



**Cuestionario del Sistema de Vigilancia de Factores de  
Riesgo del Comportamiento 2010**

**18 de noviembre de 2009**

# Cuestionario del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento 2010

## Índice

|   |    |
|---|----|
| Índice.....   | 2  |
| Guión para el encuestador.....  | 4  |
| Secciones básicas .....   | 6  |
| Sección 1: Estado de salud .....  | 6  |
| Sección 2: Días en los que se siente bien de salud – Calidad de vida en relación con la salud ..... | 6  |
| Sección 3: Acceso a cuidados médicos .....  | 7  |
| Sección 4: Sueño.....   | 8  |
| Sección 5: Ejercicio .....  | 8  |
| Sección 6: Diabetes.....  | 9  |
| Sección 7: Salud bucal .....  | 9  |
| Sección 8: Prevalencia de enfermedades cardiovasculares.....  | 10 |
| Sección 9: Asma.....  | 11 |
| Sección 10: Discapacidad .....  | 11 |
| Sección 11: Consumo de tabaco.....  | 12 |
| Sección 12: Información demográfica .....   | 13 |
| Sección 13: Consumo de alcohol .....  | 20 |
| Sección 14: Vacunas .....   | 21 |
| Sección 15: Caídas.....   | 22 |
| Sección 16: Uso del cinturón de seguridad .....   | 24 |
| Sección 17: Beber y manejar .....   | 24 |
| Sección 18: Salud de la mujer .....   | 25 |
| Sección 19: Detección del cáncer de próstata .....  | 27 |
| Sección 20: Detección de cáncer colorrectal .....   | 28 |
| Sección 21: VIH/SIDA.....   | 30 |
| Sección 22: Apoyo emocional y grado de satisfacción con la vida.....                                | 31 |
| Módulos opcionales .....  | 34 |
| Módulo 1: Prediabetes.....  | 34 |
| Módulo 2: Diabetes.....   | 34 |
| Módulo 3: Días en los que se siente bien de salud (síntomas).....                                   | 37 |
| Módulo 4: Deterioro de la vista y acceso al cuidado médico de los ojos .....                        | 38 |
| Módulo 5: Exposición excesiva al sol .....  | 41 |
| Módulo 6: Sueño insuficiente .....  | 41 |
| Módulo 7: Planificación familiar .....  | 42 |
| Módulo 8: Antecedentes de asma en adultos .....   | 44 |
| Módulo 9: Carga de la artritis .....  | 47 |
| Módulo 10: Trabajadores del sector salud/de alto riesgo.....  | 48 |
| Módulo 11: Culebrilla (Zostavax).....   | 49 |
| Módulo 12: Tétanos y difteria (adultos).....  | 49 |
| Módulo 13: Virus del papiloma humano (VPH) en adultos.....  | 51 |
| Módulo 14: Supervivencia al cáncer.....   | 52 |
| Módulo 15: Persona a cargo del cuidado de otra.....   | 57 |
| Módulo 16: Actitudes de las personas hacia la raza .....  | 62 |
| Módulo 17: Ansiedad y depresión .....   | 64 |
| Módulo 18: Deficiencias cognitivas .....  | 67 |
| Módulo 19: Contexto social .....  | 71 |
| Módulo 20: Nivel de preparación general.....  | 74 |
| Módulo 21: Salud de los veteranos del ejército.....   | 77 |
| Módulo 22: Experiencias adversas en la niñez .....  | 80 |

|  |    |
|--|----|
| Módulo 23: Selección aleatoria de niños.....             | 83 |
| Módulo 24: Prevalencia de asma infantil.....             | 86 |
| Módulo 25: Vacunas en la niñez .....                     | 86 |
| Módulo 26: Virus del papiloma humano (VPH) en niños..... | 87 |

## Guión para el encuestador

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

¿Estoy hablando al (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. Gracias por su atención. Adiós.

**CUELGUE**

¿Es éste un domicilio particular en (estado)?

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

Muchas gracias, pero por el momento solo estamos haciendo la encuesta en domicilios particulares.

(estado). **CUELGUE**

¿Estoy llamando a un teléfono celular?

**[Léale 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. ¿Cuántas personas de las que viven en su casa, incluido usted, tienen 18 años o más?

\_\_\_ 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 abajo 1 hombre o 1 mujer (Pregunte el sexo, de ser necesario). **Pase a la página 5.**

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

¿El adulto es hombre o mujer? Escriba abajo 1 hombre o 1 mujer. ¿Podría hablar con [indique (él/ella) según la respuesta dada a la pregunta anterior]? **Pase a la parte de "persona encuestada correspondiente" en la próxima página.**

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

\_\_\_ Cantidad de hombres

\_\_\_ Cantidad de mujeres

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

**Si la respuesta es “usted”, pase a la página 5  
A la persona encuestada correspondiente:**

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

## Secciones básicas

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

### Sección 1: Estado de salud

---

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

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

---

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

**2.2** Con respecto a su salud mental, 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)

|    |                        |  |
|----|------------------------|--|
| —  | Número de días         |  |
| 88 | Ninguno                | <b>[Si P2.1 y P2.2 = 88 (Ningún día), pase a la siguiente sección]</b> |
| 77 | No sabe/No está seguro |  |
| 99 | Se niega a contestar   |  |

**2.3** En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días sintió que los problemas relacionados con su salud física o mental le impidieron realizar sus actividades cotidianas, tales como cuidados personales, trabajo o recreación? (78–79)

|    |                        |  |
|----|------------------------|--|
| —  | Número de días         |  |
| 88 | Ninguno                |  |
| 77 | No sabe/No está seguro |  |
| 99 | Se niega a contestar   |  |

### Sección 3: Acceso a cuidados médicos

---

**3.1** ¿Tiene algún tipo de cobertura médica, incluido seguro de salud, planes prepagados como los que brindan las HMO (organizaciones de atención médica administrada) u otros planes gubernamentales como Medicare? (80)

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

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

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

(81)

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

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

(82)

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

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

(83)

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

## Sección 4: Sueño

---

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

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

(84–85)

- Número de días
- 88 Ninguno
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

## Sección 5: Ejercicio

---

**5.1** En el último mes, sin contar su trabajo diario, ¿realizó alguna actividad física o algún tipo de ejercicio como correr, caminar, calistenia, jugar al golf o labores de jardinería?

(86)

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



## Sección 6: Diabetes

---

6.1 ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene diabetes?

Si la respuesta es "Sí" y la persona encuestada es mujer, pregúntele: "¿Esto 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 solo durante el embarazo
- 3 No
- 4 No, prediabetes o intolerancia a la glucosa
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

## Sección 7: Salud bucal

---

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

(88)

**Léale solo si es necesario:**

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

**No le lea:**

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

**7.2** ¿Cuántos dientes permanentes le han sacado por problemas de caries o de encías? Incluya los dientes que haya perdido debido a una infección, pero no los que haya perdido por otros motivos, como una lesión 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
- 9 Se niega a contestar

**Nota de CATI: si P7.1 = 8 (Nunca) o P7.2 = 3 (Todos), pase a la siguiente sección.**

**7.3** ¿Cuándo fue la última vez en que un dentista o un higienista dental le hizo una limpieza dental?

(90)

**Léale solo si es necesario:**

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

**No le lea:**

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

## Sección 8: Prevalencia de 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 dijo que tenía alguna de las siguientes afecciones? En cada pregunta, responda “Sí”, “No”, o “No estoy seguro”.

**8.1** (¿Alguna vez le indicaron que) tuvo un ataque cardiaco, también llamado infarto de miocardio?

(91)

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

**8.2** (¿Alguna vez le indicaron) que tuvo angina de pecho o cardiopatía coronaria? (92)

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

**8.3** ¿(Alguna vez le indicaron) que tuvo un accidente cerebrovascular o derrame? (93)

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

## Sección 9: Asma

---

**9.1** ¿Alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía asma? (94)

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

**9.2** ¿Usted sigue teniendo asma? (95)

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

## Sección 10: Discapacidad

---

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

**10.1** ¿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

9 Se niega a contestar

**10.2** ¿Tiene actualmente algún problema de salud que le obligue a usar algún tipo de equipo especial, como bastón, silla de ruedas, cama o teléfono especial? (97)

**Incluya el uso de equipo en forma esporádica o en ciertas circunstancias.**

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

## Sección 11: Consumo de tabaco

---

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

**NOTA: 5 paquetes = 100 cigarrillos**

1 Sí  
 2 No [Pase a P11.5]  
 7 No sabe/No está seguro [Pase a P11.5]  
 9 Se niega a contestar [Pase a P11.5]

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

1 Todos los días  
 2 Algunos días  
 3 Nunca [Pase a P11.4]  
 7 No sabe/No está seguro [Pase a P11.5]  
 9 Se niega a contestar [Pase a P11.5]

**11.3** 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 [Pase a P11.5]  
 2 No [Pase a P11.5]  
 7 No sabe/No está seguro [Pase a P11.5]  
 9 Se niega a contestar [Pase a P11.5]

Nota de CATI: si P11.2 = 3 (Nunca), continúe. De no ser así, pase a P11.5.

11.4 ¿Cuánto tiempo hace que no fuma cigarrillos de manera habitual?

(101–102)

- 01 En el último mes (hace menos de 1 mes)
- 02 En los últimos 3 meses (hace 1 mes pero menos de 3)
- 03 En los últimos 6 meses (hace 3 meses pero menos de 6)
- 04 En el último año (hace 6 meses pero menos de 1 año)
- 05 En los últimos 5 años (hace 1 año pero menos de 5)
- 06 En los últimos 10 años (hace 5 años pero menos de 10)
- 07 10 años o más
- 08 Nunca fumó de manera habitual
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

11.5 ¿En la actualidad usa tabaco para mascar, rapé o *snus* todos los días, algunos días o nunca?

(103)

#### Snus

**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 colocan debajo del labio haciendo presión contra la encía.**

- 1 Todos los días
- 2 Algunos días
- 3 Nunca

#### No le lea:

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

## Sección 12: Información demográfica

---

12.1 ¿Qué edad tiene?

