



2007

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

Cuestionario

December 18, 2007

Sistema de vigilancia de los factores de riesgo conductuales (Behavioral Risk Factor Surveillance System) Cuestionario estatal 2007

Tabla de contenidos

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: Nivel de conciencia acerca del problema de la hipertensión.....	8
Sección 7: Nivel de conciencia acerca del problema del colesterol.....	8
Sección 8: Prevalencia de las enfermedades cardiovasculares.....	9
Sección 9: Asma.....	10
Sección 10: Inmunización.....	10
Sección 11: Consumo de tabaco.....	12
Sección 12: Características demográficas.....	12
Sección 13: Consumo de alcohol.....	18
Sección 14: Discapacidad.....	19
Sección 15: Artritis.....	19
Sección 16: Frutas y Verduras.....	21
Sección 17: Actividad física.....	23
Sección 18: VIH/SIDA.....	25
Sección 19: Apoyo emocional y grado de satisfacción con la vida.....	26
Sección 20: Enfermedad gastrointestinal.....	27
Párrafo de cierre, Transición a módulos y/o Preguntas adicionales de los Estados.....	28
Módulos opcionales.....	29
Módulo 1: Selección aleatoria de niños.....	29
Módulo 2: Prevalencia del asma infantil.....	31
Módulo 3: Diabetes.....	31
Módulo 4: Deterioro visual y acceso a cuidados oculares.....	34
Módulo 5: Días en los que se siente saludable (síntomas).....	38
Módulo 6: Salud cardiovascular.....	39
Módulo 7: Medidas para controlar la presión arterial alta.....	40
Módulo 8: Ataque cardíaco y derrame cerebral.....	42
Módulo 9: Salud femenina.....	44
Módulo 10: Detección del cáncer de próstata.....	46
Módulo 11: Detección del cáncer colorrectal.....	48
Módulo 12: Antecedentes de asma en adultos.....	49
Módulo 13: Control de la artritis.....	53
Módulo 14: Excombatientes.....	54
Módulo 15: Actitudes de terceros en cuanto a la etnicidad.....	55
Módulo 16: Enfermedad mental y estigma.....	57
Módulo 17: Violencia sexual.....	60
Módulo 18: Violencia causada por alguien con quien tenía una relación íntima.....	64
Módulo 19: Nivel de preparación general.....	67

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 con el **(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**

¿Hablo con un número de teléfono celular?

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 un hombre o una mujer? Indique 1 hombre o 1 mujer a continuación.

¿Podría hablar con **[completar con (él/ella) de acuerdo a la pregunta anterior]**? **Pase a “encuestado correcto” en la próxima página.**

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

___ Cantidad de hombres

___ Cantidad de mujeres

El miembro 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 apellido, 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 Se niega a 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, ¿en 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 Se niega a contestar

2.2 Con respecto a su estado de salud mental, lo que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, ¿en 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 Se niega a 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 Se niega a contestar

Sección 3: Acceso a cuidados médicos

3.1 ¿Tiene algún tipo de cobertura médica, incluyendo seguro de salud, planes prepagados { prepagos } 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 Se niega a 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 como 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 Se niega a contestar

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

(82)

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

3.4 ¿Cuándo fue la última vez que fue al médico para hacerse un chequeo de rutina? Un chequeo de rutina es un examen físico general, no un examen realizado como consecuencia de una lesión, enfermedad o afección específica.

(83)

- 1 En el último año (hace entre 1-12 meses)
- 2 En los últimos dos años (hace entre 1-2 años)
- 3 En los últimos 5 años (hace entre 2-5 años)
- 4 Hace 5 años o más
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 8 Nunca
- 9 Se niega a 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 Se niega a contestar

Sección 5: Diabetes

5.1 ¿Alguna vez algún médico le informó que usted tenía diabetes?

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.

(85)

- 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 Se niega a contestar

Sección 6: Nivel de conciencia acerca del problema de la hipertensión

- 6.1 ¿Alguna vez algún médico, enfermera u otro profesional de la salud le informó que tenía presión arterial alta? (86)

Si la persona encuestada es mujer y responde “sí”, pregúntele: “¿Fue únicamente durante el embarazo?”

- | | | |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | Sí, pero la encuestada dijo que se le diagnosticó únicamente durante el embarazo | [Pase a la siguiente sección] |
| 3 | No | [Pase a la siguiente sección] |
| 4 | Dijo que su presión arterial estaba en el límite entre normal y alta (borderline) o que tenía prehipertensión | [Pase a la siguiente sección] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a la siguiente sección] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a la siguiente sección] |

- 6.2 ¿Está tomando actualmente algún medicamento para la presión arterial alta? (87)

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

Sección 7: Nivel de conciencia acerca del problema del colesterol

- 7.1 El colesterol es una sustancia grasa que se encuentra en la sangre. ¿Alguna vez midió sus niveles de colesterol en sangre? (88)

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

7.2 ¿Cuándo fue la última vez que se midió los niveles de colesterol en sangre? (89)

Lea sólo si es necesario:

- 1 En el último año (en cualquier momento durante de 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 Se niega a contestar

7.3 ¿Alguna vez algún médico, enfermera u otro profesional de la salud le informó que tenía niveles altos de colesterol en sangre? (90)

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

Sección 8: Prevalencia de las 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".

8.1 ¿(Alguna vez le informaron) que usted había tenido un ataque cardíaco, también llamado infarto de miocardio? (91)

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

8.2 ¿(Alguna vez le informaron) que había tenido angina o una enfermedad de las arterias coronarias? (92)

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

- 8.3** ¿(Alguna vez le informaron) que usted había sufrido un derrame cerebral? (93)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

Sección 9: Asma

- 9.1** ¿Alguna vez algún médico, enfermera u otro profesional de la salud le dijo que usted tenía asma? (94)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar
- [Pase a la siguiente sección]**
[Pase a la siguiente sección]
[Pase a la siguiente sección]

- 9.2** ¿Aún tiene asma? (95)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

Sección 10: Inmunización

- 10.1** 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? (96)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

- 10.2** 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™. (97)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

10.3 La vacuna contra la neumonía, o vacuna neumocócica, suele inyectarse una o dos veces en la vida de una persona y es distinta de la vacuna contra la gripe. ¿Alguna vez recibió una vacuna contra la neumonía? (98)

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

10.4 ¿ALGUNA VEZ le administraron la vacuna contra la hepatitis B? La vacuna contra la hepatitis B se completa cuando se administra la tercera dosis. (99)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: La respuesta es “Sí” únicamente si el encuestado ha recibido la serie completa de tres dosis.

