

# Sistema de vigilancia de los factores conductuales de riesgo 2002

1 de octubre de 2001

## SECCIONES BÁSICAS

Sección 1: Estado de salud.....	3
Sección 2: Acceso a atención de la salud.....	4
Sección 3: Ejercicio .....	6
Sección 4: Frutas y verduras.....	7
Sección 5: Asma .....	9
Sección 6: Diabetes.....	10
Sección 7: Salud de la boca .....	11
Sección 8: Inmunización .....	12
Sección 9: Consumo de tabaco.....	13
Sección 10: Consumo de alcohol .....	14
Sección 11: Uso de los cinturones de seguridad.....	15
Sección 12: Demografía .....	16
Sección 13: Planificación familiar.....	20
Sección 14: La salud de la mujer.....	22
Sección 15: Detección del cáncer de próstata.....	24
Sección 16: Detección del cáncer colorrectal.....	25
Sección 17: VIH/SIDA:.....	26
Sección 18: Armas de fuego.....	29

## MÓDULOS OPTATIVOS

Módulo 1: Diabetes .....	30
Módulo 2: Nivel de consciencia del problema de hipertensión.....	33
Módulo 3: Nivel de consciencia del problema de colesterol .....	34
Módulo 4: Actividad física .....	35
Módulo 5: Días saludables.....	37
Módulo 6: Calidad de vida.....	38
Módulo 7: Cobertura y utilización de servicios de atención médica.....	41
Módulo 8: Antecedentes de asma en la edad adulta.....	43
Módulo 9: Asma en niños .....	46
Módulo 10: Ataque cardíaco y derrame cerebral.....	47
Módulo 11: Enfermedades cardiovasculares .....	50
Módulo 12: Control de peso .....	54
Módulo 13: Ácido fólico .....	56
Módulo 14: Indicadores del consumo de tabaco.....	58
Módulo 15: Otros productos de tabaco.....	61
Módulo 16: Artritis .....	62



HOLA, le llamo de parte del \_\_\_\_\_ (departamento de salud) y de los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades. Mi nombre es \_\_\_\_\_ (nombre). Estamos recopilando información sobre la salud de los residentes de \_\_\_\_\_ (estado). Su número telefónico se seleccionó al azar y me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su salud y sus hábitos de salud.

¿Estoy llamando al \_\_\_\_\_ (número de teléfono) ?

**Si responde "no"** Muchas gracias pero parece que marqué el número equivocado. Es posible que posteriormente volvamos a llamar a este número. **Pare**

¿Es una casa particular?

**Si responde "no"** Muchas gracias, pero solamente estamos haciendo entrevistas en casas particulares. **Pare**

Necesito seleccionar al azar a una persona adulta que viva en su hogar para entrevistarla. ¿Cuántas personas, incluyéndose usted, viven en su casa y tienen 18 años o más?

\_\_\_ Número de adultos

**Si responde "1"** ¿Es usted ese adulto?

**Si responde "sí"** Entonces usted es la persona con la que necesito hablar. **Anote 1 hombre o 1 mujer a continuación (Si es necesario, pregunte su sexo). Pase a la página 2**

**Si responde "no"** ¿La persona adulta es hombre o mujer? **Anote 1 hombre o 1 mujer a continuación. ¿Podría hablar con [diga (él/ella) según la respuesta a la pregunta anterior]? Pase a "encuestado correcto" al final de la página**

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

\_\_\_ Número de hombres

\_\_\_ Número de mujeres

La persona que vive en su hogar con la que necesito hablar es \_\_\_\_\_.

**Si "usted", pase a la página 2**

#### **Al encuestado correcto**

HOLA, Me llamo \_\_\_\_\_ (nombre) y le llamo de parte del \_\_\_\_\_ (departamento de salud) y los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades. Estamos recopilando información sobre la salud de los residentes de \_\_\_\_\_ (estado). Su número telefónico se seleccionó al azar y me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su salud y sus hábitos de salud. No le voy a preguntar su nombre, dirección ni otra información personal que le pueda identificar. Si hay alguna pregunta que no desea contestar, no tiene que hacerlo y puede dar por terminada la entrevista cuando lo desee. Esta entrevista es breve y toda la información que me dé será confidencial. Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, le daré un número telefónico al que puede llamar para obtener más información.

**Sección 1: Estado de salud**

1.1. Usted diría que, en general, su salud es:

(72)

- |               | <b>Por favor lea</b>        |
|---------------|-----------------------------|
| 1             | Excelente                   |
| 2             | Muy buena                   |
| 3             | Buena                       |
| 4             | Regular                     |
|               | o                           |
| 5             | Mala                        |
| <b>No lea</b> | 7 No sabe/No está seguro(a) |
|               | 9 Se rehusa                 |

## Sección 2: Acceso a atención de la salud

2.1. ¿Tiene algún tipo de cobertura de atención de la salud, incluyendo seguro de salud, planes prepagados como HMO o planes del gobierno, como Medicare? (73)

- |   |                           |
|---|---------------------------|
| 1 | Sí                        |
| 2 | No                        |
| 7 | No sabe/No está seguro(a) |
| 9 | Se rehusa                 |

2.2. ¿Hay alguna persona a la que considere su médico de cabecera o proveedor de atención médica? (74)

**Si responde "no,"  
pregunte "¿Hay más  
de una o no hay  
ninguna persona  
que la considere  
así?"**

- |   |                           |
|---|---------------------------|
| 1 | Sí, sólo una              |
| 2 | Más de una                |
| 3 | No                        |
| 7 | No sabe/No está seguro(a) |
| 9 | Se rehusa                 |

2.3. ¿Cuando está enfermo(a) o necesita consejo sobre su salud, por lo general a cuál de los lugares siguientes va? (75)

Usted diría: **[Por favor lea]**

- |   |  |
|---|--|
| 1 | Al consultorio del doctor  |
| 2 | A una clínica de salud pública o centro de salud de la comunidad |
| 3 | Al departamento de consulta ambulatoria de un hospital           |
| 4 | A una sala de emergencia de hospital                             |
| 5 | A un centro de atención urgente                                  |
| 6 | Algún otro tipo de lugar   |
| 8 | No tengo un lugar en especial                                    |

**No lea.**

- |   |           |
|---|-----------|
| 7 | No sabe   |
| 9 | Se rehusa |

2.4. En los últimos 12 meses ¿hubo algún momento en que necesitó atención médica pero no la pudo obtener? (76)

- |   |           |                                    |
|---|-----------|------------------------------------|
| 1 | Sí        | <b>Pase a 2.5</b>                  |
| 2 | No        | <b>Pase a la sección siguiente</b> |
| 7 | No sabe   | <b>Pase a la sección siguiente</b> |
| 9 | Se rehusa | <b>Pase a la sección siguiente</b> |

2.5. ¿Cuál es la razón principal por la que no obtuvo atención médica?

(77-78)

**Nota: Si hay más de un caso, pregunte sobre el más reciente.**

Usted diría: **Por favor lea**

- 01 Costo [**Incluye no tener seguro**]
- 02 Distancia
- 03 El consultorio no estaba abierto cuando podía ir.
- 04 La espera para una cita era demasiado larga
- 05 La espera en la sala de espera era demasiado larga
- 06 No tenía quién cuidara a los niños
- 07 No tenía transporte
- 08 No había acceso para personas con discapacidades
- 09 El proveedor de atención médica no hablaba mi idioma.
- 10 Otra

**No lea.**

- 77 No sabe/ No está seguro(a)
- 99 Se rehusa

**Sección 3: Ejercicio**

3.1. Durante el mes pasado, sin contar su trabajo usual, ¿participó en alguna actividad física o ejercicio como correr, calistenia, golf, jardinería o caminar para hacer ejercicio? (79)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

#### Sección 4: Frutas y verduras

Las preguntas siguientes se refieren a los alimentos que come o bebe usualmente. Por favor dígame con qué frecuencia usted come o bebe cada uno, por ejemplo, dos veces por semana, tres veces al mes, etc. Recuerde que solamente estoy interesado en los alimentos que come. Incluya todos los alimentos que come, tanto en casa como fuera de ella.

4.1. ¿Con qué frecuencia bebe jugo de fruta, por ejemplo, de naranja, toronja/pomelo o tomate? (80-82)

- 1 \_\_\_ \_\_\_ al día
- 2 \_\_\_ \_\_\_ a la semana
- 3 \_\_\_ \_\_\_ al mes
- 4 \_\_\_ \_\_\_ al año
- 5 5 5 Nunca
- 7 7 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 9 9 Se rehusa

4.2. Sin contar el jugo, ¿con qué frecuencia come fruta? (83-85)

- 1 \_\_\_ \_\_\_ al día
- 2 \_\_\_ \_\_\_ a la semana
- 3 \_\_\_ \_\_\_ al mes
- 4 \_\_\_ \_\_\_ al año
- 5 5 5 Nunca
- 7 7 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 9 9 Se rehusa

4.3. ¿Con qué frecuencia come ensalada verde? (86-88)

- 1 \_\_\_ \_\_\_ al día
- 2 \_\_\_ \_\_\_ a la semana
- 3 \_\_\_ \_\_\_ al mes
- 4 \_\_\_ \_\_\_ al año
- 5 5 5 Nunca
- 7 7 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 9 9 Se rehusa



4.4. ¿Con qué frecuencia come papas, sin incluir papas a la francesa, papas fritas o papitas en bolsa? (89-91)

- 1 \_\_\_ al día
- 2 \_\_\_ a la semana
- 3 \_\_\_ al mes
- 4 \_\_\_ al año
- 5 5 5 Nunca
- 7 7 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 9 9 Se rehusa

4.5. ¿Con qué frecuencia come zanahorias? (92-94)

- 1 \_\_\_ al día
- 2 \_\_\_ a la semana
- 3 \_\_\_ al mes
- 4 \_\_\_ al año
- 5 5 5 Nunca
- 7 7 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 9 9 Se rehusa

4.6. Sin contar las zanahorias, las papas ni la ensalada, ¿cuántas porciones de verduras come por lo general? (95-97)

**Ejemplo: Una porción de verduras en el almuerzo y una en la cena serían dos porciones**

- 1 \_\_\_ al día
- 2 \_\_\_ a la semana
- 3 \_\_\_ al mes
- 4 \_\_\_ al año
- 5 5 5 Nunca
- 7 7 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 9 9 Se rehusa

**Sección 5: Asma**

5.1. ¿Alguna vez un doctor, enfermera o profesional de la salud le ha dicho que tiene asma? (98)

- 1 Sí
- 2 No **Pase a P6.1**
- 7 No sabe/No está seguro(a) **Pase a P6.1**
- 9 Se rehusa **Pase a P6.1**

5.2. ¿Todavía tiene asma? (99)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

**Sección 6: Diabetes**

6.1. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que tiene diabetes?

