



2005

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

Cuestionario

FLORIDA QUESTIONNAIRE

Spanish Version

Sistema de vigilancia de los factores de riesgo conductuales (Behavioral Risk Factor Surveillance System) Cuestionario estatal 2005

Tabla de contenidos

Sección 1:	Estado de salud	4
Sección 2:	Días en los que goza de buena salud.....	4
Sección 3:	Acceso a cuidados médicos	5
Sección 4:	Ejercicio	6
Sección 5:	Diabetes.....	6
Módulo 1:	Diabetes.....	6
Sección 6:	Nivel de conciencia del problema de hipertensión	9
Sección 7:	Nivel de conciencia del problema del colesterol	9
Sección 8:	Prevalencia de las enfermedades cardiovasculares	10
Sección 9:	Asma.....	10
Sección 10:	Inmunización (FLU – Adult – November – February).....	11
Sección 11:	Consumo de tabaco.....	11
Sección 12:	Consumo de alcohol	12
Sección 13:	Características demográficas	13
Sección 14:	Excombatientes	17
Sección 15:	Discapacidad	17
Sección 16:	Artritis.....	17
Sección 17:	Frutas y verduras	19
Sección 18:	Actividad física.....	20
Sección 19:	VIH/SIDA	22
Sección 20:	Apoyo emocional y grado de satisfacción con la vida.....	23
FLU – Child – November – February.....	Error! Bookmark not defined.	
Módulo 6:	Medidas para controlar la presión arterial alta	25
Módulo 7:	Ataque cardíaco y derrame cerebral.....	27
Módulo 15:	Detección del Cáncer Colorrectal	29
Módulo 17:	Control de la artritis.....	30
State-added 1:	Epilepsy	31
State-added 2:	Other Tobacco Products	32
State-added 3:	Obesity.....	33
State-added 4:	Home Environment	33
State-added 5:	Adult Asthma History	33
State-added 6:	Air Quality and Physical Activity.....	35
State-added 7:	Skin Cancer	36
State-added 8:	Folic Acid	36
Module 25:	Violencia sexual.....	37
Párrafo de cierre		40

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 Florida. 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)**? **Si responde "no"** 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**

¿Hablo con un número de teléfono celular? **En caso afirmativo, [Judith – if yes, interviewer says:]** Muchas gracias, pero por el momento sólo estamos llamando a teléfonos de línea y a domicilios particulares para realizar esta encuesta. **COLGAR**

¿Es ésta una casa de familia? **Si responde "no"** Muchas gracias, pero por el momento sólo estamos haciendo esta encuesta en casas de familia. **COLGAR**

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

___ Número de adultos

Si "1" ¿Es usted el adulto?

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

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

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

___ Número de hombres

___ Número de mujeres

El miembro de su familia con quien necesito hablar es _____.
{Si "usted," pase a la página 4}

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

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

LETTER. Antes de participar, ¿recibió usted una carta por correo que se trataba acerca del estudio?"

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)

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

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)

- ___ ___ Número 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 rehusa

{Si Q2.1 también es "Ninguno", pase a la siguiente sección}

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)

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

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) o otros planes gubernamentales como Medicare? (80)

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

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

[Si responde "No," pregunte: "¿Hay más de una o no hay ninguna persona a la que la 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 rehusa

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 rehusa

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? (83)

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

Sección 5: Diabetes

5.1. ¿Alguna vez algún médico le informó que usted tenía diabetes? (102)

[Si responde "Sí" y es mujer, pregunte "¿Fue únicamente durante el embarazo?"]

[Si la persona encuestada responde prediabetes o diabetes fronteriza, use el código de respuesta 4.]

- 1 Sí
- 2 Sí, pero es mujer y le dijeron que sólo era cuando estaba embarazada **[Pase a la siguiente sección]**
- 3 No **[Pase a la siguiente sección]**
- 4 No, prediabetes o diabetes fronteriza **[Pase a la siguiente sección]**
- 7 No sabe/no está seguro(a) **[Pase a la siguiente sección]**
- 9 Se rehusa **[Pase a la siguiente sección]**

Módulo 1: Diabetes

{Estas preguntas se deben formular si respondió "Sí" (código=1) a la pregunta básica Q5.1.}

M1.1. ¿Qué edad tenía cuando le informaron que tenía diabetes? (201-202)

- ___ ___ Codifique la edad en años **[97 = 97 y mayores]**
- 9 8 No sabe/no está seguro(a)
- 9 9 Se rehusa

M1.2. ¿Está tomando insulina? (203)

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Se rehusa

M1.3. ¿Está tomando píldoras para la diabetes? (204)

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

M1.4. 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. (205 - 207)

- 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 rehusa

M1.5. Aproximadamente, ¿con qué frecuencia se examina los pies para detectar heridas o irritaciones? Incluya las ocasiones que fue controlado por un familiar o amigo, pero no cuando el control lo realizó un médico: (208 - 210)

- 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 rehusa

M1.6. ¿Ha tenido alguna vez alguna herida o irritación en los pies que se tardó más de cuatro semanas en sanar? (205)

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

M1.7. Aproximadamente, ¿cuántas veces consultó a un médico, enfermera u otro profesional de la salud a causa de su diabetes en los últimos 12 meses? (212-213)

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

M1.8. 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? (214-215)

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

{Si responde "no tiene pies" en Q5, pase a Q10}

M1.9. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses un profesional de la salud le ha examinado los pies para detectar heridas o irritación? (216-217)

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

M1.10. ¿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. (218)

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

M1.11. ¿Su médico le ha informado en alguna ocasión que la diabetes le ha afectado los ojos o que ha tenido una retinopatía? (219)

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

M1.12. ¿Ha tomado alguna vez algún curso o clase sobre cómo controlar usted mismo su diabetes? (220)

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

Sección 6: Nivel de conciencia del problema de hipertensión

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

(Si dice "Sí" y es mujer, pregunte ¿Fue únicamente durante el embarazo?)

