero menos de 10 años)
 5 Hace 10 ó más años
 7 No sé/No estoy seguro(a)
 9 Rehusó

Sección 18: VIH/SIDA

Si el entrevistado tiene 65 años o más, pase a la declaración de cierre

Las próximas preguntas son acerca del problema nacional de la salud como resultado del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana, o HIV en inglés), el virus que causa el SIDA (AIDS). Por favor recuerde que sus respuestas son estrictamente confidenciales y que no necesita contestar todas las preguntas si no lo desea.

Le voy a leer dos declaraciones acerca del VIH, el virus que causa el SIDA. Después de que yo le haya leído cada una, por favor dígame si usted piensa que es cierta, falsa, o no sabe.

- 18.1. Una mujer encinta que tenga el VIH puede obtener tratamientos para ayudar a reducir las posibilidades de que le transmita el virus a su bebé. (166)

1	Cierto
2	Falso
7	No sé/No estoy seguro(a)
9	Rehusó

- 18.2. Hay tratamientos médicos disponibles para ayudar a las personas infectadas con el VIH a prolongar su vida. (167)

1	Cierto
2	Falso Pase a la P18.4
7	No sé/No estoy seguro(a) Pase a la P18.4
9	Rehusó Pase a la P18.4

- 18.3. ¿Cuán efectivos piensa usted que son estos tratamientos para ayudar a las personas con el VIH a prolongar su vida? (168)

Diría usted: **Léale estas respuestas al entrevistado**

1	Muy efectivos
2	Algo efectivos
	o
3	No son efectivos

No lea estas Respuestas	7	No sé/No estoy seguro(a)
	9	Rehusó

- 18.4. ¿Cuán importante piensa usted que es que la gente se haga exámenes para saber si tiene el VIH? (169)

Diría usted: **Léale estas respuestas al entrevistado**

- 1 Muy importante
2 Bastante importante
o
3 No es importante

No lea estas respuestas 7 No sé/No estoy seguro(a)
9 Rehusó

- 18.5. ¿Sabe usted si alguna vez se le ha hecho una prueba del VIH? No cuente las pruebas que puedan habersele hecho como parte de una donación de sangre. (170)

Incluya los tests de saliva 1 Sí
2 No **Pase a la P18.9**
7 No sé/No estoy seguro(a) **Pase a la P18.9**
9 Rehusó **Pase a la P18.9**

- 18.6. Sin incluir las donaciones de sangre, en qué mes y año fue su último test del VIH? (171-174)

Incluya los tests de saliva / Ponga el código del mes y año
7 7 7 7 No sé/No estoy seguro(a)
6 6 6 6 Rehusó

- 18.7. ¿Cuál fue el motivo principal por el que le hicieron su test del VIH en [suplemente la fecha de la P18.6]? (175-176)

— —	Código del motivo
	Léale estas respuestas al entrevistado sólo de ser necesario
0 1	Para una hospitalización o una operación
0 2	Para solicitar un seguro médico
0 3	Para solicitar seguro de vida
0 4	Para un empleo
0 5	Para solicitar una licencia de matrimonio
0 6	Para la admisión en las fuerzas armadas o el servicio militar
0 7	Para inmigración
0 8	Sólo para averiguar si estaba infectado/a
0 9	Por recomendación o pedido de un médico
1 0	A causa del embarazo
1 1	Por recomendación o pedido de su pareja sexual
1 3	Para un examen de rutina
1 4	Fue expuesto en el trabajo
1 5	A causa de una enfermedad
1 6	Porque tengo el riesgo de contraer el VIH
8 7	Otro motivo
7 7	No sé/No estoy seguro(a)
9 9	Rehusó

18.8. ¿Dónde se hizo el test del VIH en [suplemente la fecha de la P18.6]? (177-178)

— —	Código de institución
	Léale estas respuestas al entrevistado sólo de ser necesario
0 1	Médico privado, HMO
0 2	Banco de sangre, centro de plasma, Cruz Roja
0 3	Departamento de salud pública
0 4	Clínica, lugar de asesoramiento o de exámenes del SIDA
0 5	Hospital, sala de emergencias, clínica ambulatoria
0 6	Clínica de planificación familiar
0 7	Clínica prenatal, consultorio del médico obstetra
0 8	Clínica de tuberculosis
0 9	Clínica de enfermedades transmitidas sexualmente
1 0	Clínica de salud comunitaria/dispensario
1 1	Clínica ofrecida por el empleador
1 2	Clínica de la compañía de seguros
1 3	Otra clínica pública
1 4	Instituto de tratamiento de drogadicción
1 5	Establecimiento de inducción o servicio militar
1 6	Establecimiento de inmigración
1 7	En casa, visita al hogar de un/a enfermero/a o trabajador/a de la salud
1 8	En casa, con un producto para tomarse sus propias muestras
1 9	En la cárcel o prisión
8 7	Otro lugar
7 7	No sé/No estoy seguro(a)
9 9	Rehusó

La próxima pregunta es acerca de enfermedades venéreas, o de transmisión sexual, aparte del VIH, tales como la sífilis, la gonorrea, la clamidia o el herpes genital.

18.9. En los últimos 12 meses, ¿le ha hablado un médico, enfermero/a u otro profesional de la salud acerca del uso de condones para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual? (179)

1	Sí
2	No
7	No sé/No estoy seguro(a)
9	Rehusó

Declaración de cierre

Esa fue la última pregunta que le iba a hacer. Las respuestas de todos los entrevistados se combinarán para proporcionarnos informaciones acerca de los hábitos que puedan afectar la salud de la gente en este estado. Muchas gracias por su tiempo y su colaboración.

O BIEN**Transición a los Módulos y/o a las preguntas agregadas por los Estados**

Finalmente, me quedan unas pocas preguntas acerca de otros temas relacionados con la salud.

Módulo 1: Diabetes

Haga esta pregunta a continuación de la pregunta principal P7.1 si la respuesta es "Sí"

1. ¿Qué edad tenía usted cuando se le dijo que tiene diabetes? (180-181)

___	Ponga el código para la edad en años [97 = 97 y más]
9 8	No sé/No estoy seguro(a)
9 9	Rehusó

2. ¿Está usted actualmente usando insulina? (182)

1	Sí
2	No
9	Rehusó

3. ¿Está usted actualmente tomando píldoras para la diabetes? (183)

1	Sí
2	No
7	No sé/No estoy seguro(a)
9	Rehusó

4. Más o menos, ¿con qué frecuencia examina usted la glucosa o azúcar en su sangre? Incluya las veces que se lo haya hecho un miembro de su familia o un amigo, pero no las veces que se lo haya hecho un profesional de la salud. (184-186)

1 ___	Veces al día
2 ___	Veces a la semana
3 ___	Veces al mes
4 ___	Veces al año
8 8 8	Nunca
7 7 7	No sé/No estoy seguro(a)
9 9 9	Rehusó

5. Más o menos ¿con qué frecuencia examina usted sus pies por llagas o irritaciones? Incluya las veces cuando se lo haya hecho un miembro de su familia o un amigo, pero no las veces que se lo haya hecho un profesional de la salud. (187-189)

1	__ __	Veces al día
2	__ __	Veces a la semana
3	__ __	Veces al mes
4	__ __	Veces al año
8	8 8	Nunca
5	5 5	No tengo pies
7	7 7	No sé/No estoy seguro(a)
9	9 9	Rehusó

