



2006

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

Cuestionario de Florida

Sistema de vigilancia de los factores de riesgo conductuales (Behavioral Risk Factor Surveillance System) Cuestionario estatal 2006

Contenido

Tabla de contenidos	2
Guión para el encuestador / la encuestadora.....	3
Secciones básicas	5
Sección 1: Estado de salud.....	5
Sección 2: Días en los que se siente saludable – Calidad de vida en relación a la salud	5
Sección 3: Acceso a cuidados médicos.....	6
Sección 4: Actividad física.....	7
Sección 5: Diabetes	7
Sección 6: Salud bucal (Oral Health).....	8
Sección 7: Prevalencia de las enfermedades cardiovasculares.....	11
Sección 8: Asma	12
Sección 9: Discapacidad	12
Sección 10: Consumo de tabaco	12
Sección 11: Características demográficas.....	13
Sección 12: Excombatientes.....	17
Sección 13: Consumo de alcohol.....	17
Sección 14: Inmunización	19
Sección 15: Falls	21
Sección 16: Seatbelt Use	22
Sección 17: Drinking and Driving	22
Sección 18: Salud femenina.....	23
Sección 19: Detección del cáncer de próstata.....	24
Sección 20: Detección del cáncer colorrectal	26
Sección 21: VIH/SIDA	27
Sección 22: Apoyo emocional y grado de satisfacción con la vida	28
Párrafo de cierre, Transición a módulos y/o Preguntas adicionales de los Estados	29
Módulos opcionales	30
Módulo 4: Diabetes	8
Módulo 5: Deterioro visual y acceso a cuidados oculares	30
Module 9: Ácido fólico	33
Module 14: Anxiety and Depression	34
Module 15: Violencia sexual.....	36
State added questions	
State-added 1: Veteran's Status	
State-added 2: Epilepsy	
State-added 3: Tobacco Cessation	
State-added 4: Skin Cancer	
State-added 5: Antibiotic Resistance	
State-added 6: Home Environment	
State-added 7: Adult Asthma	

Guión para el encuestador / la encuestadora

HOLA, llamo de parte del departamento de salud de Florida 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 al **(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**

¿Es este un teléfono celular?

Lea sólo si fuera necesario: Por teléfono celular nos referimos a un teléfono portátil que puede utilizar fuera de su propio barrio.

En caso afirmativo,

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

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

___ Cantidad de adultos

En caso de ser “1”,

¿Es usted el adulto?

En caso afirmativo,

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

En caso negativo,

¿El adulto es hombre o mujer? Indique 1 hombre o 1 mujer a continuación. ¿Podría hablar con **[completar con (él/ella) de acuerdo con la pregunta anterior]**? **Pase a “encuestado correcto” en la página siguiente.**

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

___ Cantidad de hombres

___ Cantidad de mujeres

El integrante 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 nombre, 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

6

- 5 Malo

No lea:

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó 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, ¿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 Rehusó contestar

- 2.2** Con respecto a su estado de salud mental, lo que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, ¿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 Rehusó 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 Rehusó contestar

Sección 3: Acceso a cuidados médicos

- 3.1** ¿Tiene algún tipo de cobertura médica, incluyendo seguro de salud, planes prepagados 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 Rehusó 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 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 Rehusó 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 Rehusó 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 (entre 1-12 meses)
 - 2 En los últimos dos años (entre 1-2 años)
 - 3 En los últimos 5 años (entre 2-5 años)
 - 4 Hace 5 años o más
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 8 Nunca
 - 9 Rehusó 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 Rehusó contestar

Sección 5: Diabetes

- 5.1 ¿Alguna vez algún médico le informó que usted tenía diabetes? (85)
- 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.
- 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 Rehusó contestar

Módulo 4: Diabetes

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

- M4.1. ¿Qué edad tenía cuando le informaron que tenía diabetes? (229-230)
- ___ Codifique la edad en años [97 = 97 y más]
9 8 No sabe / No está seguro/a
9 9 Rehusó contestar
- M4.2. ¿Está tomando insulina? (231)
- 1 Sí
2 No
9 Rehusó contestar
- M4.3. ¿Está tomando píldoras para la diabetes? (232)
- 1 Sí
2 No
7 No sabe / No está seguro/a
9 Rehusó contestar
- M4.4. 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. (233-235)
- 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 Rehusó contestar
- M4.5. ¿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. (236-238)
- 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 Rehusó contestar

M4.6. ¿Ha tenido alguna vez alguna herida o irritación en los pies que tardó más de cuatro semanas en sanar? (239)

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

M4.7. Aproximadamente, ¿cuántas veces consultó a un médico, enfermera u otro profesional de la salud a causa de su diabetes en los últimos 12 meses? (240-241)

-- Cantidad de veces [76 = 76 ó más]
8 8 Ninguna
7 7 No sabe / No está seguro/a
9 9 Rehusó contestar

M4.8. 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? (242-243)

-- 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 Rehusó contestar

Nota CATI: Si la M4.5=555 (no tiene pies), pase a la M4.10.

