



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

**Cuestionario del 2012**

**6 de enero de 2012**

# Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento Cuestionario del 2012

## Índice

Índice.....	2
Guión para el encuestador.....	4
Secciones básicas .....	6
Sección 1: Estado de salud .....	6
Sección 2: Días en los que se siente bien de salud – Calidad de vida en relación con la salud.....	6
Sección 3: Acceso a cuidados médicos .....	7
Sección 4: Ejercicio .....	8
Sección 5: Afecciones crónicas .....	8
Sección 6: Salud bucal .....	11
Sección 7: Datos demográficos .....	12
Sección 8: Discapacidad .....	17
Sección 9: Consumo de tabaco.....	17
Sección 10: Consumo de alcohol .....	19
Sección 11: Vacunación .....	19
Sección 12: Caídas.....	21
Sección 13: Uso del cinturón de seguridad .....	21
Sección 14: Beber y manejar .....	22
Sección 15: Pruebas de detección del cáncer de mama y de cuello uterino.....	22
Sección 16: Detección del cáncer de próstata .....	24
Sección 17: Detección del cáncer colorrectal .....	25
Sección 18: VIH/SIDA.....	27
Módulos opcionales .....	29
Módulo 1: Prediabetes.....	29
Módulo 2: Diabetes.....	29
Módulo 3: Acceso a cuidados medicos .....	32
Módulo 4: Deterioro de la vista y acceso al cuidado médico de los ojos .....	32
Módulo 5: Bebidas azucaradas y etiquetas de comidas .....	35
Módulo 6: Exposición excesiva al sol .....	36
Módulo 7: Sueño insuficiente .....	36
Módulo 8: Frutas y verduras.....	37
Módulo 9: Antecedentes de asma en adultos .....	41
Módulo 10: Trabajador de la salud/de alto riesgo .....	44
Módulo 11: Culebrilla (Zostavax o ZOS) .....	45
Módulo 12: Tétanos y Difteria (adultos).....	45
Módulo 13: Virus del papiloma humano (VPH) en adultos.....	46
Módulo 14: Módulo sobre decisión para hacerse la prueba de detección del cáncer de próstata .....	47
Módulo 15: Supervivencia al cáncer.....	47
Módulo 16: Actitudes de terceros en cuanto a la raza .....	52
Módulo 17: Enfermedad mental y su estigma .....	54
Módulo 18: Contexto social .....	56
Módulo 19: Preparación general para emergencias .....	58
Módulo 20: Salud de los veteranos del ejército.....	61
Módulo 21: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) .....	62
Módulo 22: Experiencias adversas en la niñez .....	64
Módulo 23: Selección aleatoria de niños.....	66

Módulo 24: Prevalencia del asma infantil .....	68
Módulo 25: Vacunas en la niñez .....	69
Módulo 26: VIH/SIDA.....	69
Módulo 27: Apoyo emocional y satisfacción con la vida .....	70
Lista de problemas de salud que van con la pregunta 3 del Módulo 10 .....	72

## Guión para el encuestador

HOLA, llamo de parte del (departamento de salud). Mi nombre es (nombre). Estamos recopilando información acerca de la salud de los residentes de (estado). Este proyecto lo lleva a cabo el departamento de salud con la asistencia de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Su número de teléfono fue seleccionado al azar para esta encuesta, por lo que deseo hacerle algunas preguntas sobre su salud y sus hábitos de salud.

¿Estoy hablando al (número de teléfono) ?

**Si la respuesta es no:**

Muchas gracias, pero creo que llamé a un número equivocado. Es posible que su número sea seleccionado en otra oportunidad. Gracias por su atención. Adíós. **PARE**

¿Es este un domicilio particular en (estado) ?

**Si "Sí" [Pase a pregunta para teléfonos celulares]**

**Si "No", [Pase a residencia universitaria]**

**Nota para el encuestador:** El servicio telefónico por Internet se considera una línea telefónica fija (e incluye Vonage, Magic Jack y otros servicios telefónicos de uso residencial).

### Vivienda universitaria

¿Vive en una vivienda universitaria?

**Léale solo si es necesario: "Por residencia universitaria queremos decir dormitorio, vivienda para estudiantes graduados o profesores visitantes, u otro tipo de arreglos de alojamiento provistos por la universidad".**

**Si es "No":**

Muchas gracias, pero por el momento solo estamos entrevistando a personas que viven en una residencia particular o universitaria. **PARE**

### Teléfono celular

¿Estoy llamando a un teléfono celular?

**[Léale solo si es necesario: "Por teléfono celular queremos decir un teléfono móvil que pueda usarse fuera de su vecindario".]**

**Si respondió "Sí":**

Muchas gracias; pero por el momento solo estamos llamando a teléfonos fijos y a residencias particulares o universitarias para realizar esta encuesta. **PARE.**

### **Selección aleatoria de adulto**

Para esta encuesta, necesito seleccionar al azar a un adulto que viva en su casa. ¿Cuántas personas de las que viven en su casa, incluido usted, tienen 18 años o más?

\_\_\_ Cantidad de adultos

**Si es "1",**  
¿Es usted el adulto?

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

**Si es "No",**  
¿El adulto es hombre o mujer? Escriba a continuación 1 hombre o 1 mujer. ¿Podría hablar con [indique (él/ella) según la respuesta a la pregunta anterior]? **Pase a "persona que corresponde encuestar" al final de la página.**

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

\_\_\_ Cantidad de hombres

\_\_\_ Cantidad de mujeres

La persona que vive en su casa con quien necesito hablar es\_\_\_\_\_.

**Si la respuesta es "usted", pase a la página 6.**

### **A la persona que corresponde encuestar:**

HOLA, llamo de parte del **(departamento de salud)**. Mi nombre es **(nombre)**. Estamos recopilando información acerca de la salud de los residentes de **(estado)**. Este proyecto lo lleva a cabo el departamento de salud con la asistencia de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Su número de teléfono fue seleccionado al azar para esta encuesta, por lo que deseo hacerle algunas preguntas sobre su salud y sus hábitos de salud.

## Secciones básicas

No le preguntaré su apellido, su dirección ni ningún otro dato personal que pudiera identificarlo. Si hay alguna pregunta que no desea contestar, no tiene que hacerlo. También puede dar por terminada esta encuesta en cualquier momento. Toda la información que usted me dé será confidencial. Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, por favor llame al **(dé el número de teléfono estatal que corresponda)**.

### Sección 1: Estado de salud

---

- 1.1 Diría usted que su estado de salud general es: (73)
- Léale:**
- 1 Excelente
  - 2 Muy bueno
  - 3 Bueno
  - 4 Regular
- O**
- 5 Malo
- No le lea:**
- 7 No sabe/No está seguro
  - 9 Se niega a contestar

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

---

- 2.1 Ahora, con respecto a su salud física, lo que incluye tanto enfermedades como lesiones físicas, en los últimos 30 días ¿por cuántos días su salud física no fue buena? (74-75)
- \_\_ Número de días
  - 8 8 Ninguno
  - 7 7 No sabe/No está seguro
  - 9 9 Se niega a contestar

**2.2** Ahora, con respecto a su salud mental, lo que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, en los últimos 30 días, ¿por cuántos días su estado de salud mental no fue bueno?

(76-77)

-- Número de días

88 Ninguno **[Si P2.1 y P2.2 = 88 (Ninguno), pase a la siguiente sección]**

77 No sabe/No está seguro

99 Se niega a contestar

**2.3** En los últimos 30 días, ¿por cuántos días la mala salud física o mental le impidieron realizar sus actividades habituales, como cuidados personales, trabajo o actividades recreativas?

(78-79)

-- Número de días

88 Ninguno

77 No sabe/No está seguro

99 Se niega a contestar

### Sección 3: Acceso a cuidados médicos

---

**3.1** ¿Tiene algún tipo de cobertura de seguro médico, como seguro de salud, planes prepagados como los que brindan las HMO (organizaciones de atención médica administrada) u otros planes gubernamentales como Medicare o Servicios de Salud a Poblaciones Indígenas?

(80)

1 Sí

2 No

7 No sabe/No está seguro

9 Se niega a contestar

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

**Si la respuesta es "No", pregunte: "¿Hay más de una o no hay ninguna persona a la que considere su médico o proveedor de atención médica personal?"**

(81)

1 Sí, solo uno

2 Más de uno

3 No

7 No sabe/No está seguro

9 Se niega a contestar

**3.3** En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en que necesitó consultar a un médico pero no pudo hacerlo por su costo? (82)

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

**3.4** ¿Cuánto hace que fue al médico para hacerse un chequeo de rutina? Un chequeo de rutina es un examen físico general, que no se realiza a consecuencia de una lesión, enfermedad o afección específica. (83)

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

## Sección 4: Ejercicio

---

**4.1** Durante el último mes, ¿realizó algún tipo de ejercicio físico aparte de su trabajo normal, como correr, calistenia, jugar al golf, actividades de jardinería o caminar? (84)

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

## Sección 5: Afecciones crónicas

---

Ahora, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre afecciones crónicas generales.

¿ALGUNA VEZ un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía alguna de las siguientes afecciones? Para cada una, responda "Sí", "No" o "No estoy seguro".

**5.1** ¿Alguna vez le dijeron que tuvo) un ataque cardíaco, también llamado infarto de miocardio? (85)

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



- 5.2** (¿Alguna vez le dijeron que tuvo) angina de pecho o una enfermedad coronaria? (86)
- 1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro  
9 Se niega a contestar
- 5.3** (¿Alguna vez le dijeron que tuvo) un accidente cerebrovascular? (87)
- 1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro  
9 Se niega a contestar
- 5.4** (¿Alguna vez le dijeron que tenía asma?) (88)
- 1 Sí  
2 No  
7 No sabe/ No está seguro  
9 Se niega a contestar
- [Pase a P5.6]  
[Pase a P5.6]  
[Pase a P5.6]
- 5.5** (¿Sigue teniendo asma??) (89)
- 1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro  
9 Se niega a contestar
- 5.6** (¿Alguna vez le dijeron que tuvo) cáncer de piel? (90)
- 1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro  
9 Se niega a contestar
- 5.7** (¿Alguna vez le dijeron que tenía) otro tipo de cáncer? (91)
- 1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro  
9 Se niega a contestar
- 5.8** (¿Alguna vez le dijeron) que tenía EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema o bronquitis crónica)? (92)
- 1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro  
9 Se niega a contestar

- 5.9** ¿(Alguna vez le dijeron que tenía) algún tipo de artritis, artritis reumatoide, gota, lupus o fibromialgia? (93)
- 1 Sí
  - 2 No
  - 7 No sabe/No está seguro
  - 9 Se niega a contestar

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** Los diagnósticos de artritis incluyen:

- reumatismo, polimialgia reumática
- artrosis (no osteoporosis)
- tendinitis, bursitis, juanete, codo de tenista (epicondilitis)
- síndrome del túnel carpiano, síndrome del túnel tarsiano
- infección en las articulaciones, síndrome de Reiter
- espondilitis anquilosante; espondilosis
- síndrome del manguito de los rotadores
- enfermedad del tejido conjuntivo, escleroderma, polimiositis, síndrome de Raynaud
- vasculitis (arteritis de células gigantes, púrpura de Henoch-Schonlein, granulomatosis de Wegener, poliarteritis nodosa)

- 5.10** ¿(Alguna vez le dijeron que tenía) un trastorno depresivo (como depresión, depresión grave, distimia o depresión leve)? (94)
- 1 Sí
  - 2 No
  - 7 No sabe/No está seguro
  - 9 Se niega a contestar

- 5.11** ¿(Alguna vez le dijeron que tenía) una enfermedad renal (de los riñones)? (NO incluya cálculos renales, infecciones de la vejiga o incontinencia). (95)
- NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** Incontinencia es no poder controlar la salida de la orina.
- 1 Sí
  - 2 No
  - 7 No sabe/No está seguro
  - 9 Se niega a contestar

- 5.12** ¿Tiene problemas de la vista, aun si usa lentes o lentes de contacto? (96)
- 1 Sí
  - 2 No
  - 3 No corresponde (la persona es ciega)
  - 7 No sabe/No está seguro
  - 9 Se niega a contestar

**5.13** ¿(Alguna vez le dijeron que tenía) diabetes? (97)

Si la respuesta es "Sí" y la persona encuestada es mujer, pregúntele: "¿Esto fue únicamente durante su embarazo?"