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

La siguiente pregunta se refiere a conductas de riesgo asociadas a la Hepatitis B

10.5 Por favor dígame si CUALQUIERA de las siguientes frases le corresponde a USTED. NO me diga CUÁL de ellas le corresponde; solamente si ALGUNA le corresponde:

Tiene hemofilia y le administraron un concentrado de factor de la coagulación
Ha tenido sexo con un hombre que tuvo sexo con otro hombre, incluso una sola 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 las frases anteriores se aplica en su caso?

(100)

- 1 Sí, al menos una de las frases se aplica
- 2 No, ninguna de estas frases se aplica.
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

Sección 11: Consumo de tabaco

11.1 ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida? (101)

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 | Se niega a contestar | [Pase a la siguiente sección] |

11.2 Actualmente, ¿fuma cigarrillos todos los días, a veces o nunca? (102)

- | | | |
|---|----------------------------|--------------------------------------|
| 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 | Se niega a contestar | [Pase a la siguiente sección] |

11.3 En los últimos 12 meses, ¿dejó de fumar durante un día o más debido a que estaba intentando dejar de hacerlo? (103)

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

Sección 12: Características demográficas

12.1 ¿Qué edad tiene? (104–105)

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

12.2 ¿Es usted hispano/a o latino/a? (106)

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

12.3 ¿Cuál o cuáles de las siguientes diría que es el grupo étnico al que usted pertenece?
(107–112)

(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 Se niega a contestar

Nota CATI: En caso de múltiples respuestas a la P12.3, continúe. De no ser así, pase a la P12.5

12.4 ¿Cuáles de los siguientes grupos diría usted que es el más representativo del suyo?
(113)

- 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 Se niega a contestar

12.5 ¿Alguna vez ha estado en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, ya sea en el servicio militar regular o en la Guardia Nacional o en la unidad de reserva militar? *Estar en servicio activo no incluye haber realizado el entrenamiento en la Reserva del Ejército o en la Guardia Nacional, pero Sí incluye haber sido llamado a servicio activo, por ejemplo, para la Guerra del Golfo Pérsico*

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

12.6 ¿Usted...? (115)

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 Se niega a contestar

12.7 ¿Cuántos niños menores de 18 años viven con usted? (116–117)

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

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

Lea sólo si es 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 Se niega a contestar

12.9 Actualmente, ¿usted...?

(119)

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 Se niega a contestar

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

(120–121)

Si el encuestado / la encuestada responde que “no” a todos los niveles de ingresos, indique código “99” (Se niega a contestar)

Lea sólo si es necesario:

- 04 Menores a \$25.000 **En caso negativo, pregunte 05; en caso afirmativo, pregunte 03**
(entre \$20.000 y \$25.000)
- 03 Menores a \$20.000 **En caso negativo, pregunte 04; en caso afirmativo, pregunte 02**
(entre \$15.000 y \$20.000)
- 02 Menores a \$15.000 **En caso negativo, pregunte 03; en caso afirmativo, pregunte 01**
(entre \$10.000 y \$15.000)
- 01 Menores a \$10.000 **En caso negativo, código 02**
- 05 Menores a \$35.000 **En caso negativo, pregunte 06**
(entre \$25.000 y \$35.000)
- 06 Menores a \$50.000 **En caso negativo, pregunte 07**
(entre \$35.000 y \$50.000)
- 07 Menores a \$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 Se niega a contestar

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

Nota: Si el encuestado / la encuestada responde en sistema métrico, indique “9” en la columna 122.

Redondee los decimales hacia arriba

— — — —	de peso	(libras/kilos)
7 7 7 7	No sabe / No está seguro/a	
9 9 9 9	Se niega a contestar	

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

Nota: Si el encuestado / la encuestada responde en sistema métrico, indique “9” en la columna 126.

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	Se niega a contestar	

12.13 ¿Cuánto pesaba hace un año? (Si hace un año estaba embarazada, ¿cuánto pesaba antes del embarazo?) (130-133)

Nota: Si el encuestado responde en sistema métrico, indique “9” en la columna 130.

Redondee los decimales hacia arriba

— — — —	Peso (libras/kilos)
7 7 7 7	No sabe / No está seguro
9 9 9 9	Se niega a contestar

Nota CATI: Al peso actual réstele el peso que el encuestado tenía hace un año. Si el peso es el mismo, saltee la pregunta 12.14

12.14 ¿La diferencia entre su peso actual y el peso que tenía hace un año fue intencional? (134)

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

12.15 ¿En que condado vive? (135–137)

— — —	Código FIPS [Federal Information Processing Standards] del condado
7 7 7	No sabe / No está seguro/a

9 9 9 Se niega a responder

12.16 ¿Cuál es el código postal de la localidad donde vive?

(138-142)

— — — — —	Código postal
7 7 7 7 7	No sabe / No está seguro/a
9 9 9 9 9	Se niega a contestar

12.17 ¿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.

(143)

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

12.18 ¿Cuántos de estos números de teléfono son números particulares?

(144)

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

12.19 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.

