



2007

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

Florida Cuestionario

January 11, 2007

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

Tabla de contenidos

Tabla de contenidos.....	2
Guión para el encuestador / la encuestadora.....	4
Secciones básicas	6
Sección 1: Estado de salud	6
Sección 2: Días en los que se siente saludable – Calidad de vida en relación a la salud.....	6
Sección 3: Acceso a cuidados médicos	7
Sección 4: Actividad física.....	8
Sección 5: Diabetes.....	8
Módulo 3: Diabetes.....	9
Sección 6: Nivel de conciencia acerca del problema de la hipertensión	11
Sección 7: Nivel de conciencia acerca del problema del colesterol.....	12
Sección 8: Prevalencia de las enfermedades cardiovasculares	12
Sección 9: Asma.....	13
Sección 10: Inmunización.....	13
Sección 11: Consumo de tabaco.....	15
Sección 12: Características demográficas	15
Sección 13: Consumo de alcohol.....	21
Sección 14: Discapacidad	22
Sección 16: Artritis.....	22
Sección 16: Frutas y Verduras	24
Sección 17: Actividad física.....	25
Sección 18: VIH/SIDA.....	27
Sección 19: Apoyo emocional y grado de satisfacción con la vida.....	28
Sección 20: Enfermedad gastrointestinal.....	29
Párrafo de cierre, Transición a módulos y/o Preguntas adicionales de los Estados.....	30
Módulos opcionales	30
Módulo 7: Medidas para controlar la presión arterial alta	30
Módulo 9: Salud femenina.....	32
Módulo 13: Control de la artritis.....	34
FL 1: Call Back	35
FL 2: Epilepsy	35
FL 3: Antibiotic Resistance	36
FL 4: Home Environment.....	36
FL 5: Air Quality and Physical Activity	37
FL6: Injury.....	38
FL7: Tobacco.....	39
FL8: Folic Acid	39
FL9: Immunization/Influenza	40
FL10: Dental Care Access.....	41
FL11: Detección del cáncer de próstata.....	41
FL 12: Detección del cáncer colorrectal	43
FL 13: Skin Cancer.....	44
FL 14: Step-Up, Florida	44
FL 15: Environment – Harmful Algal Blooms.....	45



FL 16: Substance Abuse 45
FL 17: Violencia sexual..... 46
County Added 1: Clay County 48
County Added 2: Collier County 50
County Added 3: Duval County 51
County Added 4: Monroe County 53
County Added 5: Orange County 56
Párrafo de cierre 59

Guión para el encuestador / la encuestadora

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

¿Hablo con el **(número de teléfono)**?

En caso negativo,

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

¿Es ésta una casa de familia?

En caso negativo,

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

¿Hablo con un número de teléfono celular?

En caso afirmativo,

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

IF NECESSARY: Por telefono celular queremos decir un telefono que es mobil y que se puede usar fuera de su vecindaria.

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

___ Cantidad de adultos

En caso de ser “1”,

¿Es usted el adulto?

En caso afirmativo,

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

En caso negativo,

¿El adulto es un hombre o una mujer? Indique 1 hombre o 1 mujer a continuación.

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

IF MORE THAN 3 ADULTS: ¿Son todos de 18 años de edad ó mayores? Viven todos en el hogar actualmente? Es este lugar un dormitorio ó negocio?

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

___ Cantidad de hombres

___ Cantidad de mujeres

IF NECESSARY: ¿Puede usted nombrar todos los miembros varones del hogar desde el mayor hasta el menor?

IF NECESSARY: ¿Puede usted nombrar todos los miembros femeninas del hogar desde la mayor hasta la menor?

El miembro de su familia con quien necesito hablar es _____.

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

Al encuestado / la encuestada correcta:

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

Secciones básicas

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

Sección 1: Estado de salud

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

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

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

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

(76–77)

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

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

(78-79)

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

Sección 3: Acceso a cuidados médicos

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

(80)

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

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

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

(81)

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

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

(82)

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

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

(83)

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

Sección 4: Actividad física

4.1 En el último mes, exceptuando lo relativo a su trabajo, ¿participó en alguna actividad física o hizo algún tipo de ejercicio, como correr, caminar, hacer gimnasia, jugar al golf o realizar actividades de jardinería?

(84)

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

Sección 5: Diabetes

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

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

Si el encuestado / la encuestada contesta que le habían diagnosticado prediabetes (“borderline diabetes”), utilice el código de respuesta 4.

(85)

- 1 Sí
- 2 Sí, pero la encuestada dijo que se le diagnosticó únicamente durante el embarazo
- 3 No
- 4 No, prediabetes o diabetes limítrofe.
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

Módulo 3: Diabetes

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

M3.1. ¿Qué edad tenía cuando le informaron que tenía diabetes? (244–245)

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

M3.2. ¿Está tomando insulina? (247)

1 Sí
 2 No
 9 Se niega a contestar

M3.3. ¿Está tomando píldoras para la diabetes? (247)

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

M3.4. Aproximadamente, ¿con qué frecuencia controla su nivel de glucosa o azúcar en sangre? Incluya las ocasiones en que fue controlado por un familiar o amigo, pero no cuando el control lo realizó un médico. (248–250)

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

M3.5. ¿Con qué frecuencia se examina los pies para detectar heridas o irritaciones? Incluya las ocasiones en que fue controlado por un familiar o amigo, pero no cuando el control lo realizó un médico. (251–253)

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

- M3.6.** ¿Ha tenido alguna vez alguna herida o irritación en los pies que tardó más de cuatro semanas en sanar? (254)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

- M3.7.** Aproximadamente, ¿cuántas veces consultó a un médico, enfermera u otro profesional de la salud a causa de su diabetes en los últimos 12 meses? (255–256)
- — Cantidad de veces [76 = 76 ó más]
- 8 8 Ninguna
 - 7 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 9 Se niega a contestar

- M3.8.** La prueba “A1C” mide el nivel promedio de azúcar en la sangre durante los últimos tres meses. ¿Cuántas veces ha controlado un médico, enfermera u otro profesional de la salud su “A-uno-C” en los últimos 12 meses? (257–258)
- — Cantidad de veces [76 = 76 ó más]
- 8 8 Ninguna
 - 9 8 Nunca ha oído hablar de la prueba “A-uno-C”.
 - 7 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 9 Se niega a contestar

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

- M3.9.** ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses un profesional de la salud le ha examinado los pies para detectar una posible herida o irritación? (259–260)
- — Cantidad de veces [76 = 76 ó más]
- 8 8 Ninguna
 - 7 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 9 Se niega a contestar

- M3.10.** ¿Cuándo fue la última vez que le realizaron un examen de la vista en el que le dilataron las pupilas? Esto le habría ocasionado una sensibilidad temporal a la luz brillante. (261)

Lea sólo si es necesario:

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

No lea:

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

M3.11. ¿Su médico le ha informado en alguna ocasión que la diabetes le ha afectado los ojos o que ha tenido una retinopatía? (262)

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

M3.12. ¿Ha tomado alguna vez algún curso o clase sobre cómo controlar usted mismo su diabetes? (263)

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

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

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

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

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

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

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

Sección 7: Nivel de conciencia acerca del problema del colesterol

- 7.1** El colesterol es una sustancia grasa que se encuentra en la sangre. **¿Alguna vez controló sus niveles de colesterol en sangre?** (88)
- | | | |
|---|----------------------------|--------------------------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a la siguiente sección] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a la siguiente sección] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a la siguiente sección] |

- 7.2** ¿Cuándo fue la última vez que se realizó un control de los niveles de colesterol en sangre? (89)
- Lea sólo si es necesario:**
- | | |
|---|---|
| 1 | En el último año (en cualquier momento durante de los últimos 12 meses) |
| 2 | En los últimos 2 años (hace más de 1 año pero menos de 2) |
| 3 | En los últimos 5 años (hace más de 2 años pero menos de 5) |
| 4 | Hace 5 años o más |

No lea:

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

- 7.3** ¿Alguna vez algún médico, enfermera u otro profesional de la salud le informó que tenía niveles altos de colesterol en sangre? (90)
- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar |

Sección 8: Prevalencia de las enfermedades cardiovasculares

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

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

- 8.1** ¿(Alguna vez le informaron) que usted había tenido un ataque cardíaco, también llamado infarto de miocardio? (91)
- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar |

- 8.2** ¿(Alguna vez le informaron) que había tenido angina o una enfermedad de las arterias coronarias? (92)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

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

Sección 9: Asma

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

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

Sección 10: Inmunización

- 10.1** La vacuna contra la gripe es una inmunización contra el virus de la influenza que se inyecta en el brazo. En los últimos 12 meses, ¿se ha vacunado contra la gripe? (96)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

- 10.2** En los últimos 12 meses, ¿ha recibido una vacuna contra la gripe en forma de spray nasal? La vacuna contra la gripe en forma de spray nasal se conoce también como FluMist™. (97)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

- 10.3** La vacuna contra la neumonía, o vacuna neumocócica, suele inyectarse una o dos veces en la vida de una persona y es distinta de la vacuna contra la gripe. ¿Alguna vez recibió una vacuna contra la neumonía? (98)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

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

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

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

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

- 10.5** Por favor dígame si CUALQUIERA de las siguientes frases le corresponde a USTED. NO me diga CUÁL de ellas le corresponde; solamente si ALGUNA le corresponde:
- Tiene hemofilia y le administraron un concentrado de factor de la coagulación
Ha tenido sexo con un hombre que tuvo sexo con otro hombre, incluso una sola vez
Se ha inyectado drogas que se venden en la calle, incluso si fue sólo una vez
Tuvo relaciones sexuales a cambio de dinero o drogas, incluso si fue sólo una vez
Obtuvo un resultado positivo en una prueba del VIH
Tuvo relaciones sexuales (incluso si fue sólo una vez) con alguien que podría haber contestado "sí" a cualquiera de estas afirmaciones
Durante el año pasado tuvo relaciones sexuales con dos o más personas diferentes
- ¿Alguna de las frases anteriores se aplica en su caso? (100)

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

Sección 11: Consumo de tabaco

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

NOTA: 5 cajillas = 100 cigarrillos

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

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

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

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

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

Sección 12: Características demográficas

12.1 ¿Qué edad tiene? (104–105)

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

IF NECESSARY: Anteriormente usted me dio la edad cuando fue dicho que tenía diabetes por primera vez y era mayor que la edad suya. Me puede decir la edad que tenía cuando fue dicho que tenía diabetes.

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

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

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

(Marque todas las opciones que correspondan)

Por favor lea:

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

U

- 6 Otro [especifique] _____

No lea:

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

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

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

- 1 Blanco
- 2 Negro o Afroamericano
- 3 Asiático
- 4 Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacífico
- 5 Indio americano o nativo de Alaska
- 6 Otro [especifique] _____
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

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

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

12.6 ¿Usted...? (115)

Por favor lea:

- 1 Está casado/a
- 2 Está divorciado/a
- 3 Es viudo/a
- 4 Está separado/a
- 5 Nunca se ha casado
- 6 Vive en pareja pero sin estar casado/a

No lea:

- 9 Se niega a contestar

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

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

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

Lea sólo si es necesario:

- 1 Nunca fue a la escuela o sólo recibió educación preescolar.
- 2 De 1° a 8° grado (Primaria)
- 3 Del 9° al 11° grado (educación secundaria incompleta)
- 4 12° grado o GED / Certificado de Desarrollo de Educación General (Graduado/a de la escuela secundaria)
- 5 De 1 a 3 años de Universidad (algún tipo de educación universitaria o técnica de nivel terciario)
- 6 4 ó más años de Universidad (Graduado/a universitario/a)
- 9 Se niega a contestar

12.9 Actualmente, ¿usted...?

(119)

Por favor lea:

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

No lea:

- 9 Se niega a contestar

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

(120–121)

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

Lea sólo si es necesario:

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

No lea:

- 77 No sabe / No está seguro/a
- 99 Se niega a contestar

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

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

Redondee los decimales hacia arriba

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

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

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

Redondee los decimales hacia abajo

— / — — —	de estatura	(pies/ pulgadas/ metros/ centímetros)
7 7 7 7	No sabe / No está seguro/a	
9 9 9 9	Se niega a contestar	

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

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

Redondee los decimales hacia arriba

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

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

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

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

- 12.15** ¿En que condado vive? (135–137)
- | | |
|-------|--|
| _____ | Código FIPS [Federal Information Processing Standards] del condado |
| 7 7 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 9 9 | Se niega a responder |
-
- 12.16** ¿Cuál es el código postal de la localidad donde vive? (138-142)
- | | |
|-----------|----------------------------|
| _____ | Código postal |
| 7 7 7 7 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 9 9 9 9 | Se niega a contestar |
-
- 12.17** ¿Tiene más de un número de teléfono en su hogar? No incluya números de teléfonos celulares ni números que sólo se utilicen para una computadora o un fax. (143)
- | | | |
|---|----------------------------|---------------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a la P12.19] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a la P12.19] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a la P12.19] |
-
- 12.18** ¿Cuántos de estos números de teléfono son números particulares? (144)
- | | |
|-------|---|
| _____ | Números de teléfono particulares [6=6 ó más] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar |
-
- 12.19** En los últimos 12 meses, ¿su hogar ha estado sin servicio telefónico durante 1 ó más semanas? No incluya los cortes del servicio telefónico debido a situaciones climáticas o desastres naturales. (145)
- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar |
-
- 12.20** **Indique el sexo del encuestado / de la encuestada. Pregunte sólo si es necesario.** (146)
- | | | |
|---|-----------|--|
| 1 | Masculino | [Pase a la siguiente sección] |
| 2 | Femenino | [Si la encuestada es mayor de 45 años, pase a la siguiente sección] |
-
- 12.21** Que usted sepa, ¿está embarazada? (147)
- | | |
|---|--------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe / No está segura |
| 9 | Se niega a contestar |

Sección 13: Consumo de alcohol

13.1 En los últimos 30 días, ¿ha bebido al menos un trago de cualquier bebida alcohólica, como cerveza, vino, bebidas a base de malta o alcoholes fuertes destilados (liquor)?