(104–105)

- Codifique la edad en años
- 07 No sabe/No está seguro
- 09 Se niega a contestar

- 12.2** ¿Es usted hispano o latino? (106)
- 1 Sí
  - 2 No
  - 7 No sabe/No está seguro
  - 9 Se niega a contestar

- 12.3** ¿A cuál o cuáles de las siguientes razas diría usted que pertenece? (107–112)

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

**Léale:**

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

**O**

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

**No le lea:**

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

**Nota de CATI: si hay más de una respuesta a P12.3, continúe. De no ser así, pase a P12.5.**

- 12.4** ¿Cuál de los siguientes grupos diría usted que es el más representativo de su raza? (113)
- 1 Blanco
  - 2 Negro o afroamericano
  - 3 Asiático
  - 4 Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico
  - 5 Indoamericano o nativo de Alaska
  - 6 Otro [especifique] \_\_\_\_\_

**No le lea:**

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

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

(114)

**Si la respuesta es “Sí”, léale:**

- 1 Sí, actualmente en servicio activo
- 2 Sí, estuve en servicio activo los últimos 12 meses, pero actualmente no
- 3 Sí, estuve en servicio activo en el pasado, pero no en los últimos 12 meses

**Si la respuesta es “No”, léale:**

- 4 No, solo realicé entrenamiento para la Reserva o la Guardia Nacional
- 5 No, nunca he prestado servicio militar

**No le lea:**

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

**12.6** Es usted...

(115)

**Léale:**

- 1 Casado
- 2 Divorciado
- 3 Viudo
- 4 Separado
- 5 Nunca se ha casado

**O**

- 6 Vive en pareja sin estar casado

**No le lea:**

- 9 Se niega a contestar

**12.7** ¿Cuántos niños menores de 18 años viven con usted?

(116–117)

- Cantidad de niños
- 88 Ninguno
- 99 Se niega a contestar

**12.8** ¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha alcanzado?

(118)

**Léale 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 De 9.º a 11.º grado (educación secundaria incompleta)
- 4 12.º grado o diploma equivalente de la escuela secundaria o GED (graduado 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 (universitario graduado)

**No le lea:**

- 9 Se niega a contestar

**12.9** Es usted actualmente...

(119)

**Léale:**

- 1 Empleado asalariado
- 2 Trabajador independiente
- 3 Desempleado desde hace más de 1 año
- 4 Desempleado desde hace menos de 1 año
- 5 Encargado de las tareas del hogar
- 6 Estudiante
- 7 Jubilado
- o

- 8 Está incapacitado para trabajar

**No le lea:**

- 9 Se niega a contestar

**12.10** Tomando en cuenta todas las fuentes de ingresos, los ingresos anuales de todos los habitantes del hogar:

(120–121)

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

**Léale solo si es necesario:**

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

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

**pregunte 01** 0 2 Menos de \$15,000 **Si la respuesta es "No", pregunte 03; si es "Sí",**  
(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 le lea:**

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

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

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

**Redondee los decimales hacia arriba**

- \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Peso  
(libras/kilogramos)
- 7777 No sabe/No está seguro
- 9999 Se niega a contestar

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

**NOTA:** si la persona encuestada responde con el sistema métrico, indique “9” en la columna 126.

**Redondee los decimales hacia abajo**

- \_\_ / \_\_ Estatura  
(pies / pulgadas/metros/centímetros)
- 77 / 77 No sabe/No está seguro
- 99 / 99 Se niega a contestar

**12.13** ¿En qué condado vive? (130–132)

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

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

(133–137)

|         |                                   |
|---------|-----------------------------------|
| _ _ _ _ | Código postal ( <i>Zip Code</i> ) |
| 7 7 7 7 | No sabe/No está seguro            |
| 9 9 9 9 | Se niega a contestar              |

**12.15** ¿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.

(138)

|   |                        |                        |
|---|------------------------|------------------------|
| 1 | Sí                     |                        |
| 2 | No                     | <b>[Pase a P12.17]</b> |
| 7 | No sabe/No está seguro | <b>[Pase a P12.17]</b> |
| 9 | Se niega a contestar   | <b>[Pase a P12.17]</b> |

**12.16** ¿Cuántos de estos números de teléfono son de la casa?

(139)

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

**12.17** En los últimos 12 meses, ¿se ha quedado su casa sin servicio telefónico fijo por 1 semana o más? No incluya los cortes del servicio telefónico fijo debido al mal tiempo o a desastres naturales.

(140)

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

**[PREGUNTAS SOBRE EL TELÉFONO CELULAR]**

**12.18a** ¿Tiene usted un teléfono celular para uso personal? Por favor incluya los teléfonos celulares de uso personal y de trabajo.

(141)

|   |                        |                         |
|---|------------------------|-------------------------|
| 1 | Sí                     | <b>[Pase a P12.18c]</b> |
| 2 | No                     |                         |
| 7 | No sabe/No está seguro |                         |
| 9 | Se niega a contestar   |                         |

**12.18b** adultos? ¿Comparte usted su teléfono celular personal (al menos un tercio del tiempo) con otros

(142)

|   |    |                         |
|---|----|-------------------------|
| 1 | Sí | <b>[Pase a P12.18d]</b> |
| 2 | No | <b>[Pase a P12.19]</b>  |

- |   |                        |                        |
|---|------------------------|------------------------|
| 7 | No sabe/No está seguro | <b>[Pase a P12.19]</b> |
| 9 | Se niega a contestar   | <b>[Pase a P12.19]</b> |

**12.18c** ¿Por lo general, comparte usted este teléfono celular (al menos por un tercio del tiempo) con otros adultos?

(143)

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

**12.18d** Piense en todas las llamadas que recibe tanto a través de su línea de teléfono fijo como a través del teléfono celular, ¿qué porcentaje de esas llamadas, del 0 al 100, recibe en su teléfono celular?

(144–146)

- |       |                               |
|-------|-------------------------------|
| — — — | Anote el porcentaje (1 a 100) |
| 888   | Cero                          |
| 777   | No sabe/No está seguro        |
| 999   | Se niega a contestar          |

**12.19** Indique el sexo de la persona encuestada. Pregúntele solo si es necesario.

(147)

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

- 12.20** Que usted sepa, ¿está embarazada? (148)
- 1 Sí
  - 2 No
  - 7 No sabe/No está segura
  - 9 Se niega a contestar

## Sección 13: Consumo de alcohol

---

- 13.1** En los últimos 30 días, ¿ha bebido al menos un trago de cualquier bebida alcohólica, como cerveza, vino, bebidas alcohólicas a base de malta o licores fuertes? (149)
- 1 Sí
  - 2 No **[Pase a la siguiente sección]**
  - 7 No sabe/No está seguro **[Pase a la siguiente sección]**
  - 9 Se niega a contestar **[Pase a la siguiente sección]**

- 13.2** En los últimos 30 días, ¿cuántos días por semana o por mes bebió al menos un trago de cualquier bebida alcohólica? (150–152)
- 1 \_ \_ Días por semana
  - 2 \_ \_ Días en los últimos 30 días
  - 888 Ningún trago en los últimos 30 días **[Pase a la siguiente sección]**
  - 777 No sabe/No está seguro
  - 999 Se niega a contestar

- 13.3** Un trago equivale a una cerveza de 12 onzas (350 cl), a una copa de vino de 5 onzas (150 cl) o a una medida de licor. En los últimos 30 días, durante los días en que bebió, ¿aproximadamente cuántos tragos bebió en promedio? (153–154)

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

- \_ \_ Cantidad de tragos
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

**13.4** Tomando en cuenta todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces en los últimos 30 días bebió en una ocasión **X tragos [CATI X = 5 para los hombres, X = 4 para las mujeres]** o más? (155–156)

|    |                        |
|----|------------------------|
| __ | Cantidad de veces      |
| 88 | Ninguna                |
| 77 | No sabe/No está seguro |
| 99 | Se niega a contestar   |

**13.5** En los últimos 30 días, ¿cuál fue la máxima cantidad de tragos que bebió en una sola ocasión? (157–158)

|    |                        |
|----|------------------------|
| __ | Cantidad de tragos     |
| 77 | No sabe/No está seguro |
| 99 | Se niega a contestar   |

## Sección 14: Vacunas

---

**14.1** Ahora, le haré preguntas sobre la influenza o gripe estacional. La vacuna inyectable contra la influenza se inyecta en el brazo. En los últimos 12 meses, ¿se ha puesto la vacuna inyectable contra la influenza? (159)

|   |                        |                       |
|---|------------------------|-----------------------|
| 1 | Sí                     |                       |
| 2 | No                     | <b>[Pase a P14.3]</b> |
| 7 | No sabe/No está seguro | <b>[Pase a P14.3]</b> |
| 9 | Se niega a contestar   | <b>[Pase a P14.3]</b> |

**14.2** ¿En qué mes y año recibió la más reciente vacuna inyectable contra la influenza? (160–165)

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

**14.3** La vacuna contra la influenza estacional que se administra con atomizador nasal se conoce también como FluMist™. En los últimos 12 meses, ha recibido la vacuna contra la influenza estacional que se administra con atomizador nasal? (166)

|   |                        |                       |
|---|------------------------|-----------------------|
| 1 | Sí                     |                       |
| 2 | No                     | <b>[Pase a P14.5]</b> |
| 7 | No sabe/No está seguro | <b>[Pase a P14.5]</b> |
| 9 | Se niega a contestar   | <b>[Pase a P14.5]</b> |

**14.4** ¿En qué mes y año recibió usted la más reciente vacuna contra la influenza estacional administrada con atomizador nasal?

(167–172)

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

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

(173)

|   |                        |
|---|------------------------|
| 1 | Sí                     |
| 2 | No                     |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 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.**

Las preguntas siguientes se refieren a cualquier caída que haya tenido recientemente. Por caída, nos referimos a cualquier incidente en el cual de manera no intencional una persona queda en el suelo o en un nivel más bajo.

**15.1** En los últimos 3 meses, ¿cuántas veces se ha caído?

(174–175)

|    |                        |                                      |
|----|------------------------|--------------------------------------|
| __ | Cantidad de veces      | <b>[76 = 76 o más]</b>               |
| 88 | Ninguna                | <b>[Pase a la siguiente sección]</b> |
| 77 | No sabe/No está seguro | <b>[Pase a la siguiente sección]</b> |
| 99 | Se niega a contestar   | <b>[Pase a la siguiente sección]</b> |

**15.2** **[Obtenga más información con la siguiente pregunta “Esta caída (relacionada con la pregunta P15.1) ¿le causó alguna lesión?”]. Si en P15.1 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.