- (86)
- 1 Sí
 - 2 Sí, pero es mujer y le dijeron que sólo era cuando estaba embarazada **[Pase a la siguiente sección]**
 - 3 No **[Pase a la siguiente sección]**
 - 4 Told borderline high or pre-hypertensive **[Pase a la siguiente sección]**
 - 7 No sabe/No está seguro(a) **[Pase a la siguiente sección]**
 - 9 Se rehusa **[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 rehusa

Sección 7: Nivel de conciencia 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 rehusa **[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 los últimos 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace 1 año, pero menos de 2)
- 3 En los últimos 5 años (hace 2 años, pero menos de 5)
- 4 Hace 5 años o más
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Se rehusa

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

(89)

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

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 al miocardio? (91)

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

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 rehusa

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 rehusa

Sección 9: Asma

9.1. ¿Alguna vez algún médico, enfermera u otro profesional de la salud le dijo que usted tenía asma? (100)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a la siguiente sección]**
- 7 No sabe/no está seguro(a) **[Pase a la siguiente sección]**
- 9 Se rehusa **[Pase a la siguiente sección]**

9.2. ¿Aún tiene asma? (101)

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

Sección 10: Inmunización (FLU – Adult – November – February)

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
- 9 Se niega a responder

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 – **pase a Q10.4**
- 2 No – **Si la respuesta a Q10.1 es "Sí" pase a Q10.4. Si no es así, pase a Q10.6**
- 7 No sabe/ No está seguro – **Si la respuesta a Q10.1 es "Sí" pase a Q10.4; si la respuesta a Q10.1 es "No", pase a Q10.6, si no es así pase a Q10.7**
- 9 Se niega a contestar – **Si la respuesta a Q10.1 es "Sí" pase a Q10.4. Si la respuesta a Q10.1 es "No", pase a Q10.6, si no es así, pase a Q10.7**

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 (No investigue)
- 9 Se niega a responder

Sección 11: Consumo de tabaco

11.1. ¿Ha fumado por al menos 100 cigarrillos en toda su vida? (99)
[5 cajetillas = 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 rehusa **[Pase a la siguiente sección]**

11.2. ¿Actualmente, fuma cigarrillos todos los días, a veces o nunca? (100)

- 1 Todos los días
- 2 A veces
- 3 Nunca **[Pase a la siguiente sección]**
- 9 Se rehusa **[Pase a la siguiente sección]**

11.3. En los últimos 12 meses, ¿dejó de fumar durante un día o más a que estaba intentando dejar de hacerlo? (101)

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

Sección 12: Consumo de alcohol

12.1 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)? (102)

- 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]**

12.2. En los últimos 30 días, ¿en cuántos días por semana o por mes bebió al menos un trago de cualquier bebida alcohólica? (103-105)

- 1__ __ Días a la 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 rehusa **[Pase a la siguiente sección]**

12.3. 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? (106-107)

- __ __ Cantidad de tragos
- 7 7 No sabe/no está seguro(a)
- 9 9 Se rehusa

12.4. Tomando en cuenta todo tipo de bebida alcohólica, ¿cuántas veces en los últimos 30 días bebió 5 o más tragos en la misma oportunidad? (108-109)

- __ __ Cantidad de veces
- 8 8 Ninguna
- 7 7 No sabe/no está seguro(a)
- 9 9 Se rehusa

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

(110–111)

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

Sección 13: Demografía

13.1. ¿Qué edad tiene? (112-113)

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

13.2. ¿Es usted hispano(a) o latino(a)? (114)

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

13.3. ¿Cuál o cuáles de las siguientes diría que es el grupo étnico a la que pertenece? (115-120)
[Marque todas las que correspondan]

Por favor lea

- 1 Blanco
2 Negro o afroamericano
3 Asiático
4 Nativo de Hawaii 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 rehusa

{Si marca más de una respuesta a la Q13.3, continúe. Si no es así, pase a Q13.5}

13.4. ¿Cuáles de los siguientes grupos diría usted que es el más representativo del suyo? (121)

- 1 Blanco
2 Negro o afroamericano
3 Asiático
4 Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico
5 Indio americano o nativo de Alaska
6 Otra **[especifique]** _____
7 No sabe/no está seguro(a)
9 Se rehusa

13.5 ¿Usted?