Si la persona encuestada contesta que le diagnosticaron prediabetes o intolerancia a la glucosa, utilice el código de respuesta 4.

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

**Nota de CATI: Si P5.13 = 1 (Sí), pase al Módulo Opcional de Diabetes (si se aplica). Para las otras respuestas a P5.13, Pase al Módulo Opcional de Pre-Diabetes (si se aplica) o a la siguiente sección.**

## Sección 6: Salud bucal

---

**6.1** ¿Cuándo fue la última vez que visitó a un dentista o que fue a una clínica dental por algún motivo? Incluya visitas a especialistas dentales, como ortodoncistas. (98)

**Léale solo si es necesario:**

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

**No le lea:**

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

**6.2** ¿Cuántos dientes permanentes le han sacado por problemas de caries o de encías? Incluya los dientes que haya perdido debido a una infección, pero no los que haya perdido por otros motivos, como una lesión o trabajo de ortodoncia.

**NOTA: si le sacaron las muelas del juicio por problemas de caries o de encías, debe incluirlas en la cantidad de dientes perdidos.**

- 1 1 a 5 (99)
- 2 6 o más, pero no todos
- 3 Todos
- 8 Ninguno
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

## Sección 7: Datos demográficos

---

**7.1** ¿Qué edad tiene? (100-101)

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

**7.2** ¿Es usted hispano o latino? (102)

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

**7.3** ¿A cuál o cuáles de las siguientes razas diría usted que pertenece? (103 -108)

**(Marque todas las que correspondan)**

**Léale:**

- 1 Blanca
- 2 Negra o afroamericana
- 3 Asiática
- 4 Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico
- 5 Indoamericano o nativo de Alaska

**O**

- 6 Otra [especifique] \_\_\_\_\_

**No le lea:**

- 8 No indica otras opciones
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**Nota de CATI: Si hay más de una respuesta a P7.3, continúe. De lo contrario, pase a P7.5.**

**7.4** ¿Cuál de los siguientes grupos diría usted que es el más representativo de su raza? (109)

**Léale:**

- 1 Blanco
- 2 Negro o afroamericano
- 3 Asiático
- 4 Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico
- 5 Indoamericano o nativo de Alaska

0

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

**No le lea:**

7 No sabe/No está seguro

9 Se niega a contestar

**7.5**

¿Alguna vez ha estado en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, ya sea en el servicio militar regular, en la Guardia Nacional o en una unidad de reserva militar? El servicio activo no incluye el entrenamiento en la Reserva ni en la Guardia Nacional, pero SÍ incluye las actividades de movilización, como por ejemplo, para la Guerra del Golfo Pérsico.

(110)

1 Sí

2 No

**No le lea:**

7 No sabe/No está seguro

9 Se niega a contestar

**7.6**

¿Es usted...?

(111)

**Léale:**

1 Casado

2 Divorciado

3 Viudo

4 Separado

5 Nunca estuvo casado

0

6 Vive en pareja sin estar casado

**No le lea:**

9 Se niega a contestar

**7.7**

¿Cuántos niños menores de 18 años viven con usted?

(112-113)

\_\_ Número de niños

8 8 Ninguno

9 9 Se niega a contestar

7.8 ¿Cuál es el grado escolar más alto que ha alcanzado?

(114)

**Léale solo si es necesario:**

- 1 Nunca fue a la escuela o solo fue al kínder
- 2 1.º a 8.º grados (escuela primaria)
- 3 9.º a 11.º grados (algunos estudios secundarios)
- 4 12.º grado o diploma GED (graduado de escuela secundaria superior)
- 5 1 a 3 años de universidad (algunos estudios universitarios o de escuela técnica)
- 6 4 años o más de universidad (graduado de estudios universitarios)

**No le lea:**

- 9 Se niega a contestar

7.9 ¿Es o está usted actualmente...?

(115)

**Léale:**

- 1 Empleado asalariado
- 2 Trabajador independiente
- 3 Desempleado por más de 1 año
- 4 Desempleado por menos de 1 año
- 5 Trabaja en labores del hogar
- 6 Estudiante
- 7 Jubilado

**O**

- 8 No puede trabajar

**No le lea:**

- 9 Se niega a contestar

7.10 Tomando en cuenta todas sus fuentes de ingresos, los ingresos anuales de su hogar son:

(116-117)

**Si encuestado no desea responder a NINGUNO de los DIFERENTES niveles de ingresos, codifique '99' (Se niega a contestar)**

**Léale solo si es necesario:**

- 0 4 Menos de \$25,000 **Si es "No", pregunte 05; si es "Sí", pregunte 03**  
(entre \$20,000 y menos de \$25,000)
- 0 3 Menos de \$20,000 **Si es "No", codifique 04; Si es "Sí", pregunte 02]**  
(entre \$15,000 y menos de \$20,000)
- 0 2 Menos de \$15,000 **Si es "No", codifique 03; si es "Sí", pregunte 01**  
(entre \$10,000 y menos de \$15,000)
- 0 1 Menos de \$10,000 **Si es "No", codifique 02**

- 0 5 Menos de \$35,000 **Si es “No”, pregunte 06**  
(entre \$25,000 y menos de \$35,000)
- 0 6 Menos de \$50,000 **Si es “No”, pregunte 07**  
(entre \$35,000 y menos de \$50,000)
- 0 7 Menos de \$75,000 **Si es “No”, codifique 08**  
(entre \$50,000 y menos de \$75,000)
- 0 8 \$75,000 o más

**No le lea:**

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

**7.11** Aproximadamente, ¿cuánto pesa sin zapatos? (118-121)

**NOTA: Si la persona encuestada responde con el sistema métrico, indique “9” en la columna 118.**

**Redondee los decimales hacia arriba**

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

**7.12** Aproximadamente, ¿cuánto mide sin zapatos? (122-125)

**NOTA: Si la persona encuestada responde con el sistema métrico, indique “9” en la columna 122.**

**Redondee los decimales hacia abajo**

- \_\_ / \_\_ *Estatura (pies / pulgadas/metros/centímetros)*
- 7 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 / 9 9 Se niega a contestar

**7.13** ¿En qué condado vive? (126-128)

- \_\_\_ *Código ANSI del condado (anteriormente código de condado FIPS)*
- 7 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 9 Se niega a contestar

**7.14** ¿Cuál es el código postal donde vive? (129-133)

- \_\_\_ \_\_\_ *Código postal*
- 7 7 / 7 7 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 9 9 9 Se niega a contestar

**7.15** ¿Tiene más de un número de teléfono en su casa? No incluya celulares ni teléfonos que solo se utilicen para una computadora o un fax. (134)

- |   |                         |                       |
|---|-------------------------|-----------------------|
| 1 | Sí                      |                       |
| 2 | No                      | <b>[Pase a P7.17]</b> |
| 7 | No sabe/ No está seguro | <b>[Pase a P7.17]</b> |
| 9 | Se niega a contestar    | <b>[Pase a P7.17]</b> |

**7.16** ¿Cuántos de estos números de teléfono son particulares? (135)

- |   |   |
|---|---|
| — | Números de teléfono particulares <b>[6 = 6 o más]</b> |
| 7 | No sabe/No está seguro                                |
| 9 | Se niega a contestar                                  |

**7.17** ¿Tiene un teléfono celular para uso personal? Incluya los celulares utilizados para el trabajo y para uso personal. (136)

- |   |                         |                       |
|---|-------------------------|-----------------------|
| 1 | Sí                      |                       |
| 2 | No                      | <b>[Pase a P7.19]</b> |
| 7 | No sabe/ No está seguro | <b>[Pase a P7.19]</b> |
| 9 | Se niega a contestar    | <b>[Pase a P7.19]</b> |

**7.18** Piense en todas las llamadas que recibe en su teléfono fijo y en su teléfono celular. ¿Qué porcentaje de llamadas, del 0 al 100, recibe en su teléfono celular? (137-139)

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

**7.19** ¿Vive en casa propia o rentada? (140)

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| 1 | Propia                     |
| 2 | Rentada                    |
| 3 | Otra situación de vivienda |
| 7 | No sabe/No está seguro     |
| 9 | Se niega a contestar       |

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: “Otra situación” puede incluir una vivienda colectiva o vivir con amigos o familiares sin pagar renta.**

**NOTA: La casa se define como el lugar donde usted vive la mayor parte del tiempo o del año.**



7.20 Indique el sexo de la persona encuestada. **Pregunte solo si es necesario.** (141)

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

7.21 Que usted sepa, ¿está embarazada? (142)

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

## Sección 8: Discapacidad

---

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

8.1 ¿Tiene actualmente algún problema físico, mental o emocional que limite de alguna manera sus actividades? (143)

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

8.2 ¿Tiene actualmente algún problema de salud que le obligue a usar algún equipo especial, como bastón, silla de ruedas, cama o teléfono especial? (144)

**Incluya el equipo que usa ocasionalmente o para ciertas circunstancias.**

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

## Sección 9: Consumo de tabaco

---

9.1 ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida? (145)

**NOTA: 5 paquetes = 100 cigarrillos**

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a P9.5]**
- 7 No sabe/ No está seguro **[Pase a P9.5]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a P9.5]**

**9.2** Actualmente ¿fuma cigarrillos todos los días, algunos días o no fuma para nada? (146)

- |   |                         |                      |
|---|-------------------------|----------------------|
| 1 | Todos los días          |                      |
| 2 | Algunos días            |                      |
| 3 | No fuma para nada       | <b>[Pase a P9.4]</b> |
| 7 | No sabe/ No está seguro | <b>[Pase a P9.5]</b> |
| 9 | Se niega a contestar    | <b>[Pase a P9.5]</b> |

**9.3** En los últimos 12 meses, ¿ha dejado de fumar durante un día o más debido a que estaba intentando dejar de fumar? (147)

- |   |                         |                      |
|---|-------------------------|----------------------|
| 1 | Sí                      | <b>[Pase a P9.5]</b> |
| 2 | No                      | <b>[Pase a P9.5]</b> |
| 7 | No sabe/ No está seguro | <b>[Pase a P9.5]</b> |
| 9 | Se niega a contestar    | <b>[Pase a P9.5]</b> |

**9.4** ¿Cuánto tiempo hace que fumó por última vez un cigarrillo, aunque sea una o dos caladas? (148-149)

- |     |   |
|-----|---|
| 0 1 | En el último mes (hace menos de 1 mes)                |
| 0 2 | En los últimos 3 meses (hace 1 mes pero menos de 3)   |
| 0 3 | En los últimos 6 meses (hace 3 meses pero menos de 6) |
| 0 4 | En el último año (hace 6 meses pero menos de 1 año)   |
| 0 5 | En los últimos 5 años (hace 1 año pero menos de 5)    |
| 0 6 | En los últimos 10 años (hace 5 años pero menos de 10) |
| 0 7 | 10 años o más   |
| 7 7 | No sabe/No está seguro                                |
| 9 9 | Se niega a contestar                                  |

**9.5** ¿En la actualidad usa tabaco para mascar, rapé o "snus" todos los días, algunos días o para nada?

**NOTA: "Snus" (nombre en sueco del rapé) es un tabaco húmedo que no se fuma y generalmente se vende en bolsitas que se colocan entre el labio y la encía. (150)**

- |   |                |
|---|----------------|
| 1 | Todos los días |
| 2 | Algunos días   |
| 3 | Para nada      |

**No le lea:**

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

## Sección 10: Consumo de alcohol

---

**10.1** En los últimos 30 días, ¿cuántos días por semana o por mes bebió al menos un trago de cualquier bebida alcohólica como cerveza, vino, bebida a base de malta o licor?  
(151-153)

- 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 **[Pase a la siguiente sección]**  
9 9 9 Se niega a contestar **[Pase a la siguiente sección]**

**10.2** Un trago equivale a una cerveza de 12 onzas (350 cl), una copa de vino o a una medida de licor. En los últimos 30 días, en los días que bebió, ¿aproximadamente cuántos tragos tomó habitualmente?  
(154-155)

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

- \_\_ \_ Cantidad de tragos  
7 7 No sabe/No está seguro  
9 9 Se niega a contestar

**10.3** Tomando en cuenta todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces en los últimos 30 días bebió en una ocasión **X [=5 para los hombres, = 4 para las mujeres] tragos o más? (NOTA de CATI)**  
(156-157)

- \_\_ \_ Cantidad de veces  
8 8 Ninguna  
7 7 No sabe/No está seguro  
9 9 Se niega a contestar