6. ¿Ha tenido alguna vez llagas o irritaciones en los pies que se hayan tardado más de cuatro semanas en sanar? (190)

1	Sí
2	No
7	No sé/No estoy seguro(a)
9	Rehusó

7. Más o menos ¿cuántas veces en los últimos 12 meses ha visto a un médico, enfermero/a u otro profesional de la salud en relación a su diabetes? (191-192)

__ __	Cantidad de veces
8 8	Ninguna
7 7	No sé/No estoy seguro(a)
9 9	Rehusó

8. La prueba de hemoglobina "A uno C" mide el nivel promedio del azúcar sanguíneo en los últimos tres meses. Más o menos, ¿cuántas veces en los últimos 12 meses le ha hecho un médico, enfermero/a u otro profesional de la salud un test de hemoglobina "A uno C"?
(193-194)

—	—	Cantidad de veces [76 = 76 ó más]
8	8	Ninguna
9	8	Nunca oí hablar del test de hemoglobina "A uno C"
7	7	No sé/No estoy seguro(a)
9	9	Rehusó

De haber contestado "no tengo pies" a la pregunta P5, pase a la P10

9. Más o menos, ¿cuántas veces en los últimos 12 meses le ha examinado los pies un profesional de la salud por llagas o irritaciones?
(195-196)

—	—	Cantidad de veces
8	8	Ninguna
7	7	No sé/No estoy seguro(a)
9	9	Rehusó

10. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un examen de los ojos en el que le dilataron las pupilas? Es un examen que puede haberle vuelto temporalmente sensible a la luz brillante.
(197)

Léale estas respuestas al entrevistado sólo de ser necesario	
1	Dentro del último mes (hace menos de un mes)
2	Dentro del último año (hace 1 mes pero menos de 12 meses)
3	Dentro de los últimos 2 años (entre 1 y 2 años)
4	Hace 2 años ó más
8	Nunca
7	No sé/No estoy seguro(a)
9	Rehusó

11. ¿Alguna vez le dijo un médico que la diabetes había afectado sus ojos o que tiene usted retinopatía?

(198)

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sé/No estoy seguro(a) |
| 9 | Rehusó |

12. ¿Alguna vez ha tomado un curso o una clase sobre cómo controlar usted mismo(a) su diabetes?

(199)

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sé/No estoy seguro(a) |
| 9 | Rehusó |

Módulo 2: Comportamiento sexual

Si el entrevistado tiene 50 años o más, pase al próximo módulo.

Las próximas preguntas son acerca de su comportamiento sexual personal, y quiero recordarle que sus respuestas son confidenciales.

1. En los últimos 12 meses, ¿con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales? (200-201)

— —	Cantidad [76 = 76 ó más]
8 8	Ninguna Pase al próximo módulo
7 7	No sé/No estoy seguro(a)
9 9	Rehusó

2. ¿Se usó un condón la última vez que tuvo relaciones sexuales? (202)

1	Sí
2	No Pase a la P4
7	No sé/No estoy seguro(a) Pase a la P4
9	Rehusó Pase a la P4

3. La última vez que tuvo usted relaciones sexuales, se usó el condón ... (203)

	Léale estas respuestas al entrevistado
1	Para evitar el embarazo
2	Para evitar enfermedades como la sífilis, la gonorrea y el SIDA
3	Por ambos motivos
	o
4	Por algún otro motivo

No lea estas respuestas	7	No sé/No estoy seguro(a)
	9	Rehusó

4. Alguna gente usa condones para evitar la infección por el VIH a través de la actividad sexual.
¿Cuán efectivo piensa usted que sea un condón usado correctamente para este propósito?
(204)

Diría usted:	Léale estas respuestas al entrevistado
1	Muy efectivo
2	Algo efectivo
	o
3	No es efectivo
No lea estas respuestas	4 No sé cuán efectivo sea
	5 No conozco este método
	9 Rehusó

5. ¿Cuántas nuevas parejas sexuales tuvo usted durante los últimos 12 meses?

(205-206)

Una nueva pareja sexual es alguien con quien el entrevistado tuvo relaciones sexuales por primera vez durante los últimos 12 meses	— —	Cantidad [76 = 76 ó más]
	8 8	Ninguna
	7 7	No sé/No estoy seguro(a)
	9 9	Rehusó

6. Le voy a leer una lista. Cuando haya terminado, por favor dígame si alguna de estas situaciones corresponden a su situación personal. No necesita decirme cuál.

Usó drogas por vía intravenosa en los últimos 12 meses

Ha recibido tratamiento para una enfermedad venérea o de transmisión sexual en los últimos 12 meses

Ha tenido una prueba positiva del VIH, el virus que causa el SIDA

Tuvo relaciones sexuales anales sin usar un condón en los últimos 12 meses

¿Es aplicable en su caso alguna de estas situaciones? (207)

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sé/No estoy seguro(a) |
| 9 | Rehusó |

7. En los últimos cinco años, ¿ha recibido tratamiento para una enfermedad venérea o transmitida por actividad sexual? (208)

- | | |
|---|--|
| 1 | Sí |
| 2 | No Pase a la P9 |
| 7 | No sé/No estoy seguro(a) Pase a la P9 |
| 9 | Rehusó Pase a la P9 |

8. ¿Recibió tratamiento en una clínica de enfermedades venéreas o de transmisión sexual del departamento de salud pública? (209)

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sé/No estoy seguro(a) |
| 9 | Rehusó |

9. Debido a lo que usted sabe acerca del VIH, ¿ha modificado su comportamiento sexual en los últimos 12 meses? (210)

1	Sí
2	No Pase al próximo módulo
7	No sé/No estoy seguro(a) Pase al próximo módulo
9	Rehusó Pase al próximo módulo

10. ¿Ha hecho alguno de los siguientes cambios en los últimos 12 meses?

- Si el entrevistado dice que se abstuvo de tener relaciones sexuales pregunte "Está actualmente practi cando abstinencia? Si "no," léale b y c. Si "Sí," ponga el código b y c 8**
- a. ¿Redujo la cantidad de sus parejas sexuales o se abstuvo de tener relaciones sexuales? (211)

1	Sí
2	No
7	No sé/No estoy seguro(a)
9	Rehusó

- b. Y actualmente, ¿sólo tiene relaciones sexuales con una misma pareja? (212)

1	Sí
2	No
7	No sé/No estoy seguro(a)
8	No es aplicable
9	Rehusó

- c. Actualmente, ¿siempre utiliza condones por protección? (213)

1	Sí
2	No
7	No sé/No estoy seguro(a)
8	No es aplicable
9	Rehusó

Módulo 3: Calidad de vida y cuidados por parte de otras personas

De haber contestado "Sí" a la pregunta principal P14.1 ó a la pregunta principal P14.2, continúe, en otro caso, pase a la P5.

De haber contestado "Sí" a la pregunta principal P14.1: Anteriormente usted dijo que tiene un problema físico, mental o emocional que limita sus actividades.

De haber contestado "no," "no sé " o de haberse rehusado a contestar a la pregunta principal P14.1 y "Sí" a la pregunta principal P14.2: Anteriormente usted dijo que usa equipo especial debido a un problema de salud.