(100)

**Si responde  
"Sí" y es mujer,  
pregunte "¿Fue  
esto solamente  
cuando estaba  
embarazada?"**

- |   |  |
|---|--|
| 1 | Sí   |
| 2 | Sí, pero es mujer y le dijeron que sólo era cuando estaba embarazada |
| 3 | No   |
| 7 | No sabe/No está seguro(a)  |
| 9 | Se rehusa  |

## Sección 7: Salud bucal

7.1. ¿Hace cuánto tiempo fue la última vez que fue al dentista o a una clínica dental por cualquier razón? (101)

**Incluye visitas a especialistas dentales como ortodoncistas**

**Lea sólo si es necesario**

- 1 Durante el año pasado (en cualquier momento dentro de los últimos 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace 1 año, pero menos de 2)
- 3 En los últimos 5 años (hace 2 años, pero menos de 5)
- 4 Hace 5 años o más
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 8 Nunca
- 9 Se rehusa

7.2. ¿Cuántos dientes permanentes (dientes y muelas) le han sacado debido a caries o enfermedades de las encías? No incluya las piezas que perdió a causa de otras razones, por ejemplo lesiones u ortodoncia. (102)

**Incluye dientes que se perdieron debido a "infección"**

- 1 De 1 a 5
- 2 6 o más pero no todos
- 3 Todos
- 8 Ninguno
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

**Si P7.1 = 8/NUNCA O P7.2 = 3/TODOS, PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN**

7.3. ¿Hace cuánto tiempo fue al dentista o higienista dental para que le hiciera una limpieza dental? (103)

**Lea sólo si es necesario**

- 1 Durante el año pasado (en cualquier momento dentro de los últimos 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace 1 año, pero menos de 2)
- 3 En los últimos 5 años (hace 2 años, pero menos de 5)
- 4 Hace 5 años o más
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 8 Nunca
- 9 Se rehusa

## Sección 8: Inmunización

8.1. Durante los últimos 12 meses ¿se puso la vacuna contra la influenza (gripe o flu)? (104)

- 1 Sí
- 2 No **Pase a P8.3**
- 7 No sabe/No está seguro(a) **Pase a P8.3**
- 9 Se rehusa **Pase a P8.3**

8.2. ¿En qué tipo de lugar se puso su última vacuna contra la influenza (flu)? (105-106)

### [LEA SÓLO SI ES NECESARIO]

- 01 En el consultorio de un doctor o en una organización para el mantenimiento de la salud (HMO)
- 02 En un departamento de salud
- 03 En otro tipo de clínica o centro de salud  
**[Por ejemplo: un centro de salud de la comunidad]**
- 04 En un centro para personas mayores, de recreación o de la comunidad
- 05 En una tienda **[Por ejemplo: un supermercado, farmacia]**
- 06 En un hospital o sala de emergencia
- 07 En su trabajo
- u
- 08 Otro lugar
- 77 No sabe
- 99 Se rehusa

8.3. ¿Alguna vez le han puesto la vacuna contra la neumonía? Esta vacuna generalmente se aplica una o dos veces en la vida de la persona y no es la misma que la vacuna contra el flu. También se le llama vacuna neumocócica.

(107)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

### Sección 9: Consumo de tabaco

9.1. ¿Ha fumado por lo menos 100 cigarrillos en toda su vida? (108)

**5 cajetillas = 100  
cigarrillos**

- 1 Sí
- 2 No **Pase a P10.1**
- 7 No sabe/No está seguro(a) **Pase a P10.1**
- 9 Se rehusa **Pase a P10.1**

9.2. Ahora, ¿fuma cigarrillos todos los días, algunos días o no fuma en lo absoluto? (109)

- 1 Todos los días
- 2 Algunos días
- 3 No fuma en lo absoluto **Pase a P10.1**
- 9 Se rehusa **Pase a P10.1**

9.3. Durante los últimos 12 meses, ¿ha dejado de fumar un día o más porque estaba tratando de dejar de fumar? (110)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

### Sección 10: Consumo de alcohol

10.1. Un trago de alcohol es una lata o botella de cerveza, 1 copa de vino, 1 lata o botella de *wine cooler*, 1 cóctel o 1 copita de licor. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días a la semana o al mes bebió por lo menos 1 trago de alguna bebida alcohólica? (111-113)

- 1 \_\_ \_\_ días a la semana  
 2 \_\_ \_\_ días en los últimos 30 días  
 8 8 8 Ningún trago en los últimos 30 días **Pase a P11.1**  
 7 7 7 No sabe/No está seguro(a)  
 9 9 9 Se rehusa **Pase a 11.1**

10.2. En los días en que bebió, ¿aproximadamente cuántos tragos bebió en promedio? (114-115)

- \_\_ \_\_ Número de tragos  
 7 7 No sabe/No está seguro(a)  
 9 9 Se rehusa

10.3. Tomando en consideración todas las bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces durante los últimos 30 días tomó 5 o más tragos en la misma ocasión? (116-117)

- \_\_ \_\_ Número de veces  
 8 8 Ninguna  
 7 7 No sabe/No está seguro(a)  
 9 9 Se rehusa

10.4 Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha conducido después de quizá haber bebido demasiado? (118-119)

- \_\_ \_\_ Número de veces  
 88 Ninguna  
 77 No sabe/No está seguro(a)  
 99 Se rehusa

**Sección 11: Uso de los cinturones de seguridad**

11.1 ¿Qué tan frecuentemente usa los cinturones de seguridad cuando conduce o viaja en carro? (120)

- |               |   |                                 |
|---------------|---|---------------------------------|
|               | 1 | Siempre                         |
|               | 2 | Casi siempre                    |
|               | 3 | Algunas veces                   |
|               | 4 | Casi nunca                      |
|               | 5 | Nunca                           |
| <b>No lea</b> | 7 | No sabe/No está seguro(a)       |
|               | 8 | Nunca conduce ni viaja en carro |
|               | 9 | Se rehusa                       |



**Sección 12: Demografía**

12.1. ¿Cuántos años tiene?

(121-122)

__ __	Codifique la edad en años
0 7	No sabe/No está seguro(a)
0 9	Se rehusa

12.2. ¿Es usted hispano(a) o latino(a)?

(123)

1	Sí
2	No
7	No sabe/No está seguro(a)
9	Se rehusa

12.3. ¿Cuál o cuáles de las siguientes diría que es la raza a la que pertenece?

(124-129)

<b>Marque todas las que correspondan</b>
--

**Por favor lea**

1	Blanca
2	Negra o afroamericana
3	Asiática
4	Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico
5	Indio americano, nativo de Alaska
	u
6	Otra [ <b>especifique</b> ] _____
8	No opciones adicionales
7	No sabe/No está seguro(a)
9	Se rehusa

**No lea**

<b>Si marca más de una respuesta a la P12.3, continúe. Si no es así, pase a P12.5</b>
---

12.4. ¿Cuál de los grupos siguientes diría que representa mejor su raza? (130)

- 1 Blanca
- 2 Negra o Afroamericana
- 3 Asiática
- 4 Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico
- 5 Indio americano, nativo de Alaska
- 6 Otra [especifique] \_\_\_\_\_
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

12.5. ¿Usted: (131)

**Por favor lea**

- 1 Es casado(a)
- 2 Está divorciado(a)
- 3 Es viudo(a)
- 4 Está separado(a)
- 5 Nunca se ha casado
- 0
- 6 Forma parte de una pareja que no se ha casado
- 9 Se rehusa

No lea

12.6. ¿Cuántos niños menores de 18 años viven en su hogar? (132-133)

- \_\_\_ Número de niños
- 8 8 Ninguno
  - 9 9 Se rehusa

12.7. ¿Cuál es el grado o año escolar más alto que terminó? (134)

**Lea sólo si es necesario**

- 1 Nunca fue a la escuela o sólo fue al jardín de niños
- 2 Grados 1 a 8 (Primaria)
- 3 Grados 9 a 11 (Algo de secundaria o high school)
- 4 Grado 12 o GED (Graduado de secundaria o high school)
- 5 Universidad 1 a 3 años (Algunos estudios en universidad o escuela técnica)
- 6 Universidad 4 años o más (Graduado de la universidad)
- 9 Se rehusa

12.8. Actualmente usted: (135)

**Por favor lea**

- 1 Es empleado asalariado
- 2 Trabaja por cuenta propia
- 3 Ha estado desempleado por más de 1 año
- 4 Ha estado desempleado por menos de 1 año
- 5 Es ama de casa
- 6 Es estudiante
- 7 Está jubilado
- 0
- 8 No puede trabajar
- 9 Se rehusa

No lea

12.9. Tomando en cuenta todas las fuentes de ingresos, los ingresos de su hogar son de: (136-137)

**Lea según sea pertinente**

**Si el entrevistado se rehusa a responder en todos los niveles de ingresos, codifique como "Se rehusa"**

- 04 Menos de \$25,000 **Si dice "no", pregunte 05; Si dice "sí", pregunte 03**  
(de \$20,000 a menos de \$25,000)
- 03 Menos de \$20,000 **Si dice "no", codifique 04; Si dice "sí," pregunte 02**  
(de \$15,000 a menos de \$20,000)
- 02 Menos de \$15,000 **Si dice "no", codifique 03; Si dice "sí," pregunte 01**  
(de \$10,000 a menos de \$15,000)
- 01 Menos de \$10,000 **Si dice "no", codifique 02**
- 05 Menos de \$35,000 **Si dice "no," pregunte 06**  
(de \$25,000 a menos de \$35,000)
- 06 Menos de \$50,000 **Si dice "no", pregunte 07**  
(de \$35,000 a menos de \$50,000)
- 07 Menos de \$75,000 **Si dice "no", codifique 08**  
(de \$50,000 a menos de \$75,000)
- 08 \$75,000 o más