(148)

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

13.2 En los últimos 30 días, ¿en cuántos días por semana o por mes bebió al menos un trago de cualquier bebida alcohólica?

(149–151)

- | | | | |
|-------|-------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| 1 | _____ | Días por semana | |
| 2 | _____ | Días en los últimos 30 días | |
| 8 8 8 | | Ningún trago en los últimos 30 días | [Pase a la siguiente sección] |
| 7 7 7 | | No sabe / No está seguro/a | |
| 9 9 9 | | Se niega a contestar | |

13.3 Un trago equivale a una cerveza de 12 onzas (350 cl), a una copa de vino de 5 onzas (150 cl) o a una medida de licor. Los días en que bebió, en los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos tragos bebió en promedio?

(152-153)

- | | |
|-------|----------------------------|
| _____ | Cantidad de tragos |
| 7 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 9 | Se niega a contestar |

13.4 Tomando en cuenta todo tipo de bebida alcohólica, ¿cuántas veces en los últimos 30 días bebió 5 ó más tragos en la misma oportunidad?

(154–155)

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

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

(156–157)

- | | |
|-------|----------------------------|
| _____ | Cantidad de tragos |
| 7 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 9 | Se niega a contestar |

Sección 14: Discapacidad

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

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

- 14.2** ¿Tiene actualmente algún problema de salud que le exija usar algún tipo de equipo especial, como un bastón, una silla de ruedas, o una cama o un teléfono especial? (159)
- Incluya el uso ocasional o el uso de estos equipos en determinadas circunstancias específicas.**
- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar |

Sección 16: Artritis

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

- 15.1** En los últimos 30 días, ¿ha tenido algún síntoma de dolor, molestias o rigidez en o alrededor de alguna articulación? (160)
- | | | |
|---|----------------------------|--------------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a la P15.4] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a la P15.4] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a la P15.4] |
- 15.2** ¿Los primeros síntomas en sus articulaciones comenzaron hace más de tres meses? (161)
- | | | |
|---|----------------------------|--------------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a la P15.4] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a la P15.4] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a la P15.4] |

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

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

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

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

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

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

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

Sección 16: Frutas y Verduras

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

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

- 16.5** ¿Con qué frecuencia come zanahorias? (177-179)
- 1 __ _ Por día
 - 2 __ _ Por semana
 - 3 __ _ Por mes
 - 4 __ _ Por año
 - 5 5 5 Nunca
 - 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 9 9 Se niega a contestar

- 16.6** Sin contar las zanahorias, las patatas o las ensaladas, ¿cuántas porciones de verduras suele comer? (Ejemplo: Una porción de verduras al almuerzo y una a la cena serían dos porciones.) (180-182)
- 1 __ _ Por día
 - 2 __ _ Por semana
 - 3 __ _ Por mes
 - 4 __ _ Por año
 - 5 5 5 Nunca
 - 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 9 9 Se niega a contestar

Sección 17: Actividad física

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

- 17.1** Cuando está en el trabajo, ¿cuál de las siguientes opciones describe mejor su actividad? Diría usted que... (183)

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

Por favor lea:

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

No lea:

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

Por favor lea:

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

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

(184)

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

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

(185-186)

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

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

(187-189)

- | | | |
|-------|----------------------------|--|
| ._. | Horas y minutos por día | |
| 7 7 7 | No sabe / No está seguro/a | |
| 9 9 9 | Se niega a contestar | |

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

(190)

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

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

(191-192)

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

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

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

Sección 19: Apoyo emocional y grado de satisfacción con la vida

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

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

Por favor lea:

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

No lea:

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

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

Por favor lea:

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

No lea:

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

Sección 20: Enfermedad gastrointestinal

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

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

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

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

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

(209)

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

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

(210)

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

Párrafo de cierre, Transición a módulos y/o Preguntas adicionales de los Estados

Transición a módulos y/o preguntas adicionales

Por favor lea:

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

Módulos opcionales

Módulo 7: Medidas para controlar la presión arterial alta

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

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

M7.1. ¿(Está) cambiando sus hábitos alimenticios (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (289)

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

M7.2. ¿(Está) disminuyendo la ingesta de sal (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (290)

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

M7.3. ¿(Está) reduciendo el consumo de alcohol (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (291)

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

- M7.4.** ¿(Está) haciendo ejercicio (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (292)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

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

- M7.5.** ¿(Alguna vez le recomendaron) cambiar sus hábitos alimenticios (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (293)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

- M7.6.** ¿(Alguna vez le recomendaron) ingerir menos sal (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (294)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 3 No consume sal
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

- M7.7.** ¿(Alguna vez le recomendaron) reducir el consumo de alcohol (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (295)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 3 No bebe alcohol
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

- M7.8.** ¿(Alguna vez le recomendaron) hacer ejercicio (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (296)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

- M7.9.** ¿(Alguna vez le recomendaron) tomar medicamentos (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (297)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Se niega a contestar

M7.10. ¿Se le informó en **dos o más consultas médicas** que usted tenía presión arterial alta? (298)

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

- 1 Sí
- 2 Sí, pero la encuestada dijo que fue únicamente durante el embarazo
- 3 No
- 4 Le informaron que tenía presión media-alta o prehipertensión
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

Módulo 9: Salud femenina

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

Las proximas preguntas son de cancer de zeno y cancer de el cervix utero.

M9.1. La mamografía es una radiografía que se realiza a cada uno de los senos para detectar la existencia de un posible cáncer de mama. ¿Alguna vez se hizo una mamografía? (312)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a la M9.3]**
- 7 No sabe / No está segura **[Pase a la M9.3]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a la M9.3]**

M9.2. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una mamografía? (313)

Lea sólo si es necesario:

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

No lea:

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

M9.3. Un examen clínico de mama es cuando un médico, enfermera u otro profesional de la salud palpa sus senos para detectar la posible existencia de bultos. ¿Alguna vez le hicieron un examen clínico de mama? (314)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a la M9.5]**
- 7 No sabe / No está segura **[Pase a la M9.5]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a la M9.5]**

M9.4. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo un examen de mama? (315)

Lea sólo si es necesario:

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

M9.5. Un PAP (Papanicolau) es un examen que se realiza para detectar la existencia de cáncer en el cuello del útero. ¿Alguna vez se hizo un PAP? (316)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a la M9.7]**
- 7 No sabe / No está segura **[Pase a la M9.7]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a la M9.7]**

M9.6. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo un PAP? (317)

Lea sólo si es necesario:

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

No lea:

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

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

M9.7. ¿Le han practicado una histerectomía? (318)

Lea sólo si es necesario:

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

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

Módulo 13: Control de la artritis

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

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

M13.1. Anteriormente usted dijo que padecía artritis o que presentaba síntomas de problemas en las articulaciones. Con respecto a sus síntomas de artritis o de problemas en las articulaciones, ¿cuál de las siguientes opciones describe su situación **actual** de forma más acertada?

