

2005

Sistema de vigilancia de los factores de riesgo  
conductuales

Cuestionario 2005

Texas

# Behavioral Risk Factor Surveillance System

## Cuestionario estatal 2005

Seccion 1: Estado de salud .....	5
Seccion 2: Días en los que se siente saludable – Calidad de vida en relacion a la salud .....	5
Seccion 3: Acceso a cuidados medicos.....	6
Seccion 4: Actividad fisica .....	6
Seccion 5: Diabetes .....	7
Modulo 1: Diabetes .....	7
Seccion 6: Nivel de conciencia acerca del problema de la hipertension .....	9
Seccion 7: Nivel de conciencia acerca del problema del colesterol .....	10
Seccion 8: Prevalencia de las enfermedades cardiovasculares.....	11
Seccion 9: Asma .....	11
Seccion 10: Inmunizacion (& Adult Flu Supplemental) .....	12
Seccion 11: Consumo de tabaco .....	14
Seccion 12: Consumo de alcohol .....	15
Seccion 13: Caracteristicas demograficas.....	16
Seccion 14: Excombatientes.....	20
Seccion 15: Discapacidad.....	20
Seccion 16: Artritis.....	21
Seccion 17: Frutas y Verduras.....	22
Seccion 18: Actividad fisica .....	24
Seccion 19: VIH/SIDA.....	25
Seccion 20: Apoyo emocional y grado de satisfaccion con la vida.....	26
Transicion a modulos y/o Preguntas adicionales de los Estados .....	27
State-Added 5: Child Selection.....	27
Child Flu Module – January – February.....	28
Modulo 11: Prevalencia del asma infantil .....	30
Modulo 19: Calidad del aire dentro del hogar .....	31
Modulo 20: El entorno del hogar.....	32
Modulo 3: Deterioro visual y acceso a cuidados oculares .....	33
Modulo 5: Salud cardiovascular .....	36
Modulo 7: Ataque cardiaco y derrame cerebral .....	37
Modulo 9: Antecedentes de asma en adultos.....	40
Modulo 21: Dejar de fumar .....	42
Modulo 22: Politicas acerca del tabaquismo pasivo .....	44
State Added 1: Access to Care.....	45
State Added 2: Epilepsy.....	46
State-Added 3: Folic Acid .....	47
State Added 4: HIV/STD .....	48
Closing Statement:.....	48
Language Indicador: .....	49

**\*\*Module 5 and 7 to be included March-December.**

Guion para el encuestador / la encuestadora

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

Hablo con el **(numero de telefono)**?

**En caso negativo,**

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

Es esta una casa de familia?

**En caso negativo,**

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

Hablo con un número de teléfono celular?

En caso afirmativo,

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

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

\_\_\_ Cantidad de adultos

**En caso de ser “1”,**

Es usted el adulto?

**En caso afirmativo,**

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

**En caso negativo,**

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

Cuántos de estos adultos son hombres y cuántos son mujeres?

\_\_\_ Cantidad de hombres

\_\_\_ Cantidad de mujeres

El miembro de su familia con quien necesito hablar es \_\_\_\_\_.

**En caso de ser “usted”, pase a la página 4 (confidentiality statement)**

**Al encuestado / la encuestada correcta:**

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

**Confidentiality Statement:**

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

## Seccion 1: Estado de salud

---

- 1.1           Diria usted que su estado de salud general es (73)
- Por favor, lea:
- |   |           |
|---|-----------|
| 1 | Excelente |
| 2 | Muy bueno |
| 3 | Bueno     |
| 4 | Regular   |
| 0 |           |
| 5 | Malo      |
- No lea:
- |   |                            |
|---|----------------------------|
| 7 | No sabe / No esta seguro/a |
| 9 | Se niega a contestar       |

## Seccion 2: Dias en los que se siente saludable – Calidad de vida en relacion a la salud

---

- 2.1           Con respecto a su estado de salud fisica, lo que incluye tanto enfermedades como lesiones fisicas, en cuantos dias durante los ultimos 30 dias tuvo problemas de salud? