



**2006**

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

**Cuestionario**

**23 de enero de 2006**

# Sistema de vigilancia de los factores de riesgo conductuales (Behavioral Risk Factor Surveillance System) Cuestionario estatal 2006

## Contenido

Tabla de contenidos.....	2
Guión para el encuestador / la encuestadora.....	3
Secciones básicas.....	5
Sección 1: Estado de salud.....	5
Sección 2: Días en los que se siente saludable – Calidad de vida en relación a la salud.....	5
Sección 3: Acceso a cuidados médicos.....	6
Sección 4: Actividad física.....	7
Sección 5: Diabetes.....	7
Sección 6: Salud bucal (Oral Health).....	8
Sección 7: Prevalencia de las enfermedades cardiovasculares.....	9
Sección 8: Asma.....	9
Sección 9: Discapacidad.....	10
Sección 10: Consumo de tabaco.....	10
Sección 11: Características demográficas.....	11
Sección 12: Excombatientes.....	16
Sección 13: Consumo de alcohol.....	16
Sección 14: Inmunización.....	17
Sección 15: Falls.....	21
Sección 16: Seatbelt Use.....	22
Sección 17: Drinking and Driving.....	22
Sección 18: Salud femenina.....	23
Sección 19: Detección del cáncer de próstata.....	25
Sección 20: Detección del cáncer colorrectal.....	26
Sección 21: VIH/SIDA.....	27
Sección 22: Apoyo emocional y grado de satisfacción con la vida.....	28
Párrafo de cierre, Transición a módulos y/o Preguntas adicionales de los Estados.....	30
Módulos opcionales.....	31
Módulo 1: Selección aleatoria de niños.....	31
Módulo 2: Child Influenza Vaccination Supplement.....	33
Módulo 3: Prevalencia del asma infantil.....	34
Módulo 4: Diabetes.....	35
Módulo 5: Deterioro visual y acceso a cuidados oculares.....	37
Módulo 6: Días en los que se siente saludable (síntomas).....	41
Módulo 7: Antecedentes de asma en adultos.....	42
Module 8: Planificación familiar.....	46
Module 9: Ácido fólico.....	48
Módulo 10: Políticas acerca del tabaquismo pasivo.....	49
Módulo 11: Calidad del aire dentro del hogar.....	50
Módulo 12: El entorno del hogar.....	52
Módulo 13: Actitudes de terceros en cuanto a la raza.....	54
Module 14: Anxiety and Depression.....	56
Module 15: Violencia sexual.....	58
Module 16: Intimate Partner Violence.....	61
Module 17: De nivel preparación general.....	59

## Guión para el encuestador / la encuestadora

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

¿Hablo al **(número de teléfono)**?

**En caso negativo,**

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

¿Es ésta una casa de familia?

**En caso negativo,**

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

¿Es este un teléfono celular?

**Lea sólo si fuera necesario:** Por teléfono celular nos referimos a un teléfono portátil que puede utilizar fuera de su propio barrio.

**En caso afirmativo,**

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

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

\_\_\_ Cantidad de adultos

**En caso de ser “1”,**

¿Es usted el adulto?

**En caso afirmativo,**

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

**En caso negativo,**

¿El adulto es hombre o mujer? Indique 1 hombre o 1 mujer a continuación. ¿Podría hablar con **[completar con (él/ella) de acuerdo con la pregunta anterior]**? **Pase a “encuestado correcto” en la página siguiente.**

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

\_\_\_ Cantidad de hombres

\_\_\_ Cantidad de mujeres

El integrante de su familia con quien necesito hablar es \_\_\_\_\_.

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

**Al encuestado / la encuestada correcta:**

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

## Secciones básicas

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

### Sección 1: Estado de salud

---

- 1.1            ¿Diría usted que su estado de salud general es (73)
- Por favor, lea:**
- 1            Excelente
  - 2            Muy bueno
  - 3            Bueno
  - 4            Regular
- ó**
- 5            Malo
- No lea:**
- 7            No sabe / No está seguro/a
  - 9            Rehusó contestar

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

---

- 2.1            Con respecto a su estado de salud física, lo que incluye tanto enfermedades como lesiones físicas, ¿cuántos días durante los últimos 30 días tuvo problemas de salud? (74–75)
- \_\_\_\_\_ Cantidad de días
- 8 8            Ninguno.
  - 7 7            No sabe / No está seguro/a
  - 9 9            Rehusó contestar

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

(76–77)

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

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

(78-79)

- \_\_\_\_ Cantidad de días  
8 8 Ninguno  
7 7 No sabe / No está seguro/a  
9 9 Rehusó contestar

### Sección 3: Acceso a cuidados médicos

---

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

(80)

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

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

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

(81)

- 1 Sí, sólo una  
2 Más de una  
3 No  
7 No sabe / No está seguro/a  
9 Rehusó contestar

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

(82)

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

- 3.4** ¿Cuándo fue la última vez que fue al médico para hacerse un chequeo de rutina? Un chequeo de rutina es un examen físico general, no un examen realizado como consecuencia de una lesión, enfermedad o afección específica. (83)
- 1 En el último año (entre 1-12 meses)
  - 2 En los últimos dos años (entre 1-2 años)
  - 3 En los últimos 5 años (entre 2-5 años)
  - 4 Hace 5 años o más
  - 7 No sabe / No está seguro/a
  - 8 Nunca
  - 9 Rehusó contestar

## Sección 4: Actividad física

---

- 4.1** En el último mes, exceptuando lo relativo a su trabajo, ¿participó en alguna actividad física o hizo algún tipo de ejercicio como correr, caminar, hacer gimnasia, jugar al golf o realizar actividades de jardinería? (84)
- 1 Sí
  - 2 No
  - 7 No sabe / No está seguro/a
  - 9 Rehusó contestar

## Sección 5: Diabetes

---

- 5.1** ¿Alguna vez algún médico le informó que usted tenía diabetes? (85)
- Si la persona encuestada es mujer y responde "sí", pregúntele: "¿Fue únicamente durante el embarazo?"**
- Si el encuestado / la encuestada contesta que le habían diagnosticado prediabetes ("borderline diabetes"), utilice el código de respuesta 4.
- 1 Sí
  - 2 Sí, pero la encuestada dijo que se le diagnosticó únicamente durante el embarazo
  - 3 No
  - 4 No, prediabetes o diabetes limítrofe.
  - 7 No sabe / No está seguro/a
  - 9 Rehusó contestar

## Sección 6: Salud bucal (Oral Health)

- 6.1. ¿Cuándo fue la última vez que visitó a un dentista o que fue a una clínica dental por algún motivo? Incluya visitas a especialistas dentales, por ejemplo, ortodoncistas. (86)

**Lea sólo si fuera necesario:**

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

**No lea:**

- 8 Nunca
- 9 Rehusó contestar

- 6.2. ¿Cuántos dientes permanentes le han sacado por problemas de caries o de encía? Incluya los dientes que haya perdido debido a una infección, pero no los que haya perdido por otros motivos, como una lesión u ortodoncia. (87)

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

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

**Nota CATI: Si P1 = 8 (Nunca) o P2= 3 (Todos), pase a la sección siguiente.**

- 6.3. ¿Cuándo fue la última vez que un dentista o higienista le hizo una limpieza dental? (88)

**Lea sólo si fuera necesario:**

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

**No lea:**

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar



## Sección 7: Incidencia de enfermedades cardiovasculares

---

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

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

**7.1** ¿(Alguna vez le informaron) que usted había tenido un ataque cardíaco, también llamado infarto de miocardio? (89)

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

**7.2** ¿(Alguna vez le informaron) que había tenido angina o una enfermedad de las arterias coronarias? (90)

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

**7.3** ¿(Alguna vez le informaron) que usted había sufrido un derrame cerebral? (91)

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

## Sección 8: Asma

---

**8.1** ¿Alguna vez algún médico, enfermera u otro profesional de la salud le dijo que usted tenía asma? (92)

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

**8.2** ¿Aún tiene asma? (93)

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

## Sección 9: Discapacidad

---

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

**9.1** ¿Tiene actualmente alguna limitación para realizar alguna actividad debido a problemas físicos, mentales o emocionales? (94)

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

**9.2** ¿Tiene actualmente algún problema de salud que le exija usar algún tipo de equipo especial como bastón, silla de ruedas o cama o teléfono especial? (95)

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

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

## Sección 10: Consumo de tabaco

---

**10.1** ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida? (96)

**NOTA: 5 cajillas = 100 cigarrillos**

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

**10.2** Actualmente, ¿fuma cigarrillos todos los días, a veces o nunca? (97)

- 1 Todos los días
- 2 A veces
- 3 Nunca **[Pase a la siguiente sección]**
- 7 No sabe / No está seguro/a **[Pase a la siguiente sección]**
- 9 Rehusó contestar **[Pase a la siguiente sección]**

- 10.3** En los últimos 12 meses, ¿dejó de fumar durante un día o más debido a que estaba intentando dejar de hacerlo? (98)
- 1 Sí
  - 2 No
  - 7 No sabe / No está seguro/a
  - 9 Rehusó contestar

## Sección 11: Características demográficas

---

- 11.1** ¿Qué edad tiene? (99-100)
- \_\_\_ Codifique la edad en años
- 0 7 No sabe / No está seguro/a
  - 0 9 Rehusó contestar

- 11.2** ¿Es usted hispano/a o latino/a? (101)
- 1 Sí
  - 2 No
  - 7 No sabe / No está seguro/a
  - 9 Rehusó contestar

- 11.3** ¿Cuál o cuáles de los siguientes diría que es el grupo étnico al que usted pertenece? (102-107)
- (Marque todas las opciones que correspondan)**