1. ¿Cuál es su impedimento o problema de salud principal? (214-215)

__ __ Código del motivo

Léale estas respuestas al entrevistado sólo de ser necesario

- | | |
|-----|--|
| 0 1 | Artritis/reumatismo |
| 0 2 | Problema de la espalda o del cuello |
| 0 3 | Fracturas, lesiones de huesos o articulaciones |
| 0 4 | Problemas al caminar |
| 0 5 | Problema pulmonar o respiratorio |
| 0 6 | Problema auditivo |
| 0 7 | Problema ocular/de la visión |
| 0 8 | Problema del corazón |
| 0 9 | Problema de derrame cerebral |
| 1 0 | Alta presión sanguínea/hipertensión |
| 1 1 | Diabetes |
| 1 2 | Cáncer |
| 1 3 | Depresión/ansiedad/problema emocional |
| 1 4 | Otro problema/impedimento |
| 7 7 | No sé/No estoy seguro(a) |
| 9 9 | Rehusó |

2. ¿Durante cuánto tiempo han estado limitadas sus actividades debido a su problema de salud o impedimento más importante? (216-218)

- | | |
|---------|--------------------------|
| 1 __ __ | Días |
| 2 __ __ | Semanas |
| 3 __ __ | Meses |
| 4 __ __ | Años |
| 7 7 7 | No sé/No estoy seguro(a) |
| 9 9 9 | Rehusó |

3. A causa de cualquier impedimento o problema de salud, ¿necesita la asistencia de otras personas para sus necesidades relacionadas con sus CUIDADOS PERSONALES, tales como al comer, bañarse, vestirse o moverse dentro de la casa? (219)

1	Sí
2	No
7	No sé/No estoy seguro(a)
9	Rehusó

4. A causa de cualquier impedimento o problema de salud, necesita la asistencia de otras personas para sus necesidades de RUTINA, tales como las tareas del hogar, diligencias, las compras, o moverse de un sitio a otro? (220)

1	Sí
2	No
7	No sé/No estoy seguro(a)
9	Rehusó

5. En los últimos 30 días, ¿durante más o menos cuántos días el dolor le dificultó sus actividades usuales tales como sus cuidados personales, el trabajo o la recreación? (221-222)

—	—	Cantidad de días
8	8	Ninguno
7	7	No sé/No estoy seguro(a)
9	9	Rehusó

6. En los últimos 30 días, ¿durante más o menos cuántos días se ha sentido triste, melancólico/a o deprimido/a? (223-224)

—	—	Cantidad de días
8	8	Ninguno
7	7	No sé/No estoy seguro(a)
9	9	Rehusó

7. En los últimos 30 días, ¿durante más o menos cuántos días se ha sentido preocupado/a, tenso/a o ansioso/a? (225-226)

—	—	Cantidad de días
8	8	Ninguno
7	7	No sé/No estoy seguro(a)
9	9	Rehusó

8. En los últimos 30 días, ¿durante más o menos cuántos días sintió usted que no había podido descansar o dormir tanto como le era necesario? (227-228)

—	—	Cantidad de días
8	8	Ninguno
7	7	No sé/No estoy seguro(a)
9	9	Rehusó

9. En los últimos 30 días, ¿durante más o menos cuántos días se sintió usted muy sano/a y lleno/a de energía? (229-230)

—	—	Cantidad de días
8	8	Ninguno
7	7	No sé/No estoy seguro(a)
9	9	Rehusó

De haber contestado "Sí" a la pregunta P3, continúe, en otro caso, pase a la P12

10. Anteriormente usted dijo que a causa de su impedimento necesita la asistencia de otras personas en sus CUIDADOS PERSONALES. ¿Quién generalmente le ayuda en cuidados personales, tales como al comer, bañarse, vestirse o moverse dentro de la casa? (231-232)

— — Código del motivo

Léale estas respuestas al entrevistado sólo de ser necesario		
Si es un familiar al que se le paga, ponga el código para el familiar apropiado	0 1	Esposo/esposa/pareja
	0 2	Padre/madre/hijo/yerno/hija/nuera
	0 3	Otro familiar
	0 4	Voluntario no pagado
	0 5	Empleado pagado o servicio médico a domicilio
	0 6	Amigos o vecinos
	0 7	Combinación de familia y/o amistades y/o asistentes pagados
	0 8	Otra persona
	0 9	Nadie me ayuda Pase a la P12
	7 7	No sé/No estoy seguro(a)
	9 9	Rehusó

11. ¿La asistencia que usted recibe de las personas dedicadas a satisfacer sus necesidades relacionadas con sus cuidados personales es: (233)

Léale estas respuestas al entrevistado

	1	Generalmente adecuada
	2	A veces adecuada
	o	
	3	Raramente adecuada
No lea estas respuestas	7	No sé/No estoy seguro(a)
	9	Rehusó

De haber contestado "Sí" a la pregunta P4 continúe, en otro caso, pase al próximo módulo

12. Anteriormente usted dijo que a causa de su impedimento necesita la asistencia de otras personas en sus necesidades RUTINARIAS. ¿Quién generalmente le ayuda en sus necesidades rutinarias, tales como tareas del hogar, compras, o moverse de un sitio a otro por otros motivos? (234-235)

— — Código del motivo

Léale estas respuestas al entrevistado sólo de ser necesario

Si es un familiar al que se le paga ponga el código para el familiar apropiado	0 1	Esposo/esposa/pareja
	0 2	Padre/madre/hijo/yerno/hija/nuera
	0 3	Otro familiar
	0 4	Voluntario no pagado
	0 5	Empleado pagado o servicio médico a domicilio
	0 6	Amigos o vecinos
	0 7	Combinación de familia y/o amistades y/o asistentes pagados
	0 8	Otra persona
	0 9	Nadie me ayuda Pase al próximo módulo
	7 7	No sé/No estoy seguro(a)
	9 9	Rehusó

13. La asistencia que usted recibe para satisfacer sus necesidades de rutina, es: (236)

Léale estas respuestas al entrevistado

	1	Generalmente adecuada
	2	A veces adecuada
	o	
	3	Raramente adecuada
No lea estas respuestas	7	No sé/No estoy seguro(a)
	9	Rehusó

Módulo 4: Cobertura de seguros médicos y su utilización

Pregunta a hacer después de la pregunta principal P2.1 si la respuesta es "no"

1. ¿Cuál es el motivo principal por el cual usted no tiene seguro médico? (237-238)

— — Código del motivo

Léale estas respuestas al entrevistado sólo de ser necesario

- 0 1 Perdí mi trabajo o cambié de empleo
 0 2 Mi cónyuge o uno de mis padres perdió su trabajo o cambió de empleo [**incluya a toda persona que haya estado proporcionando el seguro antes de la pérdida o cambio del trabajo**]
 0 3 Me divorcié o me separé
 0 4 El cónyuge o uno de los padres falleció
 0 5 Perdí elegibilidad a causa de mi edad o porque dejé los estudios
 0 6 El empleador no ofrece seguro o dejó de ofrecer la cobertura
 0 7 Reduje mis horas de trabajo a tiempo parcial o pasé a ser empleado/a temporal
 0 8 Los beneficios del trabajo o del antiguo trabajo se agotaron
 0 9 No pude pagar las cuotas
 1 0 La agencia de seguros rehusó la cobertura
 1 1 Perdí elegibilidad para Medicaid o para la asistencia médica
 8 7 Otro motivo
 7 7 No sé/No estoy seguro(a)
 9 9 Rehusó