M4.9. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses un profesional de la salud le ha examinado los pies para detectar una posible herida o irritación? (244-245)

-- Cantidad de veces [76 = 76 ó más]
8 8 Ninguna
7 7 No sabe / No está seguro/a
9 9 Rehusó contestar

M4.10. ¿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. (246)

Lea sólo si fuera 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 Rehusó contestar

- M4.11.** ¿Su médico le ha informado en alguna ocasión que la diabetes le ha afectado los ojos o que ha tenido una retinopatía? (247)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Rehusó contestar

- M4.12.** ¿Ha tomado alguna vez algún curso o clase sobre cómo controlar usted mismo su diabetes? (248)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Rehusó contestar

Sección 6: Salud bucal (Oral Health)

- 6.1.** ¿Cuándo fue la última vez que visitó a un dentista o que fue a una clínica dental por algún motivo? Incluya visitas a especialistas dentales, por ejemplo, ortodoncistas. (86)

Lea sólo si fuera necesario:

- 1 En el último año (en cualquier momento en los últimos 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace más de un año pero menos de 2)
- 3 En los últimos 5 años (hace más de 2 años pero menos de 5)
- 4 Hace 5 ó más años
- 7 No sabe / No está seguro/a

No lea:

- 8 Nunca
- 9 Rehusó contestar

- 6.2.** ¿Cuántos dientes permanentes le han sacado por problemas de caries o de encía? Incluya los dientes que haya perdido debido a una infección, pero no los que haya perdido por otros motivos, como una lesión u ortodoncia. (87)

- 1 1 a 5
- 2 6 ó más, pero no todos
- 3 Todos
- 8 Ninguno.
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

NOTA: Si le extrajeron las muelas de juicio por problemas de caries o de encía, debe incluirlas en la cantidad de dientes perdidos.

Nota CATI: Si Q6.1 = 8 (Nunca) o Q6.2= 3 (Todos), pase a la sección siguiente.

6.3. ¿Cuándo fue la última vez que un dentista o higienista le hizo una limpieza dental? (88)

Lea sólo si fuera necesario:

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

No lea:

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

Sección 7: Incidencia de 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".

7.1 ¿(Alguna vez le informaron) que usted había tenido un ataque cardíaco, también llamado infarto de miocardio? (89)

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

7.2 ¿(Alguna vez le informaron) que había tenido angina o una enfermedad de las arterias coronarias? (90)

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

7.3 ¿(Alguna vez le informaron) que usted había sufrido un derrame cerebral? (91)

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

Sección 8: Asma

- 8.1 ¿Alguna vez algún médico, enfermera u otro profesional de la salud le dijo que usted tenía asma? (92)
- | | | |
|---|----------------------------|-------------------------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a la siguiente sección] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a la siguiente sección] |
| 9 | Rehusó contestar | [Pase a la siguiente sección] |
- 8.2 ¿Aún tiene asma? (93)
- | | | |
|---|----------------------------|--|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | |
| 9 | Rehusó contestar | |

Sección 9: Discapacidad

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

- 9.1 ¿Tiene actualmente alguna limitación para realizar alguna actividad debido a problemas físicos, mentales o emocionales? (94)
- | | | |
|---|----------------------------|--|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | |
| 9 | Rehusó contestar | |
- 9.2 ¿Tiene actualmente algún problema de salud que le exija usar algún tipo de equipo especial como bastón, silla de ruedas o cama o teléfono especial? (95)
- 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 | Rehusó contestar | |

Sección 10: Consumo de tabaco

- 10.1 ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida? (96)
- 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 | Rehusó contestar | [Pase a la siguiente sección] |

- 10.2** Actualmente, ¿fuma cigarrillos todos los días, a veces o nunca? (97)
- 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 Rehusó contestar [Pase a la siguiente sección]

- 10.3** En los últimos 12 meses, ¿dejó de fumar durante un día o más debido a que estaba intentando dejar de hacerlo? (98)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Rehusó contestar

Sección 11: Características demográficas

- 11.1** ¿Qué edad tiene? (99-100)
- ____ Codifique la edad en años
- 0 7 No sabe / No está seguro/a
 - 0 9 Rehusó contestar