**Por favor lea:**

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

**U**

- 6 Otro [especifique]\_\_\_\_\_

**No lea:**

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

**Nota CATI: En caso de múltiples respuestas a la P11.3, continúe. De no ser así, pase a la P11.5**

- 11.4**            ¿Cuáles de los siguientes grupos diría usted que representa mejor el suyo? (108)
- 1        Blanco
  - 2        Negro o Afroamericano
  - 3        Asiático
  - 4        Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacífico
  - 5        Indio americano o nativo de Alaska
  - 6        Otro [especifique] \_\_\_\_\_
  - 7        No sabe / No está seguro/a
  - 9        Rehusó contestar
- 11.5**            ¿Usted...? (109)
- Por favor lea:**
- 1        Está casado/a
  - 2        Está divorciado/a
  - 3        Es viudo/a
  - 4        Está separado/a
  - 5        Nunca se ha casado
  - 6        Vive en pareja pero sin estar casado/a
- No lea:**
- 9        Rehusó contestar
- 11.6**            ¿Cuántos niños menores de 18 años viven con usted? (110-111)
- \_\_\_\_ Cantidad de niños
- 8 8      Ninguno.
  - 9 9      Rehusó contestar
- 11.7**            ¿Cuál es el nivel de educación más alto alcanzado? (112)
- Lea sólo si fuera necesario:**
- 1        Nunca fue a la escuela o sólo recibió educación preescolar.
  - 2        De 1º a 8º grado (Primaria)
  - 3        Del 9º al 11º grado (educación secundaria incompleta)
  - 4        12º grado o GED / Certificado de Desarrollo de Educación General (Graduado/a de la escuela secundaria)
  - 5        De 1 a 3 años de Universidad (algún tipo de educación universitaria o técnica de nivel terciario)
  - 6        4 ó más años de Universidad (Graduado/a universitario/a)
  - 9        Rehusó contestar

11.8

Actualmente, ¿usted...?

(113)

**Por favor lea:**

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

**ó**

- 8 Está incapacitado/a para trabajar

**No lea:**

- 9 Rehusó contestar

11.9

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

(114-115)

Si el encuestado / la encuestada responde que "no" a todos los niveles de ingresos, indique código "99" (Rehusó contestar)

**Lea sólo si fuera necesario:**

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

**No lea:**

- 77 No sabe / No está seguro/a
- 99 Rehusó contestar

11.10

Aproximadamente, ¿cuánto pesa sin zapatos?

(116-119)

**Nota: Si el encuestado / la encuestada responde en sistema métrico, indique "9" en la columna 116.**

**Redondee los decimales la cantidad mayor**

- \_\_\_\_ de peso (libras/kilos)
- 7 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 9 9 Rehusó contestar

**11.11** Aproximadamente, ¿cuánto mide sin zapatos? (120-123)  
**Nota: Si el encuestado / la encuestada responde en sistema métrico, indique “9” en la columna 120.**

**Redondee los decimales hacia abajo**

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

**11.12** ¿En que condado vive? (124-126)

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

**11.13** ¿Cuál es el código postal de la localidad donde vive? (127-131)

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

**11.14** ¿Tiene más de un número de teléfono en su hogar? No incluya números de teléfonos celulares ni números que sólo se utilicen para una computadora o un fax. (132)

1	Sí	
2	No	<b>[Pase a la P11.16]</b>
7	No sabe / No está seguro/a	<b>[Pase a la P11.16]</b>
9	Rehusó contestar	<b>[Pase a la P11.16]</b>

**11.15** ¿Cuántos de estos números de teléfono son números particulares? (133)

_	Números de teléfono particulares <b>[6=6 ó más]</b>
7	No sabe / No está seguro/a
9	Rehusó contestar

**11.16** En los últimos 12 meses, ¿su hogar ha estado sin servicio telefónico durante 1 ó más semanas? No incluya los cortes del servicio telefónico debido a situaciones climáticas o desastres naturales. (134)

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

- 11.17** Indique el sexo del encuestado / de la encuestada. Pregunte sólo si es necesario. (135)
- |   |           |  |
|---|-----------|--|
| 1 | Masculino | <b>[Pase a la siguiente sección]</b>                                       |
| 2 | Femenino  | <b>[Si la encuestada es mayor de 45 años, pase a la siguiente sección]</b> |

- 11.18** Que usted sepa, ¿está embarazada? (136)
- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1 | Sí                       |
| 2 | No                       |
| 7 | No sabe / No está segura |
| 9 | Rehusó contestar         |

## Sección 12: Ex-combatientes

---

La siguiente pregunta se refiere al servicio militar.

- 12.1** ¿Alguna vez ha estado en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, ya sea en el servicio militar regular o en la Guardia Nacional o en la unidad de reserva militar? (137)
- |   |                            |
|---|----------------------------|
| 1 | Sí                         |
| 2 | No                         |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Rehusó contestar           |

## Sección 13: Consumo de alcohol

---

- 13.1** En los últimos 30 días, ¿ha bebido al menos un trago de cualquier bebida alcohólica, como cerveza, vino, bebidas a base de malta o alcoholes fuertes destilados (liquor)? (138)
- |   |                            |                                      |
|---|----------------------------|--------------------------------------|
| 1 | Sí                         |                                      |
| 2 | No                         | <b>[Pase a la siguiente sección]</b> |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | <b>[Pase a la siguiente sección]</b> |
| 9 | Rehusó contestar           | <b>[Pase a la siguiente sección]</b> |

- 13.2** En los últimos 30 días, ¿en cuántos días por semana o por mes bebió al menos un trago de cualquier bebida alcohólica? (139-141)
- |       |                                     |                                      |
|-------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| 1     | _____ Días por semana               |                                      |
| 2     | _____ Días en los últimos 30 días   |                                      |
| 8 8 8 | Ningún trago en los últimos 30 días | <b>[Pase a la siguiente sección]</b> |
| 7 7 7 | No sabe / No está seguro/a          |                                      |
| 9 9 9 | Rehusó contestar                    |                                      |



**13.3** 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 fuerte. Los días en que bebió, en los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos tragos bebió en promedio?

(142-143)

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

**13.4** Si incluye todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces en los últimos 30 días tomó **X [CATI X= 5 para hombres, X = 4 para mujeres]** o más tragos en una ocasión?

(144-145)

— — Cantidad de veces  
8 8 Ninguna  
7 7 No sabe / No está seguro/a  
9 9 Rehusó contestar

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

(146-147)

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

## Sección 14: Inmunización

---

**14.1** La vacuna contra la gripe es una inmunización contra el virus de la influenza que se inyecta en el brazo. En los últimos 12 meses, ¿se ha vacunado contra la gripe?

(148)

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

**14.2** En los últimos 12 meses, ¿ha recibido una vacuna contra la gripe en forma de spray nasal? La vacuna contra la gripe en forma de spray nasal se conoce también como FluMist™.

(149)

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

**Nota CATI: Si P14.1 o P14.2 = 1 (Sí), continúe; de lo contrario pase a la P14.4s.**

**NOTA:** Formule las preguntas 14.3s a 14.8s sólo si se activa el 'Suplemento de gripe en adultos'. Behavioral Surveillance Branch avisará y proporcionará instrucciones para llevar a cabo el 'Suplemento de gripe en adultos'.

**14.3s**            ¿En qué mes y año lo vacunaron por última vez contra la gripe? Su vacuna más reciente contra la gripe puede haber sido inyectable o por spray o aerosol. (150-155)

      \_\_ / \_\_-\_\_-\_\_      Mes / Año  
      7 7 / 7 7 7 7      No sabe / No está seguro/a (**Pregunte: "¿Fue antes de septiembre de 2005?" Codifique aproximadamente mes y año**)  
      9 9 / 9 9 9 9      Rehusó contestar

**Nota CATI:** Si P14.3s fuera antes de 09/2005 o P14.3s = 77/7777 (No sabe) o 99/9999 (Rehusó contestar), continúe. De lo contrario, pase a la P14.5s.

**14.4s**            ¿Cuál es la PRINCIPAL razón por la cual NO se ha vacunado contra la gripe para esta temporada? (156-157)

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR O LA ENCUESTADORA:** Temporada de gripe = Septiembre de 2005 a marzo de 2006.

**No lea las respuestas que aparecen a continuación. Seleccione la categoría que más se asemeje a la respuesta.**

- 0 1      Necesidad: No cree necesitarla / no se recomienda
- 0 2      Preocupación por la vacuna: efectos secundarios/puede producir gripe/no es eficaz
- 0 3      Acceso / costo / inconveniencia
- 0 4      Escasez de vacunas: dejar vacunas para quienes más la necesitan
- 0 5      Escasez de vacunas: trató de conseguir la vacuna pero no pudo
- 0 6      Escasez de vacunas: no reúne las condiciones para vacunarse
- 0 7      Alguna otra razón
- 7 7      No sabe / No está seguro/a (**Pregunte: "¿Cuál fue la principal razón?"**)
- 9 9      Rehusó contestar

**14.5s** ¿Algún doctor, enfermera u otro profesional de la salud alguna vez le dijo que usted tiene alguno de los siguientes problemas de salud? (158)

**Lea todos los problemas que se indican a continuación:**

Problemas pulmonares, inclusive asma  
Problemas cardíacos  
Diabetes  
Problemas renales  
Sistema inmunitario debilitado por enfermedades crónicas, por ejemplo cáncer o VIH/SIDA o por medicamentos, por ejemplo, esteroides  
-O-  
Anemia falsiforme (drepanocitosis) u otro tipo de anemia

- |   |                            |                           |
|---|----------------------------|---------------------------|
| 1 | Sí                         |                           |
| 2 | No                         | <b>[Pase a la P14.8s]</b> |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | <b>[Pase a la P14.8s]</b> |
| 9 | Rehusó contestar           | <b>[Pase a la P14.8s]</b> |

**14.6s** ¿Todavía padece (ese o cualquiera de esos) problema(s)? (159)

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

**14.7s** ¿En la actualidad trabaja en una institución de atención de la salud, por ejemplo, clínica médica, hospital u hogar para ancianos? Esto incluye trabajo de tiempo parcial y trabajo voluntario. (160)

- |   |                            |                          |
|---|----------------------------|--------------------------|
| 1 | Sí                         |                          |
| 2 | No                         | <b>[Pase a la P14.9]</b> |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | <b>[Pase a la P14.9]</b> |
| 9 | Rehusó contestar           | <b>[Pase a la P14.9]</b> |

**14.8s** ¿Tiene contacto directo cara a cara o tiene que tocar a los pacientes como parte de su trabajo de rutina? (161)

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

**14.9** Normalmente la vacuna contra la neumonía o la vacuna neumocócica se administra solamente una o dos veces en toda la vida de una persona y es diferente de la vacuna contra la gripe. ¿Alguna vez le administraron la vacuna neumocócica? (162)

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

**14.10** ¿ALGUNA VEZ le administraron la vacuna contra la hepatitis B? La vacuna contra la hepatitis B se completa cuando se administra la tercera dosis. (163)

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

La siguiente pregunta es acerca de comportamientos vinculados a la Hepatitis B.