(176–177)

|    |                        |
|----|------------------------|
| —  | Cantidad de caídas     |
| 88 | Ninguna                |
| 77 | No sabe/No está seguro |
| 99 | Se niega a contestar   |

**[76 = 76 o más]**

## Sección 16: Uso del cinturón de seguridad

---

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

(178)

**Léale:**

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

**No le lea:**

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

**Nota de CATI:** si P16.1 = 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 P13.1 = 2 (No), pase a la siguiente sección.

La pregunta siguiente se refiere a manejar bajo los efectos del alcohol.

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

(179–180)

- — Cantidad de veces
- 88 Ninguna
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 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 del cuello uterino.

**18.1.** La mamografía es una radiografía que se realiza en cada uno de los senos para detectar la existencia de un posible cáncer de mama. ¿Alguna vez le han hecho una mamografía? (181)

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

**18.2** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una mamografía? (182)

**Léale solo si es necesario:**

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

**No le lea:**

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

**18.3** Un examen clínico de mama es cuando un médico, una enfermera u otro profesional de la salud palpa los senos de una paciente para detectar la posible existencia de bultos. ¿Alguna vez le han hecho un examen clínico de mama? (183)

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

**18.4.** ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un examen de mama? (184)

**Léale solo si es necesario:**

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

5 Hace 5 años o más

**No le lea:**

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

**18.5** El Papanicolau es un examen para detectar cáncer de cuello uterino. ¿Alguna vez le han hecho un Papanicolau? (185)

1 Sí  
2 No [Pase a P18.7]  
7 No sabe/No está segura [Pase a P18.7]  
9 Se niega a contestar [Pase a P18.7]

**18.6** ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un Papanicolau? (186)

**Léale solo si es necesario:**

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

**No le lea:**

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

**Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P12.20 = 1 (está embarazada), pase a la siguiente sección.**

**18.7** ¿Le han hecho una histerectomía? (187)

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

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

## Sección 19: Detección del cáncer de próstata

---

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

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

**19.1** La prueba del antígeno prostático específico, llamada también prueba del PSA, por sus siglas en inglés, es un análisis de sangre para detectar el cáncer de próstata. ¿Alguna vez le han hecho la prueba del PSA? (188)

- |   |                          |                |
|---|--------------------------|----------------|
| 1 | Sí                       |                |
| 2 | No                       | [Pase a P19.3] |
| 7 | No sabe / No está seguro | [Pase a P19.3] |
| 9 | Se niega a contestar     | [Pase a P19.3] |

**19.2.** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo la prueba del PSA? (189)

**Léale solo si es necesario:**

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

**No le lea:**

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

**19.3.** El tacto rectal es un examen en el que un médico, una enfermera u otro profesional de la salud palpa el recto con el dedo enguantado para examinar el tamaño, la forma y la dureza de la próstata. ¿Alguna vez le han hecho un tacto rectal? (190)

- |   |                        |                |
|---|------------------------|----------------|
| 1 | Sí                     |                |
| 2 | No                     | [Pase a P19.5] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a P19.5] |
| 9 | Se niega a contestar   | [Pase a P19.5] |

**19.4.** ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un tacto rectal? (191)

**Léale solo si es necesario:**

- 1 En el último año (hace menos de 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2)
- 3 En los últimos 3 años (hace 2 años pero menos de 3)

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

**No le lea:**

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

**19.5.** ¿Alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía cáncer de próstata? (192)

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

## Sección 20: Detección de cáncer colorrectal

---

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

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

**20.1** 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 en el hogar? (193)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a P20.3]**
- 7 No sabe/No está seguro **[Pase a P20.3]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a P20.3]**

**20.2.** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una prueba de sangre en las heces con un kit de uso en el hogar? (194)

**Léale solo si es necesario:**

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

**No le lea:**

- 7 No sabe/No está seguro

9 Se niega a contestar

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

(195)

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

**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, 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 que pueda llevarlo a la casa después de la prueba. ¿El ÚLTIMO examen que se hizo fue una sigmoidoscopia o una colonoscopia?

(196)

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

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

(197)

**Léale solo si es necesario:**

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

**No le lea:**

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

## Sección 21: VIH/SIDA

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

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

**21.1** ¿Alguna vez se ha hecho la prueba del VIH? No incluya las pruebas que le hayan realizado al donar sangre. Incluya las pruebas de saliva. (198)

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

**21.2** Sin incluir las donaciones de sangre, ¿en qué mes y año se realizó la prueba del VIH por última vez? (199–204)

**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 el mes, marque los primeros dos dígitos del 77 y los últimos cuatro dígitos del año.**

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

**21.3** ¿Dónde se hizo su última prueba del VIH: en el consultorio de un médico particular o de una HMO, en un centro de consejería y pruebas del VIH, en un hospital, en un centro de atención médica, en una cárcel o prisión, en una institución de tratamiento contra la drogadicción, en la casa o en cualquier otro sitio? (205–206)

- |    |  |
|----|--|
| 01 | Consultorio de un médico particular o de una HMO   |
| 02 | Centro de consejería y pruebas                     |
| 03 | Hospital   |
| 04 | Centro de atención médica                          |
| 05 | Cárcel o prisión (u otra institución correccional) |
| 06 | Institución de tratamiento contra la drogadicción  |
| 07 | En la casa   |
| 08 | En cualquier otro sitio                            |
| 77 | No sabe/No está seguro                             |
| 99 | Se niega a contestar                               |

**Nota de CATI: pregunte P21.4 si P21.2 = En los últimos 12 meses. De no ser así, pase a P21.5.**

**21.4** ¿Fue una prueba rápida que le permitió conocer los resultados en un par de horas?  
(207)

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

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

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

¿Alguna de estas situaciones tiene que ver con usted?  
(208)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 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.

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

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si le hacen preguntas, diga: “por favor, incluya el apoyo que recibe de cualquier fuente ”.**  
(209)

**Léale:**

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

**No le lea:**

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

**22.2** En términos generales, ¿qué tan satisfecho está con su vida?

(210)

**Léale:**

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

**No le lea:**

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



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

### **Párrafo de cierre**

#### **Léale:**

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

**O**

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

#### **Léale:**

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

## Módulos opcionales

### Módulo 1: Prediabetes

---

**NOTA: solo se les hacen las preguntas de este módulo a quienes contestaron "Sí" (código = 1) a la pregunta básica P6.1 (pregunta sobre si saben que tienen diabetes).**

1. ¿Se ha hecho un examen para detectar un nivel alto de azúcar en la sangre o diabetes en los últimos tres años? (245)

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

**Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P6.1 = 4 (No, prediabetes o intolerancia a la glucosa); conteste P2 "Sí" (código = 1).**

2. ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le dijo que tiene prediabetes o intolerancia a la glucosa?

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

(246)

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| 1 | Sí                      |
| 2 | Sí, durante el embarazo |
| 3 | No                      |
| 7 | No sabe/No está seguro  |
| 9 | Se niega a contestar    |

### Módulo 2: Diabetes

---

**Haga las preguntas siguientes si la respuesta a la pregunta básica P6.1 (código = 1) es "Sí".**

1. ¿A qué edad le dijeron que tenía diabetes? (247–248)

- |    |   |
|----|---|
| __ | Codifique la edad en años [97 = 97 y más] |
| 98 | No sabe/No está seguro                    |
| 99 | Se niega a contestar                      |

2. ¿Está tomando insulina actualmente? (249)

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

3. Aproximadamente, ¿con qué frecuencia examina su nivel de glucosa o azúcar en la sangre? Incluya las veces en que lo examinó un familiar o un amigo, pero NO cuando lo examinó un profesional de la salud. (250–252)

- 1 \_ \_ Veces por día
- 2 \_ \_ Veces por semana
- 3 \_ \_ Veces por mes
- 4 \_ \_ Veces por año
- 888 Nunca
- 777 No sabe/No está seguro
- 999 Se niega a contestar

4. ¿Con qué frecuencia se examina los pies para detectar heridas o irritaciones? Incluya las veces en que lo examinó un familiar o un amigo, pero NO cuando lo examinó un profesional de la salud. (253–255)

- 1 \_ \_ Veces por día
- 2 \_ \_ Veces por semana
- 3 \_ \_ Veces por mes
- 4 \_ \_ Veces por año
- 555 No tiene pies
- 888 Nunca
- 777 No sabe/No está seguro
- 999 Se niega a contestar

5. Aproximadamente, ¿cuántas veces en los últimos 12 meses consultó a un médico, una enfermera u otro profesional de la salud a causa de su diabetes? (256–257)

- \_ \_ Número de veces [76 = 76 o más]
- 88 Ninguna
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

6. La prueba “A1C” mide el nivel promedio de azúcar en la sangre durante los últimos tres meses. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le ha hecho una prueba “A1C”? (258–259)

- \_ \_ Número de veces [76 = 76 o más]
- 88 Ninguna
- 98 Nunca ha oído hablar de la prueba “A1C”.
- 77 No sabe/No está seguro

99 Se niega a contestar

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

7. ¿Aproximadamente cuántas veces en los últimos 12 meses un profesional de la salud le ha examinado los pies para detectarle heridas o irritaciones?

(260–261)

— — Número de veces [76 = 76 o más]  
88 Ninguna  
77 No sabe/No está seguro  
99 Se niega a contestar

8. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un examen de la vista en el que le dilataron las pupilas? Esto le habría ocasionado una sensibilidad temporal a la luz brillante.

(262)

**Léale solo si es necesario:**

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

**No le lea:**

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

9. ¿Su médico le ha dicho en alguna ocasión que la diabetes le ha afectado los ojos o que ha tenido una retinopatía?