- 11.2** ¿Es usted hispano/a o latino/a? (101)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Rehusó contestar

- 11.3** ¿Cuál o cuáles de los siguientes diría que es el grupo étnico al que usted pertenece? (102-107)
- (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 Rehusó contestar

Nota CATI: En caso de múltiples respuestas a la Q11.3, continúe. De no ser así, pase a la Q11.5

11.4 ¿Cuáles de los siguientes grupos diría usted que representa mejor el suyo? (108)

- 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 Rehusó contestar

11.5 ¿Usted...? (109)

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 Rehusó contestar

11.6 ¿Cuántos niños menores de 18 años viven con usted? (110-111)

- _____ Cantidad de niños
- 8 8 Ninguno.
- 9 9 Rehusó contestar

11.7 ¿Cuál es el nivel de educación más alto alcanzado? (112)

Lea sólo si fuera 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 Rehusó contestar

11.8 Actualmente, ¿usted...?

(113)

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 Rehusó contestar

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

(114-115)

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

Lea sólo si fuera necesario:

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

11.10 Aproximadamente, ¿cuánto pesa sin zapatos? (116-119)

Nota: Si el encuestado / la encuestada responde en sistema métrico, indique "9" en la columna 116.

Redondee los decimales la cantidad mayor

$\frac{\text{---}}{7777}$ de peso (*libras/kilos*)
No sabe / No está seguro/a
 $\frac{\text{---}}{9999}$ Rehusó contestar

11.11 Aproximadamente, ¿cuánto mide sin zapatos? (120-123)

Nota: Si el encuestado / la encuestada responde en sistema métrico, indique "9" en la columna 120.

Redondee los decimales hacia abajo

$\frac{\text{---}}{7777}$ de estatura (*pies/ pulgadas/ metros/ centímetros*)
No sabe / No está seguro/a
 $\frac{\text{---}}{9999}$ Rehusó contestar

11.12 ¿En que condado vive? (124-126)

$\frac{\text{---}}{777}$ Código FIPS [Federal Information Processing Standards] del condado
No sabe / No está seguro/a
 $\frac{\text{---}}{999}$ Se niega a responder

11.13 ¿Cuál es el código postal de la localidad donde vive? (127-131)

$\frac{\text{---}}{77777}$ Código postal
No sabe / No está seguro/a
 $\frac{\text{---}}{99999}$ Rehusó contestar

11.14 ¿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. (132)

1 Sí
2 No **[Pase a la P11.16]**
7 No sabe / No está seguro/a **[Pase a la P11.16]**
9 Rehusó contestar **[Pase a la P11.16]**

11.15 ¿Cuántos de estos números de teléfono son números particulares? (133)

$\frac{\text{---}}{7}$ Números de teléfono particulares **[6=6 ó más]**
No sabe / No está seguro/a
 $\frac{\text{---}}{9}$ Rehusó contestar

- 11.16** 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. (134)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Rehusó contestar

- 11.17** Indique el sexo del encuestado / de la encuestad. Pregunte sólo si es necesario. (135)
- 1 Masculino [Pase a la siguiente sección]
 - 2 Femenino [Si la encuestada es mayor de 45 años, pase a la siguiente sección]

- 11.18** Que usted sepa, ¿está embarazada? (136)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está segura
 - 9 Rehusó contestar

Sección 12: Ex-combatientes

La siguiente pregunta se refiere al servicio militar.

- 12.1** ¿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? (137)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Rehusó contestar

- FL1.1** ¿Cuál de los siguientes enunciados mejor describe su servicio en las fuerzas armadas de Estados Unidos? Sírvase leer:

- 1 Actualmente en servicio activo
- 2 Actualmente miembro de una unidad de la Guardia Nacional o de Reservistas
- 3 Retirado del servicio militar
- 4 Baja médica del servicio militar
- 5 Baja del servicio militar

Do not read these responses

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Rehusado

FL1.2 Durante los últimos 12 meses, ¿ha recibido parte o toda su atención médica de centros de la Administración de Veteranos (VA)?

[If "yes" probe for "all" or "some" of the health care.]

- 1 Sí, toda su atención médica
- 2 Sí, parte de su atención médica
- 3 No, no recibió atención médica de la VA
- 7 No sabe / No está seguro
- 9 Rehusado

FL1.3 Desde el 2001, ¿ha estado desplegado en las regiones de Afganistán o Irak en apoyo de las operaciones militares de EE.UU.?

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

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)?

(138)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a la siguiente sección]**
- 7 No sabe / No está seguro/a **[Pase a la siguiente sección]**
- 9 Rehusó 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?