(145)

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

12.20 Indique el sexo del encuestado / de la encuestada. Pregunte sólo si es necesario.

(146)

1	Masculino	[Pase a la siguiente sección]
2	Femenino	[Si la encuestada es mayor de 45 años, pase a la siguiente sección]

12.21 Que usted sepa, ¿está embarazada?

(147)

1	Sí
2	No
7	No sabe / No está segura
9	Se niega a 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)? (148)
- | | | |
|---|----------------------------|--------------------------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a la siguiente sección] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a la siguiente sección] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a la siguiente sección] |
- 13.2** En los últimos 30 días, ¿en cuántos días por semana o por mes bebió al menos un trago de cualquier bebida alcohólica? (149–151)
- | | | |
|-------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| 1 | _____ Días por semana | |
| 2 | _____ Días en los últimos 30 días | |
| 8 8 8 | Ningún trago en los últimos 30 días | [Pase a la siguiente sección] |
| 7 7 7 | No sabe / No está seguro/a | |
| 9 9 9 | Se niega a 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. Los días en que bebió, en los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos tragos bebió en promedio? (152-153)
- | | | |
|-----|----------------------------|--|
| — — | Cantidad de tragos | |
| 7 7 | No sabe / No está seguro/a | |
| 9 9 | Se niega a contestar | |
- 13.4** Tomando en cuenta todo tipo de bebida alcohólica, ¿cuántas veces en los últimos 30 días bebió 5 ó más tragos en la misma oportunidad? (154–155)
- | | | |
|-------|----------------------------|--|
| _____ | Cantidad de veces | |
| 8 8 | Ninguna | |
| 7 7 | No sabe / No está seguro/a | |
| 9 9 | Se niega a contestar | |
- 13.5** En los últimos 30 días, ¿cuál fue la máxima cantidad de tragos que bebió en una misma oportunidad? (156–157)
- | | | |
|-------|----------------------------|--|
| _____ | Cantidad de tragos | |
| 7 7 | No sabe / No está seguro/a | |
| 9 9 | Se niega a contestar | |

Sección 14: Discapacidad

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

- 14.1** ¿Tiene actualmente alguna limitación para realizar alguna actividad debido a problemas físicos, mentales o emocionales? (158)
- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar |

- 14.2** ¿Tiene actualmente algún problema de salud que le exija usar algún tipo de equipo especial, como un bastón, una silla de ruedas, o una cama o un teléfono especial? (159)
- 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 | Se niega a contestar |

Sección 15: Artritis

Las siguientes preguntas se refieren a sus articulaciones. Por favor, **NO** incluya la espalda ni el cuello.

- 15.1** En los últimos 30 días, ¿ha tenido algún síntoma de dolor, molestias o rigidez en o alrededor de alguna articulación? (160)
- | | | |
|---|----------------------------|--------------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a la P15.4] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a la P15.4] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a la P15.4] |

- 15.2** ¿Los primeros síntomas en sus articulaciones comenzaron hace más de tres meses? (161)
- | | | |
|---|----------------------------|--------------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a la P15.4] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a la P15.4] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a la P15.4] |

- 15.3** ¿Alguna vez consultó a algún médico u a otro profesional de la salud a causa de estos síntomas en las articulaciones? (162)
- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar |

- 15.4** ¿Alguna vez algún médico u otro profesional de la salud, le informó que tenía algún tipo de artritis, artritis reumatoide, gota, lupus o fibromialgia? (163)
- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar |

Nota para el encuestador / la encuestadora: Los diagnósticos de artritis incluyen:

- reumatismo, polimialgia reumática
- osteoartritis (no osteoporosis)
- tendinitis, bursitis, juanetes, codo de tenista
- síndrome del túnel carpiano, síndrome del túnel tarsiano
- infección de las articulaciones, síndrome de Reiter
- espondilitis anquilosante, espondilosis
- Tendinitis del manguito rotador
- Enfermedad del tejido conectivo, escleroderma, polimiositis, síndrome de Raynaud
- Vasculitis (arteritis de las células gigantes, púrpura de Henoch-Schönlein, granulomatosis de Wegener, polioarteritis nodosa)

Nota CATI: Si P15.2=1 (Sí) o si P15.4=1 (Sí), continúe. De no ser así, pase a la siguiente sección.

- 15.5** ¿Se encuentra actualmente limitado/a de cualquier manera para realizar cualquiera de sus actividades habituales debido a la artritis o a síntomas en las articulaciones? (164)
- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar |

NOTA: Si el encuestado / la encuestada hace alguna pregunta vinculada a los medicamentos que está tomando, el encuestador / la encuestadora debe responder: “Por favor, conteste la pregunta de acuerdo a cómo se siente cuando está tomando cualquiera de los medicamentos o tratamientos habituales”.

Sección 16: Frutas y Verduras

Las siguientes preguntas se refieren a las cosas que usted suele comer o beber. Por favor dígame con qué frecuencia come o bebe cada una de las siguientes cosas, por ejemplo, dos veces por semana, tres veces por mes, etc. Recuerde que solamente estoy interesado en los alimentos y las bebidas que *usted* consume. Incluya todos los alimentos que *usted* ingiera, tanto dentro como fuera de su casa.

- 16.1** ¿Con qué frecuencia bebe jugos de fruta como naranja, pomelo o tomate? (165-167)
- 1 __ _ Por día
2 __ _ Por semana
3 __ _ Por mes
4 __ _ Por año
5 5 5 Nunca
7 7 7 No sabe / No está seguro/a
9 9 9 Se niega a contestar
- 16.2** Sin contar los jugos, ¿con qué frecuencia come fruta? (168-170)
- 1 __ _ Por día
2 __ _ Por semana
3 __ _ Por mes
4 __ _ Por año
5 5 5 Nunca
7 7 7 No sabe / No está seguro/a
9 9 9 Se niega a contestar
- 16.3** ¿Con qué frecuencia come ensaladas verdes? (171-173)
- 1 __ _ Por día
2 __ _ Por semana
3 __ _ Por mes
4 __ _ Por año
5 5 5 Nunca
7 7 7 No sabe / No está seguro/a
9 9 9 Se niega a contestar
- 16.4** ¿Con qué frecuencia come patatas, sin contar patatas salteadas, patatas fritas o patatas "chips"? (174-176)
- 1 __ _ Por día
2 __ _ Por semana
3 __ _ Por mes
4 __ _ Por año
5 5 5 Nunca
7 7 7 No sabe / No está seguro/a
9 9 9 Se niega a contestar

16.5 ¿Con qué frecuencia come zanahorias?