2. Más o menos, ¿cuánto hace desde que tuvo seguro médico? (239)

Léale estas respuestas al entrevistado sólo de ser necesario

- 1 Dentro de los últimos 6 meses (en cualquier momento hasta hace 6 meses) **Pase a la pregunta principal P2.3**
 2 Dentro del último año (hace 6 meses pero menos de 12 meses) **Pase a la pregunta principal P2.3**
 3 Dentro de los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2 años) **Pase a la pregunta principal P2.3**
 4 Dentro de los últimos 5 años (hace 2 años pero menos de 5 años) **Pase a la pregunta principal P2.3**
 5 Hace 5 años ó más **Pase a la pregunta principal P2.3**
 7 No sé/No estoy seguro(a) **Pase a la pregunta principal P2.3**
 8 Nunca **Pase a la pregunta principal P2.3**
 9 Rehusó **Pase a la pregunta principal P2.3**

Haga estas preguntas a continuación de la pregunta principal P2.2 si la respuesta es "sí"

3. ¿Cuál es el motivo principal por el cual usted no ha tenido seguro médico durante los últimos 12 meses? (240-241)

— — Código del motivo

Léale estas respuestas al entrevistado sólo de ser necesario

- | | |
|-----|---|
| 0 1 | Perdí mi trabajo o cambié de empleo Pase a la pregunta principal P2.3 |
| 0 2 | Mi cónyuge o uno de mis padres perdió su trabajo o cambió de empleo Pase a la pregunta principal P2.3 [incluya a toda persona que haya estado proporcionando el seguro antes de la pérdida o cambio del trabajo] |
| 0 3 | Me divorcié o me separé Pase a la pregunta principal P2.3 |
| 0 4 | El cónyuge o uno de los padres falleció Pase a la pregunta principal P2.3 |
| 0 5 | Me volví inelegible a causa de mi edad o porque dejé los estudios Pase a la pregunta principal P2.3 |
| 0 6 | El empleador no ofrece seguro o dejó de ofrecer la cobertura Pase a la pregunta principal P2.3 |
| 0 7 | Reduje mis horas de trabajo a tiempo parcial o pasé a ser empleado/a temporal Pase a la pregunta principal P2.3 |
| 0 8 | Los beneficios del trabajo o del antiguo trabajo se agotaron Pase a la pregunta principal P2.3 |
| 0 9 | No pude pagar las cuotas Pase a la pregunta principal P2.3 |
| 1 0 | La agencia de seguros rehusó la cobertura Pase a la pregunta principal P2.3 |
| 1 1 | Perdí elegibilidad para Medicaid o para la asistencia médica Pase a la pregunta principal P2.3 |
| 8 7 | Otro motivo Pase a la pregunta principal P2.3 |
| 7 7 | No sé/No estoy seguro(a) Pase a la pregunta principal P2.3 |
| 9 9 | Rehusó Pase a la pregunta principal P2.3 |

Las próximas preguntas son acerca de los cuidados de la salud.

3. ¿Hay una clínica, un centro de salud o dispensario, un consultorio médico u otro lugar al que usted generalmente iría si estuviera enfermo/a o si necesitara asistencia médica?

(242)

- | | | |
|----------------------------|---|--|
| Si dice "no," | 1 | Sí Pase a la P6 |
| pregunte | 2 | Más de un lugar |
| ¿"hay <u>más</u> | 3 | No Pase a la P7 |
| <u>de un lugar o</u> | 7 | No sé/No estoy seguro(a) Pase a la P7 |
| no hay <u>ningún</u> lugar | 9 | Rehusó Pase a la P7 |
| donde vaya | | |
| generalmente?" | | |

5. De esos lugares, ¿hay alguno al que usted va con más frecuencia cuando está enfermo/a o necesita asistencia médica? (243)

- | | |
|---|--|
| 1 | Sí |
| 2 | No Pase a la P7 |
| 7 | No sé/No estoy seguro(a) Pase a la P7 |
| 9 | Rehusó Pase a la P7 |

6. ¿Qué tipo de lugar es? (244)

Diría usted que es: **Léale estas respuestas al entrevistado**

- | | |
|---|---|
| 1 | Un consultorio médico o una HMO |
| 2 | Una clínica o centro de salud/dispensario |
| 3 | El departamento de medicina ambulatoria |
| 4 | Una sala de emergencias de un hospital |
| 5 | Un centro de cuidados de urgencia |
| | u |
| 8 | Otro tipo de lugar |

- No lea estas respuestas**
- | | |
|---|--------------------------|
| 7 | No sé/No estoy seguro(a) |
| 9 | Rehusó |

7. ¿Hubo algún momento en los últimos 12 meses cuando necesitó ver a un médico pero no pudo a causa del costo? (245)

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sé/No estoy seguro(a) |
| 9 | Rehusó |

8. Más o menos, ¿cuánto tiempo hace desde que ha visto a un médico para un examen rutinario? (246)

- Léale estas respuestas al entrevistado sólo de ser necesario**
- | | | |
|--|---|--|
| Un examen rutinario es un examen físico general, no un examen para una lesión, enfermedad | 1 | Dentro del último año (en cualquier momento hasta hace 12 meses) |
| | 2 | Dentro de los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2 años) |
| | 3 | Dentro de los últimos 5 años (hace 2 años pero menos de 5 años) |
| | 4 | Hace 5 años ó más |
| | 7 | No sé/No estoy seguro(a) |
| | 8 | Nunca |
| | 9 | Rehusó |

Módulo 5: Salud de la mujer

Si el entrevistado es hombre, pase al próximo módulo

1. Una mamografía es una radiografía de los senos para investigar la posible presencia de cáncer de la mama. ¿Alguna vez se ha hecho una mamografía? (247)

1 Sí
 2 No **Pase a la P4**
 7 No sé/No estoy segura **Pase a la P4**
 9 Rehusó **Pase a la P4**

2. ¿Cuánto tiempo hace desde la última vez que se hizo una mamografía? (248)

Léale estas respuestas a la entrevistada sólo de ser necesario

1 Dentro del último año (en cualquier momento hasta hace 12 meses)
 2 Dentro de los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2 años)
 3 Dentro de los últimos 3 años (hace 2 años pero menos de 3 años)
 4 Dentro de los últimos 5 años (hace 3 años pero menos de 5 años)
 5 Hace 5 años ó más
 7 No sé/No estoy segura
 9 Rehusó

3. Su última mamografía, ¿fue parte de un examen rutinario, a causa de un problema mamario que no era cáncer, o porque ya tenía cáncer de la mama? (249)

1 Examen rutinario
 2 Problema mamario pero no cáncer
 3 Tuve cáncer de la mama
 7 No sé/No estoy segura
 9 Rehusó

4. Un examen clínico de los senos es cuando un médico, enfermero/a u otro profesional de la salud palpa el seno para encontrar nódulos. ¿Alguna vez se le ha hecho un examen clínico de los senos? (250)

1 Sí
 2 No **Pase a la P7**
 7 No sé/No estoy segura **Pase a la P7**
 9 Rehusó **Pase a la P7**

5. ¿Cuánto tiempo hace desde su último examen de los senos? (251)

Léale estas respuestas a la entrevistada sólo de ser necesario

- 1 Dentro del último año (en cualquier momento hasta hace 12 meses)
- 2 Dentro de los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2 años)
- 3 Dentro de los últimos 3 años (hace 2 años pero menos de 3 años)
- 4 Dentro de los últimos 5 años (hace 3 años pero menos de 5 años)
- 5 Hace 5 años ó más
- 7 No sé/No estoy segura
- 9 Rehusó

6. Su último examen de palpación de los senos, ¿fue parte de un examen rutinario, a causa de un problema mamario que no era cáncer, o porque ya tenía cáncer de la mama?