(122)

Por favor lea

- 1 Está casado(a)
- 2 Está divorciado(a)
- 3 Es viudo(a)
- 4 Está separado(a)
- 5 Nunca se ha casado, **o**
- 6 Vive en pareja pero sin estar casado/a
- 9 (VOL) Se rehusa

13.6 ¿Cuántos niños menores de 18 años viven con usted? (123-124)

- ___ ___ Cantidad de niños
- 8 8 Ninguno
 - 9 9 Se rehusa

13.7 ¿Cuál es el nivel de educación más alto alcanzado? (125)

Lea sólo si es necesario

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

13.8. ¿Actualmente usted? (126)

Por favor lea

- 1 Es empleado asalariado
- 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, **o**
- 8 Está incapacitado/a para trabajar
- 9 (VOL) Se rehusa

13.9 Tomando en cuenta todas las fuentes de ingresos, los ingresos anuales de su núcleo familiar son---? (127-128)

[Si la persona encuestada se rehusa a responder en CUALQUIERA de los niveles de ingresos, codifique como "99 Se rehusa"]

Lea según sea pertinente

- 04 Menores a \$25,000 **{Si responde "no," pregunte 05; si responde "sí," pregunte 03}**
(de \$20,000 a menos de \$25,000)
- 03 Menores a \$20,000 **{Si responde "no," codifique 04; si responde "sí," pregunte 02}**
(de \$15,000 a menos de \$20,000)
- 02 Menores a \$15,000 **{Si responde "no," codifique 03; si responde "sí," pregunte 01}**
(de \$10,000 a menos de \$15,000)
- 01 Menores a \$10,000 **{Si responde "no," codifique 02}**
- 05 Menores a \$35,000 **{Si responde "no," pregunte 06}**
(de \$25,000 a menos de \$35,000)
- 06 Menores a \$50,000 **{Si responde "no," pregunte 07}**
(de \$35,000 a menos de \$50,000)
- 07 Menores a \$75,000 **{Si responde "no," codifique 08}**
(de \$50,000 a menos de \$75,000)
- 08 \$75,000 ó más
- 77 (VOL) No sabe/no está seguro(a)
- 99 (VOL) Se rehusa

13.10. Aproximadamente, ¿cuánto pesa sin zapatos? (129-132)

[Nota: Si la persona encuestada responde en el sistema métrico, anote "9" en la columna 129.]

[Redondee los decimales hacia arriba]

___ ___ ___ ___ de peso
libras/kilogramos

7 7 7 7 No sabe/no está seguro(a)

9 9 9 9 Se rehusa

13.11. Aproximadamente, ¿cuánto mide sin zapatos? (133-136)

[Nota: Si la persona encuestada responde en el sistema métrico, anote "9" en la columna 133.]

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 rehusa

13.12. ¿En qué condado vive? (137-139)

___ ___ ___ Código de condado FIPS
7 7 7 No sabe/no está seguro(a)
9 9 9 Se rehusa

13.13 ¿Cuál es el código postal de la localidad donde vive? (140-144)

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

13.14. ¿Tiene más de un número telefónico en su hogar? No incluya números de teléfonos celulares ni números que sólo se utilicen para una computadora o un fax. (145)

1 Sí
2 No **[Pase a Q13.16]**
7 No sabe/no está seguro(a) **[Pase a Q13.16]**
9 Se rehusa **[Pase a Q13.16]**

13.15. ¿Cuántos de estos números de teléfono son números particulares? (146)

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

13.16. En los últimos 12 meses, ¿su hogar ha estado sin servicio telefónico durante 1 ó más semanas? No incluya los cortes en el servicio telefónico debido a situaciones climáticas o a desastres naturales. (147)

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

13.17. Indique el sexo de la persona encuestada. **[Sólo pregunte si es necesario].** (148)

1 Hombre **[Pase a la siguiente sección]**
2 Mujer **{Si la persona encuestada es mayor de 45 años, pase a la siguiente sección.}**

13.18. Que usted sepa, ¿está embarazada? (149)

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

Sección 14: Excombatientes

La siguiente pregunta trata sobre el servicio militar en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, ya sea en el servicio militares regular o en la Guardia Nacional o la Unidad de Reserva.

14.1 ¿Alguna vez ha estado en servicio activo en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos, ya sea en el servicio militares regular o en la Guardia Nacional o en la Unidad de Reserva militar? (150)

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

Sección 15: Discapacidades

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

15.1. ¿Tiene actualmente alguna limitación para realizar alguna actividad debido a problemas físicos, mentales o emocionales? (151)

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

15.2. ¿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 especial o un teléfono especial? (152)
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 rehusa

Sección 16: Artritis

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

16.1 En **LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS**, ¿ha tenido algún síntoma de dolor, molestias o rigidez en o alrededor de alguna articulación? (153)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a P16.4]**
- 7 No sabe/No está seguro(a) **[Pase a P16.4]**
- 9 Se rehusa **[Pase a P16.4]**

16.2 ¿Los primeros síntomas en sus articulaciones comenzaron hace más de 3 meses? (154)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a P16.4]**
- 7 No sabe/No está seguro(a) **[Pase a P16.4]**
- 9 Se rehusa **[Pase a P16.4]**

16.3 ¿**Alguna vez** consultó a algún médico u a otro profesional de la salud a causa de estos síntomas en las articulaciones? (155)

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

16.4 ¿**ALGUNA VEZ** algún médico u otro profesional de la salud, le informó que tenía algún tipo de artritis, artritis reumatoide, gota, lupus o fibromialgia? (156)

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

Nota para el entrevistador: Los diagnósticos de artritis incluyen:

- **reumatismo, polimialgia reumática**
- **osteoartritis (no osteoporosis)**
- **tendonitis, 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 Henoch-Schonlein, granulomatosis de Wegener, poliarteritis nodosa)**

SI LA RESPUESTA A P15.2= 1 O P15.4 = 1 CONTINÚE. DE NO SER ASÍ, PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN

16.5 ¿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? (157)

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

NOTA: Si la persona encuestada pregunta algo sobre los medicamentos, el entrevistador debe contestar: "Por favor conteste la pregunta de acuerdo a cómo se siente cuando está tomando cualquiera de los medicamentos o tratamientos habituales."

Sección 17: 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.