**10.4** En los últimos 30 días, ¿cuál fue la máxima cantidad de tragos que bebió en una sola ocasión?  
(158-159)

- \_\_ \_ Cantidad de tragos  
7 7 No sabe/No está seguro  
9 9 Se niega a contestar

## Sección 11: Vacunación

---

**11.1** Ahora le voy a preguntar sobre la influenza o gripe estacional. Hay dos maneras de vacunarse contra la influenza estacional: mediante una inyección en el brazo o un aerosol o atomizador nasal llamado FluMist™. En los últimos 12 meses, ¿le aplicaron la vacuna contra la gripe estacional mediante un atomizador que se aplica en la nariz?  
(160)

**LÉALE SI ES NECESARIO:**

En el 2011 salió una nueva vacuna contra la influenza que se inyecta en la piel con una aguja muy pequeña. Se le conoce como vacuna Fluzone Intradérmica. También se le considera una vacuna contra la influenza

- |   |                         |                       |
|---|-------------------------|-----------------------|
| 1 | Sí                      |                       |
| 2 | No                      | <b>[Pase a P11.4]</b> |
| 7 | No sabe/ No está seguro | <b>[Pase a P11.4]</b> |
| 9 | Se niega a contestar    | <b>[Pase a P11.4]</b> |

**11.2**            ¿En qué mes y año recibió la vacuna más reciente contra la gripe en atomizador aplicado en la nariz? (161-166)

- |          |                        |
|----------|------------------------|
| __/__/__ | Mes y año              |
| 77/7777  | No sabe/No está seguro |
| 99/9999  | Se niega a contestar   |

**11.3**            ¿En qué tipo de establecimiento recibió la última vez la vacuna contra la influenza? (167-168)

- 0 1      Consultorio médico o clínica de una organización de atención médica administrada (HMO)
- 0 2      Departamento de salud
- 0 3      Otro tipo de clínica o centro de salud (como un centro comunitario de salud)
- 0 4      Centro comunitario o de recreación para personas de tercera edad
- 0 5      Tienda (ejemplos: farmacia, supermercado)
- 0 6      Hospital (por ejemplo, donde se internan pacientes)
- 0 7      Sala de emergencias
- 0 8      En su trabajo
- 0 9      Otro tipo de lugar
- 1 0      Recibió la vacuna en México/Canadá (voluntario - no le lea)
- 1 1      En una escuela
- 7 7      No sabe/No está seguro (**Pregunte: “¿Cómo describiría el lugar donde se puso la vacuna más reciente contra la influenza estacional?”**)

**No le lea:**

- 9 9      Se niega a contestar

**11.4**            Por lo general, la vacuna contra la neumonía o vacuna antineumocócica se administra solamente una o dos veces en la vida de una persona y es diferente a la vacuna inyectable contra la influenza. ¿Alguna vez le han puesto una vacuna contra la neumonía? (169)

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

## Sección 12: Caídas

---

**Si la persona encuestada tiene 45 años o más, continúe; de no ser así, pase a la siguiente sección.**

Ahora le voy a hacer preguntas sobre caídas recientes. Por caída, nos referimos a cualquier incidente en el cual de manera no intencional una persona queda tendida en el suelo o en un nivel más bajo.

**12.1** En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se ha caído? (170-171)

--	Número de veces	<b>[76 = 76 o más]</b>
8 8	No	<b>[Pase a la siguiente sección]</b>
7 7	No sabe/No está seguro	<b>[Pase a la siguiente sección]</b>
9 9	Se niega a contestar	<b>[Pase a la siguiente sección]</b>

**12.2** **[Pida más información: “Esta caída (relacionada con la pregunta P12.1) ¿le causó alguna lesión?”]. Si en P12.1 indicó solo una caída y la respuesta fue “Sí” (causó una lesión), codifique 01. Si es “No”, codifique 88.**

¿Cuántas de estas caídas le causaron alguna lesión? Por lesión, nos referimos a una caída que le haya limitado sus actividades normales al menos por un día o que haya tenido que ir al médico.

(172-173)

--	Número de caídas	<b>[76 = 76 o más]</b>
8 8	Ninguno	
7 7	No sabe/No está seguro	
9 9	Se niega a contestar	

## Sección 13: Uso del cinturón de seguridad

---

**13.1** ¿Con qué frecuencia usa el cinturón de seguridad mientras maneja o viaja en un carro? Diría usted que... (174)

**Léale:**

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

**No le lea:**

7	No sabe/No está seguro
8	Nunca maneja ni viaja en carro
9	Se niega a contestar

**Nota de CATI: Si P13.1 = 8 (Nunca maneja ni viaja en carro), pase a la Sección 15; de lo contrario, continúe.**

## Sección 14: Beber y manejar

---

**Nota de CATI: Si P10.1 = 888 (Ningún trago en los últimos 30 días), pase a la siguiente sección.**

La pregunta siguiente se refiere a manejar en estado de ebriedad.

**14.1** En los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha manejado después de haber bebido quizá demasiado?

(175-176)

- |     |                        |
|-----|------------------------|
| --  | Cantidad de veces      |
| 8 8 | Ninguna                |
| 7 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 9 | Se niega a contestar   |

## Sección 15: Pruebas de detección del cáncer de mama y de cuello uterino

---

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

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

**15.1.** La mamografía es una radiografía que se realiza en cada uno de los senos para detectar la existencia de un posible cáncer de mama. ¿Alguna vez se ha hecho una mamografía?  
(177)

- |   |                         |                |
|---|-------------------------|----------------|
| 1 | Sí                      |                |
| 2 | No                      | [Pase a P15.3] |
| 7 | No sabe/ No está segura | [Pase a P15.3] |
| 9 | Se niega a contestar    | [Pase a P15.3] |

**15.2** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una mamografía?

(178)

**Léale si es necesario:**

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

**No le lea:**

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

**15.3** Un examen clínico de mama es cuando un médico, una enfermera u otro profesional de la salud palpa los senos de una paciente para sentir si hay bultos. ¿Alguna vez le han hecho un examen clínico de mama? (179)

- |   |                         |                       |
|---|-------------------------|-----------------------|
| 1 | Sí                      |                       |
| 2 | No Pase a               | <b>[Pase a P15.5]</b> |
| 7 | No sabe/ No está segura | <b>[Pase a P15.5]</b> |
| 9 | Se niega a contestar    | <b>[Pase a P15.5]</b> |

**15.4.** ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un examen de mama? (180)

**Léale solo si es necesario:**

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

**No le lea:**

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

**15.5** El Papanicolau o "Pap" es una prueba para detectar cáncer de cuello uterino. ¿Alguna vez se ha hecho un Pap? (181)

- |   |                         |                       |
|---|-------------------------|-----------------------|
| 1 | Sí                      |                       |
| 2 | No                      | <b>[Pase a P15.7]</b> |
| 7 | No sabe/ No está segura | <b>[Pase a P15.7]</b> |
| 9 | Se niega a contestar    | <b>[Pase a P15.7]</b> |

**15.6** ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un Papanicolau? (182)

**Léale solo si es necesario:**

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

**No le lea:**

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

**Nota de CATI: Si la respuesta a la pregunta básica P7.21 = 1 (está embarazada), pase a la siguiente sección.**

15.7 ¿Le han hecho una histerectomía? (183)

**Léale solo si es necesario:** La histerectomía es una cirugía para extraer el útero (la matriz).

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

## Sección 16: Detección del cáncer de próstata

---

**Nota de CATI:** Si la persona encuestada tiene  $\leq 39$  años de edad o es mujer, pase a la siguiente sección.

Ahora le haré algunas preguntas sobre los exámenes de detección del cáncer de próstata.

16.1 La prueba del antígeno prostático específico o prueba del PSA, por sus siglas en inglés, es un análisis de sangre que se les hace a los hombres para detectar el cáncer de próstata. ¿ALGUNA VEZ un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le habló sobre las ventajas de la prueba PSA? (184)

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

16.2 ¿ALGUNA VEZ un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le habló sobre las desventajas de la prueba PSA?

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

16.3 ¿ALGUNA VEZ un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le recomendó que se hiciera la prueba del PSA? (186)

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

16.4 ¿ALGUNA VEZ le han hecho la prueba del PSA? (187)

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



16.5 ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron la prueba del PSA? (188)

**Léale solo si es necesario:**

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

**No le lea:**

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

16.6 ¿Cuál fue el motivo PRINCIPAL para hacerse la prueba del PSA? Fue ... (189)

**Léale:**

- 1 Parte de un examen de rutina
- 2 Debido a un problema en la próstata
- 3 Porque tenía antecedentes de cáncer de próstata en la familia
- 4 Porque le dijeron que tenía cáncer de próstata
- 5 Algún otro motivo

**No lea esto:**

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

## Sección 17: Detección del cáncer colorrectal

---

**Nota de CATI: Si la persona encuestada tiene  $\leq$  de 49 años de edad, pase a la siguiente sección.**

Las siguientes preguntas son sobre las pruebas de detección del cáncer colorrectal.

17.1 La prueba de sangre en las heces, para detectar la presencia de sangre en las heces, se puede hacer en casa con un kit especial. ¿Alguna vez se ha hecho esta prueba con un kit de uso en el hogar? (190)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a P17.3]**
- 7 No sabe/ No está seguro **[Pase a P17.3]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a P17.3]**

17.2 ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una prueba de sangre en las heces con un kit de uso casero? (191)

**Léale solo si es necesario:**

- 1 En el último año (hace menos de 12 meses)

- 2 En los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2)
- 3 En los últimos 3 años (hace 2 años pero menos de 3)
- 4 En los últimos 5 años (hace 3 años pero menos de 5)
- 5 Hace 5 años o más

**No le lea:**

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

**17.3** La sigmoidoscopia y la colonoscopia son exámenes en los que se inserta un tubo en el recto para visualizar el colon a fin de detectar signos de cáncer u otros problemas de salud. ¿Alguna vez le han hecho alguno de estos exámenes?

(192)

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

**17.4.** Para realizar la SIGMOIDOSCOPIA, se inserta un tubo flexible en el recto para detectar posibles problemas. La COLONOSCOPIA es un examen similar, pero se utiliza un tubo más largo. Por lo general, se le inyecta un medicamento en el brazo para que se duerma. Además, se le pide que vaya al examen acompañado de alguien que pueda llevarlo a la casa después del procedimiento. ¿EL EXAMEN MÁS RECIENTE que se hizo fue una sigmoidoscopia o una colonoscopia?

(193)

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

**17.5** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una sigmoidoscopia o una colonoscopia?

(194)

**Léale solo si es necesario:**

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

**No le lea:**

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

## Sección 18: VIH/SIDA

Las preguntas siguientes se refieren al problema nacional de salud que representa el VIH, el virus que causa el SIDA. Por favor, recuerde que sus respuestas son estrictamente confidenciales y que no necesita contestar todas las preguntas, si no lo desea. Aun cuando le hagamos preguntas sobre las pruebas, no le pediremos los resultados de las pruebas que usted se haya hecho.

**18.1** ¿Alguna vez se ha hecho la prueba del VIH? No incluya las pruebas que le hayan realizado al donar sangre. Incluya las pruebas de saliva. (195)

- |   |                         |                |
|---|-------------------------|----------------|
| 1 | Sí                      |                |
| 2 | No                      | [Pase a P18.3] |
| 7 | No sabe/ No está seguro | [Pase a P18.3] |
| 9 | Se niega a contestar    | [Pase a P18.3] |

**18.2** Sin incluir las donaciones de sangre, ¿en qué mes y año se realizó la prueba del VIH por última vez? (196-201)

**NOTA: Si la respuesta es antes de enero de 1985, codifique "No sabe".**  
**INSTRUCCIONES DE CATI: Si la persona encuestada recuerda el año pero no el mes, codifique los primeros dos dígitos del 77 y los últimos cuatro dígitos del año.**

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

**18.3** Voy a leerle una lista de situaciones. Cuando haya terminado, por favor dígame si alguna de esas situaciones tiene que ver con usted. No tiene que decirme cuál es.

- En el último año ha consumido drogas intravenosas.
- En el último año ha recibido tratamiento por alguna enfermedad venérea o de transmisión sexual.
- En el último año ha dado o recibido dinero o drogas a cambio de relaciones sexuales.
- En el último año ha tenido relaciones sexuales anales sin usar un condón.