- No lea** 77 No sabe/No está seguro(a)  
99 Se rehusa

12.10. Aproximadamente, ¿cuánto pesa sin zapatos? (138-140)

**Redondee los decimales al número siguiente.**

- \_\_\_ \_\_ \_\_ peso  
libras  
7 7 7 No sabe/No está seguro(a)  
9 9 9 Se rehusa

12.11. Aproximadamente, ¿cuánto mide sin zapatos? (141-143)

**Redondee los decimales al número anterior**

- \_\_\_/\_\_\_ \_\_ estatura  
pies/pulgadas  
7 7 7 No sabe/No está seguro(a)  
9 9 9 Se rehusa

12.12. ¿En qué condado vive? (144-146)

- \_\_\_ \_\_ \_\_ código de condado FIPS  
7 7 7 No sabe/No está seguro(a)  
9 9 9 Se rehusa

12.13. ¿Tiene más de un número telefónico en su casa? No incluya teléfonos celulares ni números que sólo se usen para computadoras o faxes. (147)

- 1 Sí  
2 No **Pase a P12.15**  
7 No sabe/No está seguro(a) **Pase a P12.15**  
9 Se rehusa **Pase a P12.15**

12.14. De estos números, ¿cuántos son números residenciales? (148)

- Números telefónicos residenciales [**6=6 ó más**]
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

12.15. Indique el sexo del (la) encuestado(a). **Sólo pregunte si es necesario.** (149)

- 1 Masculino **Pase a P13.1**
- 2 Femenino

**Si el(la) encuestado(a) tiene 45 años o más, pase a P13.1.**

12.16. Que usted sepa, ¿está embarazada? (150)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está segura
- 9 Se rehusa

### Sección 13: Planificación familiar

**Si la persona encuestada es mujer y tiene 45 años o más o está embarazada, o si es hombre de 60 años o más, pase a la sección siguiente.**

Estas preguntas se hacen a mujeres de entre 18 y 44 años de edad y hombres de entre 18 y 59 años de edad

Las siguientes preguntas tratan sobre el embarazo y las maneras de prevenirlo.

13.1. ¿Usted o su [si es mujer, diga esposo/pareja; si es hombre, diga esposa/pareja] están haciendo algo para evitar que [si es mujer, diga “usted”; si es hombre, diga “ella”] quede embarazada? Algunas cosas que hacen las personas para evitar el embarazo son no tener relaciones sexuales en ciertos momentos, usar métodos anticonceptivos como la píldora, Norplant, inyecciones de Depo-provera, condones, diafragma, espuma, dispositivo intrauterino anticonceptivo (DIU), se ligan las trompas o se hacen la vasectomía.

(Si tiene varias parejas, considere el método usual.) (151)

- |   |   |                     |
|---|---|---------------------|
| 1 | Sí  |                     |
| 2 | No  | <b>Pase a P13.4</b> |
| 3 | No tiene pareja/no es sexualmente activo(a) | <b>Pase a 14.1</b>  |
| 4 | Pareja del mismo sexo                       | <b>Pase a 14.1</b>  |
| 7 | No sabe/No está seguro(a)                   | <b>Pase a 14.1</b>  |
| 9 | Se rehusa                                   | <b>Pase a 14.1</b>  |

13.2. ¿Qué están haciendo usted o su [si es mujer, diga esposo/pareja; si es hombre, diga esposa/pareja] ahora para evitar que [si es mujer, diga “usted”; si es hombre, diga “ella”] quede embarazada?

(152-153)

**(ENTREVISTADOR: Registre el estado del paciente si ambos se han sometido a un procedimiento de esterilización)**

**Lea sólo si es necesario**

- |    |   |                    |
|----|---|--------------------|
| 01 | Ligación de trompas (esterilización)                        | <b>Pase a 14.1</b> |
| 02 | Vasectomía (esterilización)                                 | <b>Pase a 14.1</b> |
| 03 | Píldora   |                    |
| 04 | Condones  |                    |
| 05 | Espuma, gel, crema  |                    |
| 06 | Diafragma   |                    |
| 07 | Norplant  |                    |
| 08 | Dispositivo intrauterino anticonceptivo (DIU)               |                    |
| 09 | Inyecciones (Depo-Provera)                                  |                    |
| 10 | Coito interrumpido (El hombre se retira)                    |                    |
| 11 | No tener relaciones sexuales en ciertos momentos (el ritmo) |                    |
| 12 | No tiene pareja/no es sexualmente activo(a)                 | <b>Pase a 14.1</b> |
| 13 | Otro(s) método(s)   |                    |
| 77 | No sabe/No está seguro(a)                                   | <b>Pase a 14.1</b> |
| 99 | Se rehusa   | <b>Pase a 14.1</b> |

13.3. ¿Qué otro método está usando para prevenir el embarazo? (154-155)

**Lea sólo si es necesario**

01	Ligación de trompas (esterilización)	<b>Pase a 14.1</b>
02	Vasectomía (esterilización)	<b>Pase a 14.1</b>
03	Píldora	<b>Pase a 14.1</b>
04	Condomes	<b>Pase a 14.1</b>
05	Espuma, gel, crema	<b>Pase a 14.1</b>
06	Diafragma	<b>Pase a 14.1</b>
07	Norplant	<b>Pase a 14.1</b>
08	Dispositivo intrauterino anticonceptivo (DIU)	<b>Pase a 14.1</b>
09	Inyecciones (Depo-Provera)	<b>Pase a 14.1</b>
10	Coito interrumpido (El hombre se retira)	<b>Pase a 14.1</b>
11	No tener relaciones sexuales en ciertos momentos (el ritmo)	<b>Pase a 14.1</b>
12	No tiene pareja/no es sexualmente activo(a)	<b>Pase a 14.1</b>
13	Otro(s) método(s)	
87	<b>NINGÚN</b> otro método	<b>Pase a 14.1</b>
77	No sabe/No está seguro(a)	<b>Pase a 14.1</b>
99	Se rehusa	<b>Pase a 14.1</b>

**Pase a la sección siguiente**

13.4. [MUJERES] ¿Cuál es la razón principal por la que no hace nada para evitar quedar embarazada?  
 [HOMBRES] ¿Cuál es la razón principal por la que no hace nada para evitar que su pareja quede embarazada? (156-157)

**Lea sólo si es necesario**

01	No es sexualmente activo(a)/no tiene pareja
02	No pensaba que iba a tener relaciones sexuales/no tiene una pareja estable
03	Quiere un embarazo
04	Usted o su pareja no quieren usar métodos anticonceptivos
05	A usted o su pareja no le gustan los métodos anticonceptivos/teme los efectos secundarios
06	No puede pagar por métodos anticonceptivos
07	Falla del uso de un método anticonceptivo
08	No cree que usted o su pareja puede quedar embarazada
09	Usted o su pareja se ligó las trompas (esterilización)
10	Usted o su pareja se hizo la vasectomía (esterilización)
11	Usted o su pareja se sometió a una histerectomía
12	Usted o su pareja ya es de mayor edad
13	Usted o su pareja está amamantando actualmente
14	Usted o su pareja acaba de tener un bebé/postparto
15	Otra razón
16	No me importa si queda(o) embarazada
17	Pareja del mismo sexo
18	La pareja está embarazada en este momento
77	No sabe/No está seguro(a)
99	Se rehusa

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

**Sección 14: La salud de la mujer**

14.1. Una mamografía es un estudio con rayos x de cada uno de los senos que se hace para detectar cáncer de seno. ¿Alguna vez se ha hecho una mamografía? (158)

- 1 Sí
- 2 No **Pase a P14.3**
- 7 No sabe/No está segura **Pase a P14.3**
- 9 Se rehusa **Pase a P14.3**

14.2. ¿Hace cuánto tiempo se hizo su última mamografía? (159)

**Lea sólo si es necesario**

- 1 Durante el año pasado (en cualquier momento dentro de los últimos 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace 1 año, pero menos de 2)
- 3 En los últimos 3 años (hace 2 años, pero menos de 3)
- 4 En los últimos 5 años (hace 3 años, pero menos de 5)
- 5 Hace 5 años o más
- 7 No sabe/No está segura
- 9 Se rehusa

14.3. Un examen clínico de los senos es cuando un doctor, enfermera u otro profesional de la salud palpa o le toca los senos para detectar abultamientos. ¿Alguna vez le han hecho un examen clínico de los senos? (160)

- 1 Sí
- 2 No **Pase a P14.5**
- 7 No sabe/No está segura **Pase a P14.5**
- 9 Se rehusa **Pase a P14.5**

14.4. ¿Hace cuánto tiempo se hizo su último examen de los senos? (161)

**Lea sólo si es necesario**

- 1 Durante el año pasado (en cualquier momento dentro de los últimos 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace 1 año, pero menos de 2)
- 3 En los últimos 3 años (hace 2 años, pero menos de 3)
- 4 En los últimos 5 años (hace 3 años, pero menos de 5)
- 5 Hace 5 años o más
- 7 No sabe/No está segura
- 9 Se rehusa

14.5. Un examen de Papanicolaou es una prueba para detectar cáncer en la cerviz, o cuello uterino. ¿Alguna vez se ha hecho un Papanicolaou? (162)

- 1 Sí
- 2 No **Pase a P14.7**
- 7 No sabe/No está segura **Pase a P14.7**
- 9 Se rehusa **Pase a P14.7**

14.6. ¿Hace cuánto tiempo se hizo su último Papanicolaou? (163)

**Lea sólo si es necesario**

- |   |   |
|---|---|
| 1 | Durante el año pasado (en cualquier momento durante los últimos 12 meses) |
| 2 | En los últimos 2 años (hace 1 año, pero menos de 2)                       |
| 3 | En los últimos 3 años (hace 2 años, pero menos de 3)                      |
| 4 | En los últimos 5 años (hace 3 años, pero menos de 5)                      |
| 5 | Hace 5 años o más   |
| 7 | No sabe/No está segura  |
| 9 | Se rehusa   |

**Si la respuesta a P 13.4 es 11 (se sometió a una histerectomía) o a P 12.16 es 1 (está embarazada), entonces pase a la sección siguiente.**

14.7. ¿Se hizo la histerectomía? (164)

**La histerectomía  
es una operación  
para extraer el  
útero (la matriz)**

- |   |                        |
|---|------------------------|
| 1 | Sí                     |
| 2 | No                     |
| 7 | No sabe/No está segura |
| 9 | Se rehusa              |



## Sección 15: Detección del cáncer de próstata

### Si la persona entrevistada tiene 39 años o menos, o si es mujer, pase a P16.1

15.1. La prueba del antígeno específico de la próstata, llamado también PSA por sus siglas en inglés, es un análisis de sangre que se usa para detectar cáncer de próstata. ¿Alguna vez se ha hecho la prueba PSA?

(165)

- 1 Sí
- 2 No **Pase a P15.3**
- 7 No sabe/No está seguro **Pase a P15.3**
- 9 Se rehusa **Pase a P15.3**

15.2. ¿Hace cuánto tiempo se hizo la prueba PSA por última vez?

(166)

#### Lea sólo si es necesario

- 1 Durante el año pasado (en cualquier momento durante los últimos 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace 1 año, pero menos de 2)
- 3 En los últimos 3 años (hace 2 años, pero menos de 3)
- 4 En los últimos 5 años (hace 3 años, pero menos de 5)
- 5 Hace 5 años o más
- 7 No sabe
- 9 Se rehusa

15.3. Un examen digital del recto es un examen en el que el doctor, enfermero u otro profesional de la salud se coloca un guante e introduce un dedo en el recto para sentir el tamaño, la forma y la dureza de la próstata. ¿Alguna vez se ha hecho un examen digital del recto?

(167)

- 1 Sí
- 2 No **Pase a P15.5**
- 7 No sabe/No está seguro **Pase a P15.5**
- 9 Se rehusa **Pase a P15.5**

15.4. ¿Hace cuánto tiempo se hizo un examen digital del recto por última vez?

(168)

- 1 Durante el año pasado (en cualquier momento durante los últimos 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace 1 año, pero menos de 2)
- 3 En los últimos 3 años (hace 2 años, pero menos de 3)
- 4 En los últimos 5 años (hace 3 años, pero menos de 5)
- 5 Hace 5 años o más
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se rehusa

15.5. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor, enfermero u otro profesional de la salud que tenía cáncer de próstata?

(169)

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

## Sección 16: Detección del cáncer colorrectal

### Si la persona encuestada tiene 49 años o menos, pase a P17.1

16.1. La prueba de sangre en las heces es una prueba que podría hacerse con un kit especial para uso en el hogar a fin de determinar si hay sangre en las heces. ¿Alguna vez se ha hecho esta prueba con un kit para uso en el hogar? (170)

- 1 Sí
- 2 No **Pase a P16.3**
- 7 No sabe/No está seguro(a) **Pase a P16.3**
- 9 Se rehusa **Pase a P16.3**

16.2. ¿Hace cuánto tiempo se hizo una prueba de sangre en las heces en el hogar con un kit por última vez? (171)

#### Lea sólo si es necesario

- 1 Durante el año pasado (en cualquier momento durante los últimos 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace 1 año, pero menos de 2)
- 3 En los últimos 3 años (hace 2 años, pero menos de 3)
- 4 En los últimos 5 años (hace 3 años, pero menos de 5)
- 5 Hace 5 años o más
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

16.3. La sigmoidoscopia y la colonoscopia son exámenes durante los cuales se inserta un tubo en el recto para observar los intestinos y detectar señales de cáncer y otros problemas de salud. ¿Alguna vez se ha hecho uno de estos exámenes? (172)

- 1 Sí
- 2 No **Pase a 17.1**
- 7 No sabe/No está seguro(a) **Pase a 17.1**
- 9 Se rehusa **Pase a 17.1**

16.4. ¿Hace cuánto tiempo se hizo una sigmoidoscopia o colonoscopia por última vez? (173)

#### Lea sólo si es necesario

- 1 Durante el año pasado (en cualquier momento durante los últimos 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace 1 año, pero menos de 2)
- 3 En los últimos 5 años (hace 2 años, pero menos de 5)
- 4 En los últimos 10 años (hace 5 años, pero menos de 10)
- 5 Hace 10 años o más
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

## Sección 17: VIH/SIDA

**Si la persona encuestada tiene 65 años o más, pase a la sección siguiente**

Las siguientes preguntas tratan sobre el problema nacional del VIH, el virus que causa el SIDA. Por favor recuerde que sus respuestas son estrictamente confidenciales y que usted no tiene que contestar todas las preguntas si no quiere.

Voy a leer dos oraciones sobre el VIH, el virus que causa el SIDA. Después de que lea cada una, por favor dígame si usted cree que es cierta o falsa, o si no sabe.

17.1. Una mujer embarazada que tiene el VIH puede obtener tratamiento para ayudarle a disminuir las posibilidades de que le transmita el virus a su bebé. (174)

- 1 Cierto
- 2 Falso
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

17.2. Existen tratamientos médicos cuyo fin es ayudar a que una persona infectada del VIH viva más tiempo. (175)

- 1 Cierto
- 2 Falso
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

17.3. ¿Qué tan importante cree usted que es que las personas se hagan la prueba para saber si tienen el VIH?

(176)

Usted diría que es:

**Por favor lea**

- 1 Muy importante
- 2 Un tanto importante
- o
- 3 Nada importante
- 8 Depende del riesgo
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

**No lea**

- 17.4. ¿Alguna vez se ha hecho la prueba del VIH? No cuente las pruebas que le hayan hecho al donar sangre. (177)

Incluye las pruebas de saliva

- 1 Sí  
2 No **Pase a P17.8**  
7 No sabe/No está seguro(a) **Pase a P17.8**  
9 Se rehusa **Pase a P17.8**

- 17.5. Sin incluir las donaciones de sangre, ¿en qué mes y año le hicieron la prueba del VIH por última vez? (178-183)

**Nota para el entrevistador: Si la respuesta es antes de enero del 1985, codifique "No sabe".**

Incluye las pruebas de saliva

- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Código del mes y el año  
7 7 7 7 7 7 No sabe/No está seguro(a)  
9 9 9 9 9 9 Se rehusa

- 17.6. Voy a leerle una lista de las razones por las que algunas personas se hacen la prueba del VIH. Sin incluir donaciones de sangre, ¿cuál de las siguientes diría usted es la razón PRINCIPAL por la que se hizo la prueba del VIH la última vez? (184-185)

**Por favor lea**

- \_\_\_ \_\_\_ Código de la razón
- 01 Se le exigió  
02 Alguien le sugirió que debiera hacérsela  
03 Pensó que pudo haberse contagiado del VIH mediante sexo o consumo de drogas  
04 Simplemente quería saber si tenía el VIH  
05 Le preocupaba contagiar el VIH a otra persona  
06 SI ES MUJER: Estaba embarazada  
07 Se hizo como parte de un chequeo médico de rutina  
08 O se le hizo la prueba por alguna otra razón

- No lea**
- 7 7 No sabe/No está seguro(a)  
9 9 Se rehusa

17.7. ¿En dónde se hizo la prueba del VIH la última vez: en el consultorio privado de un doctor o en un consultorio de una HMO, en un lugar de pruebas y asesoramiento, en un hospital, en una clínica, en la cárcel o prisión, en el hogar o en algún otro lugar?

(186-187)

	___	Código de las instalaciones
	01	Doctor privado o HMO
	02	Lugar de pruebas y asesoramiento
	03	Hospital
	04	Clínica
	05	Cárcel o prisión (u otra institución correccional)
	06	Hogar
	07	Algún otro lugar
<b>No lea</b>	7 7	No sabe/No está seguro(a)
	9 9	Se rehusa

17.8. Voy a leerle una lista. Cuando termine, por favor dígame si alguna de esas situaciones se aplican a usted. No me tiene que decir cuál. (188)

Se inyectó drogas intravenosamente durante los últimos 12 meses  
 Ha recibido tratamiento contra una enfermedad de transmisión sexual o enfermedad venérea durante los últimos 12 meses  
 Ha recibido o pagado dinero o drogas a cambio de sexo durante los últimos 12 meses  
 Tuvo relaciones sexuales anales sin usar condón durante los últimos 12 meses

¿Alguna de estas situaciones se aplica a usted?

1	Sí
2	No
7	No sabe/No está seguro(a)
9	Se rehusa

La siguiente pregunta trata sobre enfermedades de transmisión sexual que no son el VIH, como sífilis, gonorrea, clamidia o herpes genitales.

17.9. En los últimos 12 meses ¿un doctor, enfermera u otro profesional de la salud le ha hablado sobre cómo prevenir las enfermedades de transmisión sexual mediante el uso de un condón?

(189)

1	Sí
2	No
7	No sabe/No está seguro(a)
9	Se rehusa

## Sección 18: Armas de fuego

Las siguientes tres preguntas tratan sobre armas de fuego. Hacemos estas preguntas en una encuesta sobre la salud porque estamos interesados en las lesiones relacionadas con armas de fuego.

Por favor incluya armas como pistolas, escopetas y rifles; no incluya pistolas que disparan balas de pequeño calibre (BB gun), pistolas de inicio de carreras o armas que no pueden disparar. Incluya las que guarda en cocheras, áreas de almacenamiento fuera de la casa o vehículos automotores.

18.1. ¿Guarda armas de fuego en su hogar o alrededor de su hogar? (190)

- 1 Sí
- 2 No **Pase al párrafo de cierre**
- 7 No sabe/No está seguro(a) **Pase al párrafo de cierre**
- 9 Se rehusa **Pase al párrafo de cierre**

18.2. ¿Alguna de estas armas de fuego está cargada? (191)

- 1 Sí
- 2 No **Pase al párrafo de cierre**
- 7 No sabe/No está seguro(a) **Pase al párrafo de cierre**
- 9 Se rehusa **Pase al párrafo de cierre**

18.3. ¿Alguna de estas armas de fuego **cargadas** no está guardada bajo llave? “**No está guardada bajo llave**” quiere decir que **no** se necesita una llave o una combinación para obtener el arma o dispararla. El dispositivo de seguridad no cuenta como “bajo llave”. (192)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

### Párrafo de cierre

Esa fue mi última pregunta. Las respuestas de todos las personas entrevistadas se combinarán para darnos información sobre los hábitos de salud de la gente de este estado. Muchas gracias por su tiempo y colaboración.

**O**

**Transición a Módulos y/o a preguntas que los estados agregan**

## Módulo 1: Diabetes

### Estas preguntas se deben formular si respondió "sí" a la pregunta básica P6.1

1. ¿Qué edad tenía cuando le dijeron que tenía diabetes? (193-194)
- \_\_\_ \_\_\_ Codifique la edad en años [97 = 97 y mayores]  
 9 8 No sabe/No está seguro(a)  
 9 9 Se rehusa
2. ¿Está inyectándose insulina? (195)
- 1 Sí  
 2 No  
 9 Se rehusa
3. ¿Está tomando pastillas para la diabetes? (196)
- 1 Sí  
 2 No  
 7 No sabe/No está seguro(a)  
 9 Se rehusa
4. Aproximadamente, ¿con qué frecuencia se checa la sangre para medirse la glucosa o el azúcar? Incluya las veces que se la checa un familiar o amigo, pero no las veces que se la checa un profesional de la salud. (197-199)
- 1 \_\_\_ \_\_\_ veces al día  
 2 \_\_\_ \_\_\_ veces a la semana  
 3 \_\_\_ \_\_\_ veces al mes  
 4 \_\_\_ \_\_\_ veces al año  
 8 8 8 Nunca  
 7 7 7 No sabe/No está seguro(a)  
 9 9 9 Se rehusa
5. Aproximadamente, ¿con qué frecuencia se revisa los pies para detectar heridas o irritaciones? Incluya las veces que se los revisa un familiar o amigo, pero no las veces que se los revisa un profesional de la salud. (200-202)
- 1 \_\_\_ \_\_\_ veces al día  
 2 \_\_\_ \_\_\_ veces a la semana  
 3 \_\_\_ \_\_\_ veces al mes  
 4 \_\_\_ \_\_\_ veces al año  
 8 8 8 Nunca  
 5 5 5 No tiene pies  
 7 7 7 No sabe/No está seguro(a)  
 9 9 9 Se rehusa
6. ¿Alguna vez ha tenido alguna herida o irritación en los pies que se tardó más de cuatro semanas en sanar? (203)
- 1 Sí  
 2 No  
 7 No sabe/No está seguro(a)  
 9 Se rehusa

7. Aproximadamente, ¿cuántas veces en los últimos 12 meses acudió a un doctor, enfermera u otro profesional de la salud a causa de la diabetes? (204-205)

— — Número de veces [76 = 76 o más]  
 8 8 Ninguna  
 7 7 No sabe/No está seguro(a)  
 9 9 Se rehusa

8. Una prueba de la hemoglobina "A uno C" mide el nivel promedio de azúcar en la sangre durante los tres meses anteriores a la prueba. Aproximadamente, ¿cuántas veces en los últimos 12 meses un doctor, enfermera o profesional de la salud le ha hecho la prueba de la hemoglobina "A uno C"? (206-207)

— — Número de veces [76 = 76 o más]  
 8 8 Ninguna  
 9 8 Nunca ha oído de la prueba de la hemoglobina "A uno C"  
 7 7 No sabe/No está seguro(a)  
 9 9 Se rehusa

**Si dice "no tiene pies" en P5, pase a P10**

9. Aproximadamente, ¿cuántas veces en los últimos 12 meses un profesional de la salud le ha revisado los pies para detectar heridas o irritación? (208-209)

— — Número de veces [76 = 76 o más]  
 8 8 Ninguna  
 7 7 No sabe/No está seguro(a)  
 9 9 Se rehusa

10. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo un examen de la vista en el que dilataron las pupilas? Esto hubiera hecho que fuera sensible a luz brillante temporalmente. (210)

**Lea sólo si es necesario**

1 Durante el último mes (en cualquier momento hace menos de un mes)  
 2 En el último año (hace 1 mes, pero menos de 12)  
 3 En los últimos 2 años (hace 1 año, pero menos de 2)  
 4 Hace 2 años o más  
 8 Nunca  
 7 No sabe/No está seguro(a)  
 9 Se rehusa

11. ¿Le ha dicho un doctor alguna vez que la diabetes le afectó los ojos o que tiene una retinopatía? (211)

1 Sí  
 2 No  
 7 No sabe/No está seguro(a)  
 9 Se rehusa

12. ¿Alguna vez ha tomado un curso o una clase sobre cómo controlarse la diabetes usted mismo(a)? (212)

1 Sí  
 2 No  
 7 No sabe/No está seguro(a)  
 9 Se rehusa



## Módulo 2: Nivel de consciencia del problema de hipertensión

1. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor, enfermera u otro profesional de la salud que tiene la presión sanguínea alta?

**Si dice  
“Sí” y es  
mujer,  
pregunte  
¿Esto fue  
solamente  
cuando  
estaba  
embaraza  
da?”**

- (213)
- |   |  |
|---|--|
| 1 | Sí   |
| 2 | Sí, pero es mujer y sólo se lo dijeron durante el embarazo <b>Pase al módulo siguiente</b> |
| 3 | No <b>Pase al módulo siguiente</b>   |
| 7 | No sabe/No está seguro(a) <b>Pase al módulo siguiente</b>                                  |
| 9 | Se rehusa <b>Pase al módulo siguiente</b>  |

2. ¿Está tomando actualmente medicina para la presión sanguínea alta? (214)

- |   |                           |
|---|---------------------------|
| 1 | Sí                        |
| 2 | No                        |
| 7 | No sabe/No está seguro(a) |
| 9 | Se rehusa                 |

### Módulo 3: Nivel de consciencia del problema del colesterol

1. El colesterol es una sustancia grasa que se encuentra en la sangre. ¿Alguna vez se ha medido el nivel de colesterol en la sangre? (215)

- 1 Sí
- 2 No **Pase al módulo siguiente**
- 7 No sabe/No está seguro(a) **Pase al módulo siguiente**
- 9 Se rehusa **Pase al módulo siguiente**

2. Aproximadamente, ¿hace cuánto tiempo fue la última vez que se midió el colesterol en la sangre? (216)

**Lea sólo si es necesario**

- 1 Durante el año pasado (en cualquier momento durante los últimos 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace 1 año, pero menos de 2)
- 3 En los últimos 5 años (hace 2 años, pero menos de 5)
- 4 Hace 5 años o más
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

3. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor, enfermera u otro profesional de la salud que su nivel de colesterol en la sangre es alto? (217)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

## Módulo 4: Actividad física

**Si responde "empleado" o "Trabaja por cuenta propia" a la pregunta básica P12.8, continúe. Si no es así, pase a P2.**

1. Cuando está en el trabajo, ¿cuál de las siguientes opciones describe mejor lo que hace? (218)

**Si la persona encuestada tiene varios trabajos, inclúyalos todos**

**No lea**

Usted diría que: **Por favor lea**

- 1 Está sentado(a) o de pie la mayor parte del tiempo
- 2 Camina la mayor parte del tiempo
- o
- 3 Hace trabajo pesado o físicamente agotador la mayor parte del tiempo
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

Estamos interesados en dos tipos de actividad física: enérgica y moderada. Las actividades enérgicas aumentan mucho la respiración y el ritmo cardíaco, mientras que las actividades moderadas aumentan la respiración y el ritmo cardíaco sólo un poco.

2. Ahora, teniendo en mente las actividades físicas moderadas que hace [**diga (cuando no está trabajando) si respondió "empleado" o "Trabaja por cuenta propia" a la pregunta básica P12.8**] en una semana normal, ¿realiza actividades moderadas durante por lo menos 10 minutos seguidos, por ejemplo, caminar a paso ligero, andar en bicicleta, aspirar, jardinería o cualquier otra cosa que cause un pequeño aumento en la respiración o el ritmo cardíaco? (219)

- 1 Sí
- 2 No **Pase a P5**
- 7 No sabe/No está seguro(a) **Pase a P5**
- 9 Se rehusa **Pase a P5**

3. ¿Cuántos días a la semana hace esas actividades moderadas por lo menos durante 10 minutos seguidos? (220-221)

- — días a la semana
- 8 8 No hace ninguna actividad física moderada por lo menos durante 10 minutos seguidos **Pase a P5**
- 7 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 9 Se rehusa

4. En los días en los que hace actividades físicas moderadas durante por lo menos 10 minutos seguidos, ¿cuánto tiempo al día, en total, pasa haciendo estas actividades? (222-224)

\_\_ : \_\_ \_\_ horas y minutos día  
 7 7 7 No sabe/No está seguro(a)  
 9 9 9 Se rehusa

5. Ahora, teniendo en mente las actividades enérgicas que hace [**diga (cuando no está trabajando) si respondió "empleado" o "Trabaja por cuenta propia" a la pregunta básica P12.8**] en una semana normal, realiza actividades enérgicas durante por lo menos 10 minutos seguidos, por ejemplo, correr, ejercicios aeróbicos, trabajo pesado de jardinería o cualquier otra cosa que aumenta mucho la respiración y el ritmo cardíaco? (225)

1 Sí  
 2 No **Pase al módulo siguiente**  
 7 No sabe/No está seguro(a) **Pase al módulo siguiente**  
 9 Se rehusa **Pase al módulo siguiente**

6. ¿Cuántos días a la semana hace estas actividades enérgicas por lo menos durante 10 minutos seguidos? (226-227)

\_\_ \_\_ días a la semana  
 8 8 No hace ninguna actividad física enérgica por lo menos durante 10 minutos seguidos **Pase al módulo siguiente**  
 7 7 No sabe/No está seguro(a) **Pase al módulo siguiente**  
 9 9 Se rehusa **Pase al módulo siguiente**

7. En los días en los que hace actividades físicas enérgicas durante por lo menos 10 minutos seguidos, ¿cuánto tiempo al día, en total, pasa haciendo estas actividades? (228-230)

\_\_ : \_\_ \_\_ horas y minutos al día  
 7 7 7 No sabe/No está seguro(a)  
 9 9 9 Se rehusa

## Módulo 5: Días saludables – Calidad de vida relacionada con la salud

Anteriormente le pedí que calificara su salud como excelente, muy buena, buena, regular o mala.

1. Ahora, teniendo en mente su salud física, lo cual incluye enfermedades y lesiones físicas, ¿cuántos días durante los últimos 30 días su salud física no fue buena? (231-232)

— —	Número de días
8 8	Ninguno
7 7	No sabe/No está seguro(a)
9 9	Se rehusa

2. Ahora, teniendo en mente su salud mental, lo cual incluye estrés, depresión y problemas con las emociones, ¿cuántos días durante los últimos 30 días su salud mental no fue buena? (233-234)

— —	Número de días
8 8	Ninguno <b>Si P1 también es “Ninguno”, pase al módulo siguiente</b>
7 7	No sabe/No está seguro(a)
9 9	Se rehusa

3. Durante los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos días su mala salud física o mental le impidió que realizara sus actividades normales, como cuidarse a sí mismo(a), ir a trabajar o hacer actividades recreativas? (235-236)

— —	Número de días
8 8	Ninguno
7 7	No sabe/No está seguro(a)
9 9	Se rehusa

### Módulo 6: Calidad de vida

1. ¿Está usted limitado(a) de alguna manera en las actividades que hace debido a problemas físicos, mentales o emocionales?

(237)

- |   |                           |
|---|---------------------------|
| 1 | Sí                        |
| 2 | No                        |
| 7 | No sabe/No está seguro(a) |
| 9 | Se rehusa                 |

2. ¿Tiene ahora algún problema de salud que le exija usar algún tipo de equipo especial como bastón, silla de ruedas, cama especial o teléfono especial?

(238)

**Incluya el uso  
ocasional o en  
ciertas  
circunstancias**

- |   |                           |
|---|---------------------------|
| 1 | Sí                        |
| 2 | No                        |
| 7 | No sabe/No está seguro(a) |
| 9 | Se rehusa                 |

**Si respondió "sí" a P1 o "sí" a P2, continúe. De no ser así, pase a P7.**

3. ¿Cuál es su mayor deterioro o problema de salud?

(239-240)

— — Código de la razón

**Lea sólo si es necesario**

- |     |  |
|-----|--|
| 0 1 | Artritis/reumatismo                            |
| 0 2 | Problema del cuello o la espalda               |
| 0 3 | Fracturas, lesión de los huesos/articulaciones |
| 0 4 | Problema para caminar                          |
| 0 5 | Problema de los pulmones/para respirar         |
| 0 6 | Problema de audición                           |
| 0 7 | Problema de los ojos/vista                     |
| 0 8 | Problema del corazón                           |
| 0 9 | Problema de embolia                            |
| 1 0 | Hipertensión/presión sanguínea alta            |
| 1 1 | Diabetes                                       |
| 1 2 | Cáncer   |
| 1 3 | Problema de depresión/ansiedad/emocional       |
| 1 4 | Otro deterioro/problema                        |
| 7 7 | No sabe/No está seguro(a)                      |
| 9 9 | Se rehusa                                      |

4. ¿Por cuánto tiempo sus actividades han estado limitadas a causa de su principal deterioro o problema de salud? (241-243)

- 1 \_\_\_ días  
 2 \_\_\_ semanas  
 3 \_\_\_ meses  
 4 \_\_\_ años  
 7 7 7 No sabe/No está seguro(a)  
 9 9 9 Se rehusa

5. Debido a algún deterioro o problema de salud, ¿necesita la ayuda de otras personas para su CUIDADO PERSONAL, como comer, bañarse, vestirse o andar por su hogar? (244)

- 1 Sí  
 2 No  
 7 No sabe/No está seguro(a)  
 9 Se rehusa

6. Debido a algún deterioro o problema de salud, ¿necesita la ayuda de otras personas para sus necesidades RUTINARIAS como tareas domésticas cotidianas, hacer mandados necesarios, ir de compras o trasladarse con otros fines? (245)

- 1 Sí  
 2 No  
 7 No sabe/No está seguro(a)  
 9 Se rehusa

7. Durante los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos días el dolor le hizo difícil hacer sus actividades normales como cuidarse a sí mismo(a), trabajar o hacer actividades recreativas? (246-247)

- \_\_\_ Número de días  
 8 8 Ninguno  
 7 7 No sabe/No está seguro(a)  
 9 9 Se rehusa

8. Durante los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos días se sintió triste o deprimido(a)? (248-249)

- \_\_\_ Número de días  
 8 8 Ninguno  
 7 7 No sabe/No está seguro(a)  
 9 9 Se rehusa

9. Durante los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos días se ha sentido preocupado(a), tenso(a) o ansioso(a)? (250-251)

- \_\_\_ Número de días  
 8 8 Ninguno  
 7 7 No sabe/No está seguro(a)  
 9 9 Se rehusa

10. Durante los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos días sintió que no descansó ni durmió lo suficiente? (252-253)

- \_\_\_ Número de días  
 8 8 Ninguno  
 7 7 No sabe/No está seguro(a)  
 9 9 Se rehusa

11. Durante los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos días se sintió muy saludable y lleno(a) de energía?  
(254-255)

— —	Número de días
8 8	Ninguno
7 7	No sabe/No está seguro(a)
9 9	Se rehusa



## Módulo 7: Cobertura y utilización de servicios de atención médica

1. Aproximadamente, ¿hace cuánto tiempo fue la última vez que visitó a su doctor para que le hiciera un chequeo de rutina? (256)

**Un chequeo de rutina es un examen físico general, no un examen para una enfermedad o lesión específica**

- Lea sólo si es necesario**
- |   |   |
|---|---|
| 1 | Durante el año pasado (en cualquier momento durante los últimos 12 meses) |
| 2 | En los últimos 2 años (hace 1 año, pero menos de 2)                       |
| 3 | En los últimos 5 años (hace 2 años, pero menos de 5)                      |
| 4 | Hace 5 años o más   |
| 7 | No sabe/No está seguro(a)   |
| 8 | Nunca   |
| 9 | Se rehusa   |

**Si responde "no" a P2.1, continúe; de no ser así, pase al módulo siguiente**

Anteriormente, usted dijo que no tenía ningún tipo de cobertura de salud.

2. ¿Cuál es la razón principal por la que no tiene cobertura de salud? (257-258)

— — Código de la razón

- Lea sólo si es necesario**
- |     |   |
|-----|---|
| 0 1 | Perdió su trabajo o cambió de trabajo   |
| 0 2 | Su cónyuge o padre (madre) perdió el trabajo o cambió de trabajo [incluye a cualquier persona que le haya dado seguro antes de perder o cambiar de trabajo] |
| 0 3 | Se divorció o separó  |
| 0 4 | Su cónyuge o padre (madre) murió  |
| 0 5 | Dejó de reunir los requisitos por su edad o porque ya no está en la escuela   |
| 0 6 | Su empleador no ofrece cobertura o dejó de ofrecerla  |
| 0 7 | Disminuyó sus horas de trabajo a tiempo parcial o se volvió empleado(a) temporal  |
| 0 8 | Se terminaron sus beneficios de su empleador o de un ex empleador   |
| 0 9 | No pudo pagar las primas  |
| 1 0 | La compañía de seguros se rehusó a darle cobertura  |
| 1 1 | Dejó de cumplir los requisitos para recibir Medicaid o asistencia médica  |
| 8 7 | Otra  |
| 7 7 | No sabe/No está seguro(a)   |
| 9 9 | Se rehusa   |

3. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo ha estado sin cobertura de atención médica? (259)

- Lea sólo si es necesario**
- |   |   |
|---|---|
| 1 | Durante los últimos 6 meses (en cualquier momento en los últimos 6 meses) |
| 2 | Durante el año pasado (hace 6 meses, pero menos de 12 meses)              |
| 3 | En los últimos 2 años (hace 1 año, pero menos de 2)                       |
| 4 | En los últimos 5 años (hace 2 años, pero menos de 5)                      |
| 5 | Hace 5 años o más   |

- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 8 Nunca
- 9 Se rehusa

**Módulo 8: Antecedentes de asma en la edad adulta****Si respondió "sí" a la pregunta básica P5.1, continúe.**

Anteriormente dijo que un doctor, enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía asma.

1. ¿Qué edad tenía cuando un doctor, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo por primera vez que tenía asma? (260-261)

\_\_ \_\_ Edad en años 11 o más [**96 = 96 y mayor**]  
 9 7 10 años o menos  
 9 8 No sabe/No está seguro(a)  
 9 9 Se rehusa

**Si respondió "sí" a la pregunta básica P5.2, continúe.**

2. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido un episodio de asma o un ataque de asma? (262)

1 Sí  
 2 No  
 7 No sabe/No está seguro(a)  
 9 Se rehusa

3. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces fue a una sala de emergencia o centro de atención urgente debido al asma? (263-264)

\_\_ \_\_ Número de visitas [**87 = 87 o más**]  
 8 8 Ninguna  
 9 8 No sabe/No está seguro(a)  
 9 9 Se rehusa

4. [Si responde una o más visitas a la pregunta P3, diga (Además de las visitas a la sala de emergencia,)] Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces vio a un doctor, enfermera u otro profesional de la salud para recibir tratamiento urgente al empeorarse los síntomas del asma? (265-266)

\_\_ \_\_ Número de visitas [**87 = 87 o más**]  
 8 8 Ninguna  
 9 8 No sabe/No está seguro(a)  
 9 9 Se rehusa

5. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces vio a un doctor, enfermera u otro profesional de la salud para hacerse un chequeo de rutina para el asma? (267-268)

\_\_ \_\_ Número de visitas [**87 = 87 o más**]  
 8 8 Ninguna  
 9 8 No sabe/No está seguro(a)  
 9 9 Se rehusa

6. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántos días no pudo trabajar o hacer sus actividades normales debido al asma?  
(269-271)

\_\_\_\_ Número de días  
 8 8 8 Ninguno  
 7 7 7 No sabe/No está seguro(a)  
 9 9 9 Se rehusa

7. Los síntomas del asma incluyen tos, silbido al respirar, falta de aire, opresión en el pecho y producción de flema cuando no se tiene un resfriado ni una infección respiratoria. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tuvo síntomas de asma?  
(272)

Usted diría que: **Por favor lea**  
 8 No los tuvo en ningún momento **Pase a P9**  
 1 Menos de una vez a la semana  
 2 Una o dos veces a la semana  
 3 Más de 2 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 Se rehusa

8. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días los síntomas del asma le dificultaron poder mantenerse dormido?  
(273)

Usted diría que: **Por favor lea**  
 8 Ninguno  
 1 De uno a dos  
 2 De tres a cuatro  
 3 Cinco  
 4 De seis a diez  
 o  
 5 Más de diez  
**No lea** 7 No sabe/No está seguro(a)  
 9 Se rehusa

9. Durante los últimos 30 días ¿con qué frecuencia tomó un medicamento para el asma que le recetó o dio un doctor? Esto incluye un inhalador.  
(274)

Usted diría que: **Por favor lea**  
 8 No tomó ninguno  
 1 Menos de una vez a la semana  
 2 Una o dos veces a la semana  
 3 Más de 2 veces a la semana, pero no todos los días  
 4 Una vez al día  
 o  
 5 2 o más veces cada día  
**No lea** 7 No sabe/No está seguro(a)  
 9 Se rehusa

**Módulo 9: Asma en niños**

**Si respondió "ninguno" a la pregunta básica P12.6, pase al módulo siguiente**

1. Anteriormente, usted dijo que en su hogar hay **[diga el número de la respuesta a la pregunta básica P12.6]** niños de 17 años de edad o menores. ¿A cuántos de estos niños se les ha diagnosticado asma?