(345)

Por favor lea:

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

No lea:

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

M13.2. ¿Alguna vez algún médico u otro profesional de la salud le recomendó que adelgazara para aliviar los síntomas de artritis o de otros problemas en las articulaciones?

(346)

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

M13.3. ¿Alguna vez algún médico u otro profesional de la salud le recomendó hacer actividad física o ejercicio para aliviar las molestias vinculadas a la artritis o a otros problemas en las articulaciones?

(347)

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

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

- M13.4.** ¿Alguna vez ha tomado algún curso o ha asistido a alguna clase educativa para aprender a controlar los problemas vinculados a la artritis u otros síntomas de problemas en las articulaciones? (348)
- | | | |
|---|----------------------------|--|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | |
| 9 | Se niega a contestar | |

FL 1: Call Back

- FL1.1** ¿Podemos llamarlo más tarde para hacerle preguntas adicionales sobre importantes temas de salud? (xxx)
- | | | |
|---|----------------------------|---------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | SKIP to FL2.1 |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | SKIP to FL2.1 |
| 9 | Se niega a contestar | SKIP to FL2.1 |
- FL2.1** ¿Cómo se llama? (XXX-XXX)
-

FL 2: Epilepsy

- FL2.1.** ¿Le ha dicho un médico que usted sufre de un trastorno de la convulsión o de la epilepsia? (xxx)
- | | | |
|---|-------------------|-----------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | ((Go to next Section) |
| 7 | No sabe/No seguro | ((Go to next Section) |
| 9 | Rehusado | ((Go to next Section) |
- FL2.2.** ¿Toma usted corrientemente algunos medicamentos para controlar su trastorno de la convulsión o la epilepsia? (xxx)
- | | | |
|---|-------------------|--|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | |
| 7 | No sabe/No seguro | |
| 9 | Rehusado | |

FL 3: Antibiotic Resistance

- FL3.1 Algunas infecciones son causadas por bacterias que los antibióticos comunes no pueden matar. ¿Alguna vez ha escuchado hablar sobre las infecciones resistentes a los antibióticos? (xxx)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro
 - 9 Rehusado

FL 4: Home Environment

Las siguientes dos preguntas tratan sobre el agua que se usa en su casa.

- FL4.1. ¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua en su casa? (xxx)
- [Por favor lea si es necesario: Esto se refiere a la fuente de abastecimiento de agua que llega a las llaves dentro de su casa.]
- 1 El sistema de agua de la ciudad, condado o pueblo
 - 2 Un sistema de agua pequeño operado por una asociación residencial
 - 3 Un pozo privado que abastece su casa
 - 4 Otra fuente
 - 7 No sabe/no está seguro(a)
 - 9 Se rehusa

- FL4.2. ¿Cuál de las opciones siguientes describe mejor el agua que usted bebe en su casa con más frecuencia? (xxx)
- Por favor lea**
- 1 Agua de la llave sin filtrar
 - 2 Agua de la llave filtrada
 - 3 Agua embotellada o comprada
 - 4 Agua de alguna otra fuente
- No lea**
- 7 No sabe/no está seguro(a)
 - 9 Se rehusa

FL 5: Air Quality and Physical Activity

Las próximas preguntas son acerca de la calidad del aire libre donde usted vive. En estas preguntas, la calidad del aire libre se refiere al nivel de limpieza del aire, o lo sucio que es.

- FL5.1.** Por favor, piense de los últimos 12 meses. ¿Cuántas veces redujo o cambió usted su actividad al aire libre porque usted pensaba que la calidad del aire era malo o afectaba como usted se sentía? (Por ejemplo, evitar hacer ejercicios al aire libre o actividades vigorosas al aire libre.) Por favor, no incluye las veces que usted hizo cambios a causa de niveles altos de polen.

(xxx)

Read

- 1 Ningunas veces
- 2 1 a 3 veces
- 3 4 a 6 veces
- 4 Más de 6 veces
- 7 (VOL) No sabe/No seguro
- 9 (VOL) Rehusado

- FL5.2.** El gobierno por rutina, colecciona la información acerca de la calidad del aire libre que pueda ser distribuida por emisoras de radio, TV y periódicos locales para ayudar informar al público de los niveles de la polución del aire. ¿Ha usted alguna vez oído u leído algo acerca de los índices de la calidad del aire libre o los avisos de la calidad del aire libre donde usted vive? Por favor, no incluye las veces que usted haya oído u leído algo acerca de los niveles altos de polen.

(xxx)

- 1 Sí
- 2 No [Go to Question FL5.4]
- 7 (VOL) No sabe/No seguro [Go to Question FL5.4]
- 9 (VOL) Rehusado [Go to Question FL5.4]

- FL5.3.** Por favor, piense de los últimos 12 meses. ¿Cuántas veces redujo o cambió usted su actividad al aire libre basado en el índice de la calidad del aire libre o avisos de la calidad del aire libre? (Por ejemplo, evitar hacer ejercicios al aire libre o actividades vigorosas al aire libre.) Por favor, no incluye las veces que usted hizo cambios a causa de niveles altos de polen.

(xxx)

Read

- 1 Ningunas veces
- 2 1 a 3 veces
- 3 4 a 6 veces
- 4 Más de 6 veces
- 7 (VOL) No sabe/No seguro
- 9 (VOL) Rehusado

FL5.4. ¿Le ha dicho un médico, enfermera u otro profesional de la salud que debe reducir sus actividades al aire libre cuando la calidad del aire es malo?)

(xxx)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 (VOL) No sabe/No seguro
- 9 (VOL) Rehusado

FL6: Injury

FL6.1 Si su hijo tiene entre cuatro y ocho años, ¿usa silla para niños cuando viaja en auto?

(XXX)

- 1 No tengo un hijo entre cuatro y ocho años
- 2 Sí, siempre
- 3 Sí, a veces
- 4 No, mi hijo es muy grande en edad y en talla para usar silla para niños
- 5 No, la ley no exige que mi hijo use silla para niños
- 6 No sé qué es una silla para niños

FL6.2 Si tiene piscina, jacuzzi o bañera relajante en su casa, ¿cuándo la construyeron?

(XXX)

- 1 No tengo piscina, jacuzzi ni bañera relajante en mi casa SKIP TO FL7.1
- 2 Antes del 1º de octubre de 2000
- 3 Después del 1º de octubre de 2000

FL6.3 Si tiene piscina, jacuzzi o bañera relajante en su casa, ¿qué medidas de seguridad usa?

(XXX)

- 01 No tengo piscina, jacuzzi ni bañera relajante en mi casa
- 02 Una cubierta de seguridad
- 03 Una cerca o reja alrededor, con puertas que se cierran y se aseguran solas
- 04 Puertas de la casa hacia la piscina o bañera exterior que se cierran y aseguran solas
- 05 Alarmas en ventanas y puertas de la casa hacia la piscina o bañera exterior
- 06 Una combinación de dos o más medidas de seguridad
- 08 Ninguna
- 77 (VOL) No sabe/No seguro
- 99 (VOL) Rehusado

FL7: Tobacco

FL7.1 Durante los pasados siete días, ¿aproximadamente cuántas horas (totales en una semana) pasó en una habitación (en el trabajo o en el hogar) donde alguien estuvo fumando?