¿Alguna de estas situaciones tiene que ver con usted? (202)

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

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

### **Párrafo de cierre**

#### **Léale:**

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

**O**

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

#### **Léale:**

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

## Módulos opcionales

### Módulo 1: Prediabetes

---

**NOTA: Solo se hacen las preguntas de este módulo si la persona contestó "Sí" (código= 1) a la pregunta básica P5.13 (pregunta sobre si sabe si tiene diabetes).**

1. ¿Se ha hecho un análisis de sangre para detectar un nivel alto de azúcar en la sangre o diabetes en los últimos tres años? (210)
- |   |                        |
|---|------------------------|
| 1 | Sí                     |
| 2 | No                     |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar   |

**Nota de CATI: Si la respuesta a la pregunta básica P5.13 = 4 (No, prediabetes o intolerancia a la glucosa); conteste P2 "Sí" (código = 1).**

2. ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha dicho que tiene prediabetes o intolerancia a la glucosa?
- Si la respuesta es "Sí" y la persona encuestada es mujer, pregúntele: "¿Esto fue únicamente durante su embarazo?"** (211)
- |   |                         |
|---|-------------------------|
| 1 | Sí                      |
| 2 | Sí, durante el embarazo |
| 3 | No                      |
| 7 | No sabe/No está seguro  |
| 9 | Se niega a contestar    |

### Módulo 2: Diabetes

---

**Haga estas preguntas si la respuesta a la pregunta básica P5.13 es "Sí" (código = 1).**

1. ¿Qué edad tenía cuando le dijeron que tenía diabetes? (212-213)
- |     |   |
|-----|---|
| --  | Codifique la edad en años [97 = 97 y más] |
| 9 8 | No sabe / No está seguro                  |
| 9 9 | Se niega a contestar                      |
2. ¿Está tomando insulina? (214)
- |   |                      |
|---|----------------------|
| 1 | Sí                   |
| 2 | No                   |
| 9 | Se niega a contestar |

3. Aproximadamente, ¿con qué frecuencia controla su nivel de glucosa o azúcar en la sangre? Incluya las veces en que lo examinó un familiar o un amigo, pero NO cuando lo examinó un profesional de la salud. (215-217)

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

4. ¿Con qué frecuencia se examina los pies para detectar heridas o irritaciones? Incluya las veces en que lo examinó un familiar o un amigo, pero NO cuando lo examinó un profesional de la salud. (218-220)

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

5. Aproximadamente, ¿cuántas veces consultó a un médico, una enfermera u otro profesional de la salud a causa de su diabetes en los últimos 12 meses? (221-222)

\_\_ Número de veces [76 = 76 o más]  
 8 8 Ninguna vez  
 7 7 No sabe/No está seguro  
 9 9 Se niega a contestar

6. La prueba "A1C" mide el nivel promedio de azúcar en la sangre durante los últimos tres meses. ¿Cuántas veces aproximadamente en los últimos 12 meses un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le ha hecho una prueba "A1C"? (223-224)

\_\_ Número de veces [76 = 76 o más]  
 8 8 Ninguna  
 9 8 Nunca ha oído hablar de la prueba "A1C"  
 7 7 No sabe/No está seguro  
 9 9 Se niega a contestar

**Nota de CATI: Si P4 = 555 (No tiene pies), pase a P8.**

7. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses un profesional de la salud le ha examinado los pies para detectar heridas o irritaciones? (225-226)

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

8. ¿Cuándo fue la última vez que le realizaron un examen de la vista en el que le dilataron las pupilas? Esto habría ocasionado que le molestara la luz brillante por unas horas. (227)

**Léale solo si es necesario:**

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

**No le lea:**

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

9. ¿Su médico le ha informado en alguna ocasión que la diabetes le ha afectado los ojos o que ha tenido retinopatía? (228)

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

10. ¿Ha tomado alguna vez un curso o una clase sobre cómo controlar usted mismo su diabetes? (229)

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

### Módulo 3: Días en los que se siente bien de salud (síntomas)

---

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

1. En los últimos 30 días, aproximadamente ¿por cuántos días el dolor le dificultó realizar sus actividades habituales como el cuidado personal, el trabajo o la recreación? (230-231)

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

2. En los últimos 30 días, aproximadamente ¿por cuántos días se sintió triste, melancólico/a o deprimido/a? (232-233)

- Número de días
- 8 8 Ninguno

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

3. En los últimos 30 días, aproximadamente ¿por cuántos días se sintió preocupado, tenso o ansioso? (234-235)

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

4. En los últimos 30 días, aproximadamente ¿durante cuántos días se sintió en excelente estado de salud y lleno de energía? (236-237)

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

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

---

**NOTA de CATI: Si el encuestado tiene menos de 40 años de edad o en la sección de preguntas básicas P5.12 = 3 (entrevistado es ciego), pase al siguiente módulo.**

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de su vista. Estas preguntas se hacen a todas las personas encuestadas independientemente de si usan anteojos o lentes de contacto. Si usted usa anteojos o lentes de contacto, conteste las preguntas como si los estuviese usando.

1. Cuánta dificultad tiene para reconocer a un amigo al otro lado de la calle? Diría usted que... (238)

**Léale:**

- 1 Ninguna dificultad
- 2 Cierta dificultad
- 3 Dificultad moderada
- 4 Tiene extrema dificultad
- 5 No puede hacerlo por problemas de la vista

**O**

- 6 No puede hacerlo por otros motivos

**No le lea:**

- 7 No sabe/No está seguro
- 8 No corresponde (la persona es ciega)
- 9 Se niega a contestar

**[Pase al siguiente módulo]**



2. ¿Cuánta dificultad tiene (de haberla) para leer la letra en periódicos, revistas, recetas de cocina, menús o números de teléfono? Diría usted que... (239)

**Léale:**

- 1 Ninguna dificultad
- 2 Cierta dificultad
- 3 Dificultad moderada
- 4 Tiene extrema dificultad
- 5 No puede hacerlo por problemas de la vista

**O**

- 6 No puede hacerlo por otros motivos

**No le lea:**

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

3. ¿Cuándo fue la última vez que un médico o un oculista le hizo un examen de los ojos? (240)

**Léale solo si es necesario:**

- 1 En el último mes (hace menos de 1 mes) **[Pase a P5]**
- 2 En el último año (hace más de 1 mes pero menos de 12) **[Pase a P5]**
- 3 En los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2)
- 4 Hace 2 años o más
- 5 Nunca

**No le lea:**

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

4. ¿Cuál es la razón principal por la que no ha visitado a un oculista en los últimos 12 meses? (241-242)

**Léale solo si es necesario:**

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

**No le lea:**

- 7 7 No sabe/No está seguro

- 0 8 No corresponde (la persona es ciega)
- 9 9 Se niega a contestar

**Nota de CATI: Pase a P5 si en el Módulo 2 (Diabetes) contestó a P8.**

5. ¿Cuándo fue la última vez que le realizaron un examen de la vista en el que le dilataron las pupilas? Esto habría ocasionado que le molestara la luz brillante por unas horas. (243)

**Léale solo si es necesario:**

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

**No le lea:**

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

6. ¿Tiene algún tipo de cobertura médica específica para problemas de la vista? (244)

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

7. ¿Algún oculista u otro profesional de la salud le ha informado que usted tiene ACTUALMENTE cataratas? (245)

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

8. ¿Le ha dicho ALGUNA VEZ un oculista u otro profesional de la salud que usted tenía glaucoma? (246)

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

**Léale:**

La degeneración macular relacionada con la edad es una enfermedad que afecta la mácula, es decir, la parte del ojo que le permite ver los objetos pequeños.

9. ¿Le ha dicho ALGUNA VEZ un oculista u otro profesional de la salud que usted tenía degeneración macular relacionada con la edad? (247)
- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| 1 | Sí                                   |
| 2 | No                                   |
| 7 | No sabe/No está seguro               |
| 8 | No corresponde (la persona es ciega) |
| 9 | Se niega a contestar                 |

## Módulo 5: Bebidas azucaradas y etiquetas de comidas

---

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de las bebidas azucaradas.

**Nota para el encuestador: Recuérdele a la persona encuestada que incluya los refrescos regulares que mezcla con alcohol.**

1. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tomó refrescos regulares o sodas que contenían azúcar? No incluya los refrescos de dieta (248-250)

1__	Veces por día
2__	Veces por semana
3__	Veces por mes

**No le lea:**

8 8 8	Ninguna
7 7 7	No sabe/No está seguro
9 9 9	Se niega a contestar

2. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tomó bebidas de fruta endulzadas como Kool-aid, jugo de arándano o "cranberry" y limonada? Incluya jugos de frutas que preparó en casa agregándoles azúcar. (251-253)

**Nota para el encuestador: Las bebidas de fruta son bebidas azucaradas que con frecuencia tienen algo fruta o sabor a fruta. No incluya jugos de fruta al 100%, té endulzado, café, bebidas deportivas o energizantes.**

1__	Veces por día
2__	Veces por semana
3__	Veces por mes

**No le lea:**

8 8 8	Ninguno
7 7 7	No sabe/No está seguro
9 9 9	Se niega a contestar

3. La pregunta siguiente es sobre cuando come fuera de casa, ya sea en restaurantes de cadena o de comida rápida. Si el restaurante ofrece información sobre el contenido de calorías, ¿con qué frecuencia utiliza esta información para escoger el plato que va a ordenar? (254-255)

**Léale:**

- 01 Siempre
- 02 La mayoría de las veces
- 03 Más o menos la mitad de las veces
- 04 Algunas veces
- 05 Nunca

**No le lea:**

- 06 Nunca se dio cuenta ni buscó la información sobre las calorías
- 08 Por lo general no encuentra la información sobre las calorías
- 55 No come en restaurantes de comida rápida o de cadena
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

## Módulo 6: Exposición excesiva al sol

---

1. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha tenido una quemadura de sol en la piel rojiza o dolorosa durado un día o más? (256)

- 8 Nunca
- 1 Una vez
- 2 Dos veces
- 3 Tres veces
- 4 Cuatro veces
- 5 Cinco veces o más
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

## Módulo 7: Sueño insuficiente

---

Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus patrones de sueño.

1. En los últimos 30 días, ¿cuántos días sintió que no descansó ni durmió lo suficiente? (257-258)

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

2. En promedio, ¿cuántas horas duerme en un periodo de 24 horas? Piensen en el tiempo que pasa durmiendo o haciendo siestas, no solo en la cantidad de sueño que considera que debiera tener.

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Anote el número de horas que duerme en números enteros, redondeando hacia arriba los 30 minutos (1/2 hora) o más y hacia abajo los 29 minutos o menos.**  
(259-260)

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

3. ¿Usted ronca?

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si dice que su cónyuge o alguien le dijo que ronca, entonces la respuesta será "Sí", el encuestado ronca.**  
(261)

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

4. En los últimos 30 días, ¿por cuántos días notó que se quedaba dormido sin querer durante el día?

(262-263)

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

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

(264)

1	Sí
2	No
3	No conduce
4	No tiene licencia de conducir
7	No sabe/No está seguro
9	Se niega a contestar

## Módulo 8: Frutas y verduras

---

Las preguntas siguientes son acerca de las frutas y verduras que **usted** comió o bebió en los últimos 30 días. Por favor, piense en las frutas y verduras en todas sus presentaciones, ya sea crudas, cocinadas frescas, congeladas y enlatadas. Piense en todas las comidas, refrigerios y alimentos que consumió en la casa y afuera de la casa.

Dígame con qué frecuencia **usted** comió o bebió cada uno de los siguientes alimentos, por ejemplo, una vez al día, dos veces a la semana, tres veces al mes, etcétera.

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** Si el encuestado responde menos de una vez al mes, ponga “0” veces por mes. Si menciona una cifra pero no un periodo, pregúntele: “¿Esto fue por día, por semana o por mes?”

1. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes bebió jugos de fruta PUROS al 100%? No incluya las bebidas azucaradas con sabor a fruta ni el jugo hecho en casa endulzado con azúcar. Solo el jugo que sea al 100%. (265-267)

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

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** No incluya las bebidas de frutas endulzadas con azúcar o con otros edulcorantes como Kool-aid, Hi-C, limonada, bebida mezclada de cranberry (arándanos agrios), Tampico, Sunny Delight, Snapple, Fruitopia, Gatorade, Power-Ade o bebidas de yogur.

No incluya los jugos de fruta que proporcionan el 100% de la dosis recomendada diaria de vitamina C pero que contienen azúcar adicional.