**14.11** Dígame si CUALQUIERA de las siguientes frases le corresponde a USTED. NO me diga CUÁL de ellas le corresponde; solamente si ALGUNA le corresponde: (164)

**Nota CATI: Si el encuestado es mujer, no lea la respuesta #2**

Tiene hemofilia y le administraron un concentrado de factor de la coagulación  
Es hombre y tuvo relaciones sexuales con otros hombres, incluso si fue sólo una vez  
Se ha inyectado drogas que se venden en la calle, incluso si fue sólo una vez  
Tuvo relaciones sexuales a cambio de dinero o drogas, incluso si fue sólo una vez  
Obtuvo un resultado positivo en una prueba del VIH  
Tuvo relaciones sexuales (incluso si fue sólo una vez) con alguien que podría haber contestado "sí" a cualquiera de estas afirmaciones  
Durante el año pasado tuvo relaciones sexuales con dos o más personas diferentes

¿Alguna de estas afirmaciones es verdadera en su caso?

- 1 Sí, al menos una de estas afirmaciones es verdadera
- 2 No, ninguna de estas afirmaciones es verdadera
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó a contestar

## Sección 15: Caídas

---

**Si el encuestado tiene 45 años o más, continúe; de lo contrario pase a la siguiente sección.**

Las siguientes preguntas son acerca de caídas recientes. Definimos 'caída' como la acción por la cual una persona, accidentalmente, queda en el piso o en otro nivel más bajo a aquel en el cual se encontraba.

**15.1** En los últimos 3 meses, ¿cuántas veces se ha caído? (165-166)

—	—	Cantidad de veces	<b>[76 = 76 o más]</b>
8	8	Ninguna	<b>[Pase a la siguiente sección]</b>
7	7	No sabe / No está seguro/a	<b>[Pase a la siguiente sección]</b>
9	9	Rehusó contestar	<b>[Pase a la siguiente sección]</b>

**15.2** [Completar con "¿Le causó esta caída (la de P15.1) alguna lesión?"]. Si sólo sufrió una caída según P15.1 y la respuesta es "Sí" (le causó una lesión); código 01. Si la respuesta es "No", código 88.

¿Cuántas de esas caídas le produjeron lesiones? Entendemos por lesión aquello que fue consecuencia de la caída y que le limita sus actividades habituales por lo menos por un día o que hace que tenga que ir al doctor.

(167-168)

—	—	Cantidad de caídas	<b>[76 = 76 o más]</b>
8	8	Ninguna	<b>[Pase a la siguiente sección]</b>
7	7	No sabe / No está seguro/a	<b>[Pase a la siguiente sección]</b>
9	9	Rehusó contestar	<b>[Pase a la siguiente sección]</b>

## Sección 16: Uso de cinturón de seguridad

---

- 16.1** Cuando maneja o viaja como pasajero, ¿con qué frecuencia usa el cinturón de seguridad? Diría que... (169)

**Por favor lea:**

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

**No lea:**

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 8 Nunca manejo ni viaje en automóvil
- 9 Rehusó contestar

**Nota CATI: Si P16.1 = 8 (Nunca manejó ni viajó en automóvil), pase a la Sección 18; de lo contrario continúe.**

## Sección 17: Manejar en estado de ebriedad

---

**Nota CATI: Si P13.1 = 2 (No); Pase a la siguiente sección.**

La siguiente pregunta se refiere a beber y manejar.

- 17.1** En los últimos 30 días, ¿cuántas veces manejó habiendo bebido tal vez demasiado? (170-171)

- — Cantidad de veces
- 8 8 Ninguna
- 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Rehusó contestar

## Sección 18: Salud femenina

---

**Nota CATI: Si el encuestado es hombre, pase a la sección siguiente.**

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

**18.1.** La mamografía es una radiografía que se realiza a cada uno de los senos para detectar la existencia de un posible cáncer de mama. ¿Alguna vez se hizo una mamografía? (172)

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Sí                       |                          |
| 2 | No                       | <b>[Pase a la P18.3]</b> |
| 7 | No sabe / No está segura | <b>[Pase a la P18.3]</b> |
| 9 | Rehusó contestar         | <b>[Pase a la P18.3]</b> |

**18.2.** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una mamografía? (173)

**Lea sólo si fuera necesario:**

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

**No lea:**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 7 | No sabe / No está segura |
| 9 | Rehusó contestar         |

**18.3.** Un examen clínico de mama es cuando un médico, enfermera u otro profesional de la salud palpa sus senos para detectar la posible existencia de bultos. ¿Alguna vez le hicieron un examen clínico de mama? (174)

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Sí                       |                          |
| 2 | No                       | <b>[Pase a la P18.5]</b> |
| 7 | No sabe / No está segura | <b>[Pase a la P18.5]</b> |
| 9 | Rehusó contestar         | <b>[Pase a la P18.5]</b> |

**18.4.** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo un examen de mama? (175)

**Lea sólo si fuera necesario:**

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

- 18.5.** Un PAP (examen de Papanicolau) es un examen que se realiza para detectar la existencia de cáncer en el cuello del útero. ¿Alguna vez se hizo un PAP? (176)
- 1 Sí
  - 2 No **[Pase a la P18.7]**
  - 7 No sabe / No está segura **[Pase a la P18.7]**
  - 9 Rehusó contestar **[Pase a la P18.7]**

- 18.6.** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo un PAP? (177)

**Lea sólo si fuera necesario:**

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

**No lea:**

- 7 No sabe / No está segura
- 9 Rehusó contestar

**Nota CATI: Si la respuesta a la pregunta básica 11.18 =1 (está embarazada) pase a la sección siguiente**

- 18.7.** ¿Le han practicado una histerectomía? (178)

**Lea sólo si fuera 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 Rehusó contestar



## Sección 19: Detección del cáncer de próstata

---

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

A continuación le haré algunas preguntas sobre pruebas de detección del cáncer de próstata.

**19.1.** La prueba del antígeno específico de la próstata, llamada también PSA (por sus siglas en inglés), es un análisis de sangre que se usa para detectar el cáncer de próstata. ¿Alguna vez se hizo una prueba PSA? (179)

- |   |                          |                   |
|---|--------------------------|-------------------|
| 1 | Sí                       |                   |
| 2 | No                       | [Pase a la P19.3] |
| 7 | No sabe / No está seguro | [Pase a la P19.3] |
| 9 | Rehusó contestar         | [Pase a la P19.3] |

**19.2.** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una prueba PSA? (180)

**Lea sólo si fuera necesario:**

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

**No lea:**

- |   |                  |
|---|------------------|
| 7 | No sabe          |
| 9 | Rehusó contestar |

**19.3.** Un examen digital del recto es un examen en el que un médico, enfermero u otro profesional de la salud palpa el recto con el dedo enguantado para examinar el tamaño, la forma y la dureza de la glándula prostática. ¿Alguna vez le hicieron un examen digital del recto? (181)

- |   |                          |                   |
|---|--------------------------|-------------------|
| 1 | Sí                       |                   |
| 2 | No                       | [Pase a la P19.5] |
| 7 | No sabe / No está seguro | [Pase a la P19.5] |
| 9 | Rehusó contestar         | [Pase a la P19.5] |

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

(182)

**Lea sólo si fuera necesario:**

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

**No lea:**

- 7 No sabe / No está seguro
- 9 Rehusó contestar

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

(183)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe / No está seguro
- 9 Rehusó contestar

## Sección 20: Detección del cáncer colorrectal

---

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

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

(184)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a la P20.3]**
- 7 No sabe / No está seguro/a **[Pase a la P20.3]**
- 9 Rehusó contestar **[Pase a la P20.3]**

**20.2.** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una prueba de sangre en las heces utilizando un dispositivo de prueba de uso doméstico? (185)

**Lea sólo si fuera necesario:**

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

**No lea:**

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

**20.3.** La sigmoidoscopia y la colonoscopia son exámenes en los que se inserta un tubo en el recto para examinar los intestinos a fin de detectar señales de cáncer u otros trastornos de salud. ¿Alguna vez se ha hecho alguno de estos exámenes? (186)

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

**20.4.** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una sigmoidoscopia o colonoscopia? (187)

**Lea sólo si fuera necesario:**

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

**No lea:**

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

## Sección 21: VIH/SIDA

---

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

Las siguientes preguntas se refieren al problema nacional de salud del VIH, el virus que causa el SIDA. Por favor recuerde que sus respuestas son estrictamente confidenciales y que no necesita contestar todas las preguntas si no lo desea. Si bien le preguntaremos si se ha realizado exámenes, no le preguntaremos sobre los resultados de ninguno de ellos.

