



**2008**

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

**Cuestionario**

**January 22, 2008**



# Sistema de vigilancia de los factores de riesgo conductuales

## Cuestionario del 2008

### Índice

Índice.....	2
Secciones básicas .....	5
Sección 1: Estado de salud .....	5
Sección 2: Días en los que se siente bien de salud – Calidad de vida en relación con la salud.....	5
Sección 3: Acceso a cuidados médicos .....	6
Sección 4: Sueño.....	7
Sección 5: Actividad física.....	7
Sección 6: Diabetes.....	8
Módulo 2: Diabetes.....	8
Sección 7: Salud bucal .....	11
Sección 8: Prevalencia de las enfermedades cardiovasculares .....	12
Sección 9: Asma.....	12
Sección 10: Discapacidad .....	13
Sección 11: Consumo de tabaco.....	14
Sección 12: Información demográfica .....	14
Sección 13: Consumo de alcohol.....	20
Sección 14: Vacunas.....	21
Sección 15: Caídas.....	22
Sección 16: Uso del cinturón de seguridad.....	22
Sección 17: Beber y manejar .....	23
Sección 18: Salud de la mujer.....	23
Sección 19: Detección del cáncer de próstata .....	25
Sección 20: Detección del cáncer colorrectal .....	26
Sección 21: VIH/SIDA.....	28
Sección 22: Apoyo emocional y grado de satisfacción con la vida.....	29
Módulo 5: Profesional de la salud/alto riesgo .....	30
Módulo 7: Otros productos de tabaco .....	31
State-Added 1: Diabetes.....	32
State-Added 2: Cancer Prevalence.....	33
State-Added 3: Caregiver Module .....	34
State-Added 4: Tobacco Initiation & Secondhand Smoke .....	38
State-Added 5: Disability / Traumatic Brain Injuries .....	38
State-Added 6: Family Planning.....	38
State-Added 7: Environmental Health .....	40
State-Added 8: Antibiotic Resistance .....	41
State-Added 9: ATOD - State Epidemiology Workgroup / DCF .....	41
Section 10: Adverse Childhood Outcomes.....	44
State-Added 11: Call Back (1) .....	45

## Guión para el encuestador

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

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

**Si la respuesta es "No",**

Disculpe; es probable que haya llamado a un número equivocado. Es posible que su número sea seleccionado en otra oportunidad. Disculpe por la molestia. Adiós.

**CUELGUE**

PVTRESIDE ¿Es éste un domicilio particular en **(estado)** ?

**Si la respuesta es "No",**

Muchas gracias; pero por el momento solo estamos haciendo esta encuesta en domicilios particulares. **CUELGUE**

CELLFON ¿Es éste un teléfono celular?

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

**Si la respuesta es "Sí",**

**Muchas gracias; pero por el momento solo estamos llamando a teléfonos fijos y a domicilios particulares para realizar esta encuesta. CUELGUE**

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

NUMADULT \_\_\_ Cantidad de adultos

**Si la respuesta es "1",**

¿Es usted el adulto?

**Si la respuesta es "Sí",**

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

**Si la respuesta es "No",**

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

¿Podría hablar con **[indicar (él/ella) según la respuesta dada a la pregunta anterior]**?

**Pase a "persona encuestada correspondiente" en la próxima página.**

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

NUMMEN \_\_\_ Cantidad de hombres

NUMWOMEN \_\_\_ Cantidad de mujeres

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

**Si la respuesta es "usted", pase a la página 4**



**A la persona encuestada correspondiente:**

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

## Secciones básicas

No le pediré su nombre, dirección ni ninguna otra información personal que pudiera 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 confidencial. Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, por favor llame al 1-866-779-6122.

### Sección 1: Estado de salud

---

**GENHLTH**      ¿Diría usted que su estado de salud general es...?: (73)

**Por favor lea:**

- 1      Excelente
- 2      Muy bueno
- 3      Bueno
- 4      Regular

o

- 5      Malo

**No lea:**

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

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

---

**PHYSHLTH**      Con respecto a su estado de salud física, lo que incluye tanto enfermedades como lesiones físicas, en los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su estado de salud física no fue bueno? (74–75)

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

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

(76–77)

- — Cantidad de días  
 8 8 Ninguno **[Si PHYSHLTH y MENTHLTH = 88 (Ninguno), pase a la siguiente sección]**  
 7 7 No sabe / No está seguro/a  
 9 9 Se niega a contestar

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

(78–79)

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

### Sección 3: Acceso a cuidados médicos

---

**HLTHPLAN** ¿Tiene algún tipo de cobertura médica, incluido seguro de salud, planes prepago como los brindados por las HMO (*Health Maintenance Organizations*, u organizaciones de atención médica administrada), u otros planes gubernamentales como Medicare?

(80)

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

**PERSDOC2** ¿Hay alguna persona en particular a la que usted considere su médico o proveedor de atención médica de confianza?

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

(81)

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

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

(82)

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

**CHECKUP1** ¿Cuándo fue la última vez que fue al médico para hacerse un chequeo de rutina? Un chequeo de rutina es un examen físico general, que no se realiza a consecuencia de una lesión, enfermedad o afección específica.

(83)

- 1 En los últimos 12 meses máximo
- 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
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 8 Nunca
- 9 Se niega a contestar

## Sección 4: Sueño

---

La pregunta siguiente es para saber si duerme o descansa lo suficiente.

**4.1** En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días sintió que no durmió o no descansó lo suficiente?

(84–85)

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

## Sección 5: Actividad física

---

**EXERANY2** En los últimos 30 días, a excepción de su trabajo diario, ¿participó en alguna actividad física o hizo algún tipo de ejercicio como correr, caminar, calistenia, jugar al golf o realizar actividades de jardinería?

(86)

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

## Sección 6: Diabetes

---

**DIABETE2** ¿Alguna vez un médico le ha dicho que usted tiene diabetes?

**Si la respuesta es "Sí" y la persona encuestada es mujer, pregúntele: "¿Fue únicamente durante el embarazo?"**

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

(87)

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

## Módulo 2: Diabetes

---

**Haga las siguientes preguntas si la respuesta a la pregunta básica DIABETE2. (código = 1 ) es "Sí".**

**DIABAGE2** ¿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 Se niega a contestar

**INSULIN** ¿Está tomando insulina?

(231)

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Se niega a contestar

**BLDSUGAR** Aproximadamente, ¿con qué frecuencia controla su nivel de glucosa o azúcar en la sangre? Incluya las veces en que el control se lo hizo un familiar o un amigo, pero NO cuando el control lo realizó un médico.

(232–234)

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



**FEETCHK2** ¿Con qué frecuencia se examina los pies para detectar heridas o irritaciones? Incluya las veces en que el control se lo hizo un familiar o un amigo, pero NO cuando el control lo realizó un médico.

(235–237)

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

**DOCTDIAB** Aproximadamente, ¿cuántas veces consultó a un médico, una enfermera u otro profesional de la salud a causa de su diabetes en los últimos 12 meses?

(238–239)

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

**CHKHEMO3** La prueba “A1C” mide el nivel promedio de azúcar en la sangre durante los últimos tres meses. ¿Cuántas veces un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le ha hecho una prueba “A1C” en los últimos 12 meses?

(240–241)

- \_ \_ Cantidad de veces [**76 = 76 o más**]
- 8 8 Ninguna
- 9 8 Nunca ha oído hablar de la prueba “A1C”.
- 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 Se niega a contestar

**Nota de CATI: si FEETCHK2 = 555 (No tiene pies), pase a EYEEXAM.**

**FEETCHK** ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses un profesional de la salud le ha examinado los pies para detectar una posible herida o irritación?

(242–243)

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

**EYEXAM** ¿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.

(244)

**Lea solo si es necesario:**

- 1 En los últimos 30 días máximo
- 2 En los últimos 12 meses (hace más de 1 mes pero menos de 12)
- 3 En los últimos 2 años (hace más de 1 año pero menos de 2)
- 4 Hace 2 años o más

**No lea:**

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

**DIABEYE** ¿Su médico le ha informado en alguna ocasión que la diabetes le ha afectado los ojos o que ha tenido una retinopatía?

(245)

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

**DIABEDU** ¿Ha tomado alguna vez un curso o una clase sobre cómo controlar usted mismo su diabetes?

(246)

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

## Sección 7: Salud bucal

---

**LASTDEN3** ¿Cuándo fue la última vez que visitó a un dentista o que fue a una clínica dental por algún motivo? Incluya visitas a especialistas dentales, como por ejemplo los ortodoncistas. (88)

**Lea solo si es necesario:**

- 1 En los últimos 12 meses máximo
- 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
- 8 Nunca
- 9 Se niega a contestar

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

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

(89)

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

**Nota de CATI: si LASTDEN3 = 8 (Nunca) o RMVTEETH = 3 (Todos), pase a la siguiente sección.**

**DENCLEAN** ¿Cuándo fue la última vez en que un dentista o un higienista dental le hizo una limpieza dental? (90)

**Lea solo si es necesario:**

- 1 En los últimos 12 meses máximo
- 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
- 8 Nunca
- 9 Se niega a contestar

## Sección 8: Prevalencia de las enfermedades cardiovasculares

---

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

¿ALGUNA VEZ un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le informó que usted tenía alguna de las siguientes afecciones? En cada pregunta, responda “Sí”, “No”, o “No estoy seguro/a”.

**CV DINFR4** ¿Alguna vez le informaron que usted había tenido un ataque cardíaco, también llamado infarto de miocardio? (91)

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

**CV DCRHD4** ¿Alguna vez le informaron que usted había tenido angina o una enfermedad de las arterias coronarias? (92)

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

**CV DSTRK3** ¿Alguna vez le informaron que usted había sufrido un accidente cerebrovascular? (93)

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

## Sección 9: Asma

---

**ASTHMA2** ¿Alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le ha dicho que usted tiene asma? (94)

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

**ASTHNOW** ¿Aún tiene asma?

(95)

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

## Sección 10: Discapacidad

---

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

**QLACTLM2** ¿Tiene actualmente algún problema físico, mental o emocional que limite de alguna manera sus actividades?

(96)

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

**USEEQUIP** ¿Tiene actualmente algún problema de salud que le obligue a usar algún tipo de equipo especial, como bastón, silla de ruedas, una cama especial o un teléfono especial?

(97)

**Incluya el uso ocasional o el uso específico de estos equipos en ciertas circunstancias.**

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

## Sección 11: Consumo de tabaco

---

**SMOKE100** ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida? (98)

**Nota: 5 cajetillas = 100 cigarrillos**

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

**SMOKEDAY** **Actualmente,** ¿fuma cigarrillos todos los días, algunos días o nunca lo hace? (99)

- |   |                            |                                      |
|---|----------------------------|--------------------------------------|
| 1 | Todos los días             |                                      |
| 2 | Algunos días               |                                      |
| 3 | Nunca lo hace              | <b>[Pase a la siguiente sección]</b> |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | <b>[Pase a la siguiente sección]</b> |
| 9 | Se niega a contestar       | <b>[Pase a la siguiente sección]</b> |

**STOPSMK2** En los últimos 12 meses, ¿ha dejado de fumar durante un día o más debido a que estaba intentando dejar de fumar? (100)

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

## Sección 12: Información demográfica

---

**AGE** ¿Qué edad tiene? (101–102)

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

**HISPANC2** ¿Es usted hispano/a o latino/a? (103)

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

**MRACE** ¿A cuál o cuáles de las siguientes razas diría usted que pertenece?

(104–109)

**(Marque todas las opciones que correspondan)**

**Por favor lea:**

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

**u**

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

**No lea:**

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

**Nota de CATI: en caso de múltiples respuestas a MRACE, continúe. De no ser así, pase a VETERAN**

**ORACE2** ¿Cuál de los siguientes grupos diría usted que es el más representativo de su raza?

(110)

- 1 Blanco/a
- 2 Negro/a o afroamericano/a
- 3 Asiático/a
- 4 Nativo/a de Hawai o de otras islas del Pacífico
- 5 Indoamericano/a o nativo/a de Alaska
- 6 Otros [especifique] \_\_\_\_\_

**No lea:**

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

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

(111)

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

**MARITAL**      ¿Usted...? (112)

**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

**No lea:**

- 9      Se niega a contestar

**CHILDREN**      ¿Cuántos niños menores de 18 años viven con usted? (113–114)

- —      Cantidad de niños
- 8 8      Ninguno
- 9 9      Se niega a contestar

**EDUCA**      ¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha alcanzado? (115)

**Lea solo si es necesario:**

- 1      Nunca fue a la escuela o solo recibió educación preescolar.
- 2      De 1.º a 8.º grado (educación primaria)
- 3      Del 9.º al 11.º grado (educación secundaria incompleta)
- 4      12.º grado o diploma equivalente de la escuela secundaria o GED (graduado/a de la escuela secundaria)
- 5      De 1 a 3 años de universidad (algunos años de educación universitaria o escuela técnica)
- 6      4 o más años de universidad (graduado/a universitario/a)

**No lea:**

- 9      Se niega a contestar

**EMPLOY**      Actualmente, ¿usted...? (116)

**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
- o**



8 Está incapacitado/a para trabajar

**No lea:**

9 Se niega a contestar

**INCOME2** Tomando en cuenta todas las fuentes de ingresos, los ingresos anuales de su núcleo familiar son: (117–118)

**Si la persona encuestada se niega a dar una respuesta a los DIFERENTES niveles de ingresos, indique código “99” (Se niega a contestar)**

**Lea solo si es necesario:**

0 4 Menos de \$25,000 **Si la respuesta es "No", pregunte 05; si la respuesta es "Sí", pregunte 03**  
(entre \$20,000 y menos de \$25,000)

0 3 Menos de \$20,000 **Si la respuesta es "No", pregunte 04; si la respuesta es "Sí", pregunte 02**  
(entre \$15,000 y menos de \$20,000)

0 2 Menos de \$15,000 **Si la respuesta es "No", pregunte 03; si la respuesta es "Sí", pregunte 01**  
(entre \$10,000 y menos de \$15,000)

0 1 Menos de \$10,000 **Si la respuesta es "No", codifique 02**

0 5 Menos de \$35,000 **Si la respuesta es "No", pregunte 06**  
(entre \$25,000 y menos de \$35,000)

0 6 Menos de \$50,000 **Si la respuesta es "No", pregunte 07**  
(entre \$35,000 y menos de \$50,000)

0 7 Menos de \$75,000 **Si la respuesta es "No", codifique 08**  
(entre \$50,000 y menos de \$75,000)

0 8 \$75,000 o más

**No lea:**

7 7 No sabe / No está seguro/a

9 9 Se niega a contestar

**WEIGHT2** Aproximadamente, ¿cuánto pesa sin zapatos? (119–122)

**Nota: si la persona encuestada responde en sistema métrico, indique “9” en la columna 119.**

**Redondee los decimales hacia arriba**

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

**Nota de CATI: si WEIGHT2 = 7777 (No sabe / No está seguro/a) o 9999 (Se niega a contestar), sáltese WTYRAGO y WTCHINT).**

**HEIGHT3** Aproximadamente, ¿cuánto mide sin zapatos? (123–126)

**Nota: si la persona encuestada responde en sistema métrico, indique “9” en la columna 123.**

**Redondee los decimales hacia abajo**

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

**WTYRAGO** ¿Cuánto pesaba hace un año? [Si hace un año estaba embarazada, ¿cuánto pesaba antes del embarazo?] **CATI: si la persona encuestada es una mujer que tiene <46 años.** (127–130)

**Nota: si la persona encuestada responde en sistema métrico, indique “9” en la columna 127.**

**Redondee los decimales hacia arriba**

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

**Nota de CATI: reste el peso de hace un año al peso actual. Si el peso es el mismo, sáltese WTCHGINT.**

**WTCHGINT** ¿La diferencia de peso entre el año pasado y ahora ha sido intencional? (131)

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

**CTYCODE** ¿En qué condado vive? (132–134)

\_ \_ \_ Código FIPS [*Federal Information Processing Standards*] del condado  
 7 7 7 No sabe / No está seguro/a  
 9 9 9 Se niega a contestar

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

(135-139)

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

**NUMHHOL2** ¿Tiene más de un número de teléfono en su casa? No incluya números de teléfonos celulares ni números que solo se utilicen para una computadora o un fax.

(140)

1	Sí	
2	No	<b>[Pase a TELSERV2]</b>
7	No sabe / No está seguro/a	<b>[Pase a TELSERV2]</b>
9	Se niega a contestar	<b>[Pase a TELSERV2]</b>

**NUMPHON2** ¿Cuántos de estos números de teléfono son números particulares?

(141)

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

**TELSERV2** En los últimos 12 meses, ¿se ha quedado su casa sin servicio telefónico por 1 semana o más? No incluya los cortes del servicio telefónico debido a situaciones climáticas o desastres naturales.

(142)

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

**SEX** Indique el sexo de la persona encuestada. Pregunte solo si es necesario.

(143)

1	Masculino	<b>[Pase a la siguiente sección]</b>
2	Femenino	<b>[Si la encuestada tiene 45 años o más, pase a la siguiente sección]</b>

**PREGNANT** Que usted sepa, ¿está embarazada?

(144)

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

## Sección 13: Consumo de alcohol

**DRNKANY4** En los últimos 30 días, ¿ha bebido al menos un trago de cualquier bebida alcohólica, como cerveza, vino, bebidas alcohólicas a base de malta o licores fuertes? (145)

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

**ALCDAY4** En los últimos 30 días, ¿cuántos días por semana o por mes bebió al menos un trago de cualquier bebida alcohólica? (146–148)

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

**AVEDRNK2** 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. En los últimos 30 días, durante los días en que bebió, ¿aproximadamente cuántos tragos bebió en promedio?

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

(149–150)

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

**DRNK3GE5** Tomando en cuenta todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces en los últimos 30 días usted bebió **X** tragos o más en una ocasión **[CATI X = 5 para los hombres, X = 4 para las mujeres]**?

(151–152)

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

**MAXDRNK5** En los últimos 30 días, ¿cuál fue la máxima cantidad de tragos que bebió en una misma ocasión?

(153–154)

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

## Sección 14: Vacunas

**FLUSHOT3** La vacuna inyectable contra la gripe (*influenza o flu*, en inglés) se inyecta en el brazo. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido la vacuna inyectable contra la gripe? (155)

- |   |                            |                          |
|---|----------------------------|--------------------------|
| 1 | Sí                         |                          |
| 2 | No                         | <b>[Pase a FLUSPRY2]</b> |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | <b>[Pase a FLUSPRY2]</b> |
| 9 | Se niega a contestar       | <b>[Pase a FLUSPRY2]</b> |

**14.2** ¿En qué mes y año recibió la vacuna inyectable contra la gripe por última vez? (156–161)

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

**FLUSPRY2** En los últimos 12 meses, ¿ha recibido alguna vacuna contra la gripe que se administre con atomizador nasal? La vacuna contra la gripe que se administra con atomizador nasal se conoce también como FluMist™. (162)

- |   |                            |                          |
|---|----------------------------|--------------------------|
| 1 | Sí                         |                          |
| 2 | No                         | <b>[Pase a PNEUVAC3]</b> |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | <b>[Pase a PNEUVAC3]</b> |
| 9 | Se niega a contestar       | <b>[Pase a PNEUVAC3]</b> |

**14.4** ¿En qué mes y año recibió usted por última la vacuna contra la gripe que se administra con atomizador nasal? (163–168)

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

**PNEUVAC3** Por lo general, la vacuna inyectable contra la neumonía o vacuna antineumocócica se administra solamente una o dos veces durante la vida de una persona, y es diferente de la vacuna inyectable contra la gripe. ¿Alguna vez ha recibido la vacuna inyectable contra la neumonía? (169)

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

## Sección 15: Caídas

---

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

La pregunta siguiente se refiere a cualquier caída que haya tenido recientemente. Por caída, nos referimos a cualquier incidente en el cual de manera no intencional una persona queda tendida en el suelo o en un nivel más bajo.

**FALL3MN2** En los últimos 3 meses, ¿cuántas veces se ha caído? (170–171)

- |     |                            |                        |
|-----|----------------------------|------------------------|
| – – | Cantidad de veces          | <b>[76 = 76 o más]</b> |
| 8 8 | Ninguna                    |                        |
| 7 7 | No sabe / No está seguro/a |                        |
| 9 9 | Se niega a contestar       |                        |

**15.2** [Pregunte además “¿Esta caída (relacionada con la pregunta P15.1) le causó alguna lesión?”]. Si en FALL3MN2 se indica solo una caída y la respuesta es “Sí” (causó una lesión), codifique 01. Si la respuesta es “No”, codifique 88.