No incluya los jugos de verduras, como jugo de tomate y jugo V8, si el encuestado los menciona, pero anótelos en la pregunta 6 sobre “otras verduras”.

**INCLUYA jugos 100% puros, como jugo de naranja, mango, papaya, piña, manzana, uva (roja o blanca) o toronja. Solo incluya el jugo de *cranberry* si el encuestado cree que es jugo al 100% sin azúcar ni edulcorantes. Las combinaciones de jugos puros al 100% como naranja-piña, naranja-mandarina, *cranberry*-uva también son aceptables como mezclas de frutas-verduras al 100%. También cuenta el jugo 100% puro hecho a base de concentrado (es decir, reconstituido).**

2. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes comió fruta, sin contar los jugos? Puede contar la fruta fresca, congelada o enlatada. (268-270)

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

**Léale solo si es necesario:** “Está bien si dice un aproximado. Incluya manzanas, bananos salsa de manzana, naranjas, toronja, ensalada de frutas, sandía, cualquier tipo de melón, papaya, lichis, carambolo, granada, mango, uvas y arándanos como moras o *blueberries* y fresas”.

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** No incluya mermeladas, jaleas o conservas de frutas.

No incluya frutos secos en cereales listos para servir.

Anote uvas pasas secas y en lata si el encuestado las menciona, *pero debido a que vienen en porciones pequeñas no se incluyen en la pregunta.*

Incluya las frutas frescas en trozos, congeladas o enlatadas que se añaden al yogur, el cereal, la gelatina u otros platillos.

Incluya frutas de relevancia cultural y geográfica que no estén mencionadas (p. ej., genip o limoncillo, guanábana, anona o anón, higos, tamarindo, árbol del pan o frutiplan, papaturro o uva caleta, carambola, longan, lichis, blighia, rambután, etc.)

3. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes comió leguminosas cocinadas o enlatadas como frijoles refritos, frijoles horneados, frijoles negros y garbanzos, sopa de frijoles, semillas de soya, edamame, tofu o lentejas? NO incluya las habichuelas verdes.

(271-273)

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

Léale solo si es necesario: “Incluya otras leguminosas redondas u ovals como alubias, frijoles pintos, guisantes partidos, guisantes pintos, *hummus*, lentejas, semillas de soya y tofu. NO incluya habichuelas verdes como judías verdes, ejotes, habas o habichuelas verdes de enrame”.

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** Incluya las semillas de soya llamadas también edamame, tofu (queso de soya), porotos, frijoles pintos, *hummus*, lentejas, frijoles negros, frijoles de cabecita negra, guisantes pintos, judías de lima y frijoles blancos.

Incluya las hamburguesas de frijoles y hamburguesas vegetarianas.

Incluya *falafel* y *tempeh*.

4. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes comió verduras verde oscuro como brócoli o verduras de hoja verde oscura como lechuga romana, acelga, berza o espinaca?

(274-276)

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

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** Cada vez que coma una verdura cuenta como "una vez".

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** Incluya todas las ensaladas crudas de hojas verdes como espinaca, *mesclun*, lechuga romana, lechuga de hoja verde oscura, *bok choy*, dientes de león, *komatsuna*, berro y arugula.

No incluya la lechuga *iceberg* (de cabeza) si le mencionan este tipo de lechuga. Incluya todas las verduras verdes cocinadas como col rizada, berza, verdura china (*choy*), hojas de nabo, mostaza salvaje.

5. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes comió verduras anaranjadas como batatas (camotes), calabazas o zanahorias? (277-279)
- |       |                        |
|-------|------------------------|
| 1 __  | Por día                |
| 2 __  | Por semana             |
| 3 __  | Por mes                |
| 5 5 5 | Nunca                  |
| 7 7 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 9 9 | Se niega a contestar   |

Léale solo si es necesario: “La calabaza tiene corteza gruesa y dura y su carne es de color amarillo fuerte o naranja. Incluye boneteras, ranúnculos y calabaza espagueti”.

**PARA EL ENCUESTADOR:** Incluya todos los tipos de zanahorias, como las largas y las cortas.

Incluya ensalada de zanahoria (p. ej., zanahorias rayadas acompañadas o no de otras frutas o verduras).

Incluya las batatas (camotes) en todas sus presentaciones, como al horno, en puré, en guisado, en tarta o fritas.

Incluya todas las variedades de calabazas de invierno de corteza dura como bonetera, zapallo, moscada, ranúnculo, delicata, ahuyama, kabocha (también conocida como Ebisu, Delica, Hoka, Hokkaido o calabaza japonesa) y calabaza espagueti. Indique todas las presentaciones, incluida la sopa.

Incluya calabaza, como en sopa y en tarta. No incluya las barritas de calabaza, pasteles, panes u otro tipo de postres con cereales que contengan calabaza (es decir, similares a las barritas de zapallo y barritas de calabacín que no incluimos).

6. Sin contar los que ya me dijo, durante el pasado mes, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes consumió OTRAS verduras? Ejemplos de otras verduras pueden ser tomates, jugo de tomate o jugo V-8, maíz, berenjenas, guisantes, lechuga, col y papas blancas que no estén fritas, como papas al horno o en puré. (280-282)
- |       |                        |
|-------|------------------------|
| 1 __  | Por día                |
| 2 __  | Por semana             |
| 3 __  | Por mes                |
| 5 5 5 | Nunca                  |
| 7 7 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 9 9 | Se niega a contestar   |

Léale solo si es necesario: “No cuente las verduras que ya mencionó y no incluya las papas fritas”.

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** Incluya maíz, guisantes, tomates, okra, betabel, coliflor, germinados de alfalfa, aguacates, pepinos, cebollas, pimientos (rojo, verde, amarillo, naranja); todas las coles, incluida la ensalada de repollo estilo americano; champiñones, arveja china, guisante azucarado, habas, habichuelas verdes de enrame.



Incluya todas las verduras en todas sus presentaciones (crudas, cocidas, enlatadas o congeladas).

No incluya productos consumidos habitualmente como condimentos como salsa de tomate (cátsup), salsa mexicana, conserva agrídulce y salsa *relish*.

Incluya el jugo de tomate si el encuestado no lo mencionó en los jugos de frutas.

Incluya verduras de relevancia geográfica y cultural que no estén mencionadas (p. ej., daikón, jícama, pepino oriental, etc.).

No incluya el arroz ni otros granos.

## Módulo 9: Antecedentes de asma en adultos

---

**Nota de CATI:** Si la respuesta a la pregunta básica P5.4 es "Sí", continúe. De lo contrario, pase al siguiente módulo.

1. ¿Qué edad tenía cuando un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le informó por primera vez que tenía asma? (283-284)
- |     |                         |                        |
|-----|-------------------------|------------------------|
| __  | Edad en años 11 o más   | <b>[96 = 96 o más]</b> |
| 9 7 | 10 años de edad o menos |                        |
| 9 8 | No sabe/No está seguro  |                        |
| 9 9 | Se niega a contestar    |                        |

**Nota de CATI:** Si la respuesta a la pregunta básica P5.5 es "Sí", continúe. De lo contrario, pase al siguiente módulo.

2. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido algún episodio o ataque de asma? (285)
- |   |                         |                    |
|---|-------------------------|--------------------|
| 1 | Sí                      |                    |
| 2 | No                      | <b>[Pase a P5]</b> |
| 7 | No sabe/ No está seguro | <b>[Pase a P5]</b> |
| 9 | Se niega a contestar    | <b>[Pase a P5]</b> |
3. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces acudió a una sala de emergencias o a un centro de atención de urgencias debido al asma? (286-287)
- |     |  |
|-----|--|
| __  | Número de veces <b>[87 = 87 o más]</b> |
| 8 8 | Ninguna                                |
| 9 8 | No sabe/No está seguro                 |
| 9 9 | Se niega a contestar                   |

4. **[Si la respuesta a P3 es una o más visitas, pregunte “Además de esas visitas a la sala de emergencias o a urgencias”,] En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces fue a ver a un médico, una enfermera u otro profesional de la salud para recibir tratamiento de urgencia debido a que empeoraron sus síntomas de asma?** (288-289)

\_\_ \_\_ Número de veces **[87 = 87 o más]**  
8 8 Ninguna  
9 8 No sabe/No está seguro  
9 9 Se niega a contestar

5. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces fue a ver a un médico, enfermera u otro profesional de la salud para hacerse un chequeo de rutina del asma? (290-291)

\_\_ \_\_ Número de veces **[87 = 87 o más]**  
8 8 Ninguna  
9 8 No sabe/No está seguro  
9 9 Se niega a contestar

6. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días no pudo trabajar o suspendió sus actividades habituales debido al asma? (292-294)

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

7. Los síntomas del asma incluyen tos, sibilancias, dificultad para respirar, presión en el pecho y flemas sin que usted tenga un resfriado o una infección respiratoria. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tuvo algún síntoma de asma? ¿Diría usted que...? (295)

**Léale:**

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

**O**

5 Todos los días, todo el tiempo

**No le lea:**

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

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

(296)

**Léale:**

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

**O**

- 5 Más diez

**No le lea:**

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

9. En los últimos 30 días, ¿cuántos días tomó un medicamento de venta con receta para EVITAR un ataque de asma?

(297)

**Léale:**

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

**No le lea:**

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

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

(298)

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

**Léale solo si es necesario:**

- 8 Nunca (incluya si no ha tenido ataques en los últimos 30 días)
- 1 1 a 4 veces (en los últimos 30 días)
- 2 5 a 14 veces (en los últimos 5 días)
- 3 15 a 29 veces (en los últimos 15 días)
- 4 30 a 59 veces (en los últimos 30 días)
- 5 60 a 99 veces (en los últimos 60 días)
- 6 100 veces o más (en los últimos 30 días)

**No le lea:**

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

## Módulo 10: Trabajador de la salud/de alto riesgo

---

Las siguientes preguntas hacen referencia al trabajo relacionado con el sector salud y las enfermedades crónicas.

1. En la actualidad, ¿presta servicios voluntarios o trabaja en un hospital, centro de atención médica, consultorio médico, consultorio dental, asilo de ancianos u otro establecimiento médico? Esto incluye trabajo de tiempo parcial y trabajo no remunerado en un establecimiento médico así como servicios profesionales de enfermería a domicilio. (299)

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** Si es necesario, diga: “Esto incluye profesionales que no se dedican a la atención médica, como el personal administrativo que trabaja en un establecimiento médico”.

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

2. ¿Usted presta cuidados directos a pacientes como parte de su trabajo habitual? Cuidados directos a pacientes quiere decir contacto físico o cercano con los pacientes. (300)

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

3. ¿Alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que usted tenía...?

**Lea todos los términos a continuación antes de que le den una respuesta:**

Problemas respiratorios que no sean asma  
Problemas de los riñones  
Anemia, incluida la anemia drepanocítica o de células falciformes

**O**

Un sistema inmunitario debilitado debido a una enfermedad crónica o a medicamentos administrados para tratar una enfermedad crónica?

(301)

**[Ver lista adjunta de problemas de salud]**

- 1 Sí  
2 No [Pase al siguiente módulo]

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

4. ¿Todavía tiene este problema o algunos de estos problemas?

(302)

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

## Módulo 11: Culebrilla (Zostavax o ZOS)

---

**Nota de CATI: Si la persona encuestada tiene  $\leq$  49 años, pase al siguiente módulo.**

La pregunta siguiente es acerca de la vacuna contra la culebrilla.

1. La culebrilla es causada por el virus de la varicela. Es un brote de sarpullido o ampollas en la piel que puede ser muy doloroso. Desde mayo del 2006 existe una vacuna contra la culebrilla que se conoce como Zostavax<sup>®</sup>, la vacuna contra el herpes zóster o contra la culebrilla (en inglés *shingles*). ¿Le han puesto esta vacuna?

(303)

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

## Módulo 12: Tétanos y Difteria (adultos)

---

Ahora le voy a preguntar sobre la vacuna contra el tétanos y la difteria.

1. ¿En los últimos 10 años le han puesto la vacuna contra el tétanos?