17.1 ¿Con qué frecuencia bebe jugo de fruta como naranja, pomelo o tomate? (158-160)

- 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 rehusa

17.2 Sin contar los jugos ¿con qué frecuencia come fruta? (161-163)

- 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 rehusa

17.3 ¿Con qué frecuencia come ensaladas verdes? (164-166)

- 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 rehusa

17.4 ¿Con qué frecuencia come patatas, sin contar patatas salteadas, patatas fritas o patatas "chips"? (167-169)

- 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 rehusa

17.5 ¿Con qué frecuencia come zanahorias?

(170-172)

- 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 rehusa

17.6 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.)

(173-175)

- 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 rehusa

Sección 18: Actividad física

Si responde "empleado" o "trabaja por cuenta propia" a la pregunta básica P14.8, continúe. Si no es así, pase a P18.2

18.1 Cuando está en el trabajo, ¿cuál de las siguientes opciones describe mejor su actividad? Diría usted que... (176)

Si la persona 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, o
- 3 Realiza trabajos pesados o que requieren un gran esfuerzo físico la mayor parte del tiempo
- 7 (VOL) No sabe/No está seguro(a)
- 9 (VOL) Se rehusa

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.

18.2 Ahora, considerando las actividades moderadas que usted realiza [**diga** (cuando no está trabajando) **si respondió "empleado" o "trabaja por cuenta propia"**] 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?

(177)

- 1 Sí
- 2 No [**Pase a P18.5**]
- 7 No sabe/No está seguro(a) [**Pase a P18.5**]
- 9 Se rehusa [**Pase a P18.5**]

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

(178-179)

- — Días a la semana
- 7 7 No sabe/No está seguro(a) [**Pase a P18.5**]
- 8 8 No hace ninguna actividad física moderada por lo menos durante 10 minutos seguidos [**Pase a P18.5**]
- 9 9 Se rehusa [**Pase a Q18.5**]

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

(180-182)

- :— — Horas y minutos al día
- 7 7 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 9 9 Se rehusa

18.5 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?

(183)

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

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

(184-185)

- — Días a la semana
- 7 7 No sabe/No está seguro(a) [**Pase a la siguiente sección**]
- 8 8 No hace ninguna actividad física enérgica por lo menos durante 10 minutos seguidos [**Pase a la siguiente sección**]
- 9 9 Se rehusa [**Pase a la siguiente sección**]

- 18.7** En los días en los que realiza actividades intensas durante al menos 10 minutos seguidos, ¿cuánto tiempo, en total, dedica por día a estas actividades? (186-188)

__: __ __ Horas y minutos al día
7 7 7 No sabe/No está seguro(a)
9 9 9 Se rehusa

Sección 19: VIH/SIDA

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

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

- 19.1.** ¿Alguna vez se ha hecho la prueba de VIH? No tenga en cuenta las pruebas que le hayan realizado al donar sangre. Incluya las pruebas de saliva. (189)

1 Sí
2 No **[Pase a Q19.4]**
7 No sabe / No está seguro(a) **[Pase a Q19.4]**
9 Se rehusa **[Pase a Q19.4]**

- 19.2.** Sin incluir las donaciones de sangre, ¿en qué mes y año se realizó la última prueba de VIH? (190-195)

[Nota: Si la respuesta es antes de enero de 1985, codifique "No sabe"]

__/ __ __ __ Código del mes y el año
7 7 7 7 7 7 No sabe/no está seguro(a)
9 9 9 9 9 9 Se rehusa

- 19.3.** ¿Dónde se hizo la última prueba de VIH: con un médico particular, en un consultorio de una HMO, en un centro de asesoramiento y control, en un hospital, en una clínica, en una cárcel o prisión, en su hogar, en un centro para el tratamiento de drogadicción o en algún otro lugar? (196-197)

Código de las instalaciones
01 Médico particular o HMO
02 Centro de asesoramiento y control
03 Hospital
04 Clínica
05 Cárcel o prisión
06 En su hogar
07 En algún otro lugar
08 Centro de tratamiento del consumo de drogas
77 (VOL) No sabe/no está seguro(a)
99 (VOL) Se rehusa

19.4. Voy a leerle una lista. Cuando termine, por favor dígame si alguna de estas situaciones le se aplica en su caso. No es necesario que me indique cuál.

- Ha utilizado drogas intravenosas durante el año pasado.
- Ha recibido tratamiento a causa de alguna enfermedad de transmisión sexual o enfermedad venérea durante el año pasado.
- Ha pagado o recibido dinero o drogas a cambio de sexo el año pasado
- Ha tenido relaciones sexuales anales sin usar preservativo dentro del último año

¿Alguna de estas situaciones se aplica en su caso? (198)

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

Sección 20: 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.

20.1 ¿Con qué frecuencia obtiene el apoyo social y emocional que necesita? (199)

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

20.2 En términos generales, ¿cuán satisfecho/a está con su vida? (200)

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

Hurricane Impact Assessment Module [Florida version]

Los huracanes Katrina, Rita y Wilma impactaron directamente a los residentes de Luisiana, Misipí, Alabama, la Florida y Tejas. Los residentes de los estados vecinos también sufrieron este impacto. Las siguientes cinco preguntas se tratan de cómo usted y su familia fueron afectados por estos huracanes.

21.1 Por favor indique cuál de las siguientes afirmaciones le corresponde mejor a usted:

[NOTA PARA EL ENTREVISTADOR: SI MÁS DE UNA AFIRMACIÓN CORRESPONDE AL PARTICIPANTE, SELECCIONE LA AFIRMACIÓN QUE SE ENCUENTRE MÁS ARRIBA EN LA LISTA, POR EJEMPLO, SI EL PARTICIPANTE MENCIONA AMBAS AFIRMACIONES: “LE DIO ALOJAMIENTO A UNA PERSONA EVACUADA Y TIENE UNA AMISTAD CERCANA QUIEN TUVO QUE SER EVACUADA”, SELECCIONE EL NÚMERO (2), “LE DIO ALOJAMIENTO A UNA O MÁS PERSONAS EVACUADAS”]

Please read:

- 1 Usted tuvo que ser evacuado(a)
- 2 Le dio alojamiento a una o más personas evacuadas (toda la noche por lo menos una noche)
- 3 Tiene un familiar o una amistad cercana quien tuvo que ser evacuado(a).
- 4 No le corresponden ninguna de las afirmaciones anteriores
Go to Q3

Do not read:

- 7 No sabe/No está seguro(a) **Go to Q21.3**
- 9 Se rehúsa **Go to Q21.3**

21.2 Durante los 30 días anteriores a los huracanes, ¿tenía alguna de las personas evacuadas que usted conoce personalmente una enfermedad por la que estaban recibiendo cuidado médico continuo o rutinario, como por ejemplo, diabetes, hipertensión, cáncer, VIH o SIDA, etc?

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

21.3 Desde que ocurrieron los huracanes Katrina, Rita y Wilma, ¿diría usted que la depresión, el estrés o la tristeza han interferido en su habilidad de realizar normalmente sus actividades de la vida diaria? ¿Diría usted que han interferido mucho, algo, un poco o no han inteferido en nada?

- 1 Mucho
- 2 Algo
- 3 Un poco
- 4 Nada **Go to next module**
- 7 No sabe/No está seguro(a) **Go to next module**
- 9 Se rehúsa **Go to next module**

21.4 ¿Buscó algún tipo de ayuda para su depresión, estrés o tristeza?

- 1 Sí
- 2 No **Go to next module**
- 7 No sabe/No está seguro(a) **Go to next module**
- 9 Se rehúsa **Go to next module**

21.5. ¿Recibió usted la ayuda que necesitaba?

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

Transición a módulos y/o a las preguntas agregadas por los estados

Por último, le haré unas pocas preguntas más acerca de otros temas relacionados a la salud.

Módulo 6: 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?

M6.1. ¿(Está) cambiando sus hábitos alimenticios (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (253)

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

M6.2. ¿(Está) disminuyendo la ingesta de sal (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (254)

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

M6.3. ¿(Está) reduciendo el consumo de alcohol (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (255)

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

M6.4. ¿(Está) haciendo ejercicio (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (256)

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?

M6.5. ¿(Alguna vez le recomendaron) cambiar sus hábitos alimenticios (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (257)

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

M6.6. ¿(Alguna vez le recomendaron) ingerir menos sal (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (258)

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

M6.7. ¿(Alguna vez le recomendaron) reducir el consumo de alcohol (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (259)

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

M6.8. ¿(Alguna vez le recomendaron) hacer ejercicio (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (260)

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

M6.9. ¿(Alguna vez le recomendaron) tomar medicamentos (para disminuir o controlar la presión arterial alta)? (261)

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

M6.10. ¿Se le informó en **dos o más consultas médicas** que usted tenía presión arterial alta? (262)

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 7: Ataque cardíaco y derrame cerebral

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

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

M7.1. ¿(Cree que) el dolor o las molestias en la mandíbula, el cuello o la espalda (son síntomas de un ataque cardíaco)? (263)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 (VOL) No sabe/ No está seguro (No investigue)
- 9 (VOL) Se niega a responder

M7.2. ¿(Cree que) la sensación de debilidad, mareo o desmayo (es síntoma de un ataque cardíaco)? (264)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 (VOL) No sabe/ No está seguro (No investigue)
- 9 (VOL) Se niega a responder

M7.3. ¿(Cree que) el dolor o las molestias en el pecho (son síntomas de un ataque cardíaco)? (265)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 (VOL) No sabe/ No está seguro (No investigue)
- 9 (VOL) Se niega a responder

M7.4. ¿(Cree que) la dificultad repentina para ver con uno o los dos ojos (son síntomas de un ataque cardíaco)? (266)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 (VOL) No sabe/ No está seguro (No investigue)
- 9 (VOL) Se niega a responder

M7.5. (¿Cree que) el dolor o las molestias en los brazos o el hombro (son síntomas de un ataque cardíaco?) (267)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 (VOL) No sabe/ No está seguro (No investigue)
- 9 (VOL) Se niega a responder

M7.6. (¿Cree que) la falta de aire (son síntomas de un ataque cardíaco?) (268)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 (VOL) No sabe/ No está seguro (No investigue)
- 9 (VOL) Se niega a responder

¿Cuál de las siguientes opciones cree que son síntomas de un derrame cerebral? Para cada pregunta, dígame sí, no, o no estoy seguro(a).