(139-141)

- 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 Rehusó 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 fuerte. Los días en que bebió, en los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos tragos bebió en promedio?

(142-143)

- _____ Cantidad de tragos
- 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Rehusó contestar

- 13.4** Si incluye todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces en los últimos 30 días tomó **X** [CATI **X= 5 para hombres, X = 4 para mujeres**] o más tragos en una ocasión? (144-145)
- ____ Cantidad de veces
 8 8 Ninguna
 7 7 No sabe / No está seguro/a
 9 9 Rehusó contestar

- 13.5** En los últimos 30 días, ¿cuál fue la máxima cantidad de tragos que bebió en una misma ocasión? (146-147)
- ____ Cantidad de tragos
 7 7 No sabe / No está seguro/a
 9 9 Rehusó contestar

Sección 14: Inmunización

- 14.1** 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? (148)
- 1 Sí
 2 No
 7 No sabe / No está seguro/a
 9 Rehusó contestar

- 14.2** 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™. (149)
- 1 Sí
 2 No
 7 No sabe / No está seguro/a
 9 Rehusó contestar

Nota CATI: Si P14.1 o P14.2 = 1 (Sí), continúe; de lo contrario pase a la P14.4s.

NOTA: Formule las preguntas 14.3s a 14.8s sólo si se activa el 'Suplemento de gripe en adultos'. Behavioral Surveillance Branch avisará y proporcionará instrucciones para llevar a cabo el 'Suplemento de gripe en adultos'.

- 14.3s** ¿En qué mes y año lo vacunaron por última vez contra la gripe? Su vacuna más reciente contra la gripe puede haber sido inyectable o por spray o aerosol. (150-155)
- ____ / ____ Mes / Año
 7 7 / 7 7 7 7 No sabe / No está seguro/a (**Pregunte: “¿Fue antes de septiembre de 2005?” Codifique aproximadamente mes y año**)
 9 9 / 9 9 9 9 Rehusó contestar

14.7s ¿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. (160)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a la P14.9]**
- 7 No sabe / No está seguro/a **[Pase a la P14.9]**
- 9 Rehusó contestar **[Pase a la P14.9]**

14.8s ¿Tiene contacto directo cara a cara o tiene que tocar a los pacientes como parte de su trabajo de rutina? (161)

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

14.9 Normalmente la vacuna contra la neumonía o la vacuna neumocócica se administra solamente una o dos veces en toda la vida de una persona y es diferente de la vacuna contra la gripe. ¿Alguna vez le administraron la vacuna neumocócica? (162)

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

La siguiente pregunta es acerca de comportamientos vinculados a la Hepatitis B.

14.10 ¿ALGUNA VEZ le administraron la vacuna contra la hepatitis B? La vacuna contra la hepatitis B se completa cuando se administra la tercera dosis. (163)

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

Sección 15: Caídas

Si el encuestado tiene 45 años o más, continúe; de lo contrario pase a la siguiente sección.

Las siguientes preguntas son acerca de caídas recientes. Definimos 'caída' como la acción por la cual una persona, accidentalmente, queda en el piso o en otro nivel más bajo a aquel en el cual se encontraba.

15.1 En los últimos 3 meses, ¿cuántas veces se ha caído? (165-166)

- $\bar{8} \bar{8}$ Cantidad de veces **[76 = 76 o más]**
- 8 8 Ninguna **[Pase a la siguiente sección]**
- 7 7 No sabe / No está seguro/a **[Pase a la siguiente sección]**
- 9 9 Rehusó contestar **[Pase a la siguiente sección]**

15.2 [Completar con “¿Le causó esta caída (la de P15.1) alguna lesión?”. Si sólo sufrió una caída según P15.1 y la respuesta es “Sí” (le causó una lesión); código 01. Si la respuesta es “No”, código 88.

¿Cuántas de esas caídas le produjeron lesiones? Entendemos por lesión aquello que fue consecuencia de la caída y que le limita sus actividades habituales por lo menos por un día o que hace que tenga que ir al doctor.

(167-168)

—	—	Cantidad de caídas	[76 = 76 o más]
8	8	Ninguna	[Pase a la siguiente sección]
7	7	No sabe / No está seguro/a	[Pase a la siguiente sección]
9	9	Rehusó contestar	[Pase a la siguiente sección]

Sección 16: Uso de cinturón de seguridad

16.1 Cuando maneja o viaja como pasajero, ¿con qué frecuencia usa el cinturón de seguridad? Diría que...

(169)

Por favor lea:

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

No lea:

7	No sabe / No está seguro/a
8	Nunca manejo ni viaje en automóvil
9	Rehusó contestar

Sección 17: Manejar en estado de ebriedad

Nota CATI: Si P16.1 = 8 (Nunca manejó ni viajó en automóvil), pase a la Sección 18; de lo contrario continúe.