(275-276)

___	___	Número de niños
8	8	Ninguno <b>Pase al módulo siguiente</b>
7	7	No sabe <b>Pase al módulo siguiente</b>
9	9	Se rehusa <b>Pase al módulo siguiente</b>

2. **[Diga (¿Este(a) niño(a)/¿Cuántos de estos niños) de la pregunta P1]** todavía tiene(n) asma? (277-278)

**Si responde 1 niño a la pregunta P1, y responde "Sí" a P2, codifique "01". Si la respuesta es "No", codifique "88".**

___	___	Número de niños
8	8	Ninguno
7	7	No sabe
9	9	Se rehusa

**Módulo 10: Ataque cardíaco y derrame cerebral**

Ahora me gustaría preguntarle si conoce las señales y síntomas de un ataque cardíaco y derrame cerebral.

1. ¿Cuál de las siguientes opciones cree que es un síntoma de un ataque cardíaco? Para cada una, dígame sí, no, o no estoy seguro(a).

a. ¿Cree que el dolor o las molestias en la mandíbula, el cuello o la espalda son síntomas de un ataque cardíaco? (279)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

b. ¿Cree que sentirse débil, mareado o desmayarse son síntomas de un ataque cardíaco? (280)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

c. (¿Cree que) el dolor o las molestias en el pecho (son síntomas de un ataque cardíaco?) (281)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

d. (¿Cree que) la dificultad repentina para ver con uno o los dos ojos (es un síntoma de un ataque cardíaco?) (282)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

e. (¿Cree que) el dolor o las molestias en los brazos o el hombro (son síntomas de un ataque cardíaco?) (283)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

f. (¿Cree que) la falta de aire (es un síntoma de un ataque cardíaco?) (284)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

2. ¿Cuál de las siguientes opciones cree que es un síntoma de un derrame cerebral? Para cada una, dígame sí, no, o no estoy seguro(a).

a. ¿Cree que la confusión o los problemas para hablar repentinos son síntomas de un derrame cerebral? (285)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

b. ¿Cree que el adormecimiento o la debilidad repentina de la cara, el brazo o la pierna, especialmente de un lado del cuerpo son síntomas de un derrame cerebral? (286)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

c. (¿Cree que) la dificultad repentina para ver con uno o los dos ojos (es un síntoma de un derrame cerebral?) (287)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

d. (¿Cree que) el dolor o las molestias repentinos en el pecho (son síntomas de un derrame cerebral?) (288)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

e. (¿Cree que) una dificultad repentina para caminar, el mareo o la pérdida del equilibrio repentinos (son síntomas de un derrame cerebral?) (289)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

f. (¿Cree que) el dolor de cabeza severo sin razón aparente (es un síntoma de un derrame cerebral?) (290)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

3. Si usted creyera que alguien está sufriendo un ataque cardíaco o un derrame cerebral, ¿qué es lo primero que haría? (291)

**Por favor lea**

- 1 Lo llevaría a un hospital
- 2 Le diría que llamara a su doctor
- 3 Llamaría al 911
- 4 Llamaría a su cónyuge o a algún familiar
- o
- 5 Haría otra cosa
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

lea



**Módulo 11: Enfermedades cardiovasculares**

1. Para disminuir el riesgo de sufrir una enfermedad del corazón o un derrame cerebral, ¿usted....
- a. come menos alimentos con alto contenido de grasa o colesterol? (292)
- 1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro(a)  
9 Se rehusa
- b. come más frutas y verduras? (293)
- 1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro(a)  
9 Se rehusa
- c. se mantiene más activo(a) físicamente? (294)
- 1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro(a)  
9 Se rehusa
2. En los últimos 12 meses, ¿le ha dicho un doctor, enfermera o profesional de la salud que ...
- a. coma menos alimentos con alto contenido de grasa o colesterol? (295)
- 1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro(a)  
9 Se rehusa
- b. coma más frutas y verduras? (296)
- 1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro(a)  
9 Se rehusa

c. se mantenga más activo(a) físicamente? (297)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

3. ¿Un doctor, enfermera o profesional de la salud le ha dicho alguna vez que ha tenido uno de los siguientes?

a. Un ataque al corazón, también llamado infarto al miocardio (298)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

b. Angina de pecho o una enfermedad coronaria (299)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

c. Un derrame cerebral (300)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

**Si respondió "sí" a P3a continúe. Si no es así, pase a P 5.**

4. ¿A que edad sufrió el primer ataque cardíaco? (301-302)

- \_\_\_ Codifique la edad en años
- 0 7 No sabe/No está seguro(a)
- 0 9 Se rehusa

**Si respondió "sí" a P3c, continúe. De no ser así, pase a P6.**

5. ¿A qué edad sufrió el primer derrame cerebral? (303-304)
- — Codifique la edad en años
- 0 7 No sabe/No está seguro(a)
- 0 9 Se rehusa

**Si respondió "sí" a la pregunta 3a ó 3c, continúe. De no ser así, pase a P7.**

6. Después de salir del hospital después de sufrir el [diga (ataque cardíaco) si respondió "sí" a P3a o a P3a y P3c; diga (derrame cerebral) si respondió "sí" a P3c y "no" a P3a], ¿tuvo algún tipo de rehabilitación en consulta externa? A veces a esto se le llama "rehab". (305)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

**Si la persona encuestada tiene 35 años o más, continúe con P7. De no ser así, pase al módulo siguiente.**

7. ¿Toma aspirina todos los días o un día sí y otro no? (306)

- 1 **Sí Pase a P9**
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

8. ¿Sufre de algún problema o padecimiento de salud por el que le sea peligroso tomar aspirina? (307)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <p><b>Si dice "Sí", pregunte "¿Es éste un padecimiento del estómago?" Codifique el malestar estomacal como problema del estómago.</b></p> | 1 | Sí, pero no está relacionado con el estómago <b>Pase al módulo siguiente</b> |
|   | 2 | Sí, problema del estómago <b>Pase al módulo siguiente</b>                    |
|   | 3 | No <b>Pase al módulo siguiente</b>   |
|   | 7 | No sabe/No está seguro(a) <b>Pase al módulo siguiente</b>                    |
|   | 9 | Se rehusa <b>Pase al módulo siguiente</b>                                    |

9. ¿Por qué toma aspirina? (308)

a. ¿Para aliviar el dolor?

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

b. ¿Para reducir las probabilidades de sufrir un ataque cardíaco? (309)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

c. ¿Para reducir las probabilidades de sufrir un derrame cerebral? (310)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

**Módulo 12: Control de peso**

1. En estos momentos, ¿está tratando de bajar de peso? (311)

- 1 **Sí Pase a P3**
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

2. En estos momentos, ¿está tratando de mantener su peso actual, o sea, de no subir de peso? (312)

- 1 Sí
- 2 No **Pase a P6**
- 7 No sabe/No está seguro(a) **Pase a P6**
- 9 Se rehusa **Pase a P6**

3. ¿Está comiendo menos calorías o menos grasa para... (313)

**Pregunte  
para qué**

bajar de peso? [**Si respondió "Sí" a P1**]  
evitar subir de peso? [**Si respondió "Sí" a P2**]

- 1 Sí, menos calorías
- 2 Sí, menos grasa
- 3 Sí, menos calorías y menos grasa
- 4 No
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

4. ¿Está usando la actividad física o el ejercicio para... (314)

bajar de peso? [**Si respondió "Sí" a P1**]  
evitar subir de peso? [**Si respondió "Sí" a P2**]

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

5. ¿Cuánto le gustaría pesar? (315-317)

- \_\_\_ \_\_ Peso  
libras
- 7 7 7 No sabe/No está seguro(a)
  - 9 9 9 Se rehusa

6. En los últimos 12 meses, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de la salud le ha dado consejo sobre su peso? (318)

**Pregunte  
para qué**

- 1 Sí, que baje de peso
- 2 Sí, que suba de peso
- 3 Sí, que mantenga mi peso actual
- 4 No
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

### Módulo 13: Ácido fólico

1. ¿Actualmente está tomando vitaminas o complementos? (319)

<b>Incluye complementos líquidos</b>
--

- |   |  |
|---|--|
| 1 | Sí   |
| 2 | No <b>Pase a P5</b>                        |
| 7 | No sabe/No está seguro(a) <b>Pase a P5</b> |
| 9 | Se rehusa <b>Pase a P5</b>                 |

2. ¿Alguno de éstos son multivitamínicos? (320)

- |   |                           |
|---|---------------------------|
| 1 | Sí <b>Pase a P4</b>       |
| 2 | No                        |
| 7 | No sabe/No está seguro(a) |
| 9 | Se rehusa                 |

3. ¿Alguna vitamina o complemento que toma contiene ácido fólico? (321)

- |   |  |
|---|--|
| 1 | Sí   |
| 2 | No <b>Pase a P5</b>                        |
| 7 | No sabe/No está seguro(a) <b>Pase a P5</b> |
| 9 | Se rehusa <b>Pase a P5</b>                 |

4. ¿Con qué frecuencia toma esas vitaminas o complementos? (322-324)

- |       |                           |
|-------|---------------------------|
| 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 | Se rehusa                 |

**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? (325)

**Por favor lea**

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

**No lea**

- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa



## Módulo 14: Indicadores del consumo de tabaco

### Si respondió "sí" a la pregunta básica P9.1, continúe. De no ser así, pase a P6

Anteriormente dijo que ha fumado cigarrillos.