- 21.1** ¿Alguna vez se ha hecho la prueba de VIH? No tenga en cuenta las pruebas que le hayan realizado al donar sangre. Incluya las pruebas de saliva. (188)
- |   |                            |                                      |
|---|----------------------------|--------------------------------------|
| 1 | Sí                         |                                      |
| 2 | No                         | <b>[Pase a la siguiente sección]</b> |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | <b>[Pase a la siguiente sección]</b> |
| 9 | Rehusó contestar           | <b>[Pase a la siguiente sección]</b> |

- 21.2** Sin incluir las donaciones de sangre, ¿en qué mes y año se realizó la última prueba de VIH? (189-194)
- NOTA: Si la respuesta es anterior a enero de 1985, codifique "no sabe."**

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

- 21.3** ¿Dónde se hizo la última prueba de VIH: con un médico particular, en un consultorio de una HMO, en un centro de asesoramiento y control, en un hospital, en una clínica, en una cárcel o prisión, en un centro para tratamiento de adicción a drogas, en su hogar o en algún otro lugar? (195-196)
- |    |  |
|----|--|
| 01 | Médico particular o HMO                            |
| 02 | Centro de asesoramiento y control                  |
| 03 | Hospital   |
| 04 | Clínica  |
| 05 | Cárcel o prisión (u otra institución correccional) |
| 06 | Centro para tratamiento de adicción a drogas       |
| 07 | En el hogar  |
| 08 | En otro lugar                                      |
| 77 | No sabe / No está seguro/a                         |
| 99 | Rehusó contestar                                   |

**Nota CATI: Formule la P21.4; Si P21.2 = en los últimos 12 meses.**

- 21.4** ¿Fue una prueba rápida en la que supo el resultado en un par de horas? (197)
- |   |                            |
|---|----------------------------|
| 1 | Sí                         |
| 2 | No                         |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Rehusó contestar           |

## Sección 22: Apoyo emocional y grado de satisfacción con la vida

---

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

**22.1** ¿Con qué frecuencia obtiene el apoyo social y emocional que necesita? (198)

**Por favor lea:**

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

**No lea:**

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

**22.2** En términos generales, ¿cuán satisfecho/a está con su vida? (199)

**Por favor lea:**

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

**No lea:**

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

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

## **Párrafo de cierre, Transición a módulos y/o Preguntas adicionales de los estados**

### **Párrafo de cierre**

#### **Por favor lea:**

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

ó

### **Transición a módulos y/o preguntas adicionales**

#### **Por favor lea:**

Por último, le haré otras cuantas preguntas acerca de otros temas relacionados con la salud.

## Módulos opcionales

### Módulo 1: Selección aleatoria de niños

---

**Nota CATI: Si la respuesta a la pregunta básica 11.6 =88 o 99 (no hay niños menores de 18 años en el hogar o rehusó contestar) pase al módulo siguiente.**

**Si la respuesta a la pregunta básica 11.6 =1, Encuestador/a, por favor lea:** "Anteriormente usted mencionó que en su hogar había un niño / una niña de 17 años de edad o menor. Quisiera hacerle algunas preguntas sobre ese menor". **[Pase a la P1]**

**Si la pregunta básica 11.6 >1 y la pregunta básica 11.6 no es 88 ni 99, encuestador por favor lea:** "Anteriormente usted mencionó que en su hogar había [cantidad] niños de 17 años de edad o menores. Piense en esos [cantidad] niños en orden de nacimiento, del mayor al menor. El niño / la niña mayor es el primero y el/la menor es el último." Por favor incluya también a los niños que tengan la misma fecha de nacimiento, como mellizos, de acuerdo al orden de nacimiento.

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

**Encuestador/a, por favor lea:**

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

1. ¿En qué mes y año nació el "X<sup>o</sup>" niño?

(200-205)

\_\_ / \_\_ \_\_ \_\_  
7 7 / 7 7 7 7 Codifique mes y año  
9 9 / 9 9 9 9 No sabe / No está seguro/a  
Rehusó contestar

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

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

(206)

1 Niño  
2 Niña  
9 Rehusó contestar

3. ¿Es el niño / la niña hispano/a o latino/a? (207)
- 1 Sí
  - 2 No
  - 7 No sabe / No está seguro/a
  - 9 Rehusó contestar

4. ¿Cuál o cuáles de las siguientes opciones diría que es el grupo étnico del niño / de la niña? (208-213)

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

**Por favor lea:**

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

**U**

- 6 Otro [especifique] \_\_\_\_\_

**No lea:**

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

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

5. ¿Cuáles de los siguientes grupos diría usted que es el más representativo del grupo étnico del niño / de la niña? (214)
- 1 Blanco
  - 2 Negro o Afroamericano
  - 3 Asiático
  - 4 Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacífico
  - 5 Indio americano o nativo de Alaska
  - 6 Otros
  - 7 No sabe / No está seguro/a
  - 9 Rehusó contestar



6. ¿Qué relación tiene usted con el niño / la niña? (215)

**Por favor lea:**

- 1 Padre o madre (incluye padre o madre biológico/a, padrastro / madrastra o padre o madre adoptivo/a)
- 2 Abuelo/a
- 3 Padre o madre de adopción temporal o tutor
- 4 Hermano/a (incluye biológico, hermanastro/a o hermano/a adoptivo/a)
- 5 Otro familiar
- 6 No tiene ninguna relación

**No lea:**

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

## Módulo 2: Suplemento de vacuna contra la gripe infantil

---

**Nota CATI: Si P11.6 = 88, o 99 (no hay menores de 18 en el hogar o 'Rehusó contestar'), pase al módulo siguiente.**

1. ¿Algún doctor, enfermera u otro profesional de la salud alguna vez le dijo que el menor tiene alguno de los siguientes problemas de salud? (216)

**Lea todos los problemas que se indican a continuación:**

Problemas pulmonares, inclusive asma  
Problemas cardíacos  
Diabetes  
Problemas renales  
Anemia falsiforme (drepanocitosis) u otro tipo de anemia  
Sistema inmunitario debilitado por enfermedades crónicas, por ejemplo cáncer o VIH/SIDA, o por medicamentos, por ejemplo, esteroides  
**-O bien-**  
Toma aspirina todos los días

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

2. ¿El (la) menor todavía tiene alguno de esos problemas? (217)

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

**Nota CATI: si es un menor de menos de 6 meses, pase al módulo siguiente; de lo contrario continúe.**

3. En los últimos 12 meses, ¿el menor fue vacunado contra la gripe o se le administró la vacuna en spray o aerosol por la nariz? (218)

1	Sí	
2	No	[Pase a la P5]
7	No sabe / No está seguro/a	[Pase a la P5]
9	Rehusó contestar	[Pase a la P5]

4. ¿En qué mes y año le administraron por última vez la vacuna contra la gripe? La vacuna más reciente puede haber sido la que se administró por aerosol o spray o en forma inyectable. (219-224)

<u>  </u> / <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u>	Mes / Año	
77 / 7777	No sabe / No está seguro/a	(Pregunte: “¿Fue antes de septiembre de 2005?” Codifique aproximadamente mes y año)
99 / 9999	Rehusó contestar	

**Nota CATI: Si P4 fuera antes de 09/2005 o P4 = 77/777 (No sabe) o 99/9999 (Rehusó contestar); continúe. De lo contrario, pase al módulo siguiente.**

5. ¿Cuál es la PRINCIPAL razón por la cual no se le administró la vacuna contra la gripe para esta temporada? (225-226)

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR O LA ENCUESTADORA: Temporada de gripe = Septiembre de 2005 a marzo de 2006.**

**No lea las respuestas que figuran a continuación. Seleccione la categoría que más se asemeje a la respuesta.**

0 1	Necesidad: No cree necesitarla / no se recomienda
0 2	Preocupación por la vacuna: efectos secundarios/puede producir gripe/no es eficaz
0 3	Acceso / costo / inconveniencia
0 4	Escasez de vacunas: dejar vacunas para quienes más la necesitan
0 5	Escasez de vacunas: trató de conseguir la vacuna pero no pudo
0 6	Escasez de vacunas: no reúne las condiciones para vacunarse
0 7	Alguna otra razón
7 7	No sabe / No está seguro/a (Pregunte: “¿Cuál fue la <u>principal</u> razón?”)
9 9	Rehusó contestar

### Módulo 3: Incidencia del asma infantil

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

Las siguientes dos preguntas son acerca del “X<sup>0</sup>” niño [CATI: por favor complete con el número correspondiente].

1. ¿En alguna ocasión, algún médico u otro profesional de la salud le informó que el niño / la niña “X<sup>a/0</sup>” tenía asma? (227)
- |   |                            |                            |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 1 | Sí                         |                            |
| 2 | No                         | [Pase al módulo siguiente] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase al módulo siguiente] |
| 9 | Rehusó contestar           | [Pase al módulo siguiente] |
2. ¿El niño aún tiene asma? (228)
- |   |                            |  |
|---|----------------------------|--|
| 1 | Sí                         |  |
| 2 | No                         |  |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |  |
| 9 | Rehusó contestar           |  |

## Módulo 4: Diabetes

---

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

1. ¿Qué edad tenía cuando le informaron que tenía diabetes? (229-230)
- |     |   |  |
|-----|---|--|
| ___ | Codifique la edad en años [97 = 97 y más] |  |
| 9 8 | No sabe / No está seguro/a                |  |
| 9 9 | Rehusó contestar                          |  |
2. ¿Está tomando insulina? (231)
- |   |                  |  |
|---|------------------|--|
| 1 | Sí               |  |
| 2 | No               |  |
| 9 | Rehusó contestar |  |
3. ¿Está tomando píldoras para la diabetes? (232)
- |   |                            |  |
|---|----------------------------|--|
| 1 | Sí                         |  |
| 2 | No                         |  |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |  |
| 9 | Rehusó contestar           |  |

4. Aproximadamente, ¿con qué frecuencia controla su nivel de glucosa o azúcar en sangre? Incluya las ocasiones en que fue controlado por un familiar o amigo, pero no cuando el control lo realizó un médico.