(XXX-XXX)

- 1 Cero horas
- 2 Más de cero horas, pero menos de una hora {ejemplo: 30 minutos o media hora}
- 3 1 a 2 horas
- 4 3 a 5 horas
- 5 6 a 10 horas {ejemplo: 1 hora diaria durante una semana}
- 6 11 a 20 horas {ejemplo: 2 horas diarias durante una semana}
- 7 21 a 50 horas
- 8 51 a 100 horas
- 9 101 a 168 horas
- 77 (VOL) No sabe/No seguro
- 99 (VOL) Rehusado

FL7.2 Durante los pasados doce meses, ¿alguna vez compró o le dio a algún menor de 18 años cigarrillos, tabaco o cualquier otro producto similar?

(xxx)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 (VOL) No sabe/No seguro
- 9 (VOL) Rehusado

FL8: Folic Acid

FL8.1 ¿Actualmente toma algún multivitamínico?

(xxx)

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

FL9: Immunization/Influenza

FL9.1 ¿Cuál es la PRINCIPAL razón por la cual NO se ha vacunado contra la gripe para esta temporada?
(xxx-xxx)

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

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

- 1 Necesidad: no cree necesitarlo / no es recomendable
- 2 Le preocupa la vacuna: efectos colaterales / puede causar gripe / no funciona
- 3 No tiene acceso
- 4 Costo: no tiene para comprarla
- 5 El proveedor no la ofrece
- 6 Falta de vacuna: la vacuna es para quien más la necesita
- 7 Falta de vacuna: intentó buscar una, pero lo logró
- 8 Falta de vacuna: no cumple los requisitos para que le den una
- 9 Alguna otra razón
- 7 7 No sabe / No está seguro/a (**Pregunte: “¿Cuál fue la principal razón?”**)
- 9 9 Rehusó contestar

FL9.2 ¿Algún doctor, enfermera u otro profesional de la salud alguna vez le dijo que usted tiene alguno de los siguientes problemas de salud?
(xxx)

Lea todos los problemas que se indican a continuación:

Asma; problemas pulmonares diferentes de asma; problemas cardiacos; diabetes; problemas renales; sistema inmunológico debilitado por enfermedades crónicas como cáncer, VIH o SIDA o medicinas como los esteroides; anemia drepanocítica u otra clase e anemia

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a la FL9.4]**
- 7 No sabe / No está seguro/a **[Pase a la FL9.4]**
- 9 Rehusó contestar **[Pase a la FL9.4]**

FL9.3 ¿Todavía padece (ese o cualquiera de esos) problema(s)?
(xxx)

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

FL9.4 ¿En la actualidad trabaja en una institución de atención de la salud, por ejemplo, clínica médica, hospital u hogar para ancianos? Esto incluye trabajo de tiempo parcial y trabajo voluntario.

(xxx)

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

FL9.5 ¿Tiene contacto directo cara a cara o tiene que tocar a los pacientes como parte de su trabajo de rutina?

(xxx)

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

FL10: Dental Care Access

FL10.1 Durante los pasados doce meses, ¿alguna vez necesitó ir al doctor o al dentista, pero no pudo ir por costos?

(xxx)

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

FL11: Detección del cáncer de próstata

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

Ahora, le voy a preguntar acerca de cancer de próstata.

FL11.1. La prueba del antígeno específico de la próstata, llamada también PSA (por sus siglas en inglés), es un análisis de sangre que se usa para detectar el cáncer de próstata. ¿Alguna vez se hizo una prueba PSA?

(xxx)

- | | | |
|---|--------------------------|---------------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a la FL11.3] |
| 7 | No sabe / No está seguro | [Pase a la FL11.3] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a la FL11.3] |

FL11.2. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una prueba PSA?

(xxx)

Lea sólo si es necesario:

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

No lea:

- 7 No sabe
- 9 Se niega a contestar

FL11.3. Un examen digital del recto es un examen en el que un médico, enfermero u otro profesional de la salud palpa el recto con el dedo enguantado para examinar el tamaño, la forma y la dureza de la glándula prostática. ¿Alguna vez le hicieron un examen digital del recto?

(xxx)

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

FL11.4. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo un examen digital del recto?

(xxx)

Lea sólo si es necesario:

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

No lea:

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

FL 12: Detección del cáncer colorrectal

Nota CATI: Si el encuestado / la encuestada tiene 49 años o más, pase al FL 13.

FL12.1. La prueba de sangre en las heces es una prueba que puede hacerse con un dispositivo de test especial para uso en el hogar, a fin de detectar la presencia de sangre en las heces. ¿Alguna vez se hizo esta prueba utilizando un dispositivo de test de uso doméstico?

(xxx)

- | | | |
|---|----------------------------|---------------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a la FL12.3] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a la FL12.3] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a la FL12.3] |

FL12.2. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una prueba de sangre en las heces utilizando un dispositivo de test de uso doméstico?

(xxx)

Lea sólo si es necesario:

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

No lea:

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

FL12.3. La sigmoidoscopia y la colonoscopia son exámenes en los que se inserta un tubo en el recto para examinar los intestinos a fin de detectar señales de cáncer u otros trastornos de salud. ¿Alguna vez se ha hecho alguno de estos exámenes?

(xxx)

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

FL12.4. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una sigmoidoscopia o colonoscopia?

(xxx)

Lea sólo si es necesario:

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

No lea:

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

FL 13: Skin Cancer

FL13.1. Cuando usted está al aire libre, expuesto(a) al sol, con el propósito de broncearse O en una cama bronceadora, que producto usa típicamente? (xxx)

- 1 Acelerador de bronceado
- 2 Crema bronceadora con un factor de protección solar de menos de 15 FPS
- 3 Crema bloqueadora con un factor de protección solar de 15 FPS o más
- 4 No usa ningún producto para la piel (Ir al siguiente módulo)
- 5 No me bronceo a propósito al aire libre o uso una cama bronceadora
- 6 Otro
- 7 (VOL) No sabe/No está seguro(a) (Ir al siguiente módulo)
- 9 (VOL) Se rehusó (Ir al siguiente módulo)

FL13.2. Cuando usted está al aire libre, expuesto(a) al sol, con el propósito de broncearse, se reaplica la crema bronceadora? (xxx)

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No, No me bronceo a propósito al aire libre
- 7 (VOL) No sabe/No está seguro(a)
- 9 (VOL) Se rehusó

FL 14: Step-Up, Florida

FL14.1 Durante febrero, todos los condados de Florida participan en una campaña de actividad física llamada Step Up Florida. ¿Ha visto o escuchó algo sobre esta campaña estatal o ha participado en alguna de las actividades o eventos de esta campaña?