(252)

- 1 Examen rutinario
- 2 Problema mamario que no era cáncer
- 3 Tuvo cáncer de la mama
- 7 No sé/No estoy segura
- 9 Rehusó

7. Una prueba Papanicolao es una prueba del cáncer del cuello uterino. ¿Alguna vez se le ha hecho un frotis o prueba Papanicolao? (253)

- 1 Sí
- 2 No **Pase a la P10**
- 7 No sé/No estoy segura **Pase a la P10**
- 9 Rehusó **Pase a la P10**

8. ¿Cuánto hace desde su última prueba Papanicolao? (254)

Léale estas respuestas a la entrevistada sólo de ser necesario

- 1 Dentro del último año (en cualquier momento hasta hace 12 meses)
- 2 Dentro de los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2 años)
- 3 Dentro de los últimos 3 años (hace 2 años pero menos de 3 años)
- 4 Dentro de los últimos 5 años (hace 3 años pero menos de 5 años)
- 5 Hace 5 años ó más
- 7 No sé/No estoy segura
- 9 Rehusó

9. Su última prueba Papanicolao, ¿fue parte de un examen rutinario, o para investigar un problema que tiene o tenía en ese entonces? (255)

- | | |
|---|--|
| 1 | Examen rutinario |
| 2 | Investigación de un problema que tengo o tenía |
| 3 | Otro motivo |
| 7 | No sé/No estoy segura |
| 9 | Rehusó |

De haber contestado "Sí" a la pregunta principal 13.17, pase al próximo módulo.

10. ¿Le han hecho una histerectomía? (256)

- | | | |
|---|---|-----------------------|
| Una histerec-
tomía es una
operación para
extirpar (quitar)
el útero | 1 | Sí |
| | 2 | No |
| | 7 | No sé/No estoy segura |
| | 9 | Rehusó |

Módulo 6: Salud bucal

1. ¿Cuánto tiempo hace desde la última vez que fue al dentista o a una clínica dental por cualquier motivo? (257)

Léale estas respuestas al entrevistado sólo de ser necesario		
Incluya las	1	Dentro del último año (en cualquier momento hasta hace 12 meses)
visitas a los	2	Dentro de los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2 años)
especialistas	3	Dentro de los últimos 5 años (hace 2 años pero menos de 5 años)
dentales, tales	4	Hace 5 años ó más
como los	7	No sé/No estoy seguro(a)
ortodoncistas	8	Nunca
	9	Rehusó

2. ¿Cuántos de sus dientes permanentes han sido extraídos por caries o enfermedad de las encías? No incluya los dientes que haya perdido por otros motivos, tales como lesiones u ortodoncia. (258)

Incluya los	1	1 a 5
dientes que	2	6 ó más pero no todos
haya perdido	3	Todos
debido a una	8	Ninguno
"infección"	7	No sé/No estoy seguro(a)
	9	Rehusó

De haber contestado "Nunca" a la pregunta P1 o "todos" a la pregunta P2, pase a la P4.

3. ¿Cuánto tiempo hace desde que un dentista o un(a) higienista dental le ha limpiado los dientes? (259)

Léale estas respuestas al entrevistado sólo de ser necesario	
1	Dentro del último año (en cualquier momento hasta hace 12 meses)
2	Dentro de los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2 años)
3	Dentro de los últimos 5 años (hace 2 años pero menos de 5 años)
4	Hace 5 ó más años
7	No sé/No estoy seguro(a)
8	Nunca
9	Rehusó

De haber contestado "dentro del último año" a la pregunta P1 o P3, pase a la P5.

4. ¿Cuál es el motivo principal por el cual no ha ido al dentista en el último año? (260-261)

— — Código del motivo

Léale estas respuestas al entrevistado sólo de ser necesario

- | | |
|-----|--|
| 0 1 | Miedo, aprensión, nervios, dolor, no me gusta ir |
| 0 2 | Costo |
| 0 3 | No tengo/conozco a ningún dentista |
| 0 4 | No puedo ir al consultorio/a la clínica (demasiado lejos, no tengo transporte, no consigo citas) |
| 0 5 | No tengo motivo de ir (no tengo problemas, no tengo dientes) |
| 0 6 | Otras prioridades |
| 0 7 | No se me ocurrió |
| 0 8 | Otro motivo |
| 7 7 | No sé/No estoy seguro(a) |
| 9 9 | Rehusó |

5. ¿Tiene usted algún tipo de seguro que pague parte o la totalidad de sus cuidados dentales de rutina, incluyendo seguro dental, planes prepagados tales como HMOs, o planes gubernamentales como Medicaid? (262)

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sé/No estoy seguro(a) |
| 9 | Rehusó |

Módulo 7: Historia de asma

De haber contestado "Sí" a la pregunta principal P6.1, continúe. En otro caso, pase a la P10.

Anteriormente usted dijo que un médico, enfermero/a u otro profesional de la salud le había dicho que usted tenía asma.

1. ¿Qué edad tenía usted la primera vez que un médico, enfermero/a u otro profesional de la salud le dijo que usted tenía asma? (263-264)

_ _	Edad en años 11 ó más [96 = 96 ó más]
9 7	A los 10 años o antes
9 8	No sé/No estoy seguro(a)
9	Rehusó

De haber contestado "Sí" a la pregunta principal P6.2, continúe. En otro caso, pase a la P10 .

2. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido un episodio o un ataque de asma? (265)

1	Sí
2	No
7	No sé/No estoy seguro(a)
9	Rehusó

3. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces fue a la sala de emergencias o a un centro de cuidados de urgencia a causa de su asma? (266-267)

_ _	Cantidad de visitas [87 = 87 ó más]
8 8	Ninguna
9 8	No sé/No estoy seguro(a)
9 9	Rehusó

4. **[Si responde una o más visitas a la pregunta P3, añada (Además de esas visitas a la sala de emergencia)]** En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces vio usted a un médico, enfermero/a u otro profesional de la salud para el tratamiento urgente de síntomas del asma que empeoraban? (268-269)

_ _	Cantidad de visitas [87 = 87 ó más]
8 8	Ninguna
9 8	No sé/No estoy seguro(a)
9 9	Rehusó

5. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces vio usted a un médico, enfermero/a u otro profesional de la salud para un examen rutinario de su asma? (270-271)

—	—	Cantidad de visitas [87 = 87 ó más]
8	8	Ninguna
9	8	No sé/No estoy seguro(a)
9	9	Rehusó

6. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días no pudo trabajar o desempeñar sus actividades normales a causa de su asma? (272-274)

—	—	—	Cantidad de días
8	8	8	Ninguno
7	7	7	No sé/No estoy seguro(a)
9	9	9	Rehusó

7. Los síntomas del asma incluyen tos, respiración silbante, falta de aliento, sensación de compresión del pecho y producción de flema sin resfrío ni una infección de las vías respiratorias. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tuvo algún síntoma de asma? (275)

Diría usted: **Léale estas respuestas al entrevistado**

8	En ningún momento Pase a la P9
1	Menos de una vez por semana
2	Una o dos veces por semana
3	Más de dos veces por semana, pero no todos los días
4	Todos los días, pero no constantemente
	o
5	Todos los días, constantemente