(304)

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

2. ¿La vacuna más reciente contra el tétanos se la pusieron el 2005 o después? (305)

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

3. Actualmente existen dos tipos de vacunas para adultos contra el tétanos. Una contiene la vacuna contra el tétanos y la difteria. La otra contiene la vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina. ¿Le dijo su médico si su vacuna reciente contra el tétanos incluyó la vacuna contra la tos ferina? (306)

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

## Módulo 13: Virus del papiloma humano (VPH) en adultos

**Nota de CATI: Estas preguntas son para mujeres de entre 18 y 49 años de edad; de no ser así, pase al siguiente módulo.**

**NOTA: Virus del Papiloma Humano o VPH; Gardasil; Cervarix.**

1. Existe una vacuna para prevenir el virus del papiloma humano, o la infección por el VPH, que se conoce como vacuna contra el cáncer de cuello uterino o contra las verrugas genitales; vacuna contra el VPH [**"GARDASIL o CERVARIX", si es mujer, o "GARDASIL", si es hombre**]. ¿ALGUNA VEZ le han puesto la vacuna contra el VPH? (307)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase al siguiente módulo]**
- 3 El médico no quiso cuando se la pidió **[Pase al siguiente módulo]**
- 7 No sabe/No está seguro **[Pase al siguiente módulo]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase al siguiente módulo]**

2. ¿Cuántas vacunas contra el VPH le pusieron? (308-309)

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

## Módulo 14: Módulo sobre decisión para hacerse la prueba de detección del cáncer de próstata

**Nota de CATI: Si P16.4 = 1 (le han hecho una prueba del PSA) continúe, de lo contrario, pase al siguiente módulo.**

1. ¿Cuál de las siguientes describe mejor la decisión de hacerse una prueba del PSA? (310)

**Léale:**

- 1 Usted tomó la decisión **[Pase al siguiente módulo]**
- 2 Su médico, enfermera o proveedor de atención médica decidieron por usted **[Pase al siguiente módulo]**
- 3 Usted y una o más personas tomaron la decisión
- 4 No recuerda cómo se tomó esa decisión **[Pase al siguiente módulo]**

**No le lea:**

- 9 Se niega a contestar

2. ¿Quién tomó la decisión con usted? (Marque todas las que correspondan) (311-315)

- 1 Médico/enfermera/proveedor de atención médica
- 2 Esposa/pareja
- 3 Otro familiar
- 4 Amigo/persona que no es de la familia
  
- 8 No indica otras opciones
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

## Módulo 15: Supervivencia al cáncer

---

**Nota de CATI: Si la respuesta a la pregunta básica P5.6 o P5.7 = 1 (Sí) o P16.6 = 4 (porque le dijeron que tenía cáncer de próstata) continúe, de lo contrario, pase al siguiente módulo.**

Usted nos dijo que había tenido cáncer. Me gustaría hacerle algunas preguntas más sobre esta enfermedad.

1. ¿Cuántos tipos diferentes de cáncer ha tenido? (316)

- 1 Solo uno
- 2 Dos
- 3 Tres o más
- 7 No sabe/No está seguro **[Pase al siguiente módulo]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase al siguiente módulo]**

2. ¿Qué edad tenía cuando le dijeron que tenía cáncer? (317-318)
- — Codifique la edad en años [97 = 97 y más]  
9 8 No sabe/No está seguro  
9 9 Se niega a contestar

**Nota de CATI:** Si P1 = 2 (Dos) o 3 (Tres o más), pregunte: “¿A qué edad le diagnosticaron cáncer?”

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

**Nota de CATI:** Si la respuesta a la pregunta básica P5.6 = 1 (Sí) y P1 = 1 (solo uno): pregunte “¿Era ‘melanoma’ u otro tipo de cáncer de piel? Luego codifique 21 si era ‘melanoma’ o 22 si ‘otro tipo de cáncer de piel’”

**Nota de CATI:** Si la respuesta a la pregunta P16.6 = 4 (porque le dijeron que tenía cáncer de próstata) y P1 = 1 (solo uno), codifique 19.

3. ¿Qué tipo de cáncer era? (319-320)

**Si P1 = 2 (dos) o 3 (tres o más), pregunte:** “¿Qué tipo de cáncer le diagnosticaron más recientemente?”

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** Léale la lista solo si la persona encuestada necesita que le ayuden a identificar el tipo de cáncer (es decir, el nombre del cáncer) [1-30]:

**Mama (seno)**

0 1 Cáncer de mama

**Aparato reproductor femenino (cáncer ginecológico)**

0 2 Cáncer de cuello uterino (cáncer cervicouterino)

0 3 Cáncer endometrial (cáncer del útero)

0 4 Cáncer ovárico (cáncer de ovario)

**Cabeza/Cuello**

0 5 Cáncer de cabeza y cuello

0 6 Cáncer bucal

0 7 Cáncer faríngeo (garganta)

0 8 Cáncer de la tiroides

0 9 Cáncer de laringe

**Gastrointestinal**

1 0 Cáncer de colon (intestino)

1 1 Cáncer esofágico (esófago)

1 2 Cáncer hepático (hígado)

1 3 Cáncer pancreático (páncreas)

1 4 Cáncer rectal (recto)

1 5 Cáncer de estómago



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

- 1 6 Linfoma de Hodgkin (enfermedad de Hodgkin)
- 1 7 Leucemia (cáncer de la sangre)
- 1 8 Linfoma no Hodgkin

**Aparato reproductor masculino**

- 1 9 Cáncer de próstata.
- 2 0 Cáncer testicular

**Piel**

- 2 1 Melanoma
- 2 2 Otro tipo de cáncer de piel

**Tórax**

- 2 3 Cáncer de corazón
- 2 4 Cáncer de pulmón

**Cáncer de las vías urinarias:**

- 2 5 Cáncer de la vejiga
- 2 6 Cáncer renal (riñón)

**Otros**

- 2 7 Cáncer de huesos
- 2 8 Cáncer de cerebro
- 2 9 Neuroblastoma
- 3 0 Otro

**No le lea:**

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

4. ¿Está recibiendo actualmente tratamiento para el cáncer? Por tratamiento nos referimos a cirugía, radioterapia, quimioterapia o píldoras para quimioterapia. (321)

- |   |                                    |                                   |
|---|------------------------------------|-----------------------------------|
| 1 | Sí                                 | <b>[Pase al siguiente módulo]</b> |
| 2 | No, completé mi tratamiento        |                                   |
| 3 | No, rechacé el tratamiento         | <b>[Pase al siguiente módulo]</b> |
| 4 | No, no he comenzado el tratamiento | <b>[Pase al siguiente módulo]</b> |
| 7 | No sabe / No está seguro           | <b>[Pase al siguiente módulo]</b> |
| 9 | Se niega a contestar               | <b>[Pase al siguiente módulo]</b> |

5. ¿Qué tipo de doctor le proporciona la mayor parte de su atención médica? (322-323)

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si la persona encuestada pide que le aclare esta pregunta, dígame:** “Queremos saber qué tipo de doctor ve con más frecuencia si se enferma o para consultas médicas regulares (por ejemplo: exámenes anuales o físicos, tratamiento de resfriados, etc.)”.

**Léale [1-10]:**

- 0 1 Cirujano especialista en cáncer
- 0 2 Médico de familia
- 0 3 Cirujano general

- 0 4 Oncólogo ginecólogo
- 0 5 Médico general o internista
- 0 6 Cirujano plástico o de cirugía reconstructiva
- 0 7 Oncólogo médico
- 0 8 Oncólogo radiólogo
- 0 9 Urólogo
- 1 0 Otro

**No le lea:**

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

6. ¿ALGUNA VEZ un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le proporcionó un resumen escrito de todos los tratamientos contra el cáncer que ha recibido? (324)

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

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

7. ¿ALGUNA VEZ un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dio instrucciones sobre *a dónde* debería volver o *a quién* debería consultar para que le hicieran chequeos rutinarios del cáncer después de completar su tratamiento para el cáncer? (325)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a P9]**
- 7 No sabe/ No está seguro **[Pase a P9]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a P9]**

8. ¿Le dieron estas instrucciones impresas o por escrito? (326)

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

9. Cuando le diagnosticaron el cáncer más reciente, ¿tenía un seguro médico que pagara todo o parte de su tratamiento? (327)

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

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

**10.** ¿ALGUNA VEZ le negaron un seguro médico o de vida debido debido a su cáncer? (328)

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

**11.** ¿Participó en estudios clínicos como parte de su tratamiento contra el cáncer? (329)

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

**12.** ¿Actualmente tiene dolor físico debido a su cáncer o a su tratamiento? (330)

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

**13.** ¿Está controlado su dolor actualmente? (331)

**Léale:**

- 1 Sí, con medicinas (o tratamiento)
- 2 Sí, sin medicinas (o tratamiento)
- 3 No, con medicinas (o tratamiento)
- 4 No, sin medicinas (o tratamiento)

**No le lea:**

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

## Módulo 16: Actitudes de terceros en cuanto a la raza

---

Anteriormente le pregunté con qué raza se identificaba usted. Ahora voy a preguntarle acerca de cómo lo identifican y lo tratan otras personas.

1. ¿Cómo lo suelen clasificar a usted otras personas en este país? ¿Diría usted que... como blanco, negro o afroamericano, hispano o latino, asiático, nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico, indoamericano o nativo de Alaska o de algún otro grupo? (332)

- 1 Blanco
- 2 Negro o afroamericano
- 3 Hispano o latino
- 4 Asiático
- 5 Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico
- 6 Indoamericano o nativo de Alaska
- 8 De algún otro grupo (por favor especifique) \_\_\_\_\_
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si pide que le aclare esta pregunta, dígame:** “Queremos saber cómo suelen clasificarlo OTRAS personas en este país, lo que puede ser diferente de cómo se clasifica usted mismo”.

2. ¿Con qué frecuencia piensa acerca de su raza? ¿Diría usted que nunca, una vez al año, una vez al mes, una vez a la semana, una vez al día, una vez por hora o constantemente? (333)

- 1 Nunca
- 2 Una vez al año
- 3 Una vez al mes
- 4 Una vez a la semana
- 5 Una vez al día
- 6 Una vez por hora
- 8 Constantemente
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR:** Las respuestas pueden interpretarse como “por lo menos” la frecuencia indicada. Si la persona no puede decidir entre dos categorías, marque la respuesta que tenga la menor frecuencia. Por ejemplo, si la persona encuestada dice que piensa acerca de su raza entre una vez por semana y una vez por mes, marque la respuesta “una vez por mes”.

**[Patrón de CATI para saltarse preguntas: Solo haga esta pregunta a quienes sean “empleados asalariados”, “trabajadores independientes” o que hayan estado “desempleados por menos de un año”.]**

3. En los últimos 12 meses, ¿ha sentido en su trabajo que le han tratado peor, igual o mejor que a personas de otras razas? (334)

- 1 Peor que a personas de otras razas
- 2 Igual que a personas de otras razas
- 3 Mejor que a personas de otras razas

**No le lea:**

- 4 Peor que a personas de ciertas razas, pero mejor que a las de otras
- 5 Solo está en contacto con personas de su misma raza
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

4. En los últimos 12 meses, al solicitar asistencia médica, ¿ha sentido que su experiencia fue peor, igual o mejor que la de personas de otras razas? (335)

- 1 Peor que a personas de otras razas
- 2 Igual que a personas de otras razas
- 3 Mejor que a personas de otras razas

**No le lea:**

- 4 Peor que a personas de ciertas razas, pero mejor que a las de otras
- 5 Solo está en contacto con personas de su misma raza
- 6 No ha recibido atención médica en los últimos 12 meses
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: si la persona encuestada dice que no sabe de las experiencias de otras personas al momento de buscar atención médica, diga:** “Esta pregunta tiene que ver con lo que ha percibido al solicitar atención médica. No es necesario que sepa las experiencias de otras personas”.

5. En los últimos 30 días, ¿ha experimentado algún síntoma físico, por ejemplo dolor de cabeza, malestar estomacal, tensión muscular o aumento de los latidos cardiacos, por la forma en que otras personas le trataron debido a su raza? (336)

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

6. En los últimos 30 días, ¿se ha sentido mal emocionalmente, por ejemplo enojado, triste o frustrado, por la forma en que otras personas le trataron debido a su raza? (337)

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

## Módulo 17: Enfermedad mental y su estigma

---

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre cómo se ha sentido últimamente.

1. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se sintió **nervioso**? ¿Diría usted que **todo** el tiempo **la mayor parte** del tiempo, **algunas** veces, **pocas** veces o **ninguna** vez? (338)
- 1 Todo el tiempo
  - 2 Casi todo el tiempo
  - 3 Algunas veces
  - 4 Pocas veces
  - 5 Ninguna vez
  - 7 No sabe/No está seguro
  - 9 Se niega a contestar
2. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se sintió **desesperanzado**? ¿Diría usted que **todo** el tiempo, **casi todo** el tiempo, **algunas** veces, **pocas** veces o **ninguna** vez? (339)
- 1 Todo el tiempo
  - 2 Casi todo el tiempo
  - 3 Algunas veces
  - 4 Pocas veces
  - 5 Ninguna vez
  - 7 No sabe/No está seguro
  - 9 Se niega a contestar
3. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se sintió **agitado** o **inquieto**?  
**[De ser necesario léale: todo el tiempo, casi todo el tiempo, algunas veces, pocas veces o ninguna vez.]** (340)
- 1 Todo el tiempo
  - 2 Casi todo el tiempo
  - 3 Algunas veces
  - 4 Pocas veces
  - 5 Ninguna vez
  - 7 No sabe/No está seguro
  - 9 Se niega a contestar
4. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se sintió **tan deprimido** que nada pudo subirle los ánimos?  
**[De ser necesario léale: todo el tiempo, casi todo el tiempo, algunas veces, pocas veces o ninguna vez.]** (341)
- 1 Todo el tiempo
  - 2 Casi todo el tiempo
  - 3 Algunas veces
  - 4 Pocas veces
  - 5 Ninguna vez
  - 7 No sabe/No está seguro
  - 9 Se niega a contestar

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

**Nota: Si le pregunta qué significa que "todo le costaba trabajo", diga: "lo que signifique para usted"**

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

(342)

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

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

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

(343)

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

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

(344-345)

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

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

8. ¿Está tomando medicinas o recibiendo tratamiento de un médico o de otro profesional de la salud para algún tipo de problema mental o afectivo?

(346)

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

Las preguntas siguientes se refieren a las actitudes de las personas hacia las enfermedades mentales y su tratamiento.

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

(347)

**Léale solo si es necesario:**

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

**No le lea:**

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

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

(348)

**Léale solo si es necesario:**

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

**No le lea:**

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

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** Si le preguntan cuál es el propósito de P9 o P10 diga: “los planificadores de los cuidados de salud pueden utilizar estas respuestas para comprender las actitudes de la gente hacia las enfermedades mentales y su tratamiento, y les servirán para guiar los programas de educación en salud.”

## Módulo 18: Contexto social

---

Ahora le voy a preguntar sobre varios factores que pueden afectar la salud.

**Si en preguntas básicas P7.21 = 1 o 2 (casa propia o rentada), continúe; de lo contrario, pase a P2.**

1. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia diría usted que estaba preocupado o nervioso por no tener suficiente dinero para pagar la renta o la hipoteca? Diría que estuvo preocupado o nervioso:

(349)



**Léale:**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Casi nunca
- 5 Nunca

**No le lea:**

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

2. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces diría usted que estuvo preocupado o nervioso por no tener suficiente dinero para comprar alimentos nutritivos? Diría que estuvo preocupado o nervioso:

(350)

**Léale:**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Casi nunca
- 5 Nunca

**No le lea:**

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

**Si la respuesta a la pregunta básica P7.9 = 1 (Empleado asalariado) o 2 (Trabajador independiente), pase a P3 y P4.**

**Si la respuesta a la pregunta básica P7.9 = 3 (Desempleado desde hace más de 1 año), 4 (Desempleado desde hace menos de 1 año) o 7 (Jubilado), pase a P5 y P6.**

**Si la respuesta a la pregunta básica P7.9 = 5 (Encargado de las tareas del hogar), 6 (Estudiante) u 8 (incapacitado para trabajar), pase a P6.**

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

(351)

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

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si le pagan de varias maneras por su empleo principal, seleccione la opción 4 (Le pagan de otra manera).**

4. Aproximadamente, ¿cuántas horas trabaja a la semana contando todos sus empleos o negocios? (352-353)
- |     |                          |                                   |
|-----|--------------------------|-----------------------------------|
| — — | Horas (01-96 o más)      | <b>[Pase al siguiente módulo]</b> |
| 9 7 | No sabe / No está seguro | <b>[Pase al siguiente módulo]</b> |
| 9 8 | No trabaja               | <b>[Pase al siguiente módulo]</b> |
| 9 9 | Se niega a contestar     | <b>[Pase al siguiente módulo]</b> |
5. Recuerde la última vez en que trabajó en su empleo o negocio principal, ¿cómo le pagaron por su trabajo? (354)
- |   |   |
|---|---|
| 1 | Con un salario  |
| 2 | Por hora  |
| 3 | Por trabajo o tarea (p.ej., comisión, por proyecto o pieza) |
| 4 | De otra manera  |
| 7 | No sabe/No está seguro                                      |
| 9 | Se niega a contestar  |
6. Recuerde la última vez que trabajó, ¿aproximadamente cuántas horas trabajó por semana en todos los trabajos y negocios juntos? (355-356)
- |     |                        |
|-----|------------------------|
| — — | Horas (01-96 o más)    |
| 9 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 8 | No trabaja             |
| 9 9 | Se niega a contestar   |

## Módulo 19: Preparación general para emergencias

---

En la siguiente serie de preguntas se le preguntará sobre cuán preparado está para enfrentar una situación de desastre o una emergencia de grandes proporciones. Por situación de desastre o emergencia de grandes proporciones nos referimos a cualquier incidente que le deje aislado en su casa o que lo saque de su casa durante al menos 3 días. Esto podrían ser desastres naturales como huracanes, tornados, inundaciones y tormentas de hielo, o desastres ocasionados por el hombre como explosiones, atentados terroristas o apagones.

1. ¿Qué tan bien preparados cree que están en su casa para enfrentar un desastre o una emergencia de grandes proporciones? ¿Diría usted que...? (357)
- Léale:**
- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| 1 | Bien preparados                       |
| 2 | Más o menos preparados                |
| 3 | No están preparados de ninguna manera |
- No le lea:**
- |   |                        |
|---|------------------------|
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar   |

2. ¿Tienen agua suficiente para 3 días por cada persona que vive ahí? Un suministro de agua para 3 días es 1 galón de agua por persona al día. (358)
- 1 Sí
  - 2 No
  - 7 No sabe/No está seguro
  - 9 Se niega a contestar
3. ¿Tienen provisiones de alimentos no perecederos para 3 días por cada persona que vive ahí? Los alimentos no perecederos son aquellos que no requieren refrigeración ni cocción. (359)
- 1 Sí
  - 2 No
  - 7 No sabe/No está seguro
  - 9 Se niega a contestar
4. ¿Tienen suministros de medicamentos por receta para 3 días por cada persona que toma este tipo de medicamentos? (360)
- 1 Sí
  - 2 No
  - 3 Nadie en la casa necesita medicamentos recetados
  - 7 No sabe/No está seguro
  - 9 Se niega a contestar
5. ¿Tienen una radio de pilas que funcione y pilas buenas adicionales para usar en caso de un apagón? (361)
- 1 Sí
  - 2 No
  - 7 No sabe/No está seguro
  - 9 Se niega a contestar
6. ¿Tienen una linterna que funcione y pilas buenas para usar en caso de un apagón? (362)
- 1 Sí
  - 2 No
  - 7 No sabe/No está seguro
  - 9 Se niega a contestar
7. En un desastre o emergencia de grandes proporciones, ¿cuál sería la manera principal para comunicarse con familiares y amigos? (363)
- Léale solo si es necesario:**
- 1 Teléfono de casa normal
  - 2 Teléfono celular
  - 3 Correo electrónico
  - 4 Buscapersonas ("pager")
  - 5 Radio bidireccional
  - 6 Otro

**No le lea:**

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

8. ¿Cuál sería su método o forma principal para obtener información de las autoridades en un desastre o emergencia de grandes proporciones?

(364)

**Léale solo si es necesario:**

- 1 Televisión
- 2 Radio
- 3 Internet
- 4 Prensa escrita
- 5 Vecinos
- 6 Otro

**No le lea:**

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

9. ¿Tiene en su casa un plan de evacuación de desastres por escrito que diga cómo se saldrían si tienen que evacuarla en caso de un desastre o una emergencia de grandes proporciones?

(365)

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

10. Si las autoridades públicas anunciaran la evacuación obligatoria de su comunidad debido a un desastre o emergencia de grandes proporciones, ¿usted evacuaría su casa?

(366)

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

11. ¿Cuál sería el motivo principal por el cual usted no se iría de su casa si se lo pidieran?

(367-368)

**Léale solo si es necesario:**

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

**No le lea:**

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

## Módulo 20: Salud de los veteranos del ejército

---

**NOTA de CATI: Si en preguntas básicas P7.5 = 1 (Sí), continúe; de lo contrario, pase al siguiente módulo.**

Las siguientes preguntas están relacionadas con la salud de los veteranos del ejército.

1. ¿Alguna vez estuvo en combate o en una zona de guerra? (369)
- 1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro  
9 Se niega a contestar
2. ¿Alguna vez un médico o profesional de la salud le dijo que tenía depresión, ansiedad o trastorno de estrés postraumático (PTSD, en inglés)? (370)
- 1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro  
9 Se niega a contestar
3. Una lesión cerebral traumática puede ser por un golpe violento en la cabeza o cuando un objeto atraviesa el cráneo e ingresa al tejido cerebral. ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le dijo que tenía una lesión cerebral traumática? (371)
- 1 Sí  
2 No  
7 No sabe/No está seguro  
9 Se niega a contestar
4. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido tratamiento o ayuda psiquiátrica o psicológica? (372)
- Léale:**
- 1 Sí, en un establecimiento para veteranos del ejército  
2 Sí, en un establecimiento que no es para veteranos del ejército  
3 Sí, en establecimientos tanto para veteranos como para no veteranos  
4 No
- No le lea:**
- 7 No sabe/No está seguro  
9 Se niega a contestar

Las preguntas siguientes se refieren a un tema delicado y algunas personas puede que se sientan incómodas. Al finalizar esta sección, le daré el número telefónico de una organización que le puede proporcionar información o remitirlo a otros recursos de ayuda. Por favor, recuerde que me puede pedir que saltemos las preguntas que no desee responder.

5. En los últimos 12 meses, ¿pensó en algún momento en matarse? (373)
- |   |                         |                            |
|---|-------------------------|----------------------------|
| 1 | Sí                      |                            |
| 2 | No                      | [Pase al siguiente módulo] |
| 7 | No sabe/ No está seguro | [Pase al siguiente módulo] |
| 9 | Se niega a contestar    | [Pase al siguiente módulo] |

6. En los últimos 12 meses, ¿ha intentado suicidarse? Diría usted que... (374)
- Léale:**
- |   |   |
|---|---|
| 1 | Sí, pero no necesitó tratamiento  |
| 2 | Sí, recibió tratamiento en un establecimiento para veteranos del ejército           |
| 3 | Sí, recibió tratamiento en un establecimiento que no es para veteranos del ejército |
| 4 | No  |
- No le lea:**
- |   |                        |
|---|------------------------|
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar   |

Como le mencioné, al finalizar esta sección le daré el número telefónico de una organización que le puede proporcionar información o remitirlo a otros recursos relacionados con estos temas. Puede llamar a la línea telefónica nacional de crisis al 1-800-273-8255. También puede hablar directamente con su médico o su proveedor de atención médica.

## Módulo 21: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

---

**NOTA de CATI: Si en preguntas básicas P5.8 = 1 (Sí), continúe, de lo contrario, pase al módulo siguiente.**

Anteriormente dijo que le habían diagnosticado Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

1. ¿Alguna vez le hicieron una prueba respiratoria para diagnosticarle EPOC, bronquitis crónica o enfisema? (375)
- |   |                        |
|---|------------------------|
| 1 | Sí                     |
| 2 | No                     |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar   |

2. ¿Diría usted que la dificultad para respirar le afecta su calidad de vida? (376)

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

3. Aparte de sus consultas de rutina, en los últimos 12 meses ¿ha tenido que ir al médico debido a los síntomas relacionados con dificultad para respirar, bronquitis u otro tipo de EPOC o una crisis de enfisema? (377)

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

4. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido que ir a la sala de emergencias o ha sido hospitalizado debido a EPOC, bronquitis crónica o enfisema? (378)

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

5. ¿Cuántas medicinas toma todos los días para controlar la EPOC, la bronquitis crónica o el enfisema? (379-380)

- Número (01-76)
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 8 8 Ninguna
- 9 9 Se niega a contestar

## Módulo 22: Experiencias adversas en la niñez

---

Quisiera preguntarle sobre algunos sucesos en su niñez. Esta información nos permitirá comprender mejor los problemas que pueden ocurrir en etapas tempranas de la vida para poder ayudar a otras personas en un futuro. Es un tema delicado y algunas personas se sienten incómodas con estas preguntas. Al finalizar esta sección le daré el número telefónico de una organización que le puede proporcionar información o remitirlo a otros recursos de ayuda. Por favor, recuerde que me puede pedir que saltemos las preguntas que no desee responder.