(263)

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

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

(264)

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

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

---

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

1. En los últimos 30 días, aproximadamente ¿durante cuántos días el dolor le dificultó realizar actividades cotidianas como el cuidado personal, el trabajo o la recreación? (265–266)

— — Número de días  
88 Ninguna  
77 No sabe/No está seguro  
99 Se niega a contestar

2. En los últimos 30 días, aproximadamente ¿cuántos días se sintió triste, melancólico o deprimido? (267–268)

— — Número de días  
88 Ninguno  
77 No sabe/No está seguro  
99 Se niega a contestar

3. En los últimos 30 días, aproximadamente ¿cuántos días se sintió preocupado, tenso o angustiado? (269–270)

— — Número de días  
88 Ninguno  
77 No sabe/No está seguro  
99 Se niega a contestar

4. En los últimos 30 días, aproximadamente ¿cuántos días se sintió en excelente estado de salud y lleno de energía? (271–272)

— — Número de días  
88 Ninguno  
77 No sabe/No está seguro  
99 Se niega a contestar

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

---

**Nota de CATI: si la persona encuestada tiene menos de 40 años, pase al siguiente módulo.**

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

1. ¿Qué grado de dificultad tiene, de haberla, para reconocer a un amigo al otro lado de la calle? Diría usted que... (273)

**Léale:**

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

**O**

6 No puede hacerlo por otros motivos

**No le lea:**

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

2. ¿Qué grado de dificultad tiene, de haberla, para leer la letra en periódicos, revistas, recetas de cocina, menús o los números del teléfono? Diría usted que... (274)

**Léale:**

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

**O**

6 No puede hacerlo por otros motivos

**No le lea:**

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

3. ¿Cuándo fue la última vez que un médico o un oculista le hizo un examen de los ojos?  
(275)

**Léale solo si es necesario:**

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

**No le lea:**

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

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

(276–277)

**Léale solo si es necesario:**

- 01 Costo/seguro
- 02 No tiene o no conoce ningún oculista
- 03 No tiene los medios para llegar al consultorio/centro de salud (muy lejos; no tiene medios de transporte)
- 04 No pudo hacer una cita
- 05 No tiene ningún motivo para ir (ningún problema)
- 06 No se le ha ocurrido
- 07 Otro

**No le lea:**

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

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

5. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un examen de la vista en el que le dilataron las pupilas? Esto le habría ocasionado una sensibilidad temporal a la luz brillante.

(278)

**Léale solo si es necesario:**

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

**No le lea:**

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

6. ¿Tiene algún tipo de cobertura médica para la atención médica de la vista?

(279)

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

7. ¿Le ha dicho un oculista u otro profesional de la salud que ACTUALMENTE tiene cataratas?

(280)

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

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

(281)

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

**Léale:**

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

**NOTA: degeneración macular relacionada con la edad**

9. ¿Le ha dicho ALGUNA VEZ un oculista u otro profesional de la salud que usted tenía degeneración macular relacionada con la edad?

(282)

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



## Módulo 5: Exposición excesiva al sol

---

1. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha tenido un color rojizo o una quemadura dolorosa que haya durado un día o más? (283)
- |   |                        |
|---|------------------------|
| 8 | Nunca                  |
| 1 | Una vez                |
| 2 | Dos veces              |
| 3 | Tres veces             |
| 4 | Cuatro veces           |
| 5 | Cinco veces o más      |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar   |

## Módulo 6: Sueño insuficiente

---

Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus patrones de sueño.

1. En promedio, ¿cuántas horas duerme en un período de 24 horas? Piense en el tiempo que pasa durmiendo y haciendo siestas, no solo en la cantidad de horas que cree que debiera dormir.

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

(284–285)

|    |                         |
|----|-------------------------|
| —  | Número de horas [01–24] |
| 77 | No sabe/No está seguro  |
| 99 | Se niega a contestar    |

2. ¿Usted ronca?

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** si la persona encuestada dice que su cónyuge o alguien le dijo que ronca, entonces la respuesta será "Sí", el encuestado ronca.

(286)

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

3. En los últimos 30 días, ¿cuántos días sintió que durante el día se quedaba dormido sin querer? (287–288)

- |    |                        |
|----|------------------------|
| __ | Número de días [01–30] |
| 88 | Ninguno                |
| 77 | No sabe/No está seguro |
| 99 | Se niega a contestar   |

4. Durante los últimos 30 días, ¿ha cabeceado o se ha quedado dormido, aunque sea por un solo instante, mientras conducía? (289)

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

## Módulo 7: Planificación familiar

---

**Si la persona encuestada es mujer y tiene 45 años de edad o más, ha tenido una histerectomía o está embarazada, o si es hombre y tiene 60 años de edad o más, pase al siguiente módulo.**

Las siguientes preguntas son sobre sus ideas y experiencias con respecto a la planificación familiar. Recuerde que todas sus respuestas serán confidenciales.

Algunas de las cosas que las personas hacen para prevenir un embarazo son no tener relaciones sexuales en ciertos días, practicar el coito interrumpido, usar métodos anticonceptivos como pastillas, implantes, inyecciones, condones, diafragmas, espuma espermicida, DIU, ligadura de trompas o vasectomía.

1. ¿Está usted o su **["esposo/pareja" o "esposa/pareja"]** cuidándose de alguna manera ahora para que **["su esposa/pareja" o "usted" ]** no quede embarazada? (290)

**NOTA: si tiene más de una pareja, piense en su pareja más habitual.**

- |   |   |                                   |
|---|---|-----------------------------------|
| 1 | Sí                                      |                                   |
| 2 | No                                      | <b>[Pase a P3]</b>                |
| 3 | Sin pareja o no está sexualmente activo | <b>[Pase al siguiente módulo]</b> |
| 4 | Pareja del mismo sexo                   | <b>[Pase al siguiente módulo]</b> |
| 7 | No sabe/No está seguro                  | <b>[Pase al siguiente módulo]</b> |
| 9 | Se niega a contestar                    | <b>[Pase al siguiente módulo]</b> |

2. ¿Está usted o su **["esposo/pareja,"o "esposa/pareja"]** cuidándose ahora de alguna manera para que **["usted" o "su esposa/pareja"]** no quede embarazada?

(291–292)

**NOTA: si tiene más de una pareja, piense en su pareja habitual.**

**NOTA: Si la persona encuestada responde que usa "condones", hágale preguntas para determinar si son condones femeninos o para hombres.**

**Léale solo si es necesario:**

|    |   |                                   |
|----|---|-----------------------------------|
| 01 | Ligadura de trompas (o esterilización femenina)               | <b>[Pase al siguiente módulo]</b> |
| 02 | Vasectomía (o esterilización masculina)                       | <b>[Pase al siguiente módulo]</b> |
| 03 | Pastillas anticonceptivas, cualquier tipo                     | <b>[Pase a P4]</b>                |
| 04 | Condomes para hombres   | <b>[Pase a P4]</b>                |
| 05 | Condomes femeninos  | <b>[Pase a P4]</b>                |
| 06 | Implante anticonceptivo (por ejemplo, Implanon®)              | <b>[Pase a P4]</b>                |
| 07 | Inyecciones (por ejemplo, Depo-Provera®)                      | <b>[Pase a P4]</b>                |
| 08 | Anillo anticonceptivo (por ejemplo, Nuvaring®)                | <b>[Pase a P4]</b>                |
| 09 | Parches anticonceptivos (por ejemplo, Ortho Evra®)            | <b>[Pase a P4]</b>                |
| 10 | Diafragma, capuchón cervical o esponja anticonceptiva         | <b>[Pase a P4]</b>                |
| 11 | Espuma, gelatina o crema                                      | <b>[Pase a P4]</b>                |
| 12 | DIU (por ejemplo, Mirena®)                                    | <b>[Pase a P4]</b>                |
| 13 | Anticonceptivo de emergencia (pastilla para el día siguiente) | <b>[Pase a P4]</b>                |
| 14 | Coito interrumpido (o retirar el pene a tiempo)               | <b>[Pase a P4]</b>                |
| 15 | Otro método   | <b>[Pase a P4]</b>                |

**No le lea:**

|    |                        |                    |
|----|------------------------|--------------------|
| 77 | No sabe/No está seguro | <b>[Pase a P4]</b> |
| 99 | Se niega a contestar   | <b>[Pase a P4]</b> |

3. ¿Algunas de las razones por las que **[si la persona encuestada es de sexo femenino añada "usted", de lo contrario "su esposa/pareja"]** no hace nada para evitar quedar embarazada pueden ser que quiere quedar embarazada, no puede pagar las pastillas anticonceptivas o no piensa que **["usted"/ "ella"]** puede quedar embarazada.

¿Cuál es la razón principal por la que no hace nada ahora para evitar que **[si la persona encuestada es de sexo femenino, añada "usted", de lo contrario "su esposa/su pareja"]** quede embarazada?

(293–294)

**Léale solo si es necesario:**

|    |   |
|----|---|
| 01 | No creía que iba a tener relaciones sexuales/ no tiene una pareja estable                         |
| 02 | Quiere quedar embarazada  |
| 03 | Usted o su pareja no quiere usar un método anticonceptivo   |
| 04 | A usted o a su pareja no le gusta los métodos anticonceptivos o le teme a los efectos secundarios |
| 05 | No puede pagar los métodos anticonceptivos  |
| 06 | Razones religiosas  |
| 07 | Suspendió temporalmente el método anticonceptivo  |
| 08 | No cree que su pareja pueda quedar embarazada   |

|                          |   |                           |
|--------------------------|---|---------------------------|
| 09                       | Usted o su pareja se ligó las trompas (esterilización)    | [Pase al                  |
| <b>siguiente módulo]</b> |   |                           |
| 10                       | Usted o su pareja se hizo una vasectomía (esterilización) | [Pase al                  |
| <b>siguiente módulo]</b> |   |                           |
| 11                       | Usted o su pareja se hizo una histerectomía               | <b>[Pase al siguiente</b> |
| <b>módulo]</b>           |   |                           |
| 12                       | Usted o su pareja es muy viejo/a                          |                           |
| 13                       | Usted o su pareja está amamantando                        |                           |
| 14                       | Usted o su pareja tuvieron hace poco un bebé o postparto  |                           |
| 15                       | Otra razón  |                           |
| 16                       | No me importa si resulta embarazada                       |                           |
| 17                       | La pareja está ahora embarazada                           | <b>[Pase al</b>           |
| <b>siguiente módulo]</b> |   |                           |

**No le lea:**

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

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** si la persona encuestada dice "otra razón", pídale que por favor "especifique" y asegúrese de que su respuesta no pertenezca a otra categoría. Si la respuesta corresponde a otra categoría, por favor indique adecuadamente.

4. ¿Qué opina sobre tener un hijo ahora o en el futuro? Diría usted que... (295)

**Léale:**

- 1 No quiere tener uno
- 2 Quiere tener uno en menos de 12 meses a partir de ahora
- 3 Quiere tener uno en el próximo año o en menos de 2 años
- 4 Quiere tener uno en dos años o menos de 5 años
- 5 Quiere tener uno dentro de 5 o más años

**No le lea:**

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

## Módulo 8: Antecedentes de asma en adultos

---

**Nota de CATI:** si la respuesta a la pregunta básica P9.1 es "Sí", continúe. De no ser así, pase al siguiente módulo.

Usted señaló anteriormente que un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía asma.