(xxx)

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

FL 15: Environment – Harmful Algal Blooms

La siguiente pregunta es sobre su salud y ambientes acuáticos como océanos, bahías, lagos, manantiales y ríos. Algunas veces en esos lugares existen concentraciones de algas que pueden producir toxinas naturales (esas concentraciones de algas son nocivas para la salud).

FL15.1. ¿Alguna vez ha estado enfermo o sufrió alguna reacción por causa de lo siguiente: **marea roja de la Florida, alga azul verdosa** (conocida como cianobacteria), **ciguatera** después de comer pescado o por comer **pez globo**? (xxx-XXX)

- 1 Marea roja de la Florida
- 2 Alga azul verdosa
- 3 Ciguatera
- 4 Envenenamiento con pez globo
- 5 Le han sucedido dos de ellas
- 6 Le han sucedido tres de ellas
- 7 Le han sucedido todas
- 8 No sabe qué son las algas nocivas para la salud
- 10 No
- 77 Don't know
- 99 Refused

Nota del entrevistador: Existen otros nombres para las toxinas y enfermedades que algunas veces son intercambiables. Como:

- **Marea roja de la Florida: brevetoxinas; envenenamiento neurotóxico por mariscos**
- **Alga azul verdosa: cianobacterias**
- **Toxinas del alga azul verdosa: cianotoxinas**
- **Envenenamiento por pez globo: Saxitoxinas**
- **Saxitoxina: envenenamiento de parálisis por ingestión de mariscos**
- **Ciguatera : envenenamiento por ingestión de pescado**

FL 16: Substance Abuse

FL16.1 ¿Qué opina sobre el hecho de que los **adultos** prueben la marihuana o el hachís una o dos veces? (xxx)

- 1 Ni lo aprueba ni lo desaprueba
- 2 De cierto modo lo desaprueba
- 3 Lo desaprueba por completo
- 4 Aprueba
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

FL 17: Violencia sexual

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

FL17.0 ¿Está en un sitio seguro para poder contestar mis preguntas? (xxx)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a la frase de county specific de la encuesta]**

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

FL17.1 En los últimos 12 meses, ¿alguien le ha tocado en partes privadas del cuerpo a pesar de que usted le hubiera dicho o demostrado que no quería que lo hiciera, o sin su consentimiento (por ejemplo, le han “manoseado” o “toqueteado”)? (xxx)

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

FL17.2 En los últimos 12 meses, ¿alguien le ha expuesto a situaciones sexuales no deseadas que no incluyen contacto físico? Ejemplos: acoso sexual, exposición no deseada de partes privadas del cuerpo, ser espiado/a por un “mirón” o alguien que le obliga a mirar fotografías o películas pornográficas? (xxx)

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

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

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

FL17.3 ¿ALGUNA VEZ alguien tuvo relaciones sexuales con usted o intentó tener relaciones sexuales con usted a pesar de que usted le hubiera dicho o demostrado que no quería hacerlo o eso se hizo sin su consentimiento?

(xxx)

- | | | |
|---|----------------------------|---|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a la Closing/County Questions] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a la Closing/County Questions] |
| 9 | Rehusó contestar | [Pase a la Closing/County Questions] |

FL17.4 Piense en el incidente más reciente que involucró a la persona que **tuvo relaciones sexuales con usted** –o bien- **intentó tener relaciones sexuales con usted** a pesar de que usted le hubiera dicho o demostrado que no quería hacerlo o se hizo sin su consentimiento. ¿Qué relación tiene esa persona con usted?

(xxx-xxx)

No lea:

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

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

County Added 1: Clay County

Finalmente, tengo unas preguntas de el departamento de salud de su condado.

CC1.1 ¿Su familia tiene un plan de preparación para desastres para evacuar en caso de un desastre natural? (xxx)

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

CC1.2. ¿Siente que la tasa de crecimiento en su comunidad durante los pasados cuatro años ha impactado de forma negativa su calidad de vida? (INTERVIEWER: If response is 'yes', probe for significantly or slightly) (xxx)

- 1 Sí, mucho
- 2 Sí, poco
- 3 No
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

CC1.3. ¿Qué tan a menudo durante los pasados seis meses ha nadado, remado, pescado, montado en motos acuáticas o navegado en aguas con una visible cantidad de alga azul verdosa (una capa de suciedad de estanque) en la superficie del agua? (xxx-xxx)

- _____ Number of times
- 00 None
- 77 No sabe / No está seguro/a
- 99 Rehusó contestar

CC1.4. ¿Alguna vez un doctor o profesional de la salud le dijo a usted o a alguno de sus familiares que tenía la enfermedad de Alzheimer? (xxx)

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

CC1.5. ¿Cuántas veces durante los pasados doce meses dejó de tomar un antibiótico prescrito antes de la fecha recomendada para terminar el periodo de toma de la medicina? (xxx-xxx)

- _____ Number of times
- 00 None
- 77 No sabe / No está seguro/a
- 99 Rehusó contestar

- CC1.6. ¿Recibió la vacuna contra el tétano en estos últimos diez años? (xxx)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Rehusó contestar
- CC1.7. ¿En los pasados cinco años sufrió una herida abierta por causa accidental o de la mordida de un animal que desgarró la piel y luego desarrolló una infección en la herida? (xxx)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Rehusó contestar
- CC1.8. ¿Se aplica bloqueador solar cuando realiza actividades sencillas al aire libre como arreglar el jardín, dar un paseo corto o mientras está afuera por menos de una hora? (especifique si se aplica bloqueador solar antes o después de salir) (xxx)
- 1 Sí, me lo aplico antes de salir
 - 2 Sí, me lo aplico después de salir
 - 3 Sí, me lo aplico antes y después de salir
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Rehusó contestar
- CC1.9. ¿Actualmente está buscando mejorar su salud o la salud de su familia? (xxx)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Rehusó contestar
- CC1.10. ¿En los últimos doce meses ha hecho alguna vez una prueba a su sistema de agua para ver si hay bacterias y parásitos? (No incluye la revisión por parte de empresas descalcificadoras de agua). (xxx)
- 1 Sí, la prueba de bacterias solamente
 - 2 Sí, la prueba de parásitos solamente
 - 3 Sí, ambas, de bacteria y parásitos
 - 4 None
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Rehusó contestar

County Added 2: Collier County

Finalmente, tengo unas preguntas de el departamento de salud de su condado.