La siguiente pregunta se refiere a beber y manejar.

17.1 En los últimos 30 días, ¿cuántas veces manejó habiendo bebido tal vez demasiado?

(170-171)

—	—	Cantidad de veces
8	8	Ninguna
7	7	No sabe / No está seguro/a
9	9	Rehusó contestar

Sección 18: Salud femenina

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

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

18.1. 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? (172)

- 1 Sí
- 2 No [Pase a la P18.3]
- 7 No sabe / No está segura [Pase a la P18.3]
- 9 Rehusó contestar [Pase a la P18.3]

18.2. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una mamografía? (173)

Lea sólo si fuera 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 Rehusó contestar

18.3. 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? (174)

- 1 Sí
- 2 No [Pase a la P18.5]
- 7 No sabe / No está segura [Pase a la P18.5]
- 9 Rehusó contestar [Pase a la P18.5]

18.4. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo un examen de mama? (175)

Lea sólo si fuera 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 Rehusó contestar

18.5. Un PAP (examen de Papanicolau) es un examen que se realiza para detectar la existencia de cáncer en el cuello del útero. ¿Alguna vez se hizo un PAP? (176)

- 1 Sí
- 2 No [Pase a la P18.7]
- 7 No sabe / No está segura [Pase a la P18.7]
- 9 Rehusó contestar [Pase a la P18.7]

18.6. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo un PAP? (177)

Lea sólo si fuera 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 Rehusó contestar

Nota CATI: Si la respuesta a la pregunta básica 11.18 =1 (está embarazada) pase a la sección siguiente

18.7. ¿Le han practicado una histerectomía? (178)

Lea sólo si fuera 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 Rehusó contestar

Sección 19: Detección del cáncer de próstata

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

A continuación le haré algunas preguntas sobre pruebas de detección del cáncer de próstata.

19.1. 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? (179)

- 1 Sí
- 2 No [Pase a la P19.3]
- 7 No sabe / No está seguro [Pase a la P19.3]
- 9 Rehusó contestar [Pase a la P19.3]

19.2. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una prueba PSA? (180)

Lea sólo si fuera 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 Rehusó contestar

19.3. 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? (181)

- 1 Sí
- 2 No [Pase a la P19.5]
- 7 No sabe / No está seguro [Pase a la P19.5]
- 9 Rehusó contestar [Pase a la P19.5]

19.4. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo un examen digital del recto? (182)

Lea sólo si fuera 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 Rehusó contestar

- 19.5.** ¿Alguna vez algún médico, enfermero u otro profesional de la salud le informó que tenía cáncer de próstata? (183)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro
 - 9 Rehusó contestar

Sección 20: Detección del cáncer colorrectal

Nota CATI: Si el encuestado / la encuestada tiene 49 años o más, pase a la sección 16 (Osteoporosis).

- 20.1.** La prueba de sangre en las heces es una prueba que puede hacerse con un dispositivo de prueba especial para uso en el hogar, a fin de detectar la presencia de sangre en las heces. ¿Alguna vez se hizo esta prueba utilizando un dispositivo de prueba de uso doméstico? (184)
- 1 Sí
 - 2 No [Pase a la P20.3]
 - 7 No sabe / No está seguro/a [Pase a la P20.3]
 - 9 Rehusó contestar [Pase a la P20.3]

- 20.2.** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una prueba de sangre en las heces utilizando un dispositivo de prueba de uso doméstico? (185)

Lea sólo si fuera 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 Rehusó contestar

- 20.3.** 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? (186)
- 1 Sí
 - 2 No [Pase a la sección siguiente]
 - 7 No sabe / No está seguro/a [Pase a la sección siguiente]
 - 9 Rehusó contestar [Pase a la sección siguiente]

20.4. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una sigmoidoscopia o colonoscopia? (187)

Lea sólo si fuera 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 Rehusó contestar

Sección 21: VIH/SIDA

Nota CATI: Si el encuestado / la encuestada tiene 65 años o más, pase a la sección siguiente.

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

21.1 ¿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. (188)

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

21.2 Sin incluir las donaciones de sangre, ¿en qué mes y año se realizó la última prueba de VIH? (189-194)

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

____/____
7 7 7 7 7 7 Codifique mes y año
9 9 9 9 9 9 No sabe / No está seguro/a
 Rehusó contestar

21.3 ¿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 un centro para tratamiento de adicción a drogas, en su hogar o en algún otro lugar?