M7.7. (¿Cree que) la confusión o las dificultades repentinas para hablar (son síntomas de un derrame cerebral?) (269)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 (VOL) No sabe/ No está seguro (No investigue)
- 9 (VOL) Se niega a responder

M7.8. (¿Cree que) el repentino adormecimiento o debilidad en el rostro, brazo o pierna, particularmente de un lado del cuerpo (son síntomas de un derrame cerebral?) (270)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 (VOL) No sabe/ No está seguro (No investigue)
- 9 (VOL) Se niega a responder

M7.9. (¿Cree que) la dificultad repentina para ver con uno o ambos ojos (es una síntoma de un derrame cerebral?) (271)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 (VOL) No sabe/ No está seguro (No investigue)
- 9 (VOL) Se niega a responder

M7.10 (¿Cree que) el dolor o las molestias repentinos en el pecho (son síntomas de un derrame cerebral?) (272)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 (VOL) No sabe/ No está seguro (No investigue)
- 9 (VOL) Se niega a responder

M7.11 (¿Cree que) la dificultad para caminar, la sensación de el mareo o la pérdida repentina del equilibrio (son síntomas de un derrame cerebral?) (273)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 (VOL) No sabe/ No está seguro (No investigue)
- 9 (VOL) Se niega a responder

M7.12 (¿Cree que) un fuerte dolor de cabeza sin motivo aparente (es una síntoma de un derrame cerebral?) (274)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 (VOL) No sabe/ No está seguro (No investigue)
- 9 (VOL) Se niega a responder

M7.13. Si pensara que alguien está sufriendo un ataque cardíaco o un derrame cerebral, ¿qué es lo primero que haría? (275)

Por favor lea:

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

Módulo 15: Detección del Cáncer Colorrectal

Si la persona encuestada tiene 49 años o menos, pase a M17.1.

M15.1 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? (326)

- 1 Sí
- 2 No – Pase a M15.3
- 7 No sabe / No está seguro (a) – Pase a M15.3
- 9 Se rehusa – Pase a M15.3

M15.2 ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una prueba de sangre en las heces utilizando un dispositivo de test de uso doméstico? (327)

Lea sólo si es necesario

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

M15.3 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? (328)

- 1 Sí
- 2 No – Pase a M17.1
- 7 No sabe / No está seguro (a) – Pase a M17.1
- 9 Se rehusa – Pase a M17.1

M15.4 ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una sigmoidoscopia o colonoscopia? (329)

Lea sólo si es necesario

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

Módulo 17: Artritis

(Pregunta básica C16.2=1 O Pregunta básica C16.4=1)

M17.1. 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 de las articulaciones, ¿cuál de las siguientes opciones describe su situación **actual** de forma más acertada? (331)

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

M17.2. ¿Alguna vez algún médico u otro profesional de la salud le recomendó que adelgazara para aliviar los síntomas de artritis o de otros problemas de las articulaciones? (332)

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

M17.3. ¿**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? (333)

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

M17.4. ¿**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?

(334)

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

State- Added Questions

State-added 9: Crohn's Disease

Las próximas preguntas son acerca de la Enfermedad Crohn's y ulcerativo colitis, las enfermedades también conocidas como enfermedad inflamatoria de los intestinos.

[Do not read: otros nombres para esta enfermedad son Enfermedad de los Intestinos irritable, Ileitis (regional, segmental), Enteritis Regional o Enfermedad Crohn's del duodeno, ileon, o yeyuno, Colitis (granulomatoso, regional o transmural), Enteritis Regional o Enfermedad Crohn's del Colon, intestino grueso o recto, Ileítis, Enterocolitis Ulcerativo (crónico), Ileocolitis Ulcerativo (crónico), Proctitis Ulcerativo (crónico), Proctosigmoiditis Ulcerativo (crónico), Colitis ulcerativo del lado Izquierdo (crónico), Colitis ulcerativo universal (crónico, Otro Colitis Ulcerativo, Colitis Ulcerativo; no-específico, y otros gastroenteritis y colitis no-específicos, no-contagiosos]

FL9.1. ¿ Hubo alguien, incluyendo usted mismo, en su hogar, que fue dicho por un médico u otro profesional de salud que usted sufre de la Enfermedad Crohn's o el Colitis ulcerativo? (386)

- 1 Sí
- 2 No [Go to next section]
- 7 No sabe / No seguro [Go to next section]
- 9 Rehusado [Go to next section]

FL9.2. ¿Cuántas personas en su hogar ha sido dichos que sufren de la Enfermedad Crohn's o el Colitis ulcerativo? (387)

- Número
- 7 7 No sabe / No seguro
- 9 9 Rehusado

FL9.3. ¿Cuántas de estas personas han sido ingresados al hospital dentro de los últimos 12 meses a causa de la Enfermedad Crohn's o colitis ulcerativo? (388)

—	Número
7 7	No sabe / No seguro
9 9	Rehusado

State-added 1: Epilepsy

FL1_1. ¿Le ha dicho un médico que usted sufre de un trastorno de la convulsión o de la epilepsia? (401)

1	Sí
2	No ([Go to next Section)
7	No sabe/No seguro ([Go to next Section)
9	Rehusado ([Go to next Section)

FL1_2. ¿Toma usted corrientemente algunos medicamentos para controlar su trastorno de la convulsión o la epilepsia? (402)

1	Sí
2	No
7	No sabe/No seguro
9	Rehusado

State-added 2: Other Tobacco Products

FL2_1. ¿Alguna vez ha probado o consumido productos de tabaco sin humo como tabaco de mascar o snuff? (403)

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

FL2_2. ¿Actualmente consume tabaco de mascar o snuff todos los días, algunos días o no lo consume para nada? (404)

1	Todos los días
2	Algunos días
3	No los consume para nada
7	No sabe/No está seguro(a)
9	Se rehusa

State-added 3: Obesity

FL3_1. ¿En un día promedio, cuantas horas ve usted televisión? (405-406)

- 01 — No veo la TV
- 02 — Menos de una hora a la *día*
- 03 — Una hora a la día
- 04 — Dos horas a la día
- 05 — Tres horas a la día
- 06 — Cuatro horas a la día
- 07 — Cinco o mas horas a la día
- 77 — No sabe/No está seguro(a)
- 99 — Se rehusa

State-added 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? (407)
[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? (408)

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

State-added 5: Adult Asthma History

If "Yes" to core 9.1, continue; otherwise, ⇒ **Go to next module.**

Anteriormente usted dijo que un médico, enfermero/a u otro profesional de la salud le había dicho que usted tenía asma.