CC2.1. ¿Usted o su familia tienen un plan de preparación para desastres en caso de un desastre natural? (xxx)

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

CC2.2. ¿Recibió la vacuna contra el tétano en estos últimos diez años? (xxx)

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

CC2.3. ¿Conoce los servicios que el Departamento de Salud del Condado Collier le ofrece al público? (xxx)

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

CC2.4. ¿Cuál es su mayor preocupación de salud en el Condado Collier? (xxx-xxx)

- 1 VIH, SIDA
- 2 ETS, Hepatitis
- 3 Preparación en caso de huracán
- 4 Gripe pandémica, preparación en salud pública
- 5 Calidad del agua y de las playas
- 6 Enfermedades crónicas (diabetes, cardíacas, derrame cerebral, tabaco y obesidad)
- 7 Cáncer de la piel
- 8 Acceso al cuidado de la salud, cuidado primario
- 9 Servicios de cuidado preventivo
- 10 Salud mental
- 11 Dental
- 12 Otro
- 77 No sabe / No está seguro/a
- 99 Rehusó contestar

CC2.5. ¿Qué tan probable cree que una gripe pandémica (un brote generalizado) ocurra durante los próximos quince años? (xxx)

- 1 Muy probable
- 2 Probable
- 3 Improbable
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

County Added 3: Duval County

Finalmente, tengo unas preguntas de el departamento de salud de su condado.

CC3.1. ¿Cuántas latas o vasos de bebidas dulces (como té dulce, Kool-aid, bebidas deportivas o energéticas o bebidas de frutas) consume al día? Obtenga el número por cuántas bebidas del tamaño de una lata normal de refresco consume [12 oz]. (xxx)

- 1 ninguna
- 2 una o dos
- 3 tres o cuatro
- 4 cinco o seis
- 5 siete o más
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

CC3.2. ¿Cuántas latas o vasos de bebidas sin dulce (como agua, refrescos dietéticos, té sin dulce o leche) consume al día? Obtenga el número por cuántas bebidas del tamaño de una lata normal de refresco consume [12 oz]. (xxx)

- 1 ninguna
- 2 una o dos
- 3 tres o cuatro
- 4 cinco o seis
- 5 siete o más
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

CC3.3. En general, cuando tiene la comida servida, usted come: (xxx)

- 1 una cierta cantidad de comida sin tener en cuenta cuánta hay en el plato
- 2 toda la comida del plato incluso después de no sentir hambre
- 3 toda la comida del plato hasta sentirse lleno
- 4 sigue comiendo incluso después de sentirse lleno
- 7 (VOL) No sabe / No está seguro/a
- 9 (VOL) Rehusó contestar

CC3.4. En general, cuando come en un restaurante de comida rápida, usted: (xxx)

- 1 Ordena el plato según un límite de calorías o alguna otra restricción de dieta
- 2 Ordena lo que le suena rico, sin importar las calorías o el tamaño de la porción
- 3 Ordena porciones más grandes por un buen precio
- 4 Ordena el tamaño más grande siempre que puede
- 5 No come en restaurantes de comida rápida
- 7 (VOL) No sabe / No está seguro/a
- 9 (VOL) Rehusó contestar

CC3.5. ¿De qué tamaño es la porción de carne o pollo que come normalmente? (xxx)

- 1 3 oz. (el tamaño de un mazo de cartas)
- 2 6 oz. (2 mazos de cartas)
- 3 9 oz. (3 mazos de cartas)
- 4 12oz. (4 mazos de cartas)
- 0
- 5 No como carne ni pollo
- 7 (VOL) No sabe / No está seguro/a
- 9 (VOL) Rehusó contestar

CC3.6. En un día promedio, ¿cuántas horas ve televisión, navega en Internet o juega juegos de video? (xxx)

- 1 Ninguna
- 2 Menos de una hora
- 3 1 a 2 horas diarias
- 4 3 a 4 horas diarias
- 5 5 horas o más diarias
- 7 (VOL) No sabe / No está seguro/a
- 9 (VOL) Rehusó contestar

CC3.7. ¿En qué programas de bienestar para empleados participa: (señale todos los que aplican) (xxx-xxx)

- 1 Mi empleador no ofrece programas SKIP to CC3.9
- 2 Mi empleador ofrece programas, pero yo no participo en ellos
- 3 Programas de actividad física para el buen estado de salud
- 4 Clases de nutrición o control de peso o consejería
- 5 Dejar de fumar
- 6 Programas para prevenir o reducir el estrés
- 8 Otro, por favor especifique _____
- 7 (VOL) No sabe / No está seguro/a
- 9 (VOL) Rehusó contestar

CC3.8. ¿Por qué no participa en programas de bienestar en su sitio de trabajo? (señale todos los que aplican) (xxx-xxx)

- 1 Sí participo
- 2 No puedo usar el tiempo de trabajo para participar
- 3 Los programas se ofrecen en horarios que se cruzan con el mío
- 4 No me ofrecen incentivos para motivarme
- 5 No se ofrecen programas que me interesen
- 6 Otro, por favor especifique _____
- 7 (VOL) No sabe / No está seguro/a
- 9 (VOL) Rehusó contestar

CC3.9. ¿Más o menos cuántos días por semana hace un esfuerzo extra para ejercitarse mientras va al trabajo, la escuela o a otros lugares, como subir las escaleras en lugar del ascensor o parquear lejos de adonde va para caminar más? (xxx)

- 1 Nunca
- 2 Al menos un día semanalmente
- 3 Al menos tres días semanalmente
- 4 La mayoría de días a la semana
- 5 Todos los días
- 7 (VOL) No sabe / No está seguro/a
- 9 (VOL) Rehusó contestar

CC3.10. En su tiempo libre, ¿cuántos días por semana participa en sesiones de ejercicios programados como ir al gimnasio, tomar clases para mantener el buen estado físico, correr o caminar con cierta intensidad, etc.? (xxx)

- 1 Nunca
- 2 Al menos un día semanalmente
- 3 Al menos tres días semanalmente
- 4 La mayoría de días a la semana
- 5 Todos los días
- 7 (VOL) No sabe / No está seguro/a
- 9 (VOL) Rehusó contestar

County Added 4: Monroe County

Finalmente, tengo unas preguntas de el departamento de salud de su condado.

CC4.1. ¿Conoce los servicios que el Departamento de Salud del Condado Monroe ofrece al público? (xxx)

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

CC4.2. ¿Alguna vez ha estado en alguna de las clínicas del Departamento de Salud del Condado Monroe en Tavernier, Marathon o Key West (Roth Building, Ruth Ivins y Gato Bldg., la clínica Roosevelt Sands o el Centro de Cuidado de la Salud)?

(xxx)

- | | | |
|---|----------------------------|---------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | SKIP to CC4.4 |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | SKIP to CC4.4 |
| 9 | Rehusó contestar | SKIP to CC4.4 |

CC4.3. Por favor califique su experiencia en las clínicas del Departamento de Salud del Condado Monroe.

(xxx)

- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Excelente |
| 2 | Muy buena |
| 3 | Buena |
| 4 | Regular |
| 5 | Mala |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Rehusó contestar |

CC4.4. ¿Alguna vez ha estado en las oficinas de Salud Ambiental del Departamento de Salud del Condado Monroe (Upper Keys, Marathon o Key West)?

(xxx)

- | | | |
|---|----------------------------|---------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | SKIP to CC4.6 |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | SKIP to CC4.6 |
| 9 | Rehusó contestar | SKIP to CC4.6 |

CC4.5. Por favor califique su experiencia en las oficinas de Salud Ambiental del Departamento de Salud del Condado Monroe.