1. ¿Qué edad tenía la primera vez que fumó cigarrillos, aunque sea una o dos fumadas? (326-327)

\_\_\_ \_\_\_ Codifique la edad, en años  
 7 7 No sabe/No está seguro(a)  
 9 9 Se rehusa

2. ¿Qué edad tenía cuando comenzó a fumar cigarrillos regularmente? (328-329)

\_\_\_ \_\_\_ Codifique la edad, en años  
 8 8 Nunca fumó regularmente **Pase a P6**  
 7 7 No sabe/No está seguro(a)  
 9 9 Se rehusa

### Si respondió "Se rehusa" a la pregunta básica P9.2, pase a P6

### Si respondió "No fuma en lo absoluto" a la pregunta básica P9.2, continúe. De no ser así, pase a P4.

3. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que fumó cigarrillos regularmente? (330-331)

#### Lea sólo si es necesario

- 0 1 Durante el mes pasado (en cualquier momento, pero hace menos de 1 mes) **Continúe con P4**  
 0 2 Durante los últimos 3 meses (hace 1 mes, pero menos de 3) **Continúe con P4**  
 0 3 Durante los últimos 6 meses (hace 3 mes, pero menos de 6) **Continúe con P4**  
 0 4 Durante el año pasado (hace 6 meses, pero menos de 1 año) **Continúe con P4**  
 0 5 Durante los últimos 5 años (hace 1 año, pero menos de 5) **Pase a P6**  
 0 6 Durante los últimos 10 años (hace 5 años, pero menos de 10) **Pase a P6**  
 0 7 Hace 10 años o más **Pase a P6**  
 7 7 No sabe/No está seguro(a) **Pase a P6**  
 9 9 Se rehusa **Pase a P6**

4. En los últimos 12 meses, ¿ha visto a un doctor, enfermera u otro profesional de la salud para obtener algún tipo de cuidado para usted mismo(a)? (332)

1 Sí  
 2 No **Pase a P6**  
 7 No sabe/No está seguro(a) **Pase a P6**  
 9 Se rehusa **Pase a P6**

5. En los últimos 12 meses, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de la salud le ha aconsejado que deje de fumar? (333)

1 Sí  
 2 No  
 7 No sabe/No está seguro(a)  
 9 Se rehusa

6. ¿Cuál de las oraciones siguientes describe mejor las reglas sobre fumar dentro de su hogar? (334)

**Por favor lea**

1 No se permite fumar en ninguna parte dentro de su hogar  
 2 Se permite fumar en algunos momentos y en algunos lugares  
 3 Se permite fumar en todo el hogar

o

**No lea** 4 No hay reglas sobre fumar dentro del hogar  
 7 No sabe/No está seguro(a)  
 9 Se rehusa

**Si respondió "empleado" o "Trabaja por cuenta propia" a la pregunta básica P12.8, continúe. De no ser así, pase al módulo siguiente.**

7. Mientras se encuentra en su trabajo ¿pasa la mayor parte del tiempo en interiores? (335)

1 Sí  
 2 No **Pase al módulo siguiente**  
 7 No sabe/No está seguro(a) **Pase al módulo siguiente**  
 9 Se rehusa **Pase al módulo siguiente**

8. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la política oficial sobre fumar en su lugar de trabajo en lo que se refiere a las áreas comunitarias o los lugares públicos en interiores, como vestíbulos, baños y comedores? (336)

**En el caso de  
trabajadores que  
visitan clientes,  
“lugar de trabajo”  
significa su oficina  
base**

**No lea**

**Por favor lea**

- 1 No se permite en ninguna área pública
- 2 Se permite en algunas áreas públicas
- 3 Se permite en todas las áreas públicas
- o
- 4 No hay una política oficial
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

9. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la política oficial sobre fumar en su lugar de trabajo en lo que se refiere a las áreas de trabajo? (337)

**No lea**

**Por favor lea**

- 1 No se permite en ninguna área de trabajo
- 2 Se permite en algunas áreas de trabajo
- 3 Se permite en todas las áreas de trabajo
- o
- 4 No hay una política oficial
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

### Módulo 15: Otros productos de tabaco

1. ¿Alguna vez ha probado o consumido productos de tabaco sin humo como tabaco de mascar o *snuff*? (338)
- |   |  |
|---|--|
| 1 | Sí   |
| 2 | No <b>Pase a P3</b>                        |
| 7 | No sabe/No está seguro(a) <b>Pase a P3</b> |
| 9 | Se rehusa <b>Pase a P3</b>                 |
2. ¿Actualmente consume tabaco de mascar o *snuff* todos los días, algunos días o no lo consume para nada? (339)
- |   |                           |
|---|---------------------------|
| 1 | Todos los días            |
| 2 | Algunos días              |
| 3 | No lo consume             |
| 7 | No sabe/No está seguro(a) |
| 9 | Se rehusa                 |
3. ¿Alguna vez ha fumado un puro, aunque sea una o dos fumadas? (340)
- |   |  |
|---|--|
| 1 | Sí   |
| 2 | No <b>Pase a P5</b>                        |
| 7 | No sabe/No está seguro(a) <b>Pase a P5</b> |
| 9 | Se rehusa <b>Pase a P5</b>                 |
4. En estos momentos, ¿fuma puros todos los días, algunos días o no los fuma para nada? (341)
- |   |                           |
|---|---------------------------|
| 1 | Todos los días            |
| 2 | Algunos días              |
| 3 | No los fuma para nada     |
| 7 | No sabe/No está seguro(a) |
| 9 | Se rehusa                 |
5. ¿Alguna vez ha fumado tabaco en pipa, aunque sea una o dos fumadas? (342)
- |   |  |
|---|--|
| 1 | Sí   |
| 2 | No <b>Pase a P7</b>                        |
| 7 | No sabe/No está seguro(a) <b>Pase a P7</b> |
| 9 | Se rehusa <b>Pase a P7</b>                 |

6. ¿Fuma pipa todos los días, algunos días o no fuma pipa para nada? (343)
- 1 Todos los días
  - 2 Algunos días
  - 3 No la fuma para nada
  - 7 No sabe/No está seguro(a)
  - 9 Se rehusa
7. Los *bidis* son cigarrillos de sabor que provienen de la India. ¿Alguna vez ha fumado un bidi, aunque sea una o dos fumadas? (344)
- 1 Sí
  - 2 No **Pase al módulo siguiente**
  - 7 No sabe/No está seguro(a) **Pase al módulo siguiente**
  - 9 Se rehusa **Pase al módulo siguiente**
8. ¿En este momento fuma *bidis* todos los días, algunos días o no los fuma para nada? (345)
- 1 Todos los días
  - 2 Algunos días
  - 3 No los fuma para nada
  - 7 No sabe/No está seguro(a)
  - 9 Se rehusa

**Módulo 16: Módulo sobre la artritis**

1. Las preguntas siguientes se refieren a las articulaciones. Por favor **NO** incluya la espalda ni el cuello. **DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS**, ¿ha tenido algún síntoma de dolor, molestias o rigidez en o alrededor de una articulación?

(346)

- 1 Sí  
 2 No **Pase a P4**  
 7 No sabe/No está seguro(a) **Pase a P4**  
 9 Se rehusa **Pase a P4**

2. ¿Sus síntomas de las articulaciones comenzaron **POR PRIMERA VEZ** hace más de 3 meses? (347)

- 1 Sí  
 2 No  
 7 No sabe/No está seguro(a)  
 9 Se rehusa

3. ¿Alguna vez ha visto a un doctor u otro profesional de la salud a causa de esos síntomas de las articulaciones? (348)

- 1 Sí  
 2 No  
 7 No sabe/No está seguro(a)  
 9 Se rehusa

4. ¿**ALGUNA VEZ** le ha dicho un doctor u otro profesional de la salud que usted tiene algún tipo de artritis, artritis reumatoide, gota, lupus o fibromialgia? (349)

- 1 Sí  
 2 No  
 7 No sabe/No está seguro(a)  
 9 Se rehusa

**Nota para el entrevistador:** Los diagnósticos de artritis incluyen

- \* reumatismo, polimialgia reumática
- \* osteoartritis (no osteoporosis)
- \* tendinitis, bursitis, juanetes, codo de tenista
- \* síndrome del túnel carpiano, síndrome del túnel del tarso
- \* infección de la articulación, síndrome de Reiter
- \* espondilitis anquilosante; espondilosis
- \* síndrome de tendinitis del manguito de los rotadores
- \* enfermedad del tejido conectivo, escleroderma, polimiositis, síndrome de Raynaud
- \* vasculitis (arteritis de las células gigantes, púrpura Henoch-Schonlein, granulomatosis de Wegener, poliarteritis nodosa)

**SI LA RESPUESTA A P1 = 1 O A P4 = 1, CONTINÚE. DE NO SER ASÍ, PASE A LA SECCIÓN SIGUIENTE.**

5. ¿Actualmente se encuentra limitado de alguna manera de hacer sus actividades regulares a causa de la artritis o de los síntomas de las articulaciones? (350)
- |   |                           |
|---|---------------------------|
| 1 | Sí                        |
| 2 | No                        |
| 7 | No sabe/No está seguro(a) |
| 9 | Se rehusa                 |

**Nota: Si la persona encuestada pregunta algo sobre los medicamentos, el entrevistador *debe contestar*: "Por favor conteste la pregunta con base en cómo se siente cuando toma cualquiera de los medicamentos o tratamientos que le hayan dado."**

**Si la persona entrevistada tiene entre 18 y 64 años, continúe; de no ser así, pase a la sección siguiente.**

6. En la pregunta siguiente nos referimos a trabajo asalariado. ¿Los síntomas de la artritis o de las articulaciones afectan si trabaja, el tipo de trabajo que hace o la cantidad de trabajo que hace? (351)
- |   |                           |
|---|---------------------------|
| 1 | Sí                        |
| 2 | No                        |
| 7 | No sabe/No está seguro(a) |
| 9 | Se rehusa                 |