(177-179)

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

16.6 Sin contar las zanahorias, las patatas o las ensaladas, ¿cuántas porciones de verduras suele comer? (Ejemplo: Una porción de verduras al almuerzo y una a la cena serían dos porciones.)

(180-182)

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

Sección 17: Actividad física

Nota CATI: Si la respuesta a la P12.9 básica = 1 (empleado asalariado) o 2 (trabajador independiente) continúe. En caso contrario pase a la P17.2.

17.1 Cuando está en el trabajo, ¿cuál de las siguientes opciones describe mejor su actividad? Diría usted que...

(183)

Si el encuestado / la encuestada tiene varios trabajos, inclúyalos todos.

Por favor lea:

- 1 Está sentado/a o de pie la mayor parte del tiempo
- 2 Camina la mayor parte del tiempo
- 3 Realiza trabajos pesados o que requieren un gran esfuerzo físico la mayor parte del tiempo.

No lea:

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

Por favor lea:

Estamos interesados en dos tipos de actividad física: enérgica y moderada. Las actividades enérgicas aceleran en gran medida la respiración y el ritmo cardíaco, en tanto que las actividades moderadas solamente generan un pequeño aumento de los mismos.

17.2 Ahora, considerando las actividades moderadas que usted realiza [diga “cuando no está trabajando” si el encuestado / la encuestada está “empleado/a” o es “trabajador/a independiente”] en una semana promedio, ¿realiza usted actividades moderadas durante al menos 10 minutos seguidos, como caminar a paso ligero, andar en bicicleta, pasar la aspiradora, realizar tareas de jardinería o cualquier otra actividad que pueda acelerar el ritmo respiratorio o cardíaco?

(184)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a la P17.5]**
- 7 No sabe / No está seguro/a **[Pase a la P17.5]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a la P17.5]**

17.3 ¿En cuántos días por semana realiza estas actividades moderadas durante al menos 10 minutos seguidos?

(185-186)

- Días por semana
- 8 8 No realiza ninguna actividad física moderada durante al menos 10 minutos seguidos **[Pase a la P17.5]**
- 7 7 No sabe / No está seguro/a **[Pase a la P17.5]**
- 9 9 Se niega a contestar **[Pase a la P17.5]**

17.4 Los días en que realiza actividades moderadas durante al menos 10 minutos seguidos, ¿cuánto tiempo, en total, dedica por día a estas actividades? (187-189)

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

17.5 Considerando las actividades intensas que usted realiza [complete con “cuando no está trabajando” si está “empleado/a” o es “trabajador/a independiente”] en una semana promedio, ¿realiza usted actividades intensas durante al menos 10 minutos seguidos, como correr, hacer ejercicios aeróbicos, trabajos pesados en el jardín o cualquier otra actividad que pueda provocar un gran aumento en el ritmo respiratorio o cardíaco? (190)

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

17.6 ¿En cuántos días por semana realiza estas actividades intensas durante al menos 10 minutos seguidos? (191-192)

__ Días por semana
8 8 No realiza ninguna actividad física intensa durante al menos 10 minutos seguidos **[Pase a la siguiente sección]**
7 7 No sabe / No está seguro/a **[Pase a la siguiente sección]**
9 9 Se niega a contestar **[Pase a la siguiente sección]**

17.7 En los días en que realiza actividades intensas durante al menos 10 minutos seguidos, ¿cuánto tiempo, en total, dedica por día a estas actividades? (193-195)

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

Sección 18: 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.

18.1 ¿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. (196)

- | | | |
|---|----------------------------|--------------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a la P19.4] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a la P19.4] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a la P19.4] |

18.2 Sin incluir las donaciones de sangre, ¿en qué mes y año se realizó la última prueba de VIH? (197–202)

NOTA: Si la respuesta es anterior a enero de 1985, codifique "no sabe."

- | | |
|---------------|----------------------------|
| ___ / ___ | Codifique mes y año |
| 7 7 / 7 7 7 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 9 / 9 9 9 9 | Se niega a contestar |

18.3 ¿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 su hogar o en algún otro lugar? (203–204)

- | | |
|----|----------------------------------------------------|
| 01 | Médico particular o HMO |
| 02 | Centro de asesoramiento y control |
| 03 | Hospital |
| 04 | Clínica |
| 05 | Cárcel o prisión (u otra institución correccional) |
| 06 | En su hogar |
| 07 | En algún otro lugar |
| 77 | No sabe / No está seguro/a |
| 99 | Se niega a contestar |

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

- 18.4** ¿Fue una prueba rápida en la que supo el resultado en un par de horas? (205)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Rehusó contestar

Sección 19: 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.

- 19.1** ¿Con qué frecuencia obtiene el apoyo social y emocional que necesita? (206)

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 Se niega a contestar

- 19.2** En términos generales, ¿cuán satisfecho/a está con su vida? (207)

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 Se niega a contestar

Sección 20: Enfermedad gastrointestinal

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre cualquier episodio de diarrea que haya tenido y sobre la atención médica que recibió para tratar la enfermedad diarreica.

20.1 En los últimos 30 días, ¿tuvo diarrea que comenzara dentro de esos 30 días? *La diarrea se define como 3 o más deposiciones o evacuaciones intestinales blandas en un período de 24 horas.* (208)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase al párrafo de cierre de las preguntas básicas]**
- 7 No sabe / No está seguro **Pase al párrafo de cierre de las preguntas básicas]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase al párrafo de cierre de las preguntas básicas]**

20.2 ¿Consultó personalmente a algún médico, enfermera u otro profesional de la salud debido a esta enfermedad diarreica?

Nota: No responda "Sí" si sólo tuvo contacto telefónico con un profesional de la salud. (209)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase al párrafo de cierre de las preguntas básicas]**
- 7 No sabe / No está seguro **[Pase al párrafo de cierre de las preguntas básicas]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase al párrafo de cierre de las preguntas básicas]**

20.3 Cuando visitó a ese profesional de la salud, ¿llevó una muestra de heces para analizar? (210)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase al párrafo de cierre de las preguntas básicas]**
- 7 No sabe / No está seguro **[Pase al párrafo de cierre de las preguntas básicas]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase al párrafo de cierre de las preguntas básicas]**

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 unas pocas preguntas más acerca de otros temas relacionados a la salud.