(233-235)

1 \_ \_ Veces por día  
2 \_ \_ Veces por semana  
3 \_ \_ Veces por mes  
4 \_ \_ Veces por año  
8 8 8 Nunca  
7 7 7 No sabe / No está seguro/a  
9 9 9 Rehusó contestar

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

(236-238)

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

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

(239)

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

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

(240-241)

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

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

(242-243)

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

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

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

(244-245)

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

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

(246)

**Lea sólo si fuera necesario:**

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

**No lea:**

7 No sabe / No está seguro/a  
9 Rehusó contestar

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

(247)

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

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

(248)

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

## Módulo 5: Deterioro visual y acceso a cuidados oculares

---

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

**Nota CATI: Si el encuestado / la encuestada es menor de 40 años, pase al módulo siguiente.**

1. ¿Qué grado de dificultad (de haberla) tiene usted para reconocer a un amigo al otro lado de la calle? Diría usted que... (249)

**Por favor lea:**

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

**No lea:**

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

2. ¿Qué grado de dificultad (de haberla) tiene para leer periódicos, revistas, recetas, menús o números en el teléfono? Diría que... (250)

**Por favor lea:**

- 1 Ninguna dificultad
- 2 Cierta dificultad
- 3 Dificultad moderada
- 4 Extrema dificultad
- 5 No puede hacerlo por cuestiones visuales
- 6 No puedo leer por otras razones

**No lea:**

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 8 No se aplica (ciego/a) **[Pase al módulo siguiente]**
- 9 Rehusó contestar

3. ¿Cuándo fue la última vez que un doctor o proveedor de atención médica le examinó los ojos? (251)

**Lea sólo si fuera necesario:**

- 1 El mes pasado (cualquier momento hace menos de 1 mes) **[Pase a la P5]**
- 2 El año pasado (entre 1 mes y menos de 12 meses) **[Pase a la P5]**
- 3 Dentro de los 2 últimos años (entre 1 año y menos de 2 años)
- 4 hace 2 o más años
- 5 Never

**No lea:**

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 8 No se aplica (ciego/a) **[Pase al módulo siguiente]**
- 9 Rehusó contestar

4. ¿Cuál es la principal razón por la cual no ha consultado a un proveedor de cuidados de la vista en los últimos 12 meses?

(252-253)

**Lea sólo si fuera necesario:**

- 0 1 Costo/seguro
- 0 2 No tengo/no conozco a un oculista
- 0 3 No puedo ir al consultorio/clínica (está muy lejos, no tengo transporte)
- 0 4 No pude obtener una cita
- 0 5 No hay razón para ir (no tengo ningún problema)
- 0 6 No se me había ocurrido
- 0 7 Otro

**No lea:**

- 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 0 8 No se aplica (ciego/a) **[Pase al módulo siguiente]**
- 9 9 Rehusó contestar

**Nota CATI: Pase a P5, si hay alguna respuesta al Módulo 4 (Diabetes) P10.**

5. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un examen de la vista con las pupilas dilatadas? Este examen aumenta su sensibilidad a la luz temporalmente. (254)

**Lea sólo si fuera necesario:**

- 1 El mes pasado (cualquier momento hace menos de 1 mes)
- 2 El año pasado (entre 1 mes y menos de 12 meses)
- 3 Dentro de los 2 últimos años (entre 1 año y menos de 2 años)
- 4 hace 2 o más años
- 5 Never

**No lea:**

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 8 No se aplica (ciego/a) **[Pase al módulo siguiente]**
- 9 Rehusó contestar

6. ¿Tiene algún tipo de cobertura médica específica para problemas oculares? (255)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 8 No se aplica (ciego/a) **[Pase al módulo siguiente]**
- 9 Rehusó contestar

7. ¿Algún oculista o médico le ha informado que ACTUALMENTE usted tiene cataratas? (256)

- 1 Sí
- 2 Sí, pero se las extrajeron
- 3 No
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 8 No se aplica (ciego/a) **[Pase al módulo siguiente]**
- 9 Rehusó contestar

8. ¿Algún oculista u otro médico le ha informado ALGUNA VEZ que usted tiene glaucoma? (257)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 8 No se aplica (ciego/a) **[Pase al módulo siguiente]**
- 9 Rehusó contestar



**Por favor lea:**

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

9. ¿Algún oculista u otro médico le ha informado ALGUNA VEZ que usted tenía degeneración macular? (258)
- |   |   |  |
|---|---|--|
| 1 | Sí  |  |
| 2 | No  |  |
| 7 | No sabe / No está seguro/a                        |  |
| 8 | No se aplica (ciego/a) [Pase al módulo siguiente] |  |
| 9 | Rehusó contestar                                  |  |

10. ¿Ha sufrido ALGUNA VEZ alguna lesión ocular en su lugar de trabajo mientras trabajaba? (259)
- |   |                            |     |
|---|----------------------------|-----|
| 1 | Sí                         |     |
| 2 | No                         | [ ] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [ ] |
| 9 | Rehusó contestar           | [ ] |

## Módulo 6: Días en los que se siente saludable (síntomas)

---

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

1. En los últimos 30 días, ¿en cuántos días el dolor le dificultó realizar sus actividades habituales, como cuidados personales, trabajo o recreación? (260-261)
- |     |                            |  |
|-----|----------------------------|--|
| ___ | Cantidad de días           |  |
| 8 8 | Ninguno                    |  |
| 7 7 | No sabe / No está seguro/a |  |
| 9 9 | Rehusó contestar           |  |
2. En los últimos 30 días, ¿en cuántos días se sintió triste, melancólico o deprimido? (262-263)
- |     |                            |  |
|-----|----------------------------|--|
| ___ | Cantidad de días           |  |
| 8 8 | Ninguno                    |  |
| 7 7 | No sabe / No está seguro/a |  |
| 9 9 | Rehusó contestar           |  |

3. En los últimos 30 días, ¿en cuántos días se sintió preocupado/a, tenso/a o ansioso/a?  
(264-265)

- \_\_ \_\_ Cantidad de días
- 8 8 Ninguno
- 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Rehusó contestar

4. En los últimos 30 días, ¿en cuántos días sintió que no durmió o descansó lo suficiente?  
(266-267)

- \_\_ \_\_ Cantidad de días
- 8 8 Ninguno
- 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Rehusó contestar

5. En los últimos 30 días, ¿en cuántos días se sintió en excelente estado de salud y lleno/a de energía?  
(268-269)

- \_\_ \_\_ Cantidad de días
- 8 8 Ninguno
- 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Rehusó contestar

## Módulo 7: Antecedentes de asma en adultos

---

**Nota CATI: Si la respuesta a la pregunta básica 8.1 es afirmativa, continúe. De no ser así, pase al módulo siguiente.**

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

1. ¿Qué edad tenía cuando un médico, enfermera u otro profesional de la salud le informó por primera vez que usted tenía asma?  
(270-271)

- Edad en años 11 ó más [96 = 96 y más]
- 97 10 años o menos
- 98 No sabe / No está seguro/a
- 99 Rehusó contestar

**Nota CATI: Si la respuesta a la pregunta básica 8.2 es afirmativa, continúe. De no ser así, pase al módulo siguiente.**

2. ¿Ha tenido algún episodio o ataque de asma en los últimos 12 meses? (272)

1	Sí		
2	No	[ ]	
7	No sabe / No está seguro/a	[ ]	9
	Rehusó contestar	[ ]	

3. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces fue a la sala de emergencias o a un centro de atención de urgencias a causa de su asma? (273-274)

— —	Cantidad de veces [87 = 87 o más]
8 8	Ninguna
9 8	No sabe / No está seguro/a
9 9	Rehusó contestar

4. **[Si contestó “una o más veces” a P3, escriba “Además de las visitas a la sala de emergencias”]** En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces consultó a un doctor, enfermera u otro profesional de la salud para recibir tratamiento urgente por agravamiento de los síntomas del asma? (275-276)

— —	Cantidad de veces [87 = 87 o más]
8 8	Ninguna
9 8	No sabe / No está seguro/a
9 9	Rehusó contestar

5. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces acudió a un médico, enfermera u otro especialista de la salud para hacerse un chequeo de rutina para el asma? (277-278)

— —	Cantidad de veces [87 = 87 ó más]
8 8	Ninguna
9 8	No sabe / No está seguro/a
9 9	Rehusó contestar

6. ¿Cuántos días en los últimos 12 meses debió ausentarse del trabajo o suspender sus actividades habituales debido al asma? (279-281)

— —	Cantidad de días
8 8 8	Ninguno
7 7 7	No sabe / No está seguro/a
9 9 9	Rehusó contestar

7. Entre los síntomas del asma se encuentran tos, sibilancia, falta de aire, opresión en el pecho y producción de flemas sin estar resfriado ni tener una infección respiratoria. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tuvo síntomas de asma? Diría que...

(282)

**Por favor lea:**

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

**O**

- 5 Todos los días, todo el tiempo

**No lea:**

- 7 No sabe / No está seguro/a  
9 Rehusó contestar

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

(283)

**Por favor lea:**

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

**ó**

- 5 Más de diez

**No lea:**

- 7 No sabe / No está seguro/a  
9 Rehusó contestar

9. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tomó un medicamento de venta bajo receta como forma de EVITAR un ataque de asma? (284)

**Por favor lea:**

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

**No lea:**

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

10. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia utilizó un inhalador de venta bajo receta, DURANTE UN ATAQUE DE ASMA, para detenerlo? (285)

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

**Lea sólo si fuera necesario:**

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

**No lea:**

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

## Módulo 8: Planificación familiar

---

**Si es la encuestada es mayor de 45 años y se le practicó una histerectomía, o si está embarazada, o si se trata de un hombre mayor de 60 años, pase al módulo siguiente.**

Las siguientes preguntas se refieren a su opinión y experiencia con la planificación familiar. Por favor recuerde que todas sus respuestas son confidenciales.

1. Algunos métodos para prevenir el embarazo son: no tener relaciones sexuales en ciertos días, usar métodos anticonceptivos (“píldora”, implantes, inyecciones, condones, diafragma, esponja, DIU, atarse las trompas o hacerse una vasectomía). ¿Usted o su **[si es mujer, inserte “marido/compañero”; si es hombre, inserte “esposa/compañera”]** está haciendo algo para evitar que **[si es mujer, inserte “usted”; si es hombre, inserte “ella”]** quede embarazada?