FL5_1. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces vio a un doctor, enfermera u otro profesional de la salud para recibir tratamiento urgente al empeorarse los síntomas del asma? (409-410)

- ___ __ Número de visitas [87 = 87 o más]
- 8 8 Ninguna
- 9 8 No sabe/no está seguro(a)
- 9 9 Se rehusa

FL5_2. Los síntomas del asma incluyen tos, silbido al respirar, falta de aire, opresión en el pecho y producción de flema cuando no se tiene un resfriado ni una infección respiratoria. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tuvo síntomas de asma? (268)

Por favor lea: Diría que

- 8 No los tuvo en ningún momento
- 1 Menos de una vez a la semana
- 2 Una o dos veces a la semana
- 3 Más de 2 veces a la semana, pero no todos los días
- 4 Todos los días, pero no todo el tiempo, o
- 5 Todos los días, todo el tiempo
- 7 (VOL) No sabe/no está seguro(a)
- 9 (VOL) Se rehusa

FL5_3 Durante los últimos 30 días, ¿cuán a menudo tomó usted el medicamento de receta para el asma para evitar que un ataque de asma suceda? (412)

Please read

- 1 Todos los días o casi todos los días
- 2 Algunas veces durante la semana
- 3 Menos frecuente
- 4 Nunca
- 7 No sabe/No seguro
- 9 Rehusado

FL5_4 Durante los últimos 30 días, ¿cuán a menudo usó usted un inhalador de receta para el asma durante un ataque de asma para detenerlo? (413)

INTERVIEW INSTRUCTION: How often (number of times) does NOT equal number of puffs. Two to three puffs are usually taken each time the inhaler is used.

- 8 Nunca (include no attacks in the last 30 days here)
- 1 Uno a cuatro veces (in the past 30 days)
- 2 Cinco a quince veces (in the past 30 days)
- 3 Quince a veinte y nueve veces (in the past 30 days)
- 4 Treinta a cincuenta y nueve veces (in the past 30 days)
- 5 Sesenta a noventa y nueve veces (in the past 30 days)
- 6 Más de 100 veces (in the past 30 days)
- 7 No sabe/No seguro
- 9 Rehusado

State-added 6: 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.

FL6_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 vigorosos al aire libre. Por favor, no incluye las veces que usted hizo cambios a causa de niveles altos de polen. (414)

Read

- 1 — Ningunas veces
- 2 — 1 a 3 veces
- 3 — 4 a 6 veces
- 4 — Más de 6 veces
- 777 — (VOL) No sabe/No seguro
- 999 — (VOL) Rehusado

FL6_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. (415)

- 1 — Sí
- 2 — No [Go to Question FL6_4]
- 7 — (VOL) No sabe/No seguro [Go to Question FL6_4]
- 9 — (VOL) Rehusado [Go to Question FL6_4]

FL6_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 vigorosos al aire libre. Por favor, no incluye las veces que usted hizo cambios a causa de niveles altos de polen. (416)

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

FL6_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? (417)

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

State-added 7: Skin Cancer

FL7_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? (418)

- 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)
- 9 (VOL) Se rehusó

FL7_2. Cuando usted está al aire libre, expuesto(a) al sol, con el propósito de broncearse, se reaplica la crema bronceadora? (419)

- 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

State-added 8: Folic Acid

FL8_1. ¿Actualmente está tomando vitaminas o complementos? (420)

[Incluye complementos líquidos]

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a FL8_5]**
- 7 No sabe/no está seguro(a) **[Pase a FL8_5]**
- 9 Se rehusa **[Pase a FL8_5]**

FL8_2. ¿Alguno de éstos son multivitamínicos? (421)

- 1 Sí **[Pase a FL8_4]**
- 2 No
- 7 No sabe/no está seguro(a)
- 9 Se rehusa

FL8_3. ¿Alguna vitamina o complemento que toma contiene ácido fólico? (422)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a FL8_5]**
- 7 No sabe/no está seguro(a) **[Pase a FL8_5]**
- 9 Se rehusa **[Pase a FL8_5]**

FL8_4. ¿Con qué frecuencia toma esas vitaminas o complementos? (423-425)

- 1 ___ ___ Veces al día
- 2 ___ ___ Veces a la semana
- 3 ___ ___ Veces al mes
- 7 7 7 No sabe/no está seguro(a)
- 9 9 9 Se rehusa

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

FL8_5. Algunos expertos en la salud recomiendan que las mujeres tomen 400 microgramos de ácido fólico proveniente de la vitamina B, ¿cuál es la razón de esto? (426)

Por favor lea

- 1 Para fortalecer los huesos
- 2 Para prevenir defectos de nacimiento
- 3 Para prevenir la presión sanguínea alta, o
- 4 Por alguna otra razón
- 7 (VOL) No sabe/no está seguro(a)
- 9 (VOL) Se rehusa

Módulo 25: Violencia sexual

Quisiera hacerle algunas preguntas acerca de la violencia física y/o sexual, y de otro tipo de experiencias sexuales no deseadas. Esta información nos permitirá comprender mejor el problema de la violencia y el contacto sexual no deseado, y nos permitirá ayudar a otras personas en el futuro. Comprendemos que se trata de un tema delicado. Algunas personas se sienten incómodas contestando este tipo de preguntas. Recuerde que su número telefónico ha sido seleccionado al azar, y que sus respuestas son estrictamente confidenciales. Al final de esta sección, le daré números telefónicos de organizaciones que pueden brindarle información y referencias a los profesionales del caso respecto de ambos temas. Por favor, recuerde que puede pedirme que saltee cualquier pregunta que no desee responder. Si no se encuentra en el lugar adecuado para contestar este tipo de preguntas, puedo pasar al próximo tema.