Módulos opcionales

Módulo 1: Selección aleatoria de niños

Nota CATI: Si la respuesta a la pregunta básica 12.7 =88 o 99 (no hay niños menores de 18 años en el hogar o se niega a contestar) pase al siguiente Módulo.

Si la respuesta a la pregunta básica 12.7 =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 él.” **[Pase a la P1]**

Si la pregunta básica 12.7 >1 y la pregunta básica 12.7 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 / la primera y el/la menor es el último / la última.” 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^o” **[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^o” niño. **[CATI: por favor complete]**”

1. ¿En qué mes y año nació el “X^o” niño?

(226-231)

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

(232)

1	Niño
2	Niña
9	Se niega a contestar

3. ¿Es el niño / la niña hispano/a o latino/a? (233)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

4. ¿Cuál o cuáles de las siguientes opciones diría que es el grupo étnico del niño / de la niña? (234-239)
- [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 Se niega a 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? (240)
- 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 Se niega a contestar

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

(241)

Por favor lea:

- 1 Padre o madre, biológicos o adoptivos, madrastra o padrastro.
- 2 Abuelo/a
- 3 Padre o madre sustituto/a o tutor [que no sea padre ni abuelo]
- 4 Hermano/a biológico/a o adoptivo/a
- 5 Otro familiar
- 6 No tiene ninguna relación

No lea:

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

Módulo 2: Prevalencia del asma infantil

Nota CATI: Si la respuesta a la pregunta básica 12.7 es “00” o “88” (ninguna) o “99” (se niega a responder), pase al módulo siguiente.

1. ¿En alguna ocasión, algún médico u otro profesional de la salud le informó que el niño / la niña “X^{a/o}” tenía asma? (242)

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

2. ¿El niño aún tiene asma? (243)

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

Módulo 3: 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? (244–245)

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

2. ¿Está tomando insulina? (247)
- | | |
|---|----------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 9 | Se niega a contestar |
3. ¿Está tomando píldoras para la diabetes? (247)
- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a 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. (248–250)
- | | | |
|---|-----|----------------------------|
| 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 | Se niega a 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. (251–253)
- | | | |
|---|-----|----------------------------|
| 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 | Se niega a contestar |
6. ¿Ha tenido alguna vez alguna herida o irritación en los pies que tardó más de cuatro semanas en sanar? (254)
- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a 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? (255–256)
- — Cantidad de veces [76 = 76 ó más]
8 8 Ninguna
7 7 No sabe / No está seguro/a
9 9 Se niega a 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? (257–258)
- — 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 Se niega a 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? (259–260)
- — Cantidad de veces [76 = 76 ó más]
8 8 Ninguna
7 7 No sabe / No está seguro/a
9 9 Se niega a 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. (261)

Lea sólo si es 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 Se niega a contestar

11. ¿Su médico le ha informado en alguna ocasión que la diabetes le ha afectado los ojos o que ha tenido una retinopatía? (262)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

12. ¿Ha tomado alguna vez algún curso o clase sobre cómo controlar usted mismo su diabetes? (263)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

Módulo 4: 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... (264)
- 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
 - 8 No se aplica (ciego/a) **[Pase al módulo siguiente]**
 - 9 Rehusó contestar

2. ¿Qué grado de dificultad (de haberla) tiene para leer periódicos, revistas, recetas, menús o números en el teléfono? Diría que... (265)

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? (266)

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 Nunca

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? (267-268)

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. (269)

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 Nunca

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? (270)

- 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? (271)

- 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? (272)

- 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? (273)
- 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? (274)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Rehusó contestar

Módulo 5: 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? (275–276)

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

2. En los últimos 30 días, ¿en cuántos días se sintió triste, melancólico o deprimido? (277–278)

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

3. En los últimos 30 días, ¿en cuántos días se sintió preocupado/a, tenso/a o ansioso/a? (279–280)

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

4. En los últimos 30 días, ¿en cuántos días sintió que no durmió o descansó lo suficiente? (281–282)

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

5. En los últimos 30 días, ¿en cuántos días se sintió en excelente estado de salud y lleno/a de energía? (283–284)

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

Módulo 6: Salud cardiovascular

Quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud cardíaca o cardiovascular.

Nota CATI: Si la pregunta básica 8.1=1 (Sí), pase a la P1. Si la pregunta básica 8.1=2, 7 o 9, saltee la P1.

1. Luego de salir del hospital, tras haberse recuperado del ataque cardíaco, ¿asistió a algún tipo de programa externo de rehabilitación? En inglés, también se le suele llamar “rehab”. (285)
- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar |

Nota CATI: Si la pregunta básica 8.3=1 (Sí), haga la P2. Si la pregunta básica 8.3=2, 7 o 9 (No, No sabe o Se niega a contestar), saltee la P2.

2. Luego de salir del hospital, tras haberse recuperado del derrame cerebral, ¿asistió a algún tipo de programa externo de rehabilitación? En inglés, también se le suele llamar “rehab”. (286)
- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar |

[Hacer la pregunta 3 a todos los encuestados]

3. ¿Toma usted aspirina todos los días o día por medio? (287)
- | | | |
|---|----------------------------|-----------------------------------|
| 1 | Sí | [Pase al módulo siguiente] |
| 2 | No | |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | |
| 9 | Se niega a contestar | |

4. ¿Le resulta peligroso tomar aspirina debido a algún trastorno o problema de salud? (288)
- En caso afirmativo, pregunte: “¿Se trata de un trastorno estomacal?” Codifique el malestar estomacal como problemas estomacales.**
- | | |
|---|-----------------------------------------------|
| 1 | Sí, pero no está relacionado con el estómago. |
| 2 | Sí, problemas estomacales |
| 3 | No |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar |

Módulo 7: Medidas para controlar la presión arterial alta

Nota CATI: Si la pregunta básica 6.1=1 (Sí), continúe. De lo contrario, pase a la sección siguiente.

¿Está tomando alguna de las siguientes medidas para disminuir o controlar la presión arterial alta?