(286)

**NOTA: Si tiene más de un compañero/a, considere el/la compañero/a habitual.**

- |   |   |                            |
|---|---|----------------------------|
| 1 | Sí  |                            |
| 2 | No  | [Pase a la P3]             |
| 3 | No tiene compañero/a/sexualmente inactivo/a | [Pase al módulo siguiente] |
| 4 | Compañero/a del mismo sexo                  | [Pase al módulo siguiente] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a                  | [Pase al módulo siguiente] |
| 9 | Rehusó contestar                            | [Pase al módulo siguiente] |

2. ¿Qué están haciendo usted o su **[si es mujer, inserte “marido/compañero”; si es hombre, inserte “esposa/compañera”]** para evitar que **[si es mujer, inserte “usted”; si es hombre, inserte “ella”]** quede embarazada?

(287-288)

**Lea sólo si fuera necesario:**

- |    |  |                            |
|----|--|----------------------------|
| 01 | Se hizo atar las trompas                             | [Pase al módulo siguiente] |
| 02 | Histerectomía (esterilización femenina)              | [Pase al módulo siguiente] |
| 03 | Vasectomía (esterilización masculina)                | [Pase al módulo siguiente] |
| 04 | Píldoras de todo tipo (Seasonale, etc.)              | [Pase a la P4]             |
| 05 | Condones (masculino o femenino)                      | [Pase a la P4]             |
| 06 | Implantes anticonceptivos (Jadelle o Implants)       | [Pase a la P4]             |
| 07 | Inyecciones (Depo-Provera)                           | [Pase a la P4]             |
| 08 | Anillo anticonceptivo (Nuvaring u otros)             | [Pase a la P4]             |
| 09 | Parche anticonceptivo                                | [Pase a la P4]             |
| 10 | Diafragma, anillo cervical o tapón                   | [Pase a la P4]             |
| 11 | DIU (incluso Mirena)                                 | [Pase a la P4]             |
| 12 | Anticonceptivo de emergencia (EC)                    | [Pase a la P4]             |
| 13 | Retirar antes de eyacular                            | [Pase a la P4]             |
| 14 | No tener relaciones sexuales en ciertos días (ritmo) | [Pase a la P4]             |
| 15 | Otro método (espuma, gel, crema, etc.)               | [Pase a la P4]             |

**No lea:**

- |    |                            |                |
|----|----------------------------|----------------|
| 77 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a la P4] |
| 99 | Rehusó contestar           | [Pase a la P4] |

3. ¿Cuál es la principal razón para no hacer nada para evitar que [si es mujer, inserte “usted”; si es hombre, inserte “ella”] quede embarazada?

(289-290)

**Lea sólo si fuera necesario:**

- 01 No pensó que fuera a tener relaciones sexuales/no tiene compañero/a regular
- 02 Quiere quedar embarazada
- 03 Usted o su compañero/a no quiere usar métodos anticonceptivos
- 04 A usted o a su compañero/a no le gustan los métodos anticonceptivos/temen los efectos secundarios
- 05 No puede pagar el costo de usar métodos anticonceptivos
- 06 Lapso en el uso de un método
- 07 No cree que usted/su compañera pueda quedar embarazada
- 08 Usted/su compañera se hizo atar las trompas (esterilización)[**Pase al módulo siguiente**]
- 09 Usted/su compañero se hizo una vasectomía (esterilización)[**Pase al módulo siguiente**]
- 10 A usted/a su compañera le hicieron una histerectomía [**Pase al módulo siguiente**]
- 11 Usted/su compañera ya no puede quedar embarazada por la edad
- 12 Usted/su compañera está amamantando
- 13 Usted/su compañera acaba de tener un bebé / está en posparto
- 14 Otra razón
- 15 No le importa si queda embarazada
- 16 En este momento la compañera está embarazada [**Pase al módulo siguiente**]

**No lea:**

- 77 No sabe / No está seguro/a
- 99 Rehusó contestar

4. ¿Qué piensa sobre tener un hijo ahora o en un futuro? Diría que:

(291)

**Por favor lea:**

- 1 No quisiera tener un hijo [**Pase al módulo siguiente**]
- 2 Sí quisiera tener un hijo [**Pase a la P5**]
- 3 No está seguro/a de tener un hijo [**Pase al módulo siguiente**]

**No lea:**

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

5. ¿Cuán pronto quisiera tener un hijo? Diría que: (292)

**Por favor lea:**

- 1 En menos de 12 meses
- 2 Entre 12 meses y menos de 2 años a partir de ahora
- 3 Entre dos años y menos de 5 años a partir de ahora, o
- 4 5 o más años a partir de ahora

**No lea:**

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

## Módulo 9: **Ácido fólico**

---

1. ¿Actualmente está tomando vitaminas o complementos? (293)

**Incluye complementos líquidos**

- 1 Sí
- 2 No [Pase a P5]
- 7 No sabe/No está seguro(a) [Pase a P5]
- 9 Rehusó contestar [Pase a P5]

(294)

2. ¿Alguno de éstos son multivitamínicos?

- 1 Sí [Pase a P4]
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Rehusó contestar

3. ¿Alguna vitamina o complemento que toma contiene ácido fólico? (295)

- 1 Sí
- 2 No [Pase a P5]
- 7 No sabe/No está seguro(a) [Pase a P5]
- 9 Rehusó contestar [Pase a P5]

4. ¿Con qué frecuencia toma esas vitaminas o complementos? (296-298)

- 1 \_\_\_ veces al día
- 2 \_\_\_ veces a la semana
- 3 \_\_\_ veces al mes
- 7 7 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 9 9 Rehusó contestar

**Si la persona encuestada tiene 45 años o más, pase al módulo siguiente.**



5. Algunos expertos en la salud recomiendan que las mujeres tomen 400 microgramos de ácido fólico proveniente de la vitamina B, ¿cuál es la razón de esto? (299)

**Por favor lea**

- 1 Para fortalecer los huesos
- 2 Para prevenir defectos de nacimiento
- 3 Para prevenir la presión sanguínea alta
- 0
- 4 Por alguna otra razón

**No lea**

- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Rehusó contestar

## Módulo 10: Políticas acerca del tabaquismo pasivo

---

1. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor las reglas sobre fumar dentro de su casa? (300)

**Por favor lea:**

- 1 No se permite fumar en ningún lugar dentro de la casa
- 2 Se permite fumar únicamente en ciertos lugares o en ciertas ocasiones
- 3 Se permite fumar en cualquier lugar dentro de la casa

ó

- 4 No hay reglas en cuanto a fumar dentro de la casa

**No lea:**

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

**Nota CATI: Si la respuesta a la pregunta básica 11.8 = 1 (empleado asalariado) o 2 (trabajador(a) independiente) continúe. De no ser así, pase al módulo siguiente.**

2. ¿Trabaja normalmente en ambientes cerrados? (301)

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

3. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la política de su lugar de trabajo acerca de fumar en ambientes cerrados o áreas comunes como corredores, baños y comedores? (302)

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

**Por favor lea:**

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

**ó**

- 4 No hay política oficial

**No lea:**

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

4. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la política oficial de su lugar de trabajo respecto a fumar en las áreas de trabajo? (303)

**Por favor lea:**

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

**ó**

- 4 No hay política oficial

**No lea:**

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

## Módulo 11: Calidad del aire dentro del hogar

---

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

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

1. ¿El sistema de calefacción en su hogar consiste en un horno o caldera que quema petróleo, gas, carbón u otro tipo de combustible? (304)

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

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

2. ¿Tiene en su hogar alguno de los siguientes aparatos que utilicen como combustible el gas natural: una cocina, un horno, un calentador de agua o un secador de ropa? (305)

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

3. En los últimos 12 meses, ¿en cuántos días ha utilizado una estufa a carbón, estufa a leña o calentador a base de kerosén dentro de su casa? (306-308)

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

- \_\_ \_\_ \_\_ Cantidad de días
- 555 No tiene
- 888 Ninguno
- 777 No sabe / No está seguro/a
- 999 Rehusó contestar

4. Un detector de monóxido de carbono (detector de CO) es un detector que controla el nivel de monóxido de carbono en el aire de su hogar. No es un detector de humo. ¿Tiene un detector de CO en su hogar? (309)

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

5. En este momento, ¿su casa tiene áreas de moho de un tamaño mayor al de un billete de un dólar? (310)

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

## Módulo 12: El entorno del hogar

---

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

1. ¿Cuál es la principal fuente de agua en su hogar? (311)

**Lea sólo en caso de ser necesario:** Esta pregunta se refiere a la fuente de suministro de agua para los grifos y otras salidas de agua en su hogar.