(195-196)

- 01 Médico particular o HMO
- 02 Centro de asesoramiento y control
- 03 Hospital
- 04 Clínica
- 05 Cárcel o prisión (u otra institución correccional)
- 06 Centro para tratamiento de adicción a drogas
- 07 En el hogar
- 08 En otro lugar
- 77 No sabe / No está seguro/a
- 99 Rehusó contestar

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

21.4. ¿Fue una prueba rápida en la que supo el resultado en un par de horas?

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

Sección 22: 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.

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

(198)

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 Rehusó contestar

22.2 En términos generales, ¿cuán satisfecho/a está con su vida?

(199)

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 Rehusó contestar

Pase al Párrafo de cierre o Transición a módulos y/o a las Preguntas adicionales de los Estados

Transición a módulos y/o Preguntas adicionales de los estados

Transición a módulos y/o preguntas adicionales

Por favor lea:

Por último, le haré otras cuantas preguntas acerca de otros temas relacionados con la salud.

Módulos opcionales

Módulo 5: Deterioro visual y acceso a cuidados oculares

Quisiera hacerle algunas preguntas sobre qué grado de dificultad (de haberla) tiene usted para realizar ciertas actividades. Si usa anteojos o lentes de contacto, por favor indique su capacidad de realizarlas utilizando los anteojos o lentes de contacto.

Nota CATI: Si el encuestado / la encuestada es menor de 40 años, pase al módulo siguiente.

M5.1. ¿Qué grado de dificultad (de haberla) tiene usted para reconocer a un amigo al otro lado de la calle? Diría usted que...

(249)

Por favor lea:

- 1 Ninguna dificultad
- 2 Cierta dificultad
- 3 Dificultad moderada
- 4 Extrema dificultad
- 5 No puede hacerlo por cuestiones visuales
- 6 No puede hacerlo por otros motivos

No lea:

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

M5.2. ¿Qué grado de dificultad (de haberla) tiene para leer periódicos, revistas, recetas, menús o números en el teléfono? Diría que...

(250)

Por favor lea:

- 1 Ninguna dificultad
- 2 Cierta dificultad
- 3 Dificultad moderada
- 4 Extrema dificultad
- 5 No puede hacerlo por cuestiones visuales
- 6 No puedo leer por otras razones

No lea:

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 8 No se aplica (ciego/a) **[Pase al módulo siguiente]**
- 9 Rehusó contestar

M5.3. ¿Cuándo fue la última vez que un doctor o proveedor de atención médica le examinó los ojos? (251)

Lea sólo si fuera necesario:

- 1 El mes pasado (cualquier momento hace menos de 1 mes) **[Pase a la P5]**
- 2 El año pasado (entre 1 mes y menos de 12 meses) **[Pase a la P5]**
- 3 Dentro de los 2 últimos años (entre 1 año y menos de 2 años)
- 4 hace 2 o más años
- 5 Never

No lea:

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 8 No se aplica (ciego/a) **[Pase al módulo siguiente]**
- 9 Rehusó contestar

M5.4. ¿Cuál es la principal razón por la cual no ha consultado a un proveedor de cuidados de la vista en los últimos 12 meses?

(252-253)

Lea sólo si fuera necesario:

- 0 1 Costo/seguro
- 0 2 No tengo/no conozco a un oculista
- 0 3 No puedo ir al consultorio/clínica (está muy lejos, no tengo transporte)
- 0 4 No pude obtener una cita
- 0 5 No hay razón para ir (no tengo ningún problema)
- 0 6 No se me había ocurrido
- 0 7 Otro

No lea:

- 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 0 8 No se aplica (ciego/a) **[Pase al módulo siguiente]**
- 9 9 Rehusó contestar

Nota CATI: Pase a P5, si hay alguna respuesta al Módulo 4 (Diabetes) P10.

M5.5. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un examen de la vista con las pupilas dilatadas? Este examen aumenta su sensibilidad a la luz temporalmente.

(254)

Lea sólo si fuera necesario:

- 1 El mes pasado (cualquier momento hace menos de 1 mes)
- 2 El año pasado (entre 1 mes y menos de 12 meses)
- 3 Dentro de los 2 últimos años (entre 1 año y menos de 2 años)
- 4 hace 2 o más años
- 5 Never

No lea:

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 8 No se aplica (ciego/a) **[Pase al módulo siguiente]**
- 9 Rehusó contestar

- M5.6.** ¿Tiene algún tipo de cobertura médica específica para problemas oculares? (255)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 8 No se aplica (ciego/a) **[Pase al módulo siguiente]**
 - 9 Rehusó contestar