1. ¿(Está) cambiando sus hábitos alimenticios (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (289)

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

2. ¿(Está) disminuyendo la ingesta de sal (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (290)

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

3. ¿(Está) reduciendo el consumo de alcohol (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (291)

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

4. ¿(Está) haciendo ejercicio (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (292)

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

¿Alguna vez algún médico u otro profesional de la salud le recomendó tomar alguna de las siguientes medidas para disminuir o controlar la presión arterial alta?

5. ¿(Alguna vez le recomendaron) cambiar sus hábitos alimenticios (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (293)

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

6. ¿(Alguna vez le recomendaron) ingerir menos sal (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (294)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 3 No consume sal
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar
7. ¿(Alguna vez le recomendaron) reducir el consumo de alcohol (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (295)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 3 No bebe alcohol
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar
8. ¿(Alguna vez le recomendaron) hacer ejercicio (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (296)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar
9. ¿(Alguna vez le recomendaron) tomar medicamentos (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (297)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar
10. ¿Se le informó en **dos o más consultas médicas** que usted tenía presión arterial alta? (298)
- Si la persona encuestada es mujer y responde “sí”, pregúntele: “¿Fue únicamente durante el embarazo?”**
- 1 Sí
 - 2 Sí, pero la encuestada dijo que fue únicamente durante el embarazo
 - 3 No
 - 4 Le informaron que tenía presión media-alta o prehipertensión
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

Módulo 8: Ataque cardíaco y derrame cerebral

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de las señales y los síntomas del ataque cardíaco y el derrame cerebral.

¿Cuál de las siguientes opciones cree que es síntoma de un ataque cardíaco? Para cada pregunta, dígame "sí", "no", o "no estoy seguro".

1. ¿(Cree que) el dolor o las molestias en la mandíbula, el cuello o la espalda (son síntomas de un ataque cardíaco)? (299)

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

2. ¿(Cree que) la sensación de debilidad, mareo o desmayo (es síntoma de un ataque cardíaco)? (300)

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

3. ¿(Cree que) el dolor o las molestias en el pecho (son síntomas de un ataque cardíaco)? (301)

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

4. ¿(Cree que) la dificultad repentina para ver con uno o ambos ojos (es síntoma de un ataque cardíaco)? (302)

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

5. ¿(Cree que) el dolor o las molestias en los brazos o en el hombro (son síntomas de un ataque cardíaco)? (303)

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

6. ¿(Cree que) la falta de aire (es síntoma de un ataque cardíaco)? (304)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

¿Cuáles de las siguientes opciones cree que son síntomas de derrame cerebral? Para cada pregunta, dígame "sí", "no", o "no estoy seguro".

7. ¿(Cree que) la confusión o las dificultades repentinas para hablar (son síntomas de un derrame cerebral)? (305)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

8. ¿(Cree que) el repentino adormecimiento o debilidad en el rostro, brazo o pierna, particularmente de un lado del cuerpo, (son síntomas de un derrame cerebral)? (306)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

9. ¿(Cree que) la dificultad repentina para ver con uno o ambos ojos (es síntoma de un derrame cerebral)? (307)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

10. ¿(Cree que) el dolor o las molestias repentinas en el pecho (son síntomas de un derrame cerebral)? (308)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

11. ¿(Cree que) la dificultad para caminar, la sensación de mareo o la pérdida repentina del equilibrio (son síntomas de un derrame cerebral)? (309)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

12. ¿(Cree que) un fuerte dolor de cabeza sin motivo aparente (es síntoma de un derrame cerebral)? (310)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

13. Si pensara que alguien está sufriendo un ataque cardíaco o un derrame cerebral, ¿qué es lo primero que haría? (311)

Por favor lea:

- 1 Lo/la llevaría a un hospital
- 2 Le diría que llamara a su médico
- 3 Llamaría al 911
- 4 Llamaría a su cónyuge o a algún familiar

ó

- 5 Haría otra cosa

No lea:

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

Módulo 9: Salud femenina

Nota CATI: Si el encuestado es hombre, pase al módulo siguiente.

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? (312)
- 1 Sí
 - 2 No **[Pase a la P3]**
 - 7 No sabe / No está segura **[Pase a la P3]**
 - 9 Se niega a contestar **[Pase a la P3]**

2. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una mamografía? (313)

Lea sólo si es 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 Se niega a contestar

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? (314)

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

4. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo un examen de mama? (315)

Lea sólo si es 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 Se niega a contestar

5. Un PAP (Papanicolau) es un examen que se realiza para detectar la existencia de cáncer en el cuello del útero. ¿Alguna vez se hizo un PAP? (316)

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

6. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo un PAP?

(317)

Lea sólo si es 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 Se niega a contestar

Nota CATI: Si la respuesta a la pregunta básica 12.21 =1 (está embarazada) pase al Módulo

7. ¿Le han practicado una histerectomía?

(318)

Lea sólo si es necesario:

La histerectomía es una cirugía mediante la cual se extrae el útero (la matriz).

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

Módulo 10: Detección del cáncer de próstata

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

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?

(319)

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

2. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una prueba PSA?

(320)

Lea sólo si es 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 Se niega a contestar

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?

(321)

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

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

(322)

Lea sólo si es 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 Se niega a contestar

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

(323)

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

Módulo 11: Detección del cáncer colorrectal

Nota CATI: Si el encuestado / la encuestada tiene 49 años o más, pase al Módulo 12.

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 test de uso doméstico? (324)

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

2. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una prueba de sangre en las heces utilizando un dispositivo de prueba de uso doméstico? (325)

Lea sólo si es 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	Se niega a contestar

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? (326)

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

4. En la sigmoidoscopia se inserta un tubo flexible en el recto para detectar problemas. La colonoscopia es un procedimiento similar, en el que se utiliza un tubo largo y, en general, se le inyecta un medicamento en el brazo para adormecerlo/a. Deberá haber alguna persona para que lo/la lleve a su casa después de la prueba. La prueba **MÁS RECIENTE** que se hizo, ¿se llamaba sigmoidoscopia o colonoscopia? ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una sigmoidoscopia o colonoscopia?