1. 1. ¿Qué edad tenía usted cuando un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo por primera vez que tenía asma?

- \_ \_ Edad en años 11 o más **[96 = 96 y más]**  
 97 10 años de edad o menos  
 98 No sabe/No está seguro  
 99 Se niega a contestar

**Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P9.2 es "Sí", continúe. De no ser así, pase al siguiente módulo.**

2. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido algún episodio o ataque de asma?

(298)

- 1 Sí  
 2 No **[Pase a P5]**  
 7 No sabe/No está seguro **[Pase a P5]**  
 9 Se niega a contestar **[Pase a P5]**

3. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces acudió a una sala de emergencias o a un centro de atención de urgencias debido al asma?

(299–300)

- \_ \_ Número de visitas **[87 = 87 o más]**  
 88 Ninguna  
 98 No sabe/No está seguro  
 99 Se niega a contestar

4. [Si la respuesta a P3 es una o más visitas, complete con lo siguiente: “Además de esas visitas a la sala de emergencias o al centro de atención de urgencias,”] ¿cuántas veces ha visto a un médico, una enfermera u otro profesional de la salud para un tratamiento de urgencia por síntomas de asma que empeoraron?

(301–302)

- \_ \_ Número de visitas **[87 = 87 o más]**  
 88 Ninguna  
 98 No sabe/No está seguro  
 99 Se niega a contestar

5. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces acudió a un médico, una enfermera u otro profesional de la salud para un chequeo habitual del asma?

(303–304)

- \_ \_ Número de visitas **[87 = 87 o más]**  
 88 Ninguna  
 98 No sabe/No está seguro  
 99 Se niega a contestar

6. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días no pudo trabajar o realizar sus actividades cotidianas debido al asma?

(305–307)

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

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

(308)

**NOTA:**

**Léale:**

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

**O**

5 Todos los días, todo el tiempo

**No le lea:**

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

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

(309)

**Léale:**

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

**O**

5 Más de diez

**No le lea:**

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

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

(310)

**Léale:**

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

**No le lea:**

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

10. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia utilizó un inhalador recetado para controlar UN ATAQUE DE ASMA?

(311)

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

**Léale solo si es necesario:**

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

**No le lea:**

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

## Módulo 9: Carga de la artritis

---

**Ahora le preguntaré sobre la artritis.**

1 ¿ALGUNA VEZ le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene algún tipo de artritis, artritis reumatoide, gota, lupus o fibromialgia?

(312)

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

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

- Reumatismo, polimialgia reumática
- Artrosis (no osteoporosis)
- Tendinitis, bursitis, juanete, codo de tenista (epicondilitis)
- Síndrome del túnel carpiano, síndrome del túnel tarsiano
- Infección en las articulaciones, síndrome de Reiter
- Espondilitis anquilosante; espondilosis
- Síndrome del manguito de los rotadores
- Enfermedad del tejido conjuntivo, escleroderma, polimiositis, síndrome de Raynaud
- Vasculitis (arteritis de células gigantes, púrpura de Henoch-Schonlein, granulomatosis de Wegener, poliarteritis nudosa)

## Módulo 10: Trabajadores del sector salud/de alto riesgo

---

Las siguientes preguntas son sobre el trabajo en el sector de atención a la salud y enfermedades crónicas.

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

(313)

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** De ser necesario, diga: “Esto incluye personal que no es profesional de la salud, como el personal administrativo que trabaja en un establecimiento médico”.

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

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.

(314)

- |   |  |
|---|--|
| 1 | Sí   |
| 2 | No   |
| 7 | No sabe / No está seguro ( <i>vuelva a preguntar</i> ) |
| 9 | Se niega a contestar                                   |

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

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

- Problemas respiratorios que no sean asma
- Problemas de los riñones



Anemia, incluida la anemia drepanocítica o de células falciformes

0

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

(315)

**[Ver la lista de problemas de salud adjunta, en caso de ser necesario]**

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

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

(316)

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

## Módulo 11: Culebrilla (Zostavax)

---

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

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

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

(317)

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

## Módulo 12: Tétanos y difteria (adultos)

---

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

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

(318)

- |   |    |                                   |
|---|----|-----------------------------------|
| 1 | Sí |                                   |
| 2 | No | <b>[Pase al siguiente módulo]</b> |

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

2. ¿Su más reciente vacuna contra el tétanos la recibió en el 2005 o después? (319)

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

3. Actualmente existen dos tipos de vacunas para adultos contra el tétanos. Uno contiene la vacuna contra el tétanos y la difteria. El otro contiene la vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina. ¿Le dijo su médico si su vacuna reciente contra el tétanos incluía la vacuna contra la tos ferina? (320)

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

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

---

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

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

1. Existe una vacuna para prevenir la infección por el virus del papiloma humano o VPH que se conoce como la vacuna contra el cáncer de cuello uterino o contra verrugas genitales o inyección contra el VPH, **[Complete: si es de sexo femenino “GARDASIL o CERVARIX”; si es de sexo masculino “o GARDASIL”]**. ¿ALGUNA VEZ le han puesto una vacuna contra el VPH? (321)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase al siguiente módulo]**
- 3 El médico se negó a hacerlo cuando se lo pidió **[Pase al siguiente módulo]**
- 7 No sabe/No está segura **[Pase al siguiente módulo]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase al siguiente módulo]**

2. ¿Cuántas inyecciones contra el VPH le pusieron? (322–323)

- Número de inyecciones
- 03 Todas las inyecciones
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

## Módulo 14: Supervivencia al cáncer

---

Ahora voy a hacerle preguntas sobre el cáncer.

**Nota de CATI:** si la respuesta a la pregunta básica de P19.5 = 1 (Sí), respuesta P1 “Sí” (código = 1), entonces pase a P2.

1. ¿ALGUNA VEZ un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía cáncer? (324)

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

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

2. ¿Cuántos tipos de cáncer ha tenido? (325)

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

3. ¿Qué edad tenía cuando le dijeron que tenía cáncer? (326–327)

- |    |   |                                  |                          |
|----|---|----------------------------------|--------------------------|
| –  | – | <b>Codifique la edad en años</b> | <b>[97 = 97 y mayor]</b> |
| 98 |   | No sabe/No está seguro           |                          |
| 99 |   | Se niega a contestar             |                          |

**Nota de CATI:** si P2 = 2 (Dos) o 3 (Tres o más), pregunte: “¿A qué edad recibió el primer diagnóstico de cáncer?”

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

**Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P19.5 = 1 (Sí) y P2 = 1 (Sólo uno), complete P4 (respuesta código 18)**

4 ¿Qué tipo de cáncer era? (328–329)

**Si P2 = 2 (Dos) o 3 (Tres o más), pregunte:** “¿Qué tipo de cáncer le diagnosticaron más recientemente?”

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Por favor léale la lista solo si la persona encuestada necesita que le ayuden a identificar el tipo de cáncer (es decir, el nombre del cáncer) [1-28]:**

**Mama**

0 1 Cáncer de mama o de seno

**Aparato reproductor femenino (cáncer ginecológico)**

02 Cáncer de cuello uterino (cáncer cervicouterino)

03 Cáncer endometrial (cáncer del útero)

04 Cáncer ovárico (cáncer de los ovarios)

**Cabeza/Cuello**

05 Cáncer de cabeza y de cuello

06 Cáncer bucal

07 Cáncer faríngeo (garganta)

08 Cáncer de la tiroides

**Gastrointestinal**

09 Cáncer de colon (intestino)

10 Cáncer esofágico (esófago)

11 Cáncer hepático (hígado)

12 Cáncer pancreático (páncreas)

13 Cáncer rectal (recto)

14 Cáncer de estómago

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

15 Linfoma de Hodgkin (enfermedad de Hodgkin)

16 Leucemia (cáncer de la sangre)

17 Linfoma no Hodgkin

**Aparato reproductor masculino**

18 Cáncer de próstata

19 Cáncer testicular

**Piel**

20 Melanoma

21 Otro tipo de cáncer de piel

**Tórax**

22 Cáncer de corazón

23 Cáncer de pulmón

**Cáncer de las vías urinarias:**

|    |                      |
|----|----------------------|
| 24 | Cáncer de la vejiga  |
| 25 | Cáncer renal (riñón) |

**Otros**

- 26 Cáncer de los huesos
- 27 Cáncer de cerebro
- 28 Neuroblastoma
- 29 Otro

**No le lea:**

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

5. ¿Está recibiendo actualmente tratamiento para el cáncer? Por tratamiento nos referimos a cirugía, radioterapia, quimioterapia o píldoras para la quimioterapia. (330)

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

6. ¿Qué tipo de doctor proporciona la mayor parte de su atención médica? (331–332)

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: si la persona encuestada le pide que le aclare esta pregunta, dígame:** “Queremos saber qué tipo de médico visita con mayor regularidad para su enfermedad o su atención médica habitual (por ejemplo, exámenes anuales o exploraciones físicas, tratamientos para resfriados, etc.)”.

**Por favor léale [1-10]:**

- 01 Cirujano especialista en cáncer
- 02 Médico de familia
- 03 Cirujano general
- 04 Oncólogo ginecólogo
- 05 Internista
- 06 Cirujano plástico o de cirugía reconstructiva
- 07 Oncólogo médico
- 08 Oncólogo radiólogo
- 09 Urólogo
- 10 Otro

**No le lea:**

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

7. ¿ALGUNA VEZ un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le proporcionó un resumen escrito de todos los tratamientos contra el cáncer que ha recibido? (333)

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

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

8. ¿ALGUNA VEZ un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dio instrucciones sobre *adónde* debería volver o *a quién* debería consultar para que le hicieran chequeos rutinarios de cáncer después de completar su tratamiento para el cáncer? (334)

- 1 Sí
- 2 No [Pase a P10]
- 7 No sabe/No está seguro [Pase a P10]
- 9 Se niega a contestar [Pase a P10]

9. ¿Le dieron estas instrucciones impresas o por escrito? (335)

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

10. Para su diagnóstico más reciente de cáncer, ¿tenía usted un seguro médico que pagó todo o parte de su tratamiento para el cáncer? (336)

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

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

11. ¿ALGUNA VEZ le negaron un seguro médico o de vida debido a su cáncer? (337)

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



12. ¿Participó en estudios clínicos como parte de su tratamiento contra el cáncer? (338)

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

13. ¿Actualmente tiene dolor físico debido a su cáncer o a su tratamiento para el cáncer? (339)

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

14. ¿Actualmente, su dolor está siendo controlado? (340)

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

## Módulo 15: Persona a cargo del cuidado de otra

---

Hay personas que proporcionan en forma habitual cuidados o asistencia a un amigo o un familiar con problemas de salud, una enfermedad prolongada o una discapacidad.