- M5.7.** ¿Algún oculista o médico le ha informado que ACTUALMENTE usted tiene cataratas? (256)
- 1 Sí
 - 2 Sí, pero se las extrajeron
 - 3 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 8 No se aplica (ciego/a) **[Pase al módulo siguiente]**
 - 9 Rehusó contestar

- M5.8.** ¿Algún oculista u otro médico le ha informado ALGUNA VEZ que usted tiene glaucoma? (257)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 8 No se aplica (ciego/a) **[Pase al módulo siguiente]**
 - 9 Rehusó contestar

Por favor lea:

La Degeneración Macular (AMD) debida a la edad es una enfermedad que torna borrosa la visión central y de precisión necesaria para realizar actividades “frontales”, como leer, coser y conducir. La AMD afecta la mácula, es decir, la parte del ojo que le permite ver los detalles.

- M5.9.** ¿Algún oculista u otro médico le ha informado ALGUNA VEZ que usted tenía degeneración macular? (258)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 8 No se aplica (ciego/a) **[Pase al módulo siguiente]**
 - 9 Rehusó contestar

- M5.10.** ¿Ha sufrido ALGUNA VEZ alguna lesión ocular en su lugar de trabajo mientras trabajaba? (259)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe / No está seguro/a
 - 9 Rehusó contestar

Módulo 9: Ácido fólico

M9.1. ¿Actualmente está tomando vitaminas o complementos? (293)

Incluye complementos líquidos

- 1 Sí
- 2 No [Pase a M9.5]
- 7 No sabe/No está seguro(a) [Pase a M9.5]
- 9 Rehusó contestar [Pase a M9.5]

M9.2. ¿Alguno de éstos son multivitamínicos? (294)

- 1 Sí [Pase a M9.4]
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Rehusó contestar

M9.3. ¿Alguna vitamina o complemento que toma contiene ácido fólico? (295)

- 1 Sí
- 2 No [Pase a M9.5]
- 7 No sabe/No está seguro(a) [Pase a M9.5]
- 9 Rehusó contestar [Pase a M9.5]

M9.4. ¿Con qué frecuencia toma esas vitaminas o complementos? (296-298)

- 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 Rehusó contestar

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

M9.5. 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? (299)

Por favor lea

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

No lea

- 7 No sabe/No está seguro(a)
- 9 Rehusó contestar

Módulo 14: Ansiedad y depresión

Ahora voy a formularle algunas preguntas acerca de su estado de ánimo. Cuando conteste por favor piense acerca de cuántos días ocurrió cada una de las siguientes cosas en las 2 últimas semanas.

M14.1. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días tuvo muy poco interés o placer haciendo cosas? (325-326)

__ 01-14 días
8 8 Ninguno
7 7 No sabe / No está seguro/a
9 9 Rehusó contestar

M14.2. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días se sintió triste, deprimido/a o sin esperanza? (327-328)

__ 01-14 días
8 8 Ninguno
7 7 No sabe / No está seguro/a
9 9 Rehusó contestar

M14.3. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días le costó dormirse o mantenerse despierto/a o durmió demasiado? (329-330)

__ 01-14 días
8 8 Ninguno
7 7 No sabe / No está seguro/a
9 9 Rehusó contestar

M14.4. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días se sintió cansado/a o tuvo muy poca energía? (331-332)

__ 01-14 días
8 8 Ninguno
7 7 No sabe / No está seguro/a
9 9 Rehusó contestar

M14.5. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días tuvo muy poco apetito o comió demasiado? (333-334)

__ 01-14 días
8 8 Ninguna
7 7 No sabe / No está seguro/a
9 9 Rehusó contestar

M14.6. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días se sintió mal consigo mismo/a o se sintió fracasado o sintió que falló a sí mismo/a o a su familia? (335-336)

- — 01-14 días
- 8 8 Ninguno
- 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Rehusó contestar

M14.7. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días le costó concentrarse en diversas cosas, por ejemplo, leer el periódico o ver televisión? (337-338)

- — 01-14 días
- 8 8 Ninguno
- 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Rehusó contestar

M14.8. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días se movió o habló tan lentamente que la gente se dio cuenta? O lo opuesto – estuvo muy inquieto/a o nervioso/a, moviéndose constantemente de un lado a otro, más de lo normal? (339-340)

- — 01-14 días
- 8 8 Ninguno
- 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Rehusó contestar

M14.9. ¿ALGUNA VEZ un doctor u otro profesional de la salud le dijo que usted tenía un trastorno de ansiedad (por ejemplo, estrés agudo, ansiedad, ansiedad generalizada, obsesión compulsiva, ataques de pánico, fobias, estrés postraumático o ansiedad social? (341)

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

M14.10. ¿ALGUNA VEZ un doctor u otro profesional de la salud le dijo que usted tenía un trastorno depresivo (por ejemplo, depresión, depresión grave, distimia o depresión leve? (342)

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

State-added 1: Epilepsy

FL2_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])

FL2_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

FL2.3 ¿Cuántas convulsiones de cualquier tipo ha tenido durante los últimos tres meses?