(327)

Lea sólo si es 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 Se niega a contestar

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

(328)

Lea sólo si es 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 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 Se niega a contestar

Módulo 12: Antecedentes de asma en adultos

Nota CATI: Si la respuesta a la pregunta básica 9.1 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?

(329–330)

- 7 Edad en años 11 ó más [**96 = 96 y más**]
10 años o menos

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

Nota CATI: Si la respuesta a la pregunta básica 9.2 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? (331)

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

3. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces acudió a una sala de emergencias o a servicios de urgencia debido al asma? (332–333)

- Cantidad de veces [87 = 87 ó más]
- 8 8 Ninguna
- 9 8 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Se niega a contestar

4. [Si la respuesta a la P3 es una o más veces, agregue: “Exceptuando los chequeos de rutina,”] En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces acudió a una sala de emergencia u otro servicio de urgencias debido al asma? (334–335)

- Cantidad de veces [87 = 87 ó más]
- 8 8 Ninguna
- 9 8 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Se niega a 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? (336–337)

- ___ Cantidad de veces [87 = 87 ó más]
- 8 8 Ninguna
- 9 8 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Se niega a contestar

6. ¿Cuántos días en los últimos 12 meses debió ausentarse del trabajo o suspender sus actividades habituales debido al asma? (338–340)

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

7. Los síntomas del asma incluyen tos, jadeos, falta de aire, sensación de tirantez o dolor en el pecho y producción de mucosidad cuando no tiene un resfrío o una infección respiratoria. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tuvo algún síntoma de asma? Diría que:

(341)

Por favor lea:

- 8 Nunca **[Pase a la P9]**
1 Menos de una vez por semana
2 Una o dos veces por semana
3 Más de 2 veces por semana, pero no todos los días
4 Todos los días, pero no en forma constante

ó

- 5 Todos los días, en forma constante

No lea:

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

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

(342)

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 Se niega a 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?

(343)

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 Se niega a contestar

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

(344)

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 es 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 Se niega a contestar

Módulo 13: Control de la artritis

Nota CATI: Si las respuestas a las preguntas básicas 15.2 o 15.4 =1 (Sí), continúe. De no ser así, pase al módulo siguiente.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR / LA ENCUESTADORA: Lea la parte subrayada de la P1 únicamente si este módulo no sigue inmediatamente después de la Sección Básica 16, Artritis.

1. Anteriormente usted dijo que padecía artritis o que presentaba síntomas de problemas en las articulaciones. Con respecto a sus síntomas de artritis o de problemas en las articulaciones, ¿cuál de las siguientes opciones describe su situación **actual** de forma más acertada? (345)

Por favor lea:

- 1 Puedo hacer todo lo que deseo
- 2 Puedo hacer la mayoría de las cosas que deseo hacer
- 3 Puedo hacer algunas de las cosas que deseo hacer
- 4 Prácticamente no puedo hacer nada de lo que desearía hacer

No lea:

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

2. ¿Alguna vez algún médico u otro profesional de la salud le recomendó que adelgazara para aliviar los síntomas de artritis o de otros problemas en las articulaciones? (346)

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

3. ¿Alguna vez algún médico u otro profesional de la salud le recomendó hacer actividad física o ejercicio para aliviar las molestias vinculadas a la artritis o a otros problemas en las articulaciones? (347)

Nota: Si el encuestado / la encuestada no está seguro/a acerca de si esto significa aumentar o disminuir la actividad física, aclárele que significa “aumentar”.

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

4. ¿Alguna vez ha tomado algún curso o ha asistido a alguna clase educativa para aprender a controlar los problemas vinculados a la artritis u otros síntomas de problemas en las articulaciones? (348)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

Módulo 14: Excombatientes

Nota CATI: Pregunte sólo si la respuesta a la pregunta básica 12.1 =1 (Sí). De otro modo, pase al módulo siguiente.

1. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su servicio en las fuerzas armadas de los Estados Unidos? (349)
- Por favor lea:**
- 1 Está actualmente en servicio activo **[Pase al módulo siguiente]**
 - 2 Está actualmente en la Guardia Nacional o en la Unidad de Reserva. **[Pase al módulo siguiente]**
 - 3 Está jubilado del servicio militar
 - 4 Ha sido dado/a de baja del servicio militar por razones médicas
 - 5 Ha sido dado/a de baja del servicio militar
- No lea:**
- 7 No sabe / No está seguro/a **[Pase al módulo siguiente]**
 - 9 Se niega a contestar **[Pase al módulo siguiente]**
2. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido atención médica total o parcial de instituciones de asistencia para excombatientes? (350)
- Si la respuesta es “sí”, pregunte si recibió atención médica “total” o “parcial”.**
- 1 Si, recibió atención médica total
 - 2 Si, recibió atención médica parcial
 - 3 No, no recibió ninguna atención médica en las instituciones para excombatientes
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

3. Desde el 11 de setiembre de 2001, ¿ha sido enviado a las regiones de Afganistán o de Irak para apoyar las operaciones militares de los Estados Unidos? (351)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Esto incluye países de Oriente Medio como Irak, Arabia Saudita, Kuwait, el Golfo Pérsico y otras áreas de operaciones en el exterior, como los países limítrofes con Afganistán.