Todas las preguntas se refieren a antes de que usted cumpliera 18 años de edad. Ahora, recuerde la época anterior a que cumpliera los 18 años:

1. ¿Vivió con alguien que tenía depresión, una enfermedad mental o tendencias suicidas? (381)

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

2. ¿Vivió con alguien que tenía problemas con la bebida o que era alcohólico? (382)

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

3. ¿Vivió con alguien que consumía drogas ilícitas adquiridas en la calle o que abusara de medicinas recetadas? (383)

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

4. ¿Vivió con alguien que estuvo preso o que fue sentenciado a cárcel, a prisión o a algún otro centro correccional? (384)

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

5. ¿Sus padres estaban separados o divorciados? (385)

- 1 Sí
- 2 No
- 8 Los padres no estaban casados
- 7 No sabe/No está seguro



9 Se niega a contestar

6. ¿Con qué frecuencia sus padres o adultos en la casa se pegaban, cacheteaban, golpeaban, pateaban o azotaban entre ellos? (386)

- 1 Nunca
- 2 Una vez
- 3 Más de una vez

**No le lea:**

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

7. Antes de que usted cumpliera los 18 años, ¿con qué frecuencia sus padres o un adulto en la casa le pegaron, golpearon, patearon, azotaron o lastimaron físicamente de alguna forma? No incluya las nalgadas. Diría usted que... (387)

- 1 Nunca
- 2 Una vez
- 3 Más de una vez

**No le lea:**

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

8. ¿Con qué frecuencia sus padres o un adulto en la casa le dijeron groserías, lo insultaron o lo humillaron? (388)

- 1 Nunca
- 2 Una vez
- 3 Más de una vez

**No le lea:**

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

9. ¿Con qué frecuencia un adulto o una persona al menos 5 años mayor que usted le tocó sexualmente? (389)

- 1 Nunca
- 2 Una vez
- 3 Más de una vez

**No le lea:**

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

10. ¿Con qué frecuencia un adulto o una persona al menos 5 años mayor que usted intentó que le tocara sexualmente? (390)

- 1 Nunca
- 2 Una vez
- 3 Más de una vez

**No le lea:**

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

11. ¿Con qué frecuencia un adulto o una persona al menos 5 años mayor que usted le forzó a tener relaciones sexuales? (391)

- 1 Nunca
- 2 Una vez
- 3 Más de una vez

**No le lea:**

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

Como le mencioné cuando comenzamos esta sección, le daré el número telefónico de una organización que le proporcione información o lo remita a otros recursos de ayuda. Puede llamar (escriba aquí el estado o la línea telefónica local) para comunicarse con los servicios de remisiones a agencias en su área. **[Nota: Si no hay una línea de atención local o estatal, dele al encuestado el número de la línea telefónica nacional de prevención de abusos y maltratos infantiles (1-800-422-4453).**

## Módulo 23: Selección aleatoria de niños

---

**Nota de CATI: Si en pregunta básica P7.7 = 88 o 99 (no hay niños menores de 18 años en la casa o se niega a contestar) pase al siguiente módulo.**

**Si la respuesta a la pregunta básica P7.7 = 1, Léale:** “Anteriormente, usted mencionó que en su casa había un menor de 17 años. Quisiera hacerle algunas preguntas sobre el niño”. **[Pase a P1].**

**Si la respuesta a la pregunta básica P7.7 es >1 y la respuesta no es 88 ni 99, por favor léale:** “Anteriormente usted mencionó que en su casa había **[cantidad]** de niños de 17 años de edad o menores.. Piense en esos **[cantidad]** niños en orden de nacimiento, del mayor al menor. El niño mayor es el primero en nacer y el menor el último. Incluya también a los niños que tengan la misma fecha de nacimiento, como los mellizos o gemelos, de acuerdo al orden de nacimiento”.

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

**ENCUESTADOR, POR FAVOR LÉALE:**

Me gustaría hacerle algunas preguntas adicionales sobre uno de los niños en particular. El niño al que me referiré es el número “X” [CATI: por favor indique el número correspondiente] de los niños que viven

en su casa. Todas las preguntas que le haré a continuación sobre los niños se referirán al niño número "X" [CATI: complete el número correspondiente].

1. ¿En qué mes y año nació el X niño? (392-397)

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

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

2. ¿El niño en cuestión, es niño o niña? (398)

1	Niño
2	Niña
9	Se niega a contestar

3. ¿El niño es hispano o latino? (399)

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

4. ¿Cuál o cuáles de las siguientes diría usted que es la raza del niño? (400-405)

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

**Léale:**

1	Blanco
2	Negro o afroamericano
3	Asiático
4	Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico
5	Indoamericano o nativo de Alaska

**O**

6	Otra [especifique]_____
---	-------------------------

**No le lea:**

8	No indica otras opciones
7	No sabe/No está seguro

9 Se niega a contestar

**Nota de CATI: Si hay más de una respuesta a P4, continúe. De lo contrario, pase a P6.**

5. ¿Cuál de los siguientes grupos diría usted que es el más representativo de la raza del niño? (406)

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

6. ¿Qué relación tiene usted con el niño? (407)

**Léale:**

- 1 Padre o madre (incluya padre o madre biológico, padrastro o madrastra o padre o madre adoptivos)
- 2 Abuelo/a
- 3 Tutor legal o padre sustituto ("foster parent")
- 4 Hermano o hermana (incluya hermanos biológicos, hermanastros o hermanos adoptivos)
- 5 Otro familiar
- 6 No tiene ninguna relación

**No le lea:**

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

## Módulo 24: Prevalencia del asma infantil

**Nota de CATI: Si la respuesta a la pregunta básica P7.7 = 88 (Ninguno) o 99 (Se niega a contestar), pase al siguiente módulo.**

Las siguientes dos preguntas son acerca del niño número "X" [CATI: complete con el número correspondiente del niño].

1. ¿ALGUNA VEZ un médico u otro profesional de la salud le dijo que el niño tenía asma? (408)

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

2. ¿El niño aún tiene asma? (409)
- |   |                        |  |
|---|------------------------|--|
| 1 | Sí                     |  |
| 2 | No                     |  |
| 7 | No sabe/No está seguro |  |
| 9 | Se niega a contestar   |  |

## Módulo 25: Vacunas en la niñez

---

**Nota de CATI: Si en pregunta básica P7.7 = 88 o 99 (no hay niños menores de 18 años en la casa o se niega a contestar) pase al siguiente módulo.**

**Nota de CATI: Si el niño seleccionado es  $\geq 6$  meses, continúe. De lo contrario, pase al siguiente módulo.**

1. Ahora, le haré preguntas sobre la influenza o gripe estacional. Hay dos tipos de vacunas contra la influenza estacional. Una es en inyección y la otra en atomizador nasal. En los últimos 12 meses, ¿le han puesto al niño la vacuna contra la influenza estacional? (410)
- |   |                        |                                   |
|---|------------------------|-----------------------------------|
| 1 | Sí                     |                                   |
| 2 | No                     | <b>[Pase al siguiente módulo]</b> |
| 7 | No sabe/No está seguro | <b>[Pase al siguiente módulo]</b> |
| 9 | Se niega a contestar   | <b>[Pase al siguiente módulo]</b> |

2. La vacuna contra la gripe puede haber sido en inyección o en atomizador nasal. El atomizador nasal es la vacuna que se aplica por la nariz. ¿En qué mes y año le pusieron la vacuna contra la influenza estacional más reciente? (411-416)

__/__/__	Mes y año
77/7777	No sabe/No está seguro
99/9999	Se niega a contestar

## Módulo 26: VIH/SIDA

---

**NOTA de CATI: Si en preguntas básicas P18.1 = 1 (Sí), continúe; de lo contrario, pase al siguiente módulo.**

1. ¿Dónde se hizo por última vez la prueba del VIH?? ( en un consultorio médico particular, en el consultorio de una HMO, en un centro de consejería y pruebas del VIH, en una clínica u hospital, en la cárcel o en prisión, en un centro de rehabilitación contra las drogas en la casa o en alguna otra parte) (417-418)
- |     |  |
|-----|--|
| 0 1 | Consultorio médico particular o de una HMO |
| 0 2 | Centro de consejería y pruebas del VIH     |
| 0 3 | Hospital                                   |
| 0 4 | Clínica                                    |

- 0 5 Cárcel o prisión (u otro centro correccional)
- 0 6 Centro de rehabilitación contra las drogas
- 0 7 Casa
- 0 8 En otra parte
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar

**NOTA de CATI: Si en pregunta básicas P18.2 = en los últimos 12 meses, continúe; de lo contrario, pase al siguiente módulo.**

2. ¿Le hicieron una prueba rápida que le dio los resultados en un par de horas? (419)
- 1 Sí
  - 2 No
  - 7 No sabe/No está seguro
  - 9 Se niega a contestar

## Módulo 27: Apoyo emocional y satisfacción con la vida

---

Las siguientes dos preguntas se refieren al apoyo emocional y a lo satisfecho que está con su vida.

1. ¿Con qué frecuencia obtiene el apoyo social y emocional que necesita?

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si le preguntan, diga: “por favor, incluya el apoyo que recibe de cualquier fuente”.** (420)

**Léale:**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Casi nunca
- 5 Nunca

**No le lea:**

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

2. En términos generales, ¿qué tan satisfecho está con su vida? (421)

**Léale:**

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

**No le lea:**

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

## Guión para pedir permiso para volver a llamar y preguntar sobre el asma

Quisiéramos llamarle de nuevo dentro de 2 semanas para hablar más en detalle de las experiencias que tiene su niño con el asma. La información se utilizará para ayudar a crear y mejorar programas contra el asma en <ESTADO>. La información que nos dio el día de hoy y la que nos dará en el futuro se mantendrá confidencial. Si usted está de acuerdo, mantendremos su nombre o sus iniciales y número de teléfono en un expediente separado de las respuestas que obtuvimos hoy. Aun cuando acepte hoy, usted u otras personas pueden decidir no participar en el futuro. ¿Le parece bien que le llamemos de nuevo en una fecha posterior para hacerle preguntas adicionales sobre el asma?

(422)

- 1 Sí
- 2 No

¿Me puede proporcionar su nombre o iniciales (de usted/de su niño), para que sepamos por quién debemos preguntar?

\_\_\_\_\_ Escriba el nombre o las iniciales

### Selección para llamada de seguimiento sobre el asma

¿A qué persona de la casa hay que llamar para dar seguimiento sobre el asma?

(423)

- 1 Adulto
- 2 Niño

¿Me puede proporcionar su nombre o iniciales (de usted/de su niño), para que sepamos por quién debemos preguntar?

\_\_\_\_\_ Escriba el nombre o las iniciales

## Lista de problemas de salud que van con la pregunta 3 del Módulo 10

---

### Problemas respiratorios

- Síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA)
- Bronquiectasia
- Displasia broncopulmonar
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Fibrosis quística
- Enfisema
- Linfangioleiomiomatosis (LAM, por sus siglas en inglés)
- Hipertensión arterial pulmonar
- Sarcoidosis

### Problemas de los riñones

- Insuficiencia renal crónica
- Cistitis
- Cistocele (hernia de la vejiga)
- Quistes
- Riñón ectópico
- Insuficiencia renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)
- Enfermedades glomerulares
- Cistitis intersticial
- Insuficiencia renal
- Cálculos renales
- Síndrome nefrítico
- Poliquistosis renal
- Pielonefritis (infección renal)
- Estenosis de la arteria renal
- Osteodistrofia renal
- Acidosis tubular renal

### Anemia

- Anemia
- Anemia aplásica
- Anemia de Fanconi
- Anemia por deficiencia de hierro (ferropenia)
- Anemia perniciosa
- Anemia drepanocítica o de células falciformes
- Talasemia

### Causas del sistema inmunitario debilitado

- Cáncer
- Quimioterapia
- VIH/SIDA
- Esteroides
- Medicamentos para trasplantes
- Artritis reumatoide
- Lupus eritematoso diseminado (lupus)