**No lea estas
respuestas**

7	No sé/No estoy seguro(a)
9	Rehusó

8. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días los síntomas del asma le causaron dificultad al dormir? (276)

Diría usted: **Léale estas respuestas al entrevistado**

- 8 Ninguno
1 Uno o dos
2 Tres a cinco
3 Seis a diez
o
4 Más de diez

No lea estas respuestas 7 No sé/No estoy seguro(a)
9 Rehusó

9. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tomó usted medicamentos contra el asma que le recetara o diera el médico? Esto incluye la utilización de un inhalador. (277)

Diría usted: **Léale estas respuestas al entrevistado**

- 8 No tomé ningún medicamento
1 Menos de una vez por semana
2 Una o dos veces por semana
3 Más de dos veces por semana, pero no todos los días
4 Una vez al día, todos los días
o
5 2 ó más veces al día, todos los días

No lea estas respuestas 7 No sé/No estoy seguro(a)
9 Rehusó

De haber contestado "no hay ningún menor de 18 años" a la pregunta principal P13.6, pase al próximo módulo

10. Anteriormente dijo usted que había **[añada el número según la repuesta a la pregunta principal P13.6]** personas de 17 años o menor que viven en su hogar. ¿A cuántos de estos jóvenes o niños se les ha diagnosticado el asma en algún momento? (278-279)

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| — | — | Cantidad de menores |
| 8 | 8 | Ninguno Pase al próximo módulo |
| 7 | 7 | No sé Pase al próximo módulo |
| 9 | 9 | Rehusó Pase al próximo módulo |

11. [Añada (¿Y este menor/Cuántos de estos menores) de la P10] todavía tiene(n) asma?
(280-281)

Si, por la P10,	— —	Cantidad de menores
sólo uno/a:	8 8	Ninguno
la respuesta es	7 7	No sé
"Sí", ponga código	9 9	Rehusó
01, si la respuesta		
es "No", código 88		

Módulo 8: Ataques del corazón y derrames cerebrales

Ahora quisiera preguntarle acerca de sus conocimientos sobre los signos y síntomas de los ataques del corazón y derrames cerebrales.

1. ¿Cuál de los siguientes piensa usted que es un síntoma de un ataque del corazón?
Para cada uno, dígame que sí, no, o que no está seguro/a.
 - a. ¿Piensa usted que dolor o una molestia en la mandíbula, cuello o espalda son síntomas de un ataque del corazón? (282)

1	Sí
2	No
7	No sé/No estoy seguro(a)
9	Rehusó
 - b. ¿Piensa usted que sentirse débil, mareado o a punto de desmayarse son síntomas de un ataque del corazón? (283)

1	Sí
2	No
7	No sé/No estoy seguro(a)
9	Rehusó
 - c. ¿Piensa usted que dolores o molestias en el pecho son síntomas de un ataque del corazón? (284)

1	Sí
2	No
7	No sé/No estoy seguro(a)
9	Rehusó
 - d. ¿Piensa usted que problemas repentinos de visión en uno o ambos ojos son síntomas de un ataque del corazón? (285)

1	Sí
2	No
7	No sé/No estoy seguro(a)
9	Rehusó

e. ¿Piensa usted que dolor o una molestia en los brazos o en un hombro son síntomas de un ataque del corazón? (286)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sé/No estoy seguro(a)
- 9 Rehusó

f. ¿Piensa usted que la falta de aliento es síntoma de un ataque del corazón? (287)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sé/No estoy seguro(a)
- 9 Rehusó

2. ¿Cuál de los siguientes piensa usted que es síntoma de un derrame cerebral? Para cada uno, dígame que sí, no, o que no está seguro/a. (288)

a. ¿Piensa usted que el sentirse confundido repentino o con problemas al hablar sean síntomas de un derrame cerebral?

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sé/No estoy seguro(a)
- 9 Rehusó

b. ¿Piensa usted que una falta de sensación o debilidad repentinamente en la cara, un brazo, o una pierna, especialmente de un solo lado, son síntomas de un derrame cerebral? (289)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sé/No estoy seguro(a)
- 9 Rehusó

c. ¿Piensa usted que problemas repentinos de la visión en uno o ambos ojos son síntomas de un derrame cerebral? (290)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sé/No estoy seguro(a)
- 9 Rehusó

d. ¿Piensa usted que dolores o molestias en el pecho son síntomas de un derrame cerebral? (291)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sé/No estoy seguro(a)
- 9 Rehusó

e. ¿Piensa usted que problemas repentinos al caminar, mareos o pérdida del equilibrio son síntomas de un derrame cerebral? (292)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sé/No estoy seguro(a)
- 9 Rehusó

f. ¿Piensa usted que severos dolores de cabeza sin causa conocida son síntoma de un derrame cerebral? (293)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sé/No estoy seguro(a)
- 9 Rehusó

3. Si pensara usted que alguien estuviera sufriendo un ataque del corazón o un derrame cerebral, ¿qué es lo primero que usted haría? (294)

Léale estas respuestas al entrevistado

- 1 Lo llevaría al hospital
- 2 Les diría que llamen a su medico
- 3 Llamaría al 911
- 4 Llamaría a su cónyuge o a otro miembro de la familia
o
- 5 Haría otra cosa

No lea estas respuestas

- 7 No sé/No estoy seguro(a)
- 9 Rehusó

Módulo 9: Enfermedades cardiovasculares

1. Para reducir su riesgo de desarrollar una enfermedad cardíaca o de sufrir un derrame cerebral, usted, está ...

a. ¿comiendo menos alimentos con alto contenido de grasas o colesterol? (295)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sé/No estoy seguro(a)
- 9 Rehusó

b. ¿comiendo más frutas y vegetales? (296)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sé/No estoy seguro(a)
- 9 Rehusó

c. ¿aumentando su actividad física? (297)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sé/No estoy seguro(a)
- 9 Rehusó

2. En los últimos 12 meses, ¿le dijo un médico, enfermero/a u otro profesional de la salud que ... (298)

a. ¿coma menos alimentos con alto contenido de grasas o colesterol?

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sé/No estoy seguro(a)
- 9 Rehusó

b. ¿coma más frutas y vegetales? (299)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sé/No estoy seguro(a)
- 9 Rehusó

- c. ¿aumente su actividad física? (300)
- | | |
|---|--------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sé/No estoy seguro(a) |
| 9 | Rehusó |
3. ¿Alguna vez le dijo un médico, enfermero/a u otro profesional de la salud que usted había tenido una de las siguientes condiciones? (301)
- a. Un ataque del corazón, también llamado un infarto al miocardio
- | | |
|---|---------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sé/No estoy seguro (a) |
| 9 | Rehusó |
- b. Angina o enfermedad coronaria (302)
- | | |
|---|--------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sé/No estoy seguro(a) |
| 9 | Rehusó |
- c. Un derrame cerebral (303)
- | | |
|---|--------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sé/No estoy seguro(a) |
| 9 | Rehusó |

De haber contestado "sí" a la pregunta P3a, continúe. En otro caso, pase a la P 5.

4. ¿A qué edad tuvo su primer ataque del corazón? (304-305)
- | | |
|-----|--------------------------------------|
| — — | Ponga el código para la edad en años |
| 0 7 | No sé/No estoy seguro(a) |
| 0 9 | Rehusó |

De haber contestado "Sí" a la pregunta P3c, continúe. En otro caso, pase a la P6.