1 Durante el último mes, ¿proporcionó usted alguno de estos cuidados o asistencia a un amigo o a un familiar? (341)

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

2. ¿Qué edad tiene la persona que está bajo su cuidado? (342–344)

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: si es más de una persona, pregunte: ¿"Qué edad tiene la persona a la que usted cuida más"?**

- Codifique la edad en años [0-115]
- 777 No sabe/No está seguro
- 999 Se niega a contestar



El resto de estas preguntas se referirá a la persona que usted cuida más.

3. ¿Esta persona es hombre o mujer? (345)

- 1 Hombre
- 2 Mujer
- 9 Se niega a contestar

4. ¿Cuál es su parentesco o relación? (346–347)

**Léale solo si es necesario: “Por ejemplo, si la persona es su (madre/hija o padre/hijo)”**

**No le lea:**

- 01 Padre o madre
- 02 Suegro o suegra
- 03 Hijo o hija
- 04 Esposo o esposa
- 05 Hermano o hermana
- 06 Abuelo o abuela
- 07 Nieto o nieta
- 08 Otro familiar
- 09 No tiene parentesco
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

5. ¿Desde hace cuánto tiempo ha cuidado a ...? [CATI: referirse a persona de P4]. Si P4 = 77 (No sabe / No está seguro) o 99 (Se niega a contestar), diga “esa persona”. (348–350)

**NOTA: Codifique con la unidad de tiempo que menciona la persona encuestada.**

- 1 \_\_ Días
- 2 \_\_ Semanas
- 3 \_\_ Meses
- 4 \_\_ Años
- 777 No sabe/No está seguro
- 999 Se niega a contestar

6. De acuerdo con lo que dijo el médico, ¿cuál es el principal problema de salud, la enfermedad prolongada o la discapacidad que tiene la persona que usted cuida? [Marque sólo una afección].

(351–352)

**No le lea:**

**Afección/Enfermedad física**

- 01 Artritis/Reumatismo
- 02 Asma
- 03 Cáncer
- 04 Diabetes
- 05 Enfermedad del corazón
- 06 Hipertensión/Presión arterial alta
- 07 Enfermedad respiratoria/Enfisema
- 08 Osteoporosis
- 09 Enfermedad de Parkinson
- 10 Accidente cerebrovascular (derrame)

**Discapacidad**

- 11 Ojos/Problemas de la vista (ceguera)
- 12 Problemas de audición (sordera)
- 13 Esclerosis múltiple (MS)
- 14 Lesión de la médula espinal
- 15 Lesión cerebral traumática

**Problemas de aprendizaje/cognitivos**

- 16 Enfermedad de Alzheimer o demencia
- 17 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés)
- 18 Discapacidades del aprendizaje

**Discapacidad del desarrollo**

- 19 Parálisis cerebral infantil
- 20 Síndrome de Down
- 21 Otras discapacidades del desarrollo (p.ej., espina bífida, distrofia muscular, síndrome del cromosoma X frágil)

**Salud mental**

- 22 Ansiedad
- 23 Depresión
- 24 Otra
  
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

7. ¿En cuál de las siguientes áreas necesita **más** de su ayuda la persona bajo su cuidado?  
(353–354)

**Léale:**

- 01 Cuidar de sí misma, como comer, vestirse o bañarse  
02 Cuidar de su casa o de los espacios que habita, como limpiar, administrar las finanzas o preparar las comidas  
03 Comunicarse con los demás  
04 Aprender o recordar  
05 Ver u oír  
06 Movilizarse en la casa  
07 Trasladarse a otros lugares fuera de la casa  
08 Relacionarse con otras personas  
09 Aliviar o disminuir la ansiedad o la depresión  
10 Otra área

**No le lea:**

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

8. En una semana normal, ¿cuántas horas brinda usted cuidados [CATI: código de P4]. Si **P4 = 77 (No sabe / No está seguro) o 99 (Se niega a contestar)**, diga: “esa persona” debido a su problema de salud, enfermedad de largo plazo o discapacidad?  
(355–357)

**NOTA: Redondee el número de horas hacia arriba.**

**No le lea:**

- — Horas por semana  
777 No sabe/No está seguro  
999 Se niega a contestar

9. Le voy a leer una lista de problemas que usted posiblemente ha enfrentado al cuidar de otra persona. Por favor indique cuál es el problema principal que ha enfrentado en esta tarea.  
(358–359)

**Léale:**

- 01 Representa una carga financiera  
02 No le deja suficiente tiempo para usted  
03 No le deja suficiente tiempo para su familia  
04 Interfiere con su trabajo  
05 Origina estrés  
06 Causa o empeora problemas de salud  
07 Afecta las relaciones familiares  
08 Otra dificultad  
88 No representa ninguna dificultad

**No le lea:**

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

**10.** Durante el último año, ¿la persona que usted cuida ha presentado cambios en la memoria o en la manera en que razona?

(360)

**Léale solo si es necesario:** “Tiene más dificultad para recordar personas, lugares o cosas, o no tiene la misma facilidad que antes para comprender o tomar decisiones”.

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

## Módulo 16: Actitudes de las personas hacia la raza

---

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

**1.** ¿Cómo suelen clasificarlo otras personas en este país? ¿Diría usted: como blanco, negro o afroamericano, hispano o latino, asiático, nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico, indoamericano o nativo de Alaska o de algún otro grupo?

(361)

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

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** si la persona encuestada le pide que le aclare esta pregunta, **dígale:** “Queremos saber cómo suelen clasificarlo OTRAS personas en este país, lo que puede diferir de cómo se clasifica usted mismo”.

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

(362)

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

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

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

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

(363)

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

**No le lea:**

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

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

(364)

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

**No le lea:**

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

9 Se niega a contestar

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

5. En los últimos 30 días, ¿ha experimentado algún síntoma físico, por ejemplo, dolor de cabeza, malestar estomacal, tensión muscular o aumento de la frecuencia cardiaca, como consecuencia de la forma en que otras personas le trataron debido a su raza? (365)

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

6. En los últimos 30 días, ¿se ha sentido mal emocionalmente, por ejemplo enojado, triste o frustrado, como consecuencia de la forma en que otras personas le trataron debido a su raza? (366)

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

## Módulo 17: Ansiedad y depresión

---

Ahora, le voy a hacer unas preguntas sobre su estado de ánimo. Cuando responda a estas preguntas, por favor piense cuántos días sintió algunas de las siguientes afirmaciones en las últimas 2 semanas.

1. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días sintió poco interés o placer en las cosas que hacía? (367–368)

- 01–14 días
- 88 Ninguno
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

2. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días se sintió desanimado, depresivo o desesperanzado? (369–370)

- 01–14 días
- 88 Ninguna
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar





3. En las últimas 2 semanas, ¿cuánto días ha tenido problemas para dormirse o dormir bien o ha dormido demasiado?

(371–372)

\_\_ 01–14 días  
88 Ninguna  
77 No sabe/No está seguro  
99 Se niega a contestar

4. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días se sintió cansado o con poca energía?

(373–374)

\_\_ 01–14 días  
88 Ninguna  
77 No sabe/No está seguro  
99 Se niega a contestar

5. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días sintió poco apetito o comió demasiado?

(375–376)

\_\_ 01–14 días  
88 Ninguno  
77 No sabe/No está seguro  
99 Se niega a contestar

6. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días se ha sentido mal con usted mismo o ha sentido que es un perdedor o que ha decepcionado a su familia o a usted mismo?

(377–378)

\_\_ 01–14 días  
88 Ninguno  
77 No sabe/No está seguro  
99 Se niega a contestar

7. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días ha tenido problemas para concentrarse en ciertas cosas como leer el periódico o mirar televisión?

(379–380)

\_\_ 01–14 días  
88 Ninguno  
77 No sabe/No está seguro  
99 Se niega a contestar

8. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días se ha movido o ha hablado muy lento al punto que otras personas lo hayan notado? O lo opuesto — ¿Ha estado muy inquieto o impaciente de manera que se mueve más de lo normal?

(381–382)

|    |                        |
|----|------------------------|
| —  | 01–14 días             |
| 88 | Ninguno                |
| 77 | No sabe/No está seguro |
| 99 | Se niega a contestar   |

9. ¿ALGUNA VEZ le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que usted tenía un trastorno de ansiedad (como trastorno de estrés agudo, ansiedad, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico, fobia, trastorno de estrés postraumático o trastorno de ansiedad social)?

(383)

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

10. ¿ALGUNA VEZ le ha dicho un médico o un profesional de la salud que usted tiene un trastorno depresivo (como depresión, depresión mayor, distimia o depresión menor)?

(384)

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

## Módulo 18: Deficiencias cognitivas

---

Las siguientes preguntas son sobre las dificultades del razonamiento y la memoria que pueden afectar de gran manera las actividades cotidianas. Esto **no se refiere** a olvidos ocasionales, como olvidarse las llaves o el nombre de una persona que acaba de conocer. **Esto se refiere** a cosas como confusión o pérdida de la memoria que se está haciendo más frecuente o empeora. Queremos saber de qué manera estos problemas le afectan a usted o a alguien de su hogar.

1. En los últimos 12 meses, ¿ha sentido confusión o ha perdido la memoria con más frecuencia o ha empeorado?

(385)

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

**Nota de CATI: si el número de adultos es > 1, pase a P2.**

**Nota de CATI: si 1 adulto en la casa y P1 = 1 (Sí), pase a P4; de lo contrario, pase al siguiente módulo.**

**2.** [Si P1 = 1); Sin incluirse a usted], ¿cuántos adultos de 18 años o más en su casa han experimentado confusión o pérdida de la memoria con mayor frecuencia o que haya empeorado durante los últimos 12 meses?