- 1 El sistema de agua de una ciudad, o de un condado o pueblo.
- 2 Un sistema de agua pequeño operado por una asociación de propietarios.
- 3 Un pozo de agua privado para su casa
- 4 Otra fuente
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

2. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el agua que usted consume en su casa con más frecuencia? (312)

**Por favor lea:**

- 1 Agua corriente (del grifo) sin filtrar
- 2 Agua corriente (del grifo) filtrada
- 3 Agua embotellada o comprada
- 4 Agua de otra fuente

**No lea:**

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

3. En los últimos 12 meses, ¿en cuántos días fumigó su casa con pesticidas, aerosoles o productos químicos para matar insectos, ratones u otras plagas? (313-315)

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

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

\_\_\_ Cantidad de días  
888 Ninguno  
777 No sabe / No está seguro/a  
999 Rehusó contestar

4. En los últimos 12 meses, ¿en cuántos días fumigó su jardín o patio con pesticidas u otros productos químicos para erradicar malezas, insectos u otras pestes, incluyendo aplicaciones por parte de empresas de jardinería? (316-318)

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

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

\_\_\_ Cantidad de días  
555 No tiene jardín o patio  
888 Ninguno  
777 No sabe / No está seguro/a  
999 Rehusó contestar

## Módulo 13: Actitudes de terceros en cuanto a la raza

---

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

1. ¿Cómo suelen clasificarlo/a otras personas en este país? ¿Diría que como blanco/a, negro/a o afroamericano/a, hispano/a o latino/a, asiático/a, nativo/a de Hawai u otra Isla del Pacífico, indio/a americano/a o nativo/a de Alaska, o de algún otro grupo? (319)
- 1 Blanco/a
  - 2 Negro/a o afroamericano/a
  - 3 Hispano/a o latino/a
  - 4 Asiático/a
  - 5 Nativo/a de Hawai o de otras Islas del Pacífico
  - 6 Indio/a americano/a o nativo/a de Alaska
  - 8 De algún otro grupo (por favor especifique) \_\_\_\_\_
  - 7 No sabe / No está seguro/a
  - 9 Rehusó contestar

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

2. ¿Con qué frecuencia piensa sobre el tema del grupo étnico? Diría usted que: nunca, una vez por año, una vez por mes, una vez por semana, una vez por día, una vez por hora o en forma constante? (320)
- 1 Nunca
  - 2 Una vez por año
  - 3 Una vez por mes
  - 4 Una vez por semana
  - 5 Una vez por día
  - 6 Una vez por hora
  - 8 En forma constante
  - 7 No sabe / No está seguro/a
  - 9 Rehusó contestar

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

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

3. En los últimos 12 meses, ¿ha sentido que en su lugar de trabajo lo/la tratan peor, igual o mejor que a personas de otro grupo étnico, o peor que a personas de ciertos grupos étnicos pero mejor que a las de otras? (321)

- 1 Peor que a personas de otros grupos étnicos
- 2 Igual que a personas de otros grupos étnicos
- 3 Mejor que a personas de otros grupos étnicos
- 4 Peor que a personas de ciertos grupos étnicos pero mejor que a las de otros

**No lea:**

- 5 Sólo está en contacto con personas de su mismo grupo étnico
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

4. En los últimos 12 meses, al solicitar asistencia médica, ¿ha sentido que lo/la tratan peor, igual o mejor que a personas de otro grupo étnico, o peor que a personas de ciertos grupos étnicos pero mejor que a las de otros? (322)

- 1 Peor que a otros grupos étnicos
- 2 Igual que a personas de otros grupos étnicos
- 3 Mejor que a personas de otros grupos étnicos
- 4 Peor que a personas de ciertos grupos étnicos pero mejor que a las de otras

**No lea:**

- 5 Sólo está en contacto con personas de su mismo grupos étnicos
- 6 No ha recibido cuidados médicos en los últimos 12 meses
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

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

5. Como promedio, en los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido síntomas físicos, por ejemplo dolor de cabeza, malestar estomacal, tensión muscular o aumento de la frecuencia cardíaca, como consecuencia de la forma en que otras personas lo/a trataron debido a su grupo étnico? (323)

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

6. Como promedio, en los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia se ha sentido mal emocionalmente, por ejemplo enojado/a, triste o frustrado/a, como consecuencia de la forma en que otras personas lo/a trataron debido a su grupo étnico? (324)
- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| 1 | Nunca                       |
| 2 | No más de una vez por año   |
| 3 | Al menos una vez por mes    |
| 4 | Al menos una vez por semana |
| 5 | Al menos una vez por día    |
| 6 | Al menos una vez por hora   |
| 8 | Constantemente              |
| 7 | No sabe / No está seguro/a  |
| 9 | Rehusó contestar            |

## Módulo 14: Ansiedad y depresión

---

Ahora voy a formularle algunas preguntas acerca de su estado de ánimo. Cuando conteste por favor piense acerca de cuántos días ocurrió cada una de las siguientes cosas en las 2 últimas semanas.

1. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días tuvo muy poco interés o placer haciendo cosas? (325-326)
- |     |                            |
|-----|----------------------------|
| --  | 01-14 días                 |
| 8 8 | Ninguno                    |
| 7 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 9 | Rehusó contestar           |
2. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días se sintió triste, deprimido/a o sin esperanza? (327-328)
- |     |                            |
|-----|----------------------------|
| --  | 01-14 días                 |
| 8 8 | Ninguno                    |
| 7 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 9 | Rehusó contestar           |
3. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días le costó dormirse o mantenerse despierto/a o durmió demasiado? (329-330)
- |     |                            |
|-----|----------------------------|
| --  | 01-14 días                 |
| 8 8 | Ninguno                    |
| 7 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 9 | Rehusó contestar           |



4. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días se sintió cansado/a o tuvo muy poca energía?  
(331-332)

-- 01-14 días  
8 8 Ninguno  
7 7 No sabe / No está seguro/a  
9 9 Rehusó contestar

5. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días tuvo muy poco apetito o comió demasiado?  
(333-334)

-- 01-14 días  
8 8 Ninguna  
7 7 No sabe / No está seguro/a  
9 9 Rehusó contestar

6. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días se sintió mal consigo mismo/a o se sintió fracasado o sintió que falló a sí mismo/a o a su familia?  
(335-336)

-- 01-14 días  
8 8 Ninguno  
7 7 No sabe / No está seguro/a  
9 9 Rehusó contestar

7. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días le costó concentrarse en diversas cosas, por ejemplo, leer el periódico o ver televisión?  
(337-338)

-- 01-14 días  
8 8 Ninguno  
7 7 No sabe / No está seguro/a  
9 9 Rehusó contestar

8. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días se movió o habló tan lentamente que la gente se dio cuenta? O lo opuesto – estuvo muy inquieto/a o nervioso/a, moviéndose constantemente de un lado a otro, más de lo normal?  
(339-340)

-- 01-14 días  
8 8 Ninguno  
7 7 No sabe / No está seguro/a  
9 9 Rehusó contestar

9. ¿ALGUNA VEZ un doctor u otro profesional de la salud le dijo que usted tenía un trastorno de ansiedad (por ejemplo, estrés agudo, ansiedad, ansiedad generalizada, obsesión compulsiva, ataques de pánico, fobias, estrés postraumático o ansiedad social)? (341)

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

10. ¿ALGUNA VEZ un doctor u otro profesional de la salud le dijo que usted tenía un trastorno depresivo (por ejemplo, depresión, depresión grave, distimia o depresión leve)? (342)

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

## Módulo 15: Violencia sexual

---

Ahora le formularé algunas preguntas acerca de los distintos tipos de violencia física y/o sexual, así como sobre otras experiencias sexuales no deseadas. Esta información nos permitirá comprender mejor el problema de la violencia y de los contactos sexuales no deseados, lo cual podría ayudar a otros en el futuro. Este es un tema muy delicado. Algunas personas pueden sentirse incómodas con estas preguntas. Luego de finalizar esta sección le daré los números telefónicos de las organizaciones que pueden proporcionarle información y otros recursos relativos a estos temas. Por favor recuerde que si no está en un sitio seguro, puede pedirme que pase a la siguiente pregunta si prefiere no contestar la que le estoy formulando.

- ¿Está en un sitio seguro para poder contestar mis preguntas? (343)

1 Sí  
2 No **[Pase a la frase de cierre de la encuesta]**

Mis primeras preguntas se refieren a las experiencias sexuales no deseadas que usted pudo haber tenido.

1. En los últimos 12 meses, ¿alguien le ha tocado en partes privadas del cuerpo a pesar de que usted le hubiera dicho o demostrado que no quería que lo hiciera, o sin su consentimiento (por ejemplo, le han “manoseado” o “toqueteado”)? (344)

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

2. En los últimos 12 meses, ¿alguien le ha expuesto a situaciones sexuales no deseadas que no incluyen contacto físico? Ejemplos: acoso sexual, exposición no deseada de partes privadas del cuerpo, ser espiado/a por un “mirón” o alguien que le obliga a mirar fotografías o películas pornográficas? (345)

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

Ahora le formularé preguntas acerca de relaciones sexuales no deseadas. Con esto me refiero a cosas tales como la introducción de cosas en la vagina **[si es una mujer]**, ano o boca, o bien que le obliguen a hacer cosas a otras personas a pesar de que usted hubiera dicho o demostrado que no quería hacerlo.

Esto incluye las veces en las que usted no pudo dar su consentimiento, por ejemplo, estaba borracha/o o dormida/o, o usted pensó que podían lastimarla/o o castigarla/o si se rehusaba.

3. ¿ALGUNA VEZ alguien tuvo relaciones sexuales con usted a pesar de que usted le hubiera dicho o demostrado que no quería hacerlo o eso se hizo sin su consentimiento? (346)

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

4. ¿Esto le sucedió en los últimos 12 meses? (347)

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

5. ¿Alguien ALGUNA VEZ INTENTÓ tener relaciones sexuales con usted a pesar de que usted hubiera dicho o demostrado que no quería hacerlo o que no daba su consentimiento, PERO DICHA RELACIÓN SEXUAL NO SE LLEVÓ A CABO? (348)

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

6. ¿Esto le sucedió en los últimos 12 meses? (349)

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

**Nota CATI: Si P3 = 1 (Sí) o P5 = 1 (Sí); continúe. De lo contrario, lea la frase de cierre de la encuesta.**

7. Piense en el incidente más reciente que involucró a la persona que **tuvo relaciones sexuales con usted** –o bien- **intentó tener relaciones sexuales con usted** a pesar de que usted le hubiera dicho o demostrado que no quería hacerlo o se hizo sin su consentimiento. ¿Qué relación tiene esa persona con usted? (350-351)

**No lea:**

- 0 1 Novio/a actual
- 0 2 Ex-novio/a
- 0 3 Prometido/a
- 0 4 Cónyuge o concubino/a
- 0 5 Ex-cónyuge o ex-concubino/a
- 0 6 Alguien con quien estaba saliendo
- 0 7 Alguien en la primera cita
- 0 8 Amigo/a
- 0 9 Persona conocida
- 1 0 Una persona a quien conoció hacía menos de 24 horas
- 1 1 Un persona completamente desconocida
- 1 2 Padre/madre
- 1 3 Padraastro/madrastra
- 1 4 Pareja de uno de sus padres
- 1 5 Suegro/a
- 1 6 Otro pariente
- 1 7 Vecino
- 1 8 Compañero de trabajo
- 1 9 Otra persona que no es pariente
- 2 0 Varias personas **[Vaya a la frase de cierre de la encuesta]**
- 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Rehusó contestar

8. ¿Esta persona era hombre o mujer? (352)

- 1 Hombre
- 2 Mujer
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

**Frase de cierre de la encuesta:** Comprendo que este tema puede recordarle experiencias pasadas sobre las que tal vez desee hablar. Si usted o alguien que usted conoce quisiera hablar con una persona especializada en el tema, por favor llame al **1-800-656-HOPE (4673)**. ¿Quiere que le repita este número?