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

(172–173)

- |     |                            |                                      |
|-----|----------------------------|--------------------------------------|
| – – | Cantidad de caídas         | <b>[76 = 76 o más]</b>               |
| 8 8 | Ninguna                    | <b>[Pase a la siguiente sección]</b> |
| 7 7 | No sabe / No está seguro/a | <b>[Pase a la siguiente sección]</b> |
| 9 9 | Se niega a contestar       | <b>[Pase a la siguiente sección]</b> |

## Sección 16: Uso del cinturón de seguridad

---

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

**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 maneja ni viaja en carro |
| 9 | Se niega a contestar           |

**Nota de CATI: si SEATBELT = 8 (Nunca maneja ni viaja en carro), pase a la Sección 18; de no ser así, continúe.**

## Sección 17: Beber y manejar

---

**Nota de CATI: si DRNKANY4 = 2 (No), pase a la siguiente sección.**

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

**DRINKDRI** En los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha manejado después de haber bebido quizá demasiado? (175–176)

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

## Sección 18: Salud de la mujer

---

**Nota de CATI: si la persona encuestada es hombre, pase a la siguiente sección.**

Las preguntas siguientes se refieren al cáncer de mama y al cáncer cervical.

**HADMAM** 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 ha hecho una mamografía? (177)

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

**HOWLONG** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una mamografía? (178)

**Lea solo si es necesario:**

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

**No lea:**

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

**PROFEXAM** Un examen clínico de mama es aquel mediante el cual un médico, una enfermera u otro profesional de la salud palpa los senos de la paciente para detectar la posible existencia de bultos. ¿Alguna vez le han hecho un examen clínico de mama? (179)

- 1 Sí
- 2 No [Pase a HADPAP2]
- 7 No sabe / No está segura [Pase a HADPAP2]
- 9 Se niega a contestar [Pase a HADPAP2]

**LENGEXAM** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo un examen de mama? (180)

**Lea solo si es necesario:**

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

**No lea:**

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

**HADPAP2** El PAP (Papanicolau) es un examen que se realiza para detectar la existencia de cáncer en el cuello del útero. ¿Alguna vez se ha hecho un PAP? (181)

- 1 Sí
- 2 No [Pase a HADHYST2]
- 7 No sabe / No está segura [Pase a HADHYST2]
- 9 Se niega a contestar [Pase a HADHYST2]

**LASTPAP2** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo el PAP? (182)

**Lea solo si es necesario:**

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

**No lea:**

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

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



**HADHYST2** ¿Le han practicado una histerectomía? (183)

**Lea solo si es necesario:** la histerectomía es una cirugía mediante la cual se extrae el útero (la matriz).

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

## Sección 19: Detección del cáncer de próstata

---

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

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

**PSATEST** La prueba del antígeno prostático específico, llamada también prueba del PSA (por sus siglas en inglés), es un análisis de sangre que se usa para detectar el cáncer de próstata en los hombres. ¿Alguna vez se ha hecho la prueba del PSA? (184)

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

**PSATIME** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo la prueba del PSA? (185)

**Lea solo si es necesario:**

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

**No lea:**

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

**DIGRECEX** El tacto rectal es un examen en el que un médico, un 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 han hecho un tacto rectal? (186)

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

**DRETIME** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo un tacto rectal? (187)

**Lea solo si es necesario:**

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

**No lea:**

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

**PROSTATE** ¿Alguna vez un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le ha dicho que usted tiene cáncer de próstata? (188)

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

## Sección 20: Detección del cáncer colorrectal

---

**Nota de CATI: si la persona encuestada tiene ≤49 años, pase a la siguiente sección.**

**BLDSTOOL** La prueba de sangre en las heces se puede hacer en casa con un kit especial para detectar la presencia de sangre en las heces. ¿Alguna vez se ha hecho esta prueba con un kit de uso doméstico? (189)

- 1 Sí
- 2 No [Pase a HADSIGM3]
- 7 No sabe / No está seguro/a [Pase a HADSIGM3]
- 9 Se niega a contestar [Pase a HADSIGM3]

**LSTBLDS2** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una prueba de sangre en las heces con un kit de uso doméstico? (190)

**Lea solo si es necesario:**

- 1 En los últimos 12 meses máximo
- 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/a
- 9 Se niega a contestar

**HADSIGM3** La sigmoidoscopia y la colonoscopia son exámenes en los que se inserta un tubo en el recto para examinar el colon a fin de detectar señales de cáncer u otros trastornos de salud. ¿Alguna vez se ha hecho alguno de estos exámenes? (191)

- 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]**

**20.4** Para realizar la SIGMOIDOSCOPIA se inserta un tubo flexible en el recto para detectar posibles problemas. La COLONOSCOPIA es un examen similar, pero se utiliza un tubo más largo. Por lo general, a usted se le inyecta un medicamento en el brazo para que se duerma. Además, se le pide que vaya a hacerse el examen acompañado de alguien más que pueda llevarlo a la casa después del procedimiento. ¿El ÚLTIMO examen que se realizó fue una sigmoidoscopia o una colonoscopia? (192)

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

**LASTSIG2** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una sigmoidoscopia o una colonoscopia? (193)

**Lea solo si es necesario:**

- 1 En los últimos 12 meses máximo
- 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 En los últimos 10 años (hace más de 5 años pero menos de 10)
- 6 Hace 10 años o más

**No lea:**

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

## Sección 21: VIH/SIDA

**Nota de CATI: si la persona encuestada tiene 65 años o más, pase a la siguiente sección.**

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

**HIVTST5** ¿Alguna vez se ha hecho la prueba del VIH? No incluya las pruebas que le hayan realizado al donar sangre. Incluya las pruebas de saliva. (194)

- |   |                            |                       |
|---|----------------------------|-----------------------|
| 1 | Sí                         |                       |
| 2 | No                         | <b>[Pase a P21.5]</b> |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | <b>[Pase a P21.5]</b> |
| 9 | Se niega a contestar       | <b>[Pase a P21.5]</b> |

**HIVTSTD2** Sin incluir las donaciones de sangre, ¿en qué mes y año se realizó la prueba del VIH por última vez? (195–200)

**Nota: si la respuesta es antes de enero de 1985, codifique "No sabe".**

**Instrucción de CATI: si la persona encuestada recuerda el año pero no recuerda el mes, marque el código de dos dígitos 77 y los últimos cuatro dígitos del año.**

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

**WHRTST8** ¿Dónde se hizo por última vez la prueba del VIH: en el consultorio de un médico particular, en el consultorio de una HMO, en un centro de consejería y pruebas, en un hospital, en un centro de atención médica, en una cárcel o prisión, en una institución de tratamiento de la drogadicción, en la casa o en cualquier otro sitio? (201–202)

- |     |  |
|-----|--|
| 0 1 | Consultorio de un médico particular o de una HMO   |
| 0 2 | Centro de consejería y pruebas                     |
| 0 3 | Hospital   |
| 0 4 | Centro de atención médica                          |
| 0 5 | Cárcel o prisión (u otra institución correccional) |
| 0 6 | Institución de tratamiento de la drogadicción      |
| 0 7 | En la casa   |
| 0 8 | En cualquier otro sitio                            |
| 7 7 | No sabe / No está seguro/a                         |
| 9 9 | Se niega a contestar                               |

**Nota de CATI: pregunte HIVRDTST si HIVTSTD2 = En los últimos 12 meses. De no ser así, pase a P21.5.**

**HIVRDTST** ¿Se trató de una prueba rápida que le permitió conocer los resultados en un par de horas? (203)

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

**21.5** Voy a leerle una lista de situaciones. Cuando haya terminado, por favor dígame si alguna de las situaciones tiene que ver con usted. No tiene que decirme qué situación es.