Las primeras preguntas que le haré tratan sobre experiencias sexuales no deseadas en las que usted puede haber estado involucrado/a.

M25.1. En los últimos 12 meses, ¿alguien le ha expuesto a situaciones sexuales no deseadas que no incluyeran contacto físico? Por ejemplo, exposición de los órganos sexuales, fisgonear, acosamiento sexual u obligarle a ver fotos o películas con contenido sexual. (377)

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

M25.2. En los últimos 12 meses, ¿alguien le ha tocado partes íntimas sin su consentimiento o después de que usted hubiera dicho o demostrado que no lo deseaba? (378)

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

GUÍA PARA EL ENCUESTADOR / LA ENCUESTADORA: Para los casos en que sólo se incluye uno de los módulos (Módulo 25 o 26):

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre sexo no deseado. Sexo no deseado incluye situaciones como introducirle cualquier cosa en la vagina [**si es mujer**], el ano o la boca, o hacer que usted se lo haga a otros, a pesar de que usted dijera o demostrara que no deseaba hacerlo. Esto incluye las ocasiones en las que no podía dar su consentimiento, por ejemplo, si estaba borracho/a o dormido/a, o si pensó que lo/la lastimarían o castigarían si se negaba.

M25.3. En los últimos 12 meses, ¿alguien INTENTÓ tener sexo con usted sin su consentimiento o luego de que usted hubiese dicho o demostrado que no lo deseaba, PERO NO TUVO RELACIONES SEXUALES? (379)

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

M25.4. En los últimos 12 meses, ¿alguien HA TENIDO SEXO con usted sin su consentimiento, o después de que usted hubiese dicho o demostrado que no lo deseaba? (380)

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

Nota CATI: Haga la P5 sólo si la P3 o P4=1 (Sí).

[INSTRUCCIÓN CATI: Aplique la siguiente lógica:

Si P4=1 (independientemente de la respuesta a la P3), entonces lea la P5 “... *la persona que tuvo sexo con usted...*”

Si la respuesta a la P4=2 y a la P3=1, entonces lea la P5 “... *la persona que intentó tener sexo con usted...*”]

M25.5. Cuando ocurrió el incidente más reciente, ¿cuál era su relación con la persona que [tuvo/intentó tener sexo] con usted sin su consentimiento, o después de que usted hubiese dicho o demostrado que no lo deseaba?

(381-382)

No lea:

- 0 1 Un/a completo/a extraño/a
- 0 2 Una persona a la que conocía hacía menos de 24 horas
- 0 3 Un/a conocido/a
- 0 4 Un/a amigo/a
- 0 5 Una persona con la que tenía una cita
- 0 6 Mi novio/a actual
- 0 7 Un/a novio/a anterior
- 0 8 Mi esposo/a o pareja
- 0 9 Mi ex esposo/a o ex pareja
- 1 0 Un/a compañero/a de trabajo
- 1 1 Un/a vecino/a
- 1 2 Uno de mis padres
- 1 3 Mi padrastro o madrastra
- 1 4 La pareja de mi padre o madre
- 1 5 Otro familiar
- 1 6 Otra persona que no era un familiar
- 1 7 Varios perpetradores (no indique sexo)
- 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Se niega a contestar

NOTA PARA EL ENCUESTADOR / LA ENCUESTADORA: Si el encuestado / la encuestada indica el sexo de la persona, por favor complete la pregunta 6. Si el encuestado / la encuestada no indica el sexo de la persona, por favor haga la pregunta 6.

M25.6. ¿La persona que lo hizo, era hombre o mujer?

(383)

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

Nota CATI: Si la respuesta a la P3=2, 7, 9 (No, No sabe, Se niega a contestar), continúe. De no ser así, pase a la P8.

M25.7. ¿Alguien INTENTÓ ALGUNA VEZ tener sexo con usted sin su consentimiento o después de que usted hubiese dicho o demostrado que no lo deseaba, PERO NO TUVO RELACIONES SEXUALES?

(384)

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

Nota CATI: Si la respuesta a la P4=2, 7, 9 (No, No sabe, Se niega a contestar), continúe. De lo contrario, lea el párrafo de cierre.

M25.8. ¿Alguien ha tenido sexo con usted EN ALGUNA OCASIÓN sin su consentimiento, o después de que usted hubiese dicho o demostrado que no lo deseaba?

(385)

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

Párrafo de cierre: Somos conscientes de que este tema puede haberle traído recuerdos de experiencias pasadas dolorosas, pero que algunas personas se sentirían mejor hablando de ello. Si usted o alguien que usted conoce quisiera hablar con un/a consejero/a especializado/a, por favor llame al 1-888-956-7273. ¿Quiere que le repita este número?

lang1. In what language was this interview completed?

- 1 English
- 2 Spanish

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.