(386)

|   |                                  |
|---|----------------------------------|
| — | Número de personas [6 = 6 o más] |
| 8 | Ninguno                          |
| 7 | No sabe/No está seguro           |
| 9 | Se niega a contestar             |

**Nota de CATI: si P1=1, pase a 4.**

**Nota de CATI: si P2 < 7, pase a P3. De no ser así, pase al siguiente módulo.**

**3.** De estas personas, seleccione la persona que haya cumplido años más recientemente.  
¿Cuántos años tiene esta persona?

(387–388)

**Léale solo si es necesario:**

|     |               |
|-----|---------------|
| 0 1 | 18–29 años    |
| 0 2 | 30–39 años    |
| 0 3 | 40–49 años    |
| 0 4 | 50–59 años    |
| 0 5 | 60–69 años    |
| 0 6 | 70–79 años    |
| 0 7 | 80–89 años    |
| 0 8 | 90 o más años |

**No le lea:**

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

**Nota de CATI: si P1≠ 1 (Sí); léale:** ““En las próximas preguntas, no referiremos a la persona que usted identificó como ‘esta persona’.”

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Repita la definición solo si es necesario:** “Para estas preguntas, piense sobre la confusión o pérdida de la memoria que está ocurriendo con mayor frecuencia o empeorando”.

4. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces **[Si P1 = 1 (Sí): añade** “usted ha”; **de lo contrario,** “esta persona ha”] dejado de realizar sus tareas domésticas o quehaceres que solía hacer, debido a la confusión o pérdida de la memoria que está sucediendo con mayor frecuencia o empeorando?

(389)

**Léale:**

- 1 Todo el tiempo
- 2 Casi siempre
- 3 A veces
- 4 Rara vez
- 5 Nunca

**No le lea:**

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

5. **[Si P1 = 1 (Sí).]** Como consecuencia de la confusión o pérdida de la memoria ¿en cuál de las siguientes cuatro áreas [“usted” o **de lo contrario** “esta persona”] necesita más ayuda?

(390)

- 1 Seguridad **[léale solo si es necesario:** como olvidarse de apagar la estufa o el horno o caerse]
- 2 Transporte **[léale solo si es necesario:** como llegar a la cita médica]
- 3 Tareas domésticas **[léale solo si es necesario:** como manejar dinero o quehaceres]
- 4 Cuidado personal **[léale solo si es necesario:** como comer o bañarse]

**No le lea:**

- 5 Necesita ayuda, pero no en estas áreas
- 6 No necesita ayuda en ninguna área
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

6. **[Si P1 = 1 (Sí)].** Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha tenido confusión o pérdida de la memoria que interfiera **[añada** “con su”; **de lo contrario,** “la”] capacidad de trabajar o de involucrarse en actividades sociales?

(391)

**Léale:**

- 1 Todo el tiempo
- 2 Casi siempre
- 3 A veces
- 4 Rara vez
- 5 Nunca

**No le lea:**

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

7. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia **[Si P1 = 1 (Sí): añade “usted”; de lo contrario, “un familiar o un amigo”]** ha brindado cualquier tipo de ayuda o cuidados a **[Si P1 = 1 (Sí): añade “usted”; de lo contrario, “esta persona”]** debido a la confusión o pérdida de la memoria?

(392)

**Léale:**

- 1 Todo el tiempo
- 2 Casi siempre
- 3 A veces
- 4 Rara vez
- 5 Nunca

**No le lea:**

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

8. ¿Ha alguien hablado con su profesional de atención médica sobre los aumentos **de confusión o pérdida de la memoria**?

(393)

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

9. ¿Ha **[Si P1 = 1 (Sí): añade “usted”; de lo contrario “esta persona”]** recibido tratamiento como terapia o medicamentos para la **confusión o pérdida de la memoria**?

(394)

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

10. ¿Algún profesional de la salud le ha dicho alguna vez que **[Si P1 = 1 (Si): añada “usted”; de lo contrario, “esta persona”]** ha tenido Alzheimer o algún tipo de demencia?

(395)

- 1 Sí, enfermedad de Alzheimer
- 2 Sí, algún otro tipo de demencia pero no enfermedad de Alzheimer
- 3 No ha recibido un diagnóstico
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

## Módulo 19: Contexto social

---

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

1. ¿Su casa es propia o rentada?

(396)

**Léale:**

- 1 Propia
- 2 Rentada
- 3 Otra situación de vivienda **[Pase a P3]**

**No le lea:**

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

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: “Otra situación de vivienda” puede incluir habitar una casa en forma grupal o vivir con amigos o familiares sin pagar renta.**

2. En los últimos 12 meses, ¿qué tan a menudo estuvo preocupado o estresado sobre si tendría dinero suficiente para pagar la renta o la hipoteca? Diría que estuvo preocupado o estresado:

(397)

**Léale:**

- 1 Todo el tiempo
- 2 Casi siempre
- 3 A veces
- 4 Rara vez
- 5 Nunca

**No le lea:**

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

3. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces diría usted que estuvo preocupado o estresado sobre si tendría dinero suficiente para comprar alimentos nutritivos? Diría que estuvo preocupado o estresado:

(398)

**Léale:**

- 1 Todo el tiempo
- 2 Casi siempre
- 3 A veces
- 4 Rara vez
- 5 Nunca

**No le lea:**

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

**Si la respuesta a la pregunta básica P12.9 = 1 (Empleado asalariado) o 2 (Trabajador independiente), vaya a P4 y P5.**

**Si la respuesta a la pregunta básica P12.9 = 3 (Desempleado desde hace más de 1 año), 4 (Desempleado desde hace menos de 1 año) o 7 (Jubilado), vaya a P6 y P7.**

**Si la respuesta a la pregunta básica P12.9 = 5 (A encargado de las tareas del hogar), 6 (A estudiante) u 8 (incapacitado para trabajar), vaya a P7.**

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

(399)

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

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

5. ¿Aproximadamente cuántas horas trabaja a la semana contando todos sus empleos o negocios?

(400–401)

- |    |                        |                    |
|----|------------------------|--------------------|
| —  | Horas (01–96 o más)    | <b>[Pase a P8]</b> |
| 97 | No sabe/No está seguro | <b>[Pase a P8]</b> |
| 98 | No trabaja             | <b>[Pase a P8]</b> |
| 99 | Se niega a contestar   | <b>[Pase a P8]</b> |





6. Recuerde la última vez en que trabajó en su empleo o negocio principal, ¿cómo le remuneraron su trabajo? Le pagaron:

(402)

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

7. Recuerde la última vez que trabajó, ¿aproximadamente cuántas horas trabajó por semana en todos sus trabajos o negocios juntos?

(403–404)

- Horas (01–96 o más)
- 97 No sabe/No está seguro
- 98 No trabaja
- 99 Se niega a contestar

8. ¿Votó en las pasadas elecciones presidenciales? En las elecciones de noviembre del 2008 los candidatos fueron Barack Obama y John McCain.

(405)

- 1 Sí
- 2 No
- 8 No se aplica (no me inscribí, no soy ciudadano estadounidense o no cumplo con los requisitos para votar)
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

## Módulo 20: Nivel de preparación general

---

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

1. ¿Qué tan bien preparada cree usted que está su casa para enfrentar un desastre o una emergencia de grandes proporciones? Diría usted que...

(406)

**Léale:**

- 1 Bien preparada
- 2 Más o menos preparada
- 3 No está para nada preparada

**No le lea:**

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

**2.** ¿Tiene en su casa agua suficiente para 3 días por cada persona que vive ahí? Un suministro de agua para 3 días es 1 galón de agua por persona al día.

(407)

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

**3.** ¿Tiene en su casa provisiones de alimentos no perecederos para 3 días por cada persona que vive ahí? Los alimentos no perecederos son aquellos que no requieren refrigeración ni cocción.

(408)

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

**4.** ¿Tiene en su casa un suministro de medicamentos recetados para 3 días por cada persona que toma esos medicamentos?

(409)

- 1 Sí
- 2 No
- 3 Nadie en la casa necesita medicamentos recetados
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

**5.** ¿Tiene en su casa un radio de pilas que funcione y pilas de repuesto buenas para usar en caso de un apagón?

(410)

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

**6.** ¿Tiene en su casa una linterna que funcione y pilas buenas para usar en caso de un apagón?

(411)

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

9 Se niega a contestar

7. En un desastre o una emergencia de grandes proporciones, ¿cuál sería su método o forma principal de comunicación con parientes y amigos?

(412)

**Léale solo si es necesario:**

- 1 Teléfono de casa normal
- 2 Teléfono celular
- 3 Correo electrónico
- 4 Buscapersonas (*pager*)
- 5 Radio bidireccional
- 6 Otro

**No le lea:**

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

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

(413)

**Léale solo si es necesario:**

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

**No le lea:**

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

9. ¿Tiene en su casa un plan escrito de evacuación por desastres en el que se diga cómo salir de la casa en caso de que un desastre o una emergencia de grandes proporciones obligue a evacuar el lugar?

(414)

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

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

(415)

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

11. ¿Cuál sería la razón principal por la cual usted no se iría de su casa si le pidieran hacerlo?

(416–417)

**Léale solo si es necesario:**

- |    |   |
|----|---|
| 01 | Falta de medios de transporte                                 |
| 02 | Falta de confianza en los funcionarios públicos               |
| 03 | Preocupación por la propiedad que deja abandonada             |
| 04 | Preocupación por la seguridad personal                        |
| 05 | Preocupación por la seguridad de la familia                   |
| 06 | Preocupación por abandonar las mascotas                       |
| 07 | Preocupación por las congestiones de tráfico y no poder salir |
| 08 | Problemas de salud (no puede ser transportado)                |
| 09 | Otro  |

**No le lea:**

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

## Módulo 21: Salud de los veteranos del ejército

---

Nota de CATI: Pregunte solo si la pregunta básica P12.5 = 1 (Sí, actualmente en servicio activo) o 2 = (Sí, estuve en servicio activo los últimos 12 meses, pero actualmente no) o 3 = (Sí, estuve en servicio activo en el pasado pero no en los últimos 12 meses).

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

1. ¿Alguna vez estuvo en combate o en zona de guerra?