- En los últimos doce meses usted ha consumido drogas intravenosas.
- En los últimos doce meses a usted se le ha tratado por alguna enfermedad de transmisión sexual o venérea.
- En los últimos doce meses usted ha dado o recibido dinero o drogas a cambio de relaciones sexuales.
- En los últimos doce meses usted ha tenido relaciones sexuales anales sin usar un condón.

¿Alguna de estas situaciones tiene que ver con usted? (204)

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

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

**Nota para el encuestador: si se lo preguntan, diga "Por favor incluya el apoyo que recibe de cualquier fuente".**

(205)

**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
- 9 Se niega a contestar

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

(206)

**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

## Módulo 5: Profesional de la salud/alto riesgo

---

Las siguientes preguntas hacen referencia al trabajo relacionado con la atención de salud y las enfermedades crónicas.

**M5.1.** En la actualidad, ¿presta servicios voluntarios o trabaja en un hospital, centro de atención médica, consultorio médico, consultorio dental, asilo de ancianos u otro establecimiento médico? Esto incluye trabajo de tiempo parcial y trabajo no remunerado en un establecimiento médico así como servicios profesionales de enfermería a domicilio atención profesional de enfermería proporcionada a domicilio.

(265)

**Nota para el encuestador: si es necesario, diga: “Esto incluye profesionales que no se dedican a la atención médica, como el personal administrativo que trabaja en un establecimiento médico”.**

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

**M5.2.** ¿Usted presta cuidados médicos a pacientes en forma directa como parte de su trabajo habitual? Cuidados médicos a pacientes en forma directa quiere decir que tiene contacto físico o cercano con los pacientes.

(266)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe / No está seguro/a **(tantee repitiendo la pregunta)**
- 9 Se niega a contestar

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

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

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

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

o

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

(267)

1	Sí	
2	No	<b>[Pase a M7.1]</b>
7	No sabe / No está seguro/a	<b>[Pase a M7.1]</b>
9	Se niega a contestar	<b>[Pase a M7.1]</b>

**HAVHPAD** ¿Todavía tiene este problema o algunos de estos problemas?

(268)

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

## Módulo 7: Otros productos de tabaco

---

**Ahorra me gustaría hacerle preguntas sobre el uso que hace de otros productos de tabaco que no sean cigarrillos.**

**M7.1.** ¿Alguna vez ha usado o probado cualquier producto de tabaco que no sea para fumar como tabaco para mascar, rapé o *snuff* y *snus*?

(282)

**Nota: el *snus* (que es el nombre en sueco del rapé) es un tabaco húmedo que no se fuma y que generalmente se vende en bolsitas que se ponen debajo del labio haciendo presión contra la encía.**

1	Sí	
2	No	<b>[Pase a M7.3]</b>
7	No sabe / No está seguro/a	<b>[Pase a M7.3]</b>
9	Se niega a contestar	<b>[Pase a M7.3]</b>

**M7.2.** ¿En la actualidad usa tabaco para mascar, rapé o *snus* todos los días, algunos días o nunca lo hace? (283)

- 1 Todos los días
- 2 Algunos días
- 3 Nunca lo hace
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

**M7.3.** ¿En la actualidad usa cigarros, pipas, *bidis*, *kreteks* u otros productos del tabaco? No incluya cigarrillos, tabaco para mascar, rapé o *snuff* ni *snus*?

**Nota: los *bidis* son cigarrillos pequeños, de color marrón, enrollados a mano, que provienen de la India y de países del sureste asiático.**

**Los *kreteks* son cigarrillos de clavo de olor hechos en Indonesia que contienen extractos de clavo de olor y tabaco.**

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

(284)

Versión en español aprobada por CDC Multilingual Services – Order # 4982

## State-Added 1: Diabetes

**CATI note: Ask question FL1.1 if question DIABEDU = 1 (Yes). Otherwise, go to question FL1.2.**

**FL1.1** ¿Aproximadamente cuánto duró el curso o clase que tomó para aprender a manejar la diabetes? El tiempo total que pasó en el curso puede haber estado dividido en varios días o semanas. (401)

- 1 Menos de 1 hora
- 2 Más de 1 hora pero menos de 4 horas
- 3 Más de 4 horas pero menos de 8 horas
- 4 De 8 a 10 horas
- 5 Más de 10 horas
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

**FL1.2** ¿Un médico le ha dicho a alguien de su familia menor de 18 años que tiene diabetes? (402)

- 1 Sí
- 2 No **[Go to next section]**
- 7 No sabe / No está seguro/a **[Go to next section]**
- 9 Se niega a contestar **[Go to next section]**



- FL1.3** ¿Esa persona (de su familia, menor de 18 años, a quien un médico le dijo que tenía diabetes) se inyecta insulina? (403)
- 1 Sí
  - 2 No
  - 7 No sabe / No está seguro/a
  - 9 Se niega a contestar

## State-Added 2: Cancer Prevalence

---

**IF PROSTATE=1, use ALT FL2.1; else use FL2.1.**

- FL2.1** ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tenía cáncer?  
 ALTFL2.1. Anteriormente dijistes que tenias cancer del prostata. ¿Alguna vez un doctor le ha dicho si tenia otra clase de cancer? (404)
- 1 Sí
  - 2 No [Go to Pre-FL2.2]
  - 7 No sabe / No está seguro/a [Go to Pre-FL2.2]
  - 9 Se niega a contestar [Go to Pre-FL2.2]

**PRE-FL2.2: If PROSTATE=1, automatically code 21 in FL2.2; else go to next section]**

- FL2.2** ¿Qué tipos de cáncer ha tenido? No incluya el cáncer de piel que no es melanoma. (405-418)

**Read if necessary:**

- 1 CÁNCER DE VEJIGA
- 2 CÁNCER ÓSEO
- 3 CÁNCER CEREBRAL
- 4 CÁNCER DE SENO
- 5 CÁNCER CERVICAL (CÁNCER DE CUELLO DEL ÚTERO)
- 6 CÁNCER DE COLON
- 7 CÁNCER DEL ENDOMETRIO (CÁNCER DEL ÚTERO)
- 8 CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO
- 9 CÁNCER DEL CORAZÓN
- 10 LEUCEMIA / CÁNCER EN LA SANGRE
- 11 CÁNCER DE HÍGADO
- 12 CÁNCER DE PULMONES
- 13 LINFOMA
- 14 MELANOMA
- 15 NEUROBLASTOMA
- 16 OTRO TIPO DE CÁNCER DE PIEL
- 17 CÁNCER BUCAL
- 18 CÁNCER DE LOS OVARIOS
- 19 CÁNCER PANCREÁTICO
- 20 CÁNCER FARÍNGEO (DE LA GARGANTA)
- 21 CÁNCER DE PRÓSTATA
- 22 CÁNCER RECTAL
- 23 CÁNCER RENAL (RIÑONES)
- 24 CÁNCER DE ESTÓMAGO