5. ¿A qué edad tuvo su primer derrame cerebral? (306-307)

— —	Ponga el código de la edad en años
0 7	No sé/No estoy seguro(a)
0 9	Rehusó

De haber contestado "Sí" a la pregunta P3a o 3c, continúe. En otro caso, pase a la P7.

6. Luego de salir del hospital después de su [añada (ataque del corazón) si el entrevistado contestó "Sí" a la pregunta P3a o a las preguntas P3a y P3c; añada (derrame cerebral) si el entrevistado contestó "Sí" a la pregunta P3c y "no" a la pregunta P3a], ¿tomó parte en algún tipo de rehabilitación ambulatoria? Aquí a veces la llaman "rehab." (308)

1	Sí
2	No
7	No sé/No estoy seguro(a)
9	Rehusó

Si el entrevistado tiene 35 años o más, continúe con la P7.

En otro caso, pase al próximo módulo.

7. ¿Toma usted aspirinas diariamente o cada dos días? (309)

1	Sí Pase a la P9
2	No
7	No sé/No estoy seguro(a)
9	Rehusó

8. ¿Tiene usted un problema de salud o una condición por la cual tomar aspirinas es peligroso para usted? (310)

Si "Sí," pregunte si "¿se trata de una condición del estómago?" Para malestares estomacales ponga el código de problemas estomacales

1	Sí, no relacionados con el estómago Pase al próximo módulo
2	Sí, problemas estomacales Pase al próximo módulo
3	No Pase al próximo modulo
7	No sé/No estoy seguro(a) Pase al próximo módulo
9	Rehusó Pase al próximo modulo

9. ¿Por qué toma aspirinas ... ? (311)

a. ¿Para aliviar el dolor?

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sé/No estoy seguro(a)
- 9 Rehusó

b. ¿Para reducir la posibilidad de un ataque del corazón? (312)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sé/No estoy seguro(a)
- 9 Rehusó

c. ¿Para reducir la posibilidad de un derrame cerebral? (313)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sé/No estoy seguro(a)
- 9 Rehusó

Módulo 10: Frutas y vegetales

Las próximas preguntas son acerca de los alimentos y bebidas que usted generalmente come o toma. Por favor, dígame con qué frecuencia come o bebe cada cosa, como por ejemplo, dos veces por semana, tres veces por mes, etcétera. Recuerde, sólo me interesan los alimentos que come. Incluya todo lo que come, tanto en casa como afuera.

1. ¿Con qué frecuencia bebe jugos de fruta tales como jugo de naranjas, pomelo o tomate? (314-316)

1 ___ ___ Por día
 2 ___ ___ Por semana
 3 ___ ___ Por mes
 4 ___ ___ Por año
 5 5 5 Nunca
 7 7 7 No sé/No estoy seguro(a)
 9 9 9 Rehusó

2. Sin contar los jugos de frutas, ¿con qué frecuencia come fruta? (317-319)

1 ___ ___ Por día
 2 ___ ___ Por semana
 3 ___ ___ Por mes
 4 ___ ___ Por año
 5 5 5 Nunca
 7 7 7 No sé/No estoy seguro(a)
 9 9 9 Rehusó

3. ¿Con qué frecuencia come ensaladas verdes? (320-322)

1 ___ ___ Por día
 2 ___ ___ Por semana
 3 ___ ___ Por mes
 4 ___ ___ Por año
 5 5 5 Nunca
 7 7 7 No sé/No estoy seguro(a)
 9 9 9 Rehusó

4. ¿Con qué frecuencia come papas, sin incluir las papas fritas "french fries" o los chips? (323-325)

1 ___ ___ Por día
 2 ___ ___ Por semana
 3 ___ ___ Por mes
 4 ___ ___ Por año
 5 5 5 Nunca
 7 7 7 No sé/No estoy seguro(a)
 9 9 9 Rehusó

5. ¿Con qué frecuencia come zanahorias? (326-328)

1 ___ ___ Por día
 2 ___ ___ Por semana
 3 ___ ___ Por mes
 4 ___ ___ Por año
 5 5 5 Nunca
 7 7 7 No sé/No estoy seguro(a)
 9 9 9 Rehusó

6. Sin contar zanahorias, papas o ensaladas, ¿cuántas porciones de vegetales come usted generalmente? (329-331)

Ejemplo:
Una porción de 1 ___ ___ Por día
vegetales tanto 2 ___ ___ Por semana
con el almuerzo 3 ___ ___ Por mes
como con la 4 ___ ___ Por año
cena equivale a 5 5 5 Nunca
dos porciones 7 7 7 No sé/No estoy seguro(a)
 9 9 9 Rehusó

Módulo 11: Control del peso

1. Actualmente, ¿está usted tratando de perder peso? (332)

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 | Sí Pase a la P3 |
| 2 | No |
| 7 | No sé/No estoy seguro(a) |
| 9 | Rehusó |

2. Actualmente, ¿está usted tratando de mantener su peso actual, es decir tratando de evitar un aumento de peso? (333)

- | | |
|---|--|
| 1 | Sí |
| 2 | No Pase a la P6 |
| 7 | No sé/No estoy seguro(a) Pase a la P6 |
| 9 | Rehusó Pase a la P6 |

3. ¿Está usted comiendo menos calorías o menos grasas para ...
perder peso? [**De haber contestado "Sí" a la P1**]

evitar un aumento de peso? [**De haber contestado "Sí" a la P2**] (334)

- | | | |
|---|---|-----------------------------------|
| Explore
para averiguar
cuál es el caso | 1 | Sí, menos calories |
| | 2 | Sí, menos grasas |
| | 3 | Sí, menos calorías y menos grasas |
| | 4 | No |
| | 7 | No sé/No estoy seguro(a) |
| | 9 | Rehusó |

4. ¿Está haciendo actividades físicas o ejercicios para ...
perder peso? [**De haber contestado "Sí" a la P1**]

evitar un aumento de peso? [**De haber contestado "Sí" a la P2**] (335)

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sé/No estoy seguro(a) |
| 9 | Rehusó |

5. ¿Cuánto le gustaría pesar? (336-338)

_ _ _ Peso
 libras
 7 7 7 No sé/No estoy seguro(a)
 9 9 9 Rehusó

6. En los últimos 12 meses, ¿un médico, enfermero/a u otro profesional de la salud le ha dado consejos acerca de su peso?

(339)

Explore para averiguar cuál es el caso	1	Sí, perder peso
	2	Sí, aumentar de peso
	3	Sí, mantener el peso actual
	4	No
	7	No sé/No estoy seguro(a)
	9	Rehusó

Módulo 12: Ácido fólico

1. Actualmente, ¿está tomando vitaminas o suplementos alimenticios? (340)

Incluya	1	Sí
los suplementos	2	No Pase a la P5
líquidos	7	No sé/No estoy seguro(a) Pase a la P5
	9	Rehusó Pase a la P5

2. ¿Son algunas de ellas multivitaminas? (341)

1	Sí Pase a la P4
2	No
7	No sé/No estoy seguro(a)
9	Rehusó

3. ¿Contienen ácido fólico algunas de las vitaminas o los suplementos que está tomando? (342)

1	Sí
2	No Pase a la P5
7	No sé/No estoy seguro(a) Pase a la P5
9	Rehusó Pase a la P5

4. ¿Con qué frecuencia toma estas vitaminas o suplementos? (343-345)

1	__ __	Veces por día
2	__ __	Veces por semana
3	__ __	Veces por mes
7	7 7	No sé/No estoy seguro(a)
9	9 9	Rehusó

Si el entrevistado tiene 45 años o más, pase al próximo módulo.