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

Módulo 15: Actitudes de terceros en cuanto a la etnicidad

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? (352)

- 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 Se niega a 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 de la etnicidad? 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? (353)
- | | |
|---|----------------------------|
| 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 | Se niega a 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 otra etnicidad, o peor que a personas de ciertos grupos étnicos pero mejor que a las de otras? (354)
- | | |
|---|--------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Peor que a personas de otras etnicidades |
| 2 | Igual que a personas de otras etnicidades |
| 3 | Mejor que a personas de otras etnicidades |
| 4 | Peor que a personas de ciertas etnicidades pero mejor que a las de otras |

No lea:

- | | |
|---|----------------------------------------------------------|
| 5 | Sólo está en contacto con personas de su misma etnicidad |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a 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 otra etnicidad, o peor que a personas de ciertas etnicidades pero mejor que a las de otras? (355)
- | | |
|---|--------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Peor que a otras etnicidades |
| 2 | Igual que a personas de otras etnicidades |
| 3 | Mejor que a personas de otras etnicidades |
| 4 | Peor que a personas de ciertas etnicidades pero mejor que a las de otras |

No lea:

- | | |
|---|----------------------------------------------------------|
| 5 | Sólo está en contacto con personas de su misma etnicidad |
| 6 | No ha recibido cuidados médicos en los últimos 12 meses |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a 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. En los últimos 30 días, ¿ha sentido algún síntoma físico, por ejemplo, dolor de cabeza, malestar estomacal, tensión en los músculos o fuerte latir del corazón, por la manera en que le trataron con base a su raza? (356)

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

6. En los últimos 30 días, ¿se ha sentido afectado emocionalmente, por ejemplo, se ha sentido enojado(a), triste o frustrado(a) por la manera en que le trataron con base a su raza? (357)

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

Módulo 16: Enfermedad mental y estigma

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

1. ¿Con qué frecuencia se ha sentido **nervioso/a** en los últimos 30 días? ¿Diría que **todo** el tiempo, la **mayor parte** del tiempo, **a veces**, **pocas veces**, o **nunca**?

(358)

1 Todo el tiempo
2 La mayor parte del tiempo
3 A veces
4 Pocas veces
5 Nunca
7 No sabe / No está seguro/a
9 Se niega a contestar

2. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se ha sentido **desesperanzado/a**? ¿**Todo** el tiempo, la **mayor parte** del tiempo, **a veces**, **pocas veces** o **nunca**?

(359)

1 Todo el tiempo
2 La mayor parte del tiempo
3 A veces
4 Pocas veces
5 Nunca

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

3. En los últimos 30 días ¿con qué frecuencia se sintió **intranquilo/a** o **inquieto/a**?

[Si fuera necesario: ¿todo el tiempo, la mayor parte del tiempo, a veces, pocas veces o nunca?]

(360)

- 1 Todo el tiempo
- 2 La mayor parte del tiempo
- 3 A veces
- 4 Pocas veces
- 5 Nunca
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

4. En los últimos 30 días ¿con qué frecuencia se sintió **tan deprimido/a** que nada lograba levantarle el ánimo?

[Si fuera necesario: ¿todo el tiempo, la mayor parte del tiempo, a veces, pocas veces o nunca?]

(361)

- 1 Todo el tiempo
- 2 La mayor parte del tiempo
- 3 A veces
- 4 Pocas veces
- 5 Nunca
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

5. En los últimos 30 días ¿con qué frecuencia sintió que **todo le requería un gran esfuerzo**?

[Si fuera necesario: ¿todo el tiempo, la mayor parte del tiempo, a veces, pocas veces o nunca?]

(362)

- 1 Todo el tiempo
- 2 La mayor parte del tiempo
- 3 A veces
- 4 Pocas veces
- 5 Nunca
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

6. En los últimos 30 días ¿con qué frecuencia sintió **que no era valioso/a**?

[Si fuera necesario: ¿todo el tiempo, la mayor parte del tiempo, a veces, pocas veces o nunca?]

(363)

- 1 Todo el tiempo
- 2 La mayor parte del tiempo
- 3 A veces
- 4 Pocas veces
- 5 Nunca
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

La siguiente pregunta se refiere a cualquier tipo de problema psicológico o emocional que le haya impedido hacer su trabajo o cualquier otra actividad habitual.

7. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días sintió que sus problemas psicológicos o emocionales **le impedían hacer** su trabajo u otras de sus actividades habituales?

(364-365)

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

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si se lo preguntan, por “**actividades habituales**” se entiende tareas domésticas, tareas de cuidado personal, cuidado de enfermos, trabajo voluntario, asistir a clase o realizar actividades recreativas.

8. ¿Está tomando actualmente algún medicamento o recibiendo algún tratamiento médico par tratar cualquier tipo de problema psicológico o emocional?

(366)

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

Las siguientes preguntas se refieren a las actitudes de las personas hacia las enfermedades mentales y su tratamiento. ¿En qué medida está **de acuerdo** o **en desacuerdo** con las siguientes frases sobre las personas con problemas psicológicos?

9. El tratamiento puede ayudar a las personas con enfermedades mentales a llevar una vida normal. ¿Está totalmente o levemente de **acuerdo**, totalmente o levemente en **desacuerdo**?

(367)

Lea sólo si es necesario:

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

No lea:

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

10. Las personas suelen ser compasivas y comprensivas con las personas con enfermedades mentales. Usted, ¿está totalmente o levemente de **acuerdo**, totalmente o levemente en **desacuerdo**?

(368)

Lea sólo si es necesario:

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

No lea:

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

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si le preguntan cuál es el objetivo de las preguntas 9 o 10, diga: "las respuestas a estas preguntas permitirán a los planificadores de salud comprender mejor las actitudes del público acerca de las enfermedades mentales y su tratamiento, y servirán como guía para desarrollar programas de educación sobre salud".

Módulo 17: 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?

(369)

- 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”)?

(370)

- 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?

(371)

- 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 lo/la 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?

(372)

- 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? (373)

- 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? (374)

- 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? (375)

- 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? (376-377)

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 Padrastra/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? (378)

- 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 18: 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?

(379)

- 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.

(380)

- 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**.

(381)

- 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? (382)

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? (383)

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? (384)

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?

(385)

- 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?

(386-387)

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 19: Nivel de 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. ¿Cuán preparado cree que está su hogar para poder sobrellevar un desastre o una emergencia a gran escala? Diría que ...

(388)

Por favor lea:

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

No lea:

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 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?

(389)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 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.

(390)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 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.

(391)

1	Sí
2	No
7	No sabe / No está seguro/a
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?

(392)

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

(393)

1	Sí
2	No
7	No sabe / No está seguro/a
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?

(394)

1	Sí
2	No
7	No sabe / No está seguro/a
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?

(395)

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

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

(396-397)

- 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/a
- 99 Se rehúsa

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

(398)

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

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

(399)

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