- 25 TIROIDES
- 26 OTHER
- 77 Don't know / Not sure **[Go to next section]**
- 99 Refused **[Go to next section]**

- FL2.3** ¿A qué edad o en qué año le dijeron por primera vez que tenía **{enter first response from question FL2.2}**? (419-423)
- 1 \_\_ Code age in years
  - 2 - - - - Enter Year
  - 7 Don't know / Not sure **[Go to next section]**
  - 9 Refused **[Go to next section]**

**CATI note: If only one response for question FL2.2, go to next section.**

- FL2.3** ¿A qué edad o en qué año le dijeron por primera vez que tenía **{enter second response from question FL2.2}**? (424-428)
- 1 \_\_ Code age in years
  - 2 - - - - Enter Year
  - 7 Don't know / Not sure **[Go to next section]**
  - 9 Refused **[Go to next section]**

### State-Added 3: Caregiver Module

---

- FL3.1** Hay personas que cuidan regularmente o brindan asistencia a alguien que tiene una enfermedad o discapacidad a largo plazo. ¿Durante el mes pasado cuidó o brindó ese tipo de asistencia a un familiar o amigo?
- IF NEEDED: If recipient has died in the past 30 days, say “Lo siento mucho de oír de tu perdida” and go to the next section.** (429)
- 1 Sí
  - 2 No **[Go to next module]**
  - 7 No sabe / No está seguro/a **[Go to next module]**
  - 9 Se niega a contestar **[Go to next module]**

- FL3.2** ¿Cuántos años tiene la persona que está cuidando?
- IF NEEDED: If more than one, ask, “¿Cual es la edad de la persona a quien usted le a cuidado en los ultimos 30 dias?”** (430-432)
- - - Age in years [0-115]
  - 998 Don't know
  - 999 Refused

**FL3.3** ¿Cuál es el género de la persona que está cuidando?

(433)

- 1 Male
- 2 Female
- 7 Don't know / Not sure
- 9 Refused

**FL3.4** **(Program for gender based on response to question FL3.3)** ¿Qué relación tienen? Por ejemplo, ¿se trata de su (madre / hija o de su padre / hijo)?

**DO NOT READ ANSWER CHOICES. Let the respondent name the relationship, but probe to fit if it isn't clear. PROBE for relationship – If more than one, ask “What is the relationship of the person to whom you gave the most care in the past 30 days?”**

**IF NEEDED – If more than one relationship applies, say “Solo puedo escoger una respuesta.”, or something similar to ensure respondent chooses only one option.**

(434-435)

- 1 Padre / Madre
- 2 Suegro / Suegra
- 3 Hijo / Hija
- 4 Cónyuge
- 5 Hermano / Hermana
- 6 Abuelo / Abuela
- 7 Nieto / Nieta
- 8 Otro familiar
- 9 Amigo o cliente
  
- 77 Don't Know / Not Sure
- 99 Refused

**FL3.5** ¿Cuál cree usted o qué ha dicho el médico que es el principal problema de salud que tiene su \_\_\_\_? **{Insert response question FL3.4}**

**CHECK ONE CONDITION ONLY. DO NOT READ ANSWER CHOICES.**

(436-437)

- 1 Trastorno de falta de atención / Trastorno de hiperactividad y falta de atención
- 2 SIDA / VIH
- 3 Enfermedad de Alzheimer o demencia
- 4 Ansiedad o problemas emocionales
- 5 Artritis / reumatismo
- 6 Asma
- 7 Cáncer
- 8 Parálisis cerebral
- 9 Anomalía cromosómica
- 10 Depresión
- 11 Síndrome de Down
- 12 Retrasos en el desarrollo
- 13 Diabetes
- 14 Problemas de los ojos / de visión (ceguera)
- 15 Problemas auditivos (sordera)
- 16 Enfermedades cardíacas
- 17 Hipertensión / presión arterial alta
- 18 Enfermedades pulmonares / enfisema

- 19 Esclerosis múltiple
- 20 Distrofia muscular
- 21 Osteoporosis
- 22 Enfermedad de Parkinson
- 23 Lesión en la médula espinal
- 24 Derrame
- 25 Traumatismo craneoencefálico
- 26 Other: Specify \_\_\_\_\_ (438-458)
- 77 Don't know/Not sure
- 99 Refused

**FL3.6** ¿En cuáles DOS de las siguientes áreas necesita más ayuda su \_\_\_\_? **{Insert response question FL3.4}**

**PLEASE READ ANSWER CHOICES 1-7. CHECK UP TO TWO. MULTIPLE RESPONSE.**

(459-462)

- 1 Aprender, recordar y confusión
- 2 Oír o ver
- 3 Cuidarse por sí mismo en cosas como comer, vestirse, bañarse o ir al baño
- 4 Comunicarse con los demás
- 5 Moverse
- 6 Relacionarse con las personas
- 0
- 7 Sentirse ansioso o deprimido

**Please do not read:**

- 77 Don't Know
- 99 Refused

**FL3.7** ¿Cuánto tiempo ha cuidado a su \_\_\_\_? **{Insert response question FL3.4}**?

**DO NOT READ. Code using respondent's unit of time.**

(463-465)

- 1 \_\_ Days
- 2 \_\_ Weeks
- 3 \_\_ Months
- 4 \_\_ Years

- 7 Don't know/Not sure
- 9 Refused

**FL3.8** En una semana promedio, ¿cuántas horas cuida a su \_\_\_\_ **{Insert response question FL3.4}** debido a la enfermedad o discapacidad a largo plazo de esa persona?

**DO NOT READ**

(466-468)

- \_\_ - Hours per week
- 77 Don't Know
- 99 Refused

**FL3.9** Voy a leer una lista de dificultades que es posible que usted haya enfrentado al cuidar a esa persona. Indique cuáles DOS de las siguientes son las dificultades más grandes que ha enfrentado al cuidar a esa persona:

**PLEASE READ ANSWER CHOICES 1-8. CHECK UP TO TWO**

(469-472)

- 1 Cuidar a alguien crea una carga financiera.
- 2 Cuidar a alguien no deja suficiente tiempo para uno mismo.
- 3 Cuidar a alguien no deja suficiente tiempo para la familia.
- 4 Cuidar a alguien interfiere con el trabajo.
- 5 Cuidar a alguien genera o agrava problemas de salud.
- 6 Cuidar a alguien afecta las relaciones familiares.
- 7 Cuidar a alguien genera estrés.  
O
- 8 Alguna otra dificultad.

**Please do not read:**

- 77 Don't know/Not sure
- 99 Refused

**FL3.10** ¿Qué tan lejos vive de su \_\_\_\_ {Insertar respuesta a la pregunta FL3.4}? Usted vive...

**PLEASE READ ANSWER CHOICES 1-5.**

(473)

- 1 en la misma casa
- 2 a menos de 20 minutos
- 3 entre 20 y 60 minutos
- 4 entre 1 y 2 horas  
O
- 5 a más de dos horas.