(418)

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

2. ¿Alguna vez un médico o profesional de la salud le dijo que tenía depresión, ansiedad o trastorno de estrés postraumático? (419)

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

3. Una lesión cerebral traumática puede ser consecuencia de un golpe violento en la cabeza o cuando un objeto atraviesa el cráneo e ingresa al tejido cerebral. ¿Algún médico o profesional de la salud le ha dicho alguna vez que ha sufrido de una lesión cerebral traumática? (420)

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

4. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido tratamiento o ayuda psiquiátrica o psicológica? (421)

**Léale:**

- 1 Sí, en un establecimiento para veteranos del ejército
- 2 Sí, en un establecimiento que no es para veteranos del ejército
- 3 Sí, en ambos establecimientos para veteranos y para no veteranos
- 4 No

**No le lea:**

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

5. En los últimos 12 meses, ¿pensó en algún momento en quitarse la vida? (422)

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

6. Durante los últimos 12 meses, ¿ha intentado suicidarse? Diría usted: (423)

**Léale:**

- 1 Sí, pero no necesitó tratamiento
- 2 Sí, se hizo tratar en un establecimiento para veteranos de guerra
- 3 Sí, se hizo tratar en un establecimiento que no es para veteranos del ejército
- 4 No

**No le lea:**

- 7 No sabe/No está seguro

9 Se niega a contestar

## Módulo 22: Experiencias adversas en la niñez

---

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

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

1. ¿Vivió con alguien que tenía depresión, una enfermedad mental o tendencias suicidas? (424)

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

2. ¿Vivió con alguien que tenía problemas con la bebida o que era alcohólico? (425)

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

3. ¿Vivió con alguien que consumiera drogas ilícitas adquiridas en la calle o que abusara de medicamentos recetados? (426)

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

4. ¿Vivió con alguien que haya estado preso o que haya sido sentenciado a cárcel, a prisión o a algún otro centro correccional? (427)

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



5. ¿Sus padres estaban separados o divorciados?

(428)

- 1 Sí
- 2 No
- 8 Los padres no estaban casados
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

6. ¿Con qué frecuencia sus padres u otros adultos en la casa se dieron bofetadas, patadas, puñetazos o golpes?

(429)

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

**No le lea:**

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

7. Antes de que usted cumpliera 18 años, ¿con qué frecuencia un adulto en su hogar le pegó, golpeó, pateó o lastimó físicamente de alguna otra forma? No incluya las nalgadas. Diría usted que...

(430)

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

**No le lea:**

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

8. ¿Con qué frecuencia uno de sus padres o un adulto en su casa le dijo groserías, le insultó o le humilló?

(431)

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

**No le lea:**

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

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

(432)

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

**No le lea:**

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

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

(433)

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

**No le lea:**

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

11. ¿Con qué frecuencia alguna persona al menos 5 años mayor que usted o un adulto le forzó a que tuviera relaciones sexuales?

(434)

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

**No le lea:**

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

Como le mencioné cuando comenzamos esta sección, le daré el número telefónico de una organización que le puede proporcionar información o remitirlo a otros recursos con relación a estos temas. Puede marcar (escriba aquí el estado o línea telefónica local) para comunicarse con los servicios de remisiones y localizar una agencia en su área. **[Nota: Si no hay un teléfono de información estatal o local, la línea telefónica nacional de prevención del abuso y maltrato infantil (*National Hotline for child abuse*) es 1-800-4-A-CHILD (1-800-422-4453).**

## Módulo 23: Selección aleatoria de niños

**Nota de CATI:** si la respuesta a la pregunta básica P12.7 = 88 o 99 (No hay niños menores de 18 años en la casa o Se niega a contestar) pase al siguiente módulo.

**Si la respuesta a la pregunta básica P12.7 = 1, por favor léale:** “Anteriormente usted mencionó que en su casa había un niño/una niña de 17 años de edad o menor. Quisiera hacerle algunas preguntas sobre el niño”. **[Pase a P1]**

**Si la respuesta a la pregunta básica P12.7 es >1 y la respuesta a la pregunta básica P12.7 no es 88 ni 99, léale:** “Anteriormente usted mencionó que en su casa había **[cantidad]** de niños de 17 años de edad o menores. Piense en esos **[cantidad]** niños en orden de nacimiento, del mayor al menor. El niño mayor es el primero y el menor el último. Por favor incluya también a los niños que tengan la misma fecha de nacimiento, como gemelos o mellizos, de acuerdo al orden de nacimiento”.

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

### ENCUESTADOR, POR FAVOR LÉALE:

Me gustaría hacerle algunas preguntas adicionales sobre uno de los niños en particular. El niño al que nos referimos será el “X” **[CATI: por favor indique el número correcto]** niño de su casa. Todas las preguntas que le haré a continuación se referirán al niño “X” **[CATI: complete con el número correspondiente]**.

1. ¿En qué mes y año nació el niño “X”?
- (460–465)

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

**INSTRUCCIÓN DE CATI:** calcule la edad del niño en meses (EDAD DEL NIÑO1 = 0 a 216) y también en años (EDAD DEL NIÑO2 = 0 a 17) con base en la fecha de la encuesta y el mes y el año de nacimiento utilizando un valor de 15 para el cumpleaños. Si el niño seleccionado tiene <12 meses, ingrese los meses calculados en EDAD DEL NIÑO 1 y 0 en EDAD DEL NIÑO 2. Si el niño tiene ≥ 12 meses, ingrese los meses calculados en EDAD DEL NIÑO 1 y deje EDAD DEL NIÑO 2 = truncado (EDAD DEL NIÑO 1/12).

2. ¿Es niño o niña?
- (466)

|   |                      |
|---|----------------------|
| 1 | Niño                 |
| 2 | Niña                 |
| 9 | Se niega a contestar |

3. ¿El niño es hispano o latino?
- (467)

|   |    |
|---|----|
| 1 | Sí |
| 2 | No |

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

4. ¿Cuál o cuáles de las siguientes diría usted que es la raza o grupo étnico del niño?  
(468–473)

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

**Léale:**

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

**O**

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

**No le lea:**

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

**Nota de CATI: si hay más de una respuesta a P4, continúe. De no ser así, pase a P6.**

5. ¿Cuál de los siguientes grupos diría usted que es el más representativo de la raza o grupo étnico del niño?  
(474)

- 1 Blanca
- 2 Negra o afroamericana
- 3 Asiática
- 4 Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico
- 5 Indoamericano o nativo de Alaska
- 6 Otra
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

6. ¿Cuál es su parentesco o relación con el niño?  
(475)

**Léale:**

- 1 Padre o madre (incluye padres biológicos, padrastro o madrastra o padres adoptivos)
- 2 Abuelo o abuela
- 3 Tutor legal o padre de crianza

- adoptivos)
- 4 Hermano o hermana (incluye hermanos biológicos, hermanastros o hermanos
  - 5 Otro familiar
  - 6 No tiene ninguna relación

**No le lea:**

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

## Módulo 24: Prevalencia de asma infantil

---

**Nota de CATI:** si la respuesta a la pregunta básica P12.7 = 88 (Ninguno) o 99 (Se niega a contestar), pase al siguiente módulo.

Ahora quisiera hacerle dos preguntas sobre el niño "X" **[CATI: por favor indique el número correspondiente]**.

1. ¿ALGUNA VEZ un médico u otro profesional de la salud le dijo que el niño tenía asma? (476)

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

2. ¿El niño aún tiene asma? (477)

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

## Módulo 25: Vacunas en la niñez

---

**Nota de CATI:** si la respuesta a la pregunta básica P12.7 = 88 o 99 (No hay niños menores de 18 años en la casa o Se niega a contestar), pase al siguiente módulo.

**Nota de CATI:** si el niño seleccionado es  $\geq 6$  meses, continúe. De no ser así, pase al siguiente módulo.

1. Ahora le haré unas preguntas sobre la influenza o gripe estacional. Hay dos tipos de vacunas contra la influenza estacional. Una es la inyección y la otra es un atomizador nasal. Durante los últimos 12 meses, **[Complete: él/ella]** ¿ha recibido la vacuna contra la influenza estacional? (478)

- 1 Sí
- 2 No [Pase al siguiente módulo]
- 7 No sabe/No está seguro [Pase al siguiente módulo]

2. La vacuna contra la influenza pudo haber sido la inyección o el atomizador nasal. El atomizador nasal es la vacuna contra la influenza que se administra por la nariz. **¿Durante qué mes y año [Completar: él/ella] recibió la última vacuna contra la influenza estacional?**

(479–484)

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

## Módulo 26: Virus del papiloma humano (VPH) en niños

---

Si el niño seleccionado es de sexo femenino y tiene entre 9 y 17 años de edad, continúe. De no ser así, pase al siguiente módulo.

**NOTA: Virus del Papiloma Humano  
Gardasil; Cervarix**

Tengo dos preguntas adicionales que hacerle sobre las vacunas que la niña seleccionada pudo haber recibido.

1. Existe una vacuna para prevenir la infección por el virus del papiloma humano o VPH que se conoce como la vacuna contra el cáncer de cuello uterino o verrugas genitales, vacuna contra el VPH, [Complete: si es de sexo femenino “GARDASIL o CERVARIX”; si es de sexo masculino “o GARDASIL”]. ¿ALGUNA VEZ le han puesto a este niño/a una vacuna contra el VPH?

(485)

|   |  |                            |
|---|--|----------------------------|
| 1 | Sí   |                            |
| 2 | No   | [Pase al siguiente módulo] |
| 3 | El médico se negó a hacerlo cuando se lo pidió | [Pase al siguiente módulo] |
| 7 | No sabe/No está seguro                         | [Pase al siguiente módulo] |
| 9 | Se niega a contestar                           | [Pase al siguiente módulo] |

2. ¿Cuántas inyecciones de la vacuna contra el VPH le pusieron?

(486–487)

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

## Guión para pedir permiso para llamar después y preguntar sobre el asma

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

(497)

- 1 Sí
- 2 No

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

\_\_\_\_\_

Escriba el nombre o las iniciales



## Lista de afecciones de salud que acompañan al módulo 10, pregunta 3

---

### [NO LE LEA]

#### Problemas respiratorios

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

#### Problemas de los riñones

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

#### Anemia

- Anemia
- Anemia aplásica
- Anemia de Fanconi
- Anemia ferropénica
- Anemia perniciosa
- Anemia drepanocítica o de células falciformes
- Talasemia

### **Causas del sistema inmunitario debilitado**

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