(xxx)

- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Excelente |
| 2 | Muy buena |
| 3 | Buena |
| 4 | Regular |
| 6 | Mala |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Rehusó contestar |

CC4.6. ¿Cuál es su mayor preocupación de salud en el Condado Monroe?

(xxx-xxx)

- 1 VIH, SIDA
- 2 ETS, Hepatitis
- 3 Preparación en caso de huracán
- 4 Gripe pandémica, preparación en salud pública
- 5 Calidad del agua y de las playas
- 6 Enfermedades crónicas (diabetes, cardíacas, derrame cerebral, tabaco y obesidad)
- 7 Cáncer de la piel
- 8 Acceso al cuidado de la salud, cuidado primario
- 9 Servicios de cuidado preventivo
- 10 Salud mental
- 11 Otro
- 77 No sabe / No está seguro/a
- 99 Rehusó contestar

CC4.7. Estas próximas preguntas son sobre su comportamiento sexual personal y quiero recordarle que sus respuestas son confidenciales. Cuando tiene relaciones sexuales, ¿qué prefiere?

(xxx)

- 1 Soy hombre y tengo relaciones sólo con mujeres.
- 2 Soy hombre y tengo relaciones sólo con hombres.
- 3 Soy mujer y tengo relaciones sólo con hombres.
- 4 Soy mujer y tengo relaciones sólo con mujeres.
- 5 Tengo relaciones con hombres y mujeres.
- 6 No tengo relaciones sexuales.
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

CC4.8. ¿Qué es lo que hace más a menudo para evitar contraer VIH, SIDA o ETS?

(xxx-xxx)

- 1 Usa preservativos
- 2 Limita el número de compañeros sexuales
- 3 Evita el uso o a los usuarios de drogas intravenosas
- 4 Se sale
- 5 Se baña después de tener relaciones
- 6 Sexo oral solamente
- 7 Se masturba
- 8 Sólo está con gente joven
- 9 Nada
- 10 Otros
- 11 No tengo relaciones sexuales
- 77 No sabe / No está seguro/a
- 99 Rehusó contestar

CC4.9. ¿En cuál de los siguientes sitios se siente **más** tranquilo para hacerse una prueba de VIH, SIDA y ETS?

(xxx-xxx)

- 1 El Departamento de Salud del Condado Monroe
- 2 Una camioneta móvil en su vecindario
- 3 Una iglesia
- 4 Un bar
- 5 Un proveedor de salud mental
- 6 Un centro comunitario
- 7 Su casa
- 8 El consultorio de un médico privado
- 9 En ningún lado
- 10 Otro
- 77 (VOL) No sabe / No está seguro/a
- 99 (VOL) Rehusó contestar

CC4.10. ¿Cuáles de las siguientes drogas recreativas ha usado en los últimos doce meses?

(xxx-xxx)

- 1 Marihuana
- 2 Medicinas de prescripción, no usadas contra una enfermedad
- 3 Metanfetaminas
- 4 Cocaína, crack
- 5 Drogas intravenosas
- 6 Otras
- 7 Ninguna
- 77 (VOL) No sabe / No está seguro/a
- 99 (VOL) Rehusó contestar

County Added 5: Orange County

Finalmente, tengo unas preguntas de el departamento de salud de su condado.

CC5.1. ¿Toma aspirina diariamente o cada dos días?

(xxx)

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

Los síntomas de alergia pueden ser similares a los síntomas relacionados con un resfriado y pueden incluir tener nariz tapada, roncar, respiración difícil, ojos llorosos y con ardor y tos. Mientras que los resfriados pueden presentar muchos de estos síntomas, también vienen acompañados comúnmente por síntomas adicionales como fiebre y dolores. Un resfriado desaparece generalmente dentro de siete a diez días; las alergias pueden durar mientras los alérgenos estén presentes.

CC5.2. Durante los pasados doce meses, ¿ha tenido síntomas de resfriado por más de diez días?
(xxx)

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

CC5.3. Los síntomas del asma incluyen tos, respiración dificultosa y corta, endurecimiento del pecho y producción de flemas cuando no tiene un resfriado o una infección respiratoria. Durante los pasados 30 días, ¿qué tan a menudo tuvo síntomas de asma? Diría que:
(xxx)

- 8 Nunca
- 1 Menos de una vez por semana
- 2 Una o dos veces por semana
- 3 Más de dos veces por semana, pero no todos los días
- 4 Todos los días, pero no todo el tiempo
-o-
- 5 Todos los días, todo el tiempo
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

CC5.4. Durante los pasados 30 días, ¿cuántos días tomó medicamentos prescritos para el asma para EVITAR un ataque de la misma?
(xxx)

- 1 Nunca
- 2 1 to 14 days
- 3 15 to 24 days
- 4 25 to 30 days
- 7 (VOL) No sabe / No está seguro/a
- 9 (VOL) Rehusó contestar

CC5.5. Durante los pasados 30 días, ¿más o menos qué tan a menudo se sintió **tan deprimido** que nada lo pudo animar?
(xxx)

[IF NECESSARY: Todos, muchos, algunos, un poco, o ninguno?]

- 1 **Todos**
- 2 **Muchos**
- 3 **Algunos**
- 4 **Un poco**
- 5 **Ninguno**
- 7 (VOL) No sabe / No está seguro/a
- 9 (VOL) Rehusó contestar

- CC5.6.** ¿Cuenta con un plan de desastres y un equipo de emergencia? (xxx)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Rehusó contestar

- CC5.7.** Si reúne los requisitos, ¿se ha inscrito en el Registro de Gente con Necesidades Especiales? (xxx)
- 1 No reúno los requisitos para el Registro de Gente con Necesidades Especiales
 - 2 Sí
 - 3 No
 - 4 No sabía que existía un Registro para Gente con Necesidades Especiales
 - 7 (VOL) No sabe / No está seguro/a
 - 9 (VOL) Rehusó contestar

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

- CC5.8** ¿Está en un sitio seguro para contestar estas preguntas? (xxx)
- 1 Sí
 - 2 No **[Vaya a la frase de cierre de la encuesta]**

- CC5.9** ¿Una persona con quien tenía una relación íntima ALGUNA VEZ LE AMENAZÓ con violencia física? Por ejemplo, le amenazó con pegarle, empujarle, patearle o herirle de algún otro modo. (xxx)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Rehusó contestar

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

- CC5.10** En los últimos 12 meses, ¿una persona con quien tenía una relación íntima ejerció violencia física sobre usted o le obligó a tener relaciones sexuales no deseadas? (xxx)
- 1 Sí
 - 2 No **[Pase a la HOPE Statement]**
 - 7 No sabe / No está seguro/a **[Pase a la HOPE Statement]**
 - 9 Rehusó contestar **[Pase a la HOPE Statement]**

CC5.11 En los últimos 12 meses, ¿sufrió lesiones físicas como moretones, cortes, raspones, moretones en la cara o los ojos, desgarros vaginales o anales o huesos rotos como consecuencia de esa violencia física o relaciones sexuales no deseadas?

(xxx)

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

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

Párrafo de cierre

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