5. Algunos expertos de la salud recomiendan que las mujeres tomen 400 microgramos de la vitamina B llamada ácido fólico, ¿por cuál de los siguientes motivos... ? (346)

Léale estas respuestas al entrevistado

- | | |
|---|--|
| 1 | Para fortalecer los huesos |
| 2 | Como prevención de los defectos congénitos o de nacimiento |
| 3 | Como prevención de la alta presión sanguínea |
| | o |
| 4 | Algún otro motivo |
| 7 | No sé/No estoy seguro(a) |
| 9 | Rehusó |

**No lea estas
respuestas**

Módulo 13: Indicadores de uso de tabaco

**De haber contestado "Sí" a la pregunta principal P10.1, continúe.
En otro caso, pase a la P6.**

Anteriormente dijo usted que había fumado cigarrillos.

1. ¿Qué edad tenía usted la primera vez que fumó un cigarrillo, aunque no fuera más de una o dos bocanadas o haladas de humo?

(347-348)

_ _	Ponga el código de la edad en años
7 7	No sé/No estoy seguro(a)
9 9	Rehusó

2. ¿Qué edad tenía usted cuando comenzó a fumar cigarrillos de manera habitual?

(349-350)

_ _	Ponga el código de la edad en años
8 8	Nunca fumé habitualmente Pase a la P6
7 7	No sé/No estoy seguro(a)
9 9	Rehusó

Si la respuesta fue "Rehusó" a la pregunta principal P10.2, pase a la P6

**De haber contestado "no fumo" a la pregunta principal P10.2, continúe.
En otro caso, pase a la P4.**

3. Más o menos ¿cuánto tiempo hace desde que usted fumo cigarrillos en forma regular?

(351-352)

Léale estas respuestas al entrevistado sólo de ser necesario

0 1	Dentro del último mes (hace menos de 1 mes)
0 2	Dentro de los últimos 3 meses (hace 1 mes pero menos de 3 meses)
0 3	Dentro de los últimos 6 meses (hace 3 meses pero menos de 6 meses)
0 4	Dentro del último año (hace 6 meses pero menos de 1 año)
0 5	Dentro de los últimos 5 años (hace 1 año pero menos de 5 años)
0 6	Dentro de los últimos 10 años (hace 5 años pero menos de 10 años)
0 7	Hace 10 años ó más Pas a la P6
7 7	No sé/No estoy seguro(a) Pas a la P6
9 9	Rehusó Pase a la P6

4. En los últimos 12 meses, ¿ha visto a un médico, enfermero/a u otro profesional de la salud para obtener algún tipo de cuidado o tratamiento para usted? (353)

1 Sí
 2 No **Pase a la P6**
 7 No sé/No estoy seguro(a) **Pase a la P6**
 9 Rehusó **Pase a la P6**

5. En los últimos 12 meses, ¿le ha aconsejado un médico, enfermero/a u otro profesional de la salud que deje de fumar? (354)

1 Sí
 2 No
 7 No sé/No estoy seguro(a)
 9 Rehusó

6. ¿Cuál de estas afirmaciones describe de manera más adecuada las reglas que existen acerca de fumar en su casa? (355)

Léale estas respuestas al entrevistado

1 No está permitido fumar en ningún lugar dentro de su casa
 2 Está permitido fumar en algunos lugares o en algunos momentos
 3 Está permitido fumar en cualquier lugar en la casa
 o
 4 No tenemos reglas acerca de fumar dentro de la casa
 7 No sé/No estoy seguro(a)
 9 Rehusó

**No lea estas
 respuestas**

**De haber contestado "empleado/a" o "independiente" a la pregunta principal P13.8, continúe.
 En otro caso, pase al próximo módulo.**

7. Cuando está usted trabajando en su empleo, ¿se encuentra adentro la mayor parte del tiempo? (356)

1 Sí
 2 No **Pase al próximo módulo**
 7 No sé/No estoy seguro(a) **Pase al próximo módulo**
 9 Rehusó **Pase al próximo módulo**

8. ¿Cuál de las siguientes situaciones es la descripción más exacta de la política oficial de su lugar de trabajo acerca de fumar adentro, en las áreas comunitarias o públicas, tales como salas de entrada (lobby), baños y comedores? (357)

Léale estas respuestas al entrevistado

Para los trabajadores que visitan clientes, el "lugar de trabajo" significa su base	1	No está permitido en ningún área pública
	2	Permitido en algunas áreas públicas
	3	Permitido en todas las áreas públicas
		o
	4	No hay política oficial
No lea estas respuestas	7	No sé/No estoy seguro(a)
	9	Rehusó

9. ¿Cuál de las siguientes situaciones es la descripción más exacta de la política oficial de su lugar de trabajo acerca de fumar en las áreas de trabajo? (358)

Léale estas respuestas al entrevistado

	1	No está permitido en ningún área de trabajo
	2	Permitido en algunas áreas de trabajo
	3	Permitido en todas las áreas de trabajo
		o
	4	No hay política oficial
No lea estas respuestas	7	No sé/No estoy seguro(a)
	9	Rehusó

Módulo 14: Otros derivados del tabaco

1. ¿Ha probado o usado alguna vez algún derivado del tabaco que no se fume, como por ejemplo tabaco de mascar o el rapé? (359)

1	Sí
2	No Pase a la P3
7	No sé/No estoy seguro(a) Pase a la P3
9	Rehusó Pase a la P3

2. Actualmente, ¿está usando tabaco de mascar o rapé todos los días, algunos días, o no usa estos productos? (360)

1	Todos los días
2	Algunos días
3	No los uso
7	No sé/No estoy seguro(a)
9	Rehusó

3. ¿Alguna vez ha fumado un tabaco, puro, ó habano, aunque sea una o dos bocanadas o haladas de humo? (361)

1	Sí
2	No Pase a la P5
7	No sé/No estoy seguro(a) Pase a la P5
9	Rehusó Pase a la P5

4. ¿Y ahora, fuma puros todos los días, algunos días, o no los fuma? (362)

1	Todos los días
2	Algunos días
3	No los fumo
7	No sé/No estoy seguro(a)
9	Rehusó

5. ¿Alguna vez ha fumado tabaco en una pipa, aunque sea una o dos bocanadas o haladas de humo? (363)

1	Sí
2	No Pase a la P7
7	No sé/No estoy seguro(a) Pase a la P7
9	Rehusó Pase a la P7

6. ¿Y ahora, fuma pipa todos los días, algunos días, o no fuma pipa? (364)

- 1 Todos los días
- 2 Algunos días
- 3 No fumo pipas
- 7 No sé/No estoy seguro(a)
- 9 Rehusó

7. Un bidi es un cigarrillo con sabor añadido, originario de la India. ¿Alguna vez ha fumado un bidi, aunque fuera sólo una o dos bocanadas o haladas de humo? (365)

- 1 Sí
- 2 No **Pase a la declaración de cierre**
- 7 No sé/No estoy seguro(a) **Pase a la declaración de cierre**
- 9 Rehusó **Pase a la declaración de cierre**

8. ¿Y ahora, fuma bidis todos los días, algunos días, o no los fuma? (366)

- 1 Todos los días
- 2 Algunos días
- 3 No los fumo
- 7 No sé/No estoy seguro(a)
- 9 Rehusó