## Módulo 16: Violencia causada por alguien con quien tenía una relación íntima

---

### ENCUESTADOR/A: Use si utilizó el módulo SV:

Las siguientes preguntas son acerca de distintos tipos de violencia en relaciones con una persona con quien tenía una relación íntima. Al decir “persona con quien tenía una relación íntima” me refiero a cónyuge o novio/a, ya sea actual o pasado. Alguien con quien estaba saliendo o tenía una relación romántica o sexual con usted también se considera “persona con quien tenía una relación íntima”. Por favor recuerde que si no está en un sitio seguro, puede pedirme que no le formule cualquier pregunta que no desee contestar.

### ENCUESTADOR/A: Use si no utilizó el módulo SV:

Las siguientes preguntas son acerca de distintos tipos de violencia en relaciones con una persona con quien tenía una relación íntima. Al decir “persona con quien tenía una relación íntima” me refiero a cónyuge o novio/a, ya sea actual o pasado. Alguien con quien estaba saliendo o tenía una relación romántica o sexual con usted también se considera “persona con quien tenía una relación íntima”. Esta información nos permitirá comprender mejor el problema de la violencia en las relaciones. Este es un tema muy delicado. Algunas personas pueden sentirse incómodas con estas preguntas. Luego de finalizar esta sección le daré los números telefónicos de las organizaciones que pueden proporcionarle información y otros recursos relativos a estos temas. Por favor recuerde que si no está en un sitio seguro, puede pedirme que no le formule cualquier pregunta que no desee contestar.

### ¿Está en un sitio seguro para contestar estas preguntas?

(353)

- 1 Sí
- 2 No **[Vaya a la frase de cierre de la encuesta]**

1. ¿Una persona con quien tenía una relación íntima ALGUNA VEZ LE AMENAZÓ con violencia física? Por ejemplo, le amenazó con pegarle, empujarle, patearle o herirle de algún otro modo.

(354)

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

2. ¿Una persona con quien tenía una relación íntima ALGUNA VEZ INTENTÓ ejercer violencia física contra usted? Por ejemplo, trató de pegarle, empujarle, patearle o herirle de algún otro modo, PERO NO PUDO.

(355)

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

3. ¿Una persona con quien tenía una relación íntima ALGUNA VEZ le pegó, empujó, pateó o hirió de algún otro modo? (356)

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

**ENCUESTADOR/A: Use si utilizó tanto el módulo SV como el IPV:**

Ahora voy a formularle otras preguntas acerca de relaciones sexuales no deseadas. Tal vez le parezca que ya contestó estas preguntas, y si bien son muy similares a otras que ya le formulé, es muy importante que también las preguntemos aquí.

**ENCUESTADOR/A: Use si utilizó únicamente el módulo IPV:**

Ahora le formularé preguntas acerca de relaciones sexuales no deseadas. Ejemplos de relaciones sexuales no deseadas son: introducción de cosas en la vagina [*si es mujer*], ano o boca, u obligarle a hacer esas cosas a pesar de que usted le hubiera dicho o demostrado que no quería hacerlo. Esto incluye las veces en que usted no podía dar su consentimiento, por ejemplo, porque estaba borracha/o o dormida/o, o usted pensó que podían lastimarla/o o castigarla/o si se rehusaba.

4. ¿ALGUNA VEZ una persona con quien tenía una relación íntima le obligó a tener relaciones sexuales no deseadas? (357)

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

**Nota CATI: Si P3 = 1 (Sí) o P4 = 1 (Sí), continúe. De lo contrario, vaya a la frase de cierre del final del módulo.**

5. En los últimos 12 meses, ¿una persona con quien tenía una relación íntima ejerció violencia física sobre usted o le obligó a tener relaciones sexuales no deseadas? (358)

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

6. En los últimos 12 meses, ¿sufrió lesiones físicas como moretones, cortes, raspones, moretones en la cara o los ojos, desgarros vaginales o anales o huesos rotos como consecuencia de esa violencia física o relaciones sexuales no deseadas?

(359)

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

7. **Cuando se produjo el incidente más reciente** con la persona con quien tenía una relación íntima **que ejerció violencia física** –o bien- **le obligó a tener relaciones sexuales no deseadas**, ¿qué relación tenía esa persona con usted?

(360-361)

**No lea:**

- 0 1 Novio actual
- 0 2 Novia actual
- 0 3 Ex-novio
- 0 4 Ex-novia
- 0 5 Prometido (hombre)
- 0 6 Prometida (mujer)
- 0 7 Hombre que estaba saliendo con usted
- 0 8 Mujer que estaba saliendo con usted
- 0 9 Mujer en la primera cita
- 1 0 Hombre en la primera cita
- 1 1 Marido o pareja en unión libre
- 1 2 Esposa o pareja en unión libre
- 1 3 Ex-marido o ex-pareja en unión libre
- 1 4 Ex-esposa o ex-pareja en unión libre
- 1 5 Otra relación
- 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Rehusó contestar

**Frase de cierre de la encuesta:** Comprendo que este tema puede recordarle experiencias pasadas sobre las que tal vez desee hablar. Si usted o alguien que usted conoce quisiera hablar con una persona especializada en esto, hay un número de emergencia confidencial al que puede llamar gratuitamente para temas de violencia causada por alguien con quien tiene o tenía una relación íntima. Llame al **1-800-799-SAFE (7233)**. ¿Quiere que le repita este número?

## Módulo 17: De nivel preparación general

---

La siguiente serie de preguntas trata sobre desastres o emergencias a gran escala. Un desastre o emergencia a gran escala es cualquier evento que le deja aislado en su casa o hace que se vaya de su casa durante por lo menos 3 días. Esto puede incluir desastres naturales como huracanes, tornados, inundaciones y tormentas de hielo o pueden ser desastres causados por el hombre como explosiones, acontecimientos terroristas o apagones generales.

1. ¿Qué tan bien preparado cree que está su hogar para poder sobrellevar un desastre o una emergencia a gran escala? Diría que ...

**Por favor lea:**

- |   |                   |
|---|-------------------|
| 1 | Muy preparado     |
| 2 | Algo preparado    |
| 3 | No está preparado |

No lea:

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 7 | No sabe / No está seguro |
| 9 | Se rehúsa                |

2. ¿En su hogar tiene un plan de evacuación en caso de que ocurra un desastre, un plan escrito sobre cómo salir de la casa en caso de que suceda un desastre o emergencia a gran escala que requiera evacuación?

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1 | Sí                       |
| 2 | No                       |
| 7 | No sabe / No está seguro |
| 9 | Se rehúsa                |

3. ¿En su hogar hay un abastecimiento de agua para 3 días para cada persona que vive ahí? Un abastecimiento de agua para 3 días equivale a 1 galón por persona por día.

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1 | Sí                       |
| 2 | No                       |
| 7 | No sabe / No está seguro |
| 9 | Se rehúsa                |



4. ¿En su hogar hay un abastecimiento de alimentos no perecederos para 3 días para cada persona que vive ahí? Los alimentos no perecederos son aquellos que no necesitan refrigeración ni necesitan cocinarse.

1	Sí
2	No
7	No sabe / No está seguro
9	Se rehúsa

5. ¿En su hogar hay un abastecimiento de medicamentos de venta con receta para 3 días para cada persona que necesite esos medicamentos?

1	Sí
2	No
3	Nadie en el hogar requiere medicamentos de venta con receta
7	No sabe / No está seguro
9	Se rehúsa

6. ¿En su hogar tiene un radio de baterías o baterías en buen funcionamiento que pueda utilizar si hay una interrupción en el suministro de electricidad?

1	Sí
2	No
7	No sabe / No está seguro
9	Se rehúsa

7. ¿En su hogar tiene una lámpara de mano y baterías que funcionen que pueda utilizar si hay una interrupción en el suministro de electricidad?

1	Sí
2	No
7	No sabe / No está seguro
9	Se rehúsa

8. Si las autoridades públicas anuncian una orden de evacuación para su comunidad debido a un desastre o emergencia a gran escala, ¿usted evacuaría su comunidad?

1	Sí
2	No
7	No sabe / No está seguro
9	Se rehúsa

9. ¿Cuál sería la principal razón por la que no evacuaría su comunidad aunque le se pida que lo haga?

- 01 Falta de transporte
- 02 Falta de confianza en los funcionarios públicos
- 03 Preocupación de dejar sus bienes materiales
- 04 Preocupación por la seguridad personal
- 05 Preocupación por la seguridad de la familia
- 06 Preocupación por dejar a sus mascotas
- 07 Otro
- 77 No sabe / No está seguro
- 99 Se rehúsa

10. En un desastre o emergencia a gran escala, ¿cuál sería el método principal para comunicarse con familiares y amigos?

- 1 Teléfono normal
- 2 Teléfono celular
- 3 Correo electrónico
- 4 Bíper
- 5 Radio de 2 vías
- 6 Otro
- 7 No sabe / No está seguro
- 9 Se rehúsa

11. ¿Cuál sería el método principal de obtener información de las autoridades durante un desastre o emergencia a gran escala?

- 1 Televisión
- 2 Radio
- 3 Internet
- 4 Medios de comunicación escritos
- 5 Vecinos
- 6 Otro
- 7 No sabe / No está seguro
- 9 Se rehúsa

Extra sentence: Please include support from any source  
Por favor incluya ingresos de cualquier fuente