**Please do not read:**

- 7 Don't know/Not sure
- 9 Refused

**FL3.11** ¿Le preocupa la memoria de su \_\_\_\_ {Insert response question FL3.4}'s memory or thinking?

(474)

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

**FL3.12** ¿La memoria de su \_\_\_\_ {Insert response question FL3.4} interfiere con las actividades diarias o con la calidad de vida?

(475)

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

- FL3.13**      ¿Un médico u otro profesional de la salud ha evaluado alguna vez el problema de memoria de su familiar? (476)
- |   |                            |
|---|----------------------------|
| 1 | Sí                         |
| 2 | No                         |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar       |

## State-Added 4: Tobacco Initiation & Secondhand Smoke

---

**CATI note: If SMOKE100=1 (Yes) and SMOKEDAY=1 or 2 (smoke every day or some days), go to question FL4.1. Otherwise, go to question FL4.2.**

- FL4.1**      ¿Cuántos años tenía usted cuando empezó a fumar regularmente? (477-478)
- |    |                       |
|----|-----------------------|
| -- | Code age in years     |
| 77 | Don't know / Not sure |
| 99 | Refused               |

- FL4.2**      ¿Cuántos días de los últimos 7 alguien fumó en su casa estando usted allí? (479-480)
- |    |                                      |
|----|--------------------------------------|
| __ | Number of days (1-7 days)            |
| 55 | I was not at home in the past 7 days |
| 88 | None                                 |
- Do not read:**
- |    |                       |
|----|-----------------------|
| 77 | Don't know / Not sure |
| 99 | Refused               |

## State-Added 5: Disability / Traumatic Brain Injuries

---

- FL5.1**      ¿Alguna vez se a dado un golpe en la cabeza que a visto estrellas, perdio la conciencia, a tenido un black out, o le han dicho que a sufrido una concusion? (481)
- |   |                            |
|---|----------------------------|
| 1 | Sí                         |
| 2 | No                         |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar       |

## State-Added 6: Family Planning

---

**CATI note: Skip module and go to next section if respondent is: male (SEX = 1); OR female (SEX = 2) and 45 years of age or older (AGE = 45 or greater), or has had a hysterectomy (HADHYST2 = 1), or is pregnant (PREGNANT = 1).**

Las siguientes preguntas tienen que ver con sus opiniones y experiencias con la planificación familiar. Recuerde que todas las respuestas son confidenciales.

**FL6.1** Algunas de las cosas que hace la gente para evitar un embarazo son no tener relaciones en ciertas épocas, utilizar métodos anticonceptivos como la píldora, implantes, inyecciones, preservativos, diafragma, espuma, dispositivo intrauterino, ligadura de trompas o vasectomía. ¿Usted o su “**esposo / compañero**” están haciendo algo actualmente para evitar que “**usted**” quede embarazada? (482)

**Note: If more than one partner, consider usual partner.**

- |   |                                |                               |
|---|--------------------------------|-------------------------------|
| 1 | Yes                            |                               |
| 2 | No                             | <b>[Go to question FL6.3]</b> |
| 3 | No partner/not sexually active | <b>[Go to next module]</b>    |
| 4 | Same sex partner               | <b>[Go to next module]</b>    |
| 7 | Don't know                     | <b>[Go to next module]</b>    |
| 9 | Refused                        | <b>[Go to next module]</b>    |

**FL6.2** ¿Qué están haciendo usted o su “**esposo / compañero**” actualmente para evitar que “**usted**” quede embarazada? (483-484)

**Read only if necessary:**

- 01 Ligadura de trompas
- 02 Histerectomía (esterilización femenina)
- 03 Vasectomía (esterilización masculina)
- 04 Píldora, todo tipo (estacional, etc.)
- 05 Preservativos (masculinos o femeninos)
- 06 Implantes anticonceptivos (Jadelle o implantes)
- 07 Inyecciones (Depo-Provera)
- 08 Anillo anticonceptivo (Nuvaring u otros)
- 09 Parche anticonceptivo
- 10 Diafragma, anillo cervical o capuchón cervical
- 11 Dispositivo intrauterino (entre ellos, Mirena)
- 12 Anticonceptivos de emergencia
- 13 Abstinencia
- 14 No tener relaciones sexuales en ciertas épocas (ritmo)
- 15 Otro método (espuma, gel, crema, etc.)

**Do not read:**

- 77 Don't know / Not sure **[Go to next module]**
- 99 Refused **[Go to next module]**

**FL6.3** ¿Cuál es la razón principal por la que no está haciendo nada para evitar que “usted” quede embarazada? (485-486)

**Read only if necessary:**

- 01 No pensó que fuera a tener relaciones sexuales / no tiene un compañero regular.
- 02 Quiere quedar embarazada.
- 03 Usted o su compañero no desean utilizar métodos anticonceptivos.
- 04 A usted o su compañero no les gustan los métodos anticonceptivos / temen los efectos secundarios.
- 05 No puede pagar lo que cuestan los métodos anticonceptivos.
- 06 Omisión en la utilización de un método.
- 07 No cree que pueda quedar embarazada.
- 08 Se mandó a ligar las trompas (esterilización).
- 09 Su compañero se mandó a hacer una vasectomía (esterilización).
- 10 Se mandó a hacer una histerectomía.
- 11 Usted o su compañero son muy mayores.
- 12 Actualmente está amamantando.
- 13 Acaba de tener un bebé / posparto.
- 14 Otra razón
- 15 No le importa si se embaraza
- 16 Esta embarazada ahora

**Do not read:**

- 77 Don't know / Not sure
- 99 Refused

## State-Added 7: Environmental Health

---

**FL7.1** Voy a leer una lista de diferentes problemas ambientales que pueden afectar la salud. De la lista, ¿cuál es el problema del que menos información tiene? (487-488)

**Read:**

- 1 La calidad del agua potable
- 2 La calidad del aire exterior
- 3 La calidad del aire interior (por ejemplo, polvo, moho o vapores)
- 4 Exposición al mercurio en el pescado
- 0
- 5 Exposición al plomo

**Do not read:**

- 55 None of these
- 77 Don't know
- 99 Refused

La siguiente pregunta trata sobre las condiciones de salud ambiental en su barrio. Se define barrio como el área que se encuentra a dos kilómetros y medio o a diez minutos a pie desde su casa.



**FL7.2** Voy a leerle una lista. Indique un cambio de los que aparecen en la lista que, según usted, puede mejorar la salud y bienestar de las personas de su barrio. (489-490)

- 1 Poner un parque público, una senda para bicicletas o una acera.
- 2 Mejorar las viviendas viejas y acabadas.
- 3 Mejorar la seguridad del barrio.
- 4 Mejorar el control de animales y los servicios de control de vectores, como el control de zancudos.
- 
- 5 Limpiar los sitios de desechos tóxicos.

**Do not read:**

- 55 None of these
- 77 Don't know
- 99 Refused

### State-Added 8: Antibiotic Resistance

---

**FL8.1** Algunas infecciones son provocadas por bacterias para las que los antibióticos comunes ya no funcionan; también se llaman “bacterias resistentes”. ¿Alguna vez ha escuchado hablar de la resistencia a los antibióticos? (491)

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

**FL8.2** ¿Cree usted que los antibióticos son un buen medicamento para los resfriados?

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

### State-Added 9: ATOD - State Epidemiology Workgroup / DCF

---

¿Cuánto se arriesgan las personas a hacerse daño a sí mismas físicamente o de otras maneras cuando hacen alguna de las siguientes cosas? Responda de la siguiente manera: no hay riesgo, riesgo moderado, gran riesgo.

**FL9.1** Fumar uno o más paquetes de cigarrillos al día. (493)

- 1 No hay riesgo
- 2 Riesgo pequeño
- 3 Riesgo moderado
- 4 Gran riesgo
- 7 Don't know / Not sure
- 9 Refused

- FL9.2** Fumar marihuana una vez al mes. (494)
- 1 No hay riesgo
  - 2 Riesgo pequeño
  - 3 Riesgo moderado
  - 4 Gran riesgo
  - 7 Don't know / Not sure
  - 9 Refused
- FL9.3** Probar cocaína, heroína, LSD, metanfetamina, y otras drogas ilegales una o dos veces. (495)
- 1 No hay riesgo
  - 2 Riesgo pequeño
  - 3 Riesgo moderado
  - 4 Gran riesgo
  - 7 Don't know / Not sure
  - 9 Refused
- FL9.4** Utilizar cocaína, heroína, LSD, metanfetamina, y otras drogas ilegales una o dos veces a la semana. (496)
- 1 No hay riesgo
  - 2 Riesgo pequeño
  - 3 Riesgo moderado
  - 4 Gran riesgo
  - 7 Don't know / Not sure
  - 9 Refused
- FL9.5** Utilizar una o dos veces un medicamento de prescripción que no les fue prescrito. (497)
- 1 No hay riesgo
  - 2 Riesgo pequeño
  - 3 Riesgo moderado
  - 4 Gran riesgo
  - 7 Don't know / Not sure
  - 9 Refused
- FL9.6** Utilizar una o dos veces a la semana un medicamento de prescripción que no les fue prescrito. (498)
- 1 No hay riesgo
  - 2 Riesgo pequeño
  - 3 Riesgo moderado
  - 4 Gran riesgo
  - 7 Don't know / Not sure
  - 9 Refused

**FL9.7** Tomar 1 ó 2 copas de una bebida alcohólica casi todos los días. (499)

- 1 No hay riesgo
- 2 Riesgo pequeño
- 3 Riesgo moderado
- 4 Gran riesgo
- 7 Don't know / Not sure
- 9 Refused

**FL9.8** Tomar 5 o más copas de una bebida alcohólica una o dos veces a la semana. (500)

- 1 No hay riesgo
- 2 Riesgo pequeño
- 3 Riesgo moderado
- 4 Gran riesgo
- 7 Don't know / Not sure
- 9 Refused

Por favor indiqueme si usted no desaprueba, desaprueba, o totalmente desaprueba de los siguientes :

**FL9.9** Fumar uno o más paquetes de cigarrillos al día. (501)

- 1 No desaprueba
- 2 Desaprueba
- 3 Totalmente desaprueba
- 7 Don't know / Not sure
- 9 Refused

**FL9.10** Fumar marihuana regularmente. (502)

- 1 No desaprueba
- 2 Desaprueba
- 3 Totalmente desaprueba
- 7 Don't know / Not sure
- 9 Refused

**FL9.11** Tomar 5 o más copas de una bebida alcohólica una o dos veces todos los fines de semana. (503)

- 1 No desaprueba
- 2 Desaprueba
- 3 Totalmente desaprueba
- 7 Don't know / Not sure
- 9 Refused

- FL9.12** Probar LSD, cocaína, metanfetamina, heroína y otras drogas ilegales. (504)
- |   |                       |
|---|-----------------------|
| 1 | No desapueba          |
| 2 | Desapueba             |
| 3 | Totalmente desapueba  |
| 7 | Don't know / Not sure |
| 9 | Refused               |

## Section 10: Adverse Childhood Outcomes

---

Ahora le haré algunas preguntas sobre experiencias negativas de su infancia (antes de cumplir 18 años). En varios estudios recientes se ha demostrado que los comportamientos y consecuencias de salud en los adultos están ligados a las experiencias negativas de la niñez. Las respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a entender mejor esas relaciones y a desarrollar planes para reducir la mala salud en el futuro. Algunas personas podrían sentirse incómodas con estas preguntas. Al final de esta sección, le daré los teléfonos de organizaciones que pueden brindar información y hacer remisiones para personas con estos problemas. Tenga en cuenta que puede reservarse el derecho a contestar cualquier pregunta.

Las experiencias negativas de la niñez son situaciones como vivir con alguien que tiene un problema de drogas o alcohol, la muerte de uno de los padres, divorcio de los padres, vivir en situaciones de estrés, maltrato o descuido.

- FL10.1** ¿Sus padres se divorciaron o alguno de sus padres murió cuando usted era niño? (505)
- |   |                      |
|---|----------------------|
| 1 | Sí                   |
| 2 | No                   |
| 9 | Se niega a contestar |

- FL10.2** ¿Vivió usted con alguien que tuviera un problema con el alcohol o que utilizara drogas ilícitas? (506)
- |   |                            |
|---|----------------------------|
| 1 | Sí                         |
| 2 | No                         |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar       |

- FL10.3** ¿Alguna de las personas con las que vivió en la infancia sufría de depresión, tenía alguna enfermedad mental o intentó suicidarse? (507)
- |   |                            |
|---|----------------------------|
| 1 | Sí                         |
| 2 | No                         |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar       |

**FL10.4** ¿Sus padres o las personas adultas en su casa alguna vez se empujaron, se agarraron fuertemente por alguna parte del cuerpo, se abofetearon o se lanzaron algún objeto? (508)

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

**FL10.5** ¿Alguien lo maltrato en su niñez?

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Se niega a contestar
- 2 No **[Go to closing statement]**
- 9 Refused **[Go to closing statement]**

**FL10.6** ¿Esa persona era un familiar adulto, un familiar menor de 18 años, u otra persona?  
**MULTIPLE RESPONSE**

(510-512)

- 1 Adult Family Member
- 2 Child Family Member
- 3 Other
- 7 Don't know / Not sure
- 9 Refused

**Closing:** Sabemos que estas preguntas pueden recordar experiencias pasadas y que algunas personas quisieran hablar de esto. Si usted o alguien que conoce desean hablar con un consejero capacitado, hay una línea gratuita y confidencial a la que puede llamar. El número es **1- 800-799-SAFE (7233)**. ¿Desea que repita el número?

## State-Added 11: Call Back (1)

---

**FL11.1** ¿Podemos llamarlo más tarde para hacerle preguntas adicionales sobre importantes temas de salud?

(513)

- 1 Sí
- 2 No **[Go to closing statement]**
- 7 No sabe / No está seguro/a **[Go to closing statement]**
- 9 Se niega a contestar **[Go to closing statement]**

**FL11.2** ¿Cómo se llama?

(514-538)

---



Esa fue mi última pregunta. Las respuestas de todas las personas encuestadas se combinarán para brindarnos información sobre las prácticas de salud de la población de este estado. Muchas gracias por su tiempo y cooperación.