- 1 Ninguna
- 2 Una
- 3 Más de una
- 4 Ya no tiene epilepsia o trastorno convulsivo [Go to next section]
- 7 No sabe / No está seguro
- 9 Rehusado

Instructions to interviewer: If the respondent mentions and counts “auras” as seizures, accept the response. If a respondent indicates that he/she has had nothing more than an aura and is unsure about counting the aura(s), do NOT count auras as seizures.

FL2.4 Durante el último año, ¿ha consultado con un neurólogo o especialistas en epilepsia para su epilepsia o trastorno convulsivo?

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

FL2.5 Durante el último mes, ¿en qué medida ha interferido la epilepsia o su tratamiento con sus actividades normales, por ejemplo, el trabajo, la escuela o actividades sociales con familiares y amistades? ¿Diría que:

Please read:

- 1 Nada en absoluto
- 2 Ligeramente
- 3 Moderadamente
- 4 Bastante
- 5 Muchísimo

Do not read:

- 7 No sabe / No está seguro
- 9 Rehusado

State-added 3: Tobacco Cessation

FL3.1 ¿Llamaría a una línea telefónica de ayuda sin cargo que podría ayudarle a dejar de fumar?

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

FL3.2 ¿Usaría consejería o consejos médicos para ayudarle a dejar de fumar, si estuvieran disponibles en su propia comunidad?

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

State-added 4: Skin Cancer

FL4_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

FL4_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 5: Antibiotic Resistance

FL5.1 ¿Ha oído acerca de la resistencia a antibióticos?

- 1 Sí
- 2 No GO TO FL5.4
- 7 No sabe / No está seguro GO TO FL5.4
- 9 Rehusado GO TO FL5.4

FL5.2 ¿Le ha hablado su doctor acerca de la resistencia a antibióticos cuando le ha recetado antibióticos?

- 1 Sí
- 2 No
- 3 Nunca recetó antibióticos
- 7 No sabe / No está seguro
- 9 Rehusado

FL5.3 ¿Le ha dicho su doctor que usted ha tenido una infección resistente a antibióticos?

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

FL5.4 ¿Cree que los antibióticos son buenos medicamentos para curar los resfriados o la gripe?

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

State-added 6: Home Environment

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

FL6_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

FL6_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 7: Adult Asthma History

If "Yes" to core 8.1, 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.

FL7_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

FL7_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

FL7_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

FL7_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

Módulo 15: Violencia sexual

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

¿Está en un sitio seguro para poder contestar mis preguntas?

(343)

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

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

M15.1. 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”)?

(344)

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

M15.2. 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?

(345)

- 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 le 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.

M15.3. ¿ALGUNA VEZ alguien tuvo relaciones sexuales con usted a pesar de que usted le hubiera dicho o demostrado que no quería hacerlo o eso se hizo sin su consentimiento? (346)

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

M15.4. ¿Esto le sucedió en los últimos 12 meses? (347)

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

M15.5. ¿Alguien ALGUNA VEZ INTENTÓ tener relaciones sexuales con usted a pesar de que usted hubiera dicho o demostrado que no quería hacerlo o que no daba su consentimiento, PERO DICHA RELACIÓN SEXUAL NO SE LLEVÓ A CABO? (348)

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

M15.6. ¿Esto le sucedió en los últimos 12 meses? (349)

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

Nota CATI: Si P3 = 1 (Sí) o P5 = 1 (Sí); continúe. De lo contrario, lea la frase de cierre de la encuesta.

M15.7. Piense en el incidente más reciente que involucró a la persona que **tuvo relaciones sexuales con usted** –o bien- **intentó tener relaciones sexuales con usted** a pesar de que usted le hubiera dicho o demostrado que no quería hacerlo o se hizo sin su consentimiento. ¿Qué relación tiene esa persona con usted? (350-351)

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 Padraastro/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

M15.8. ¿Esta persona era hombre o mujer? (352)

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

Frase de cierre de la encuesta: Comprendo que este tema puede recordarle experiencias pasadas sobre las que tal vez desee hablar. Si usted o alguien que usted conoce quisiera hablar con una persona especializada en el tema, por favor llame al **1-888-956-7273**. ¿Quiere que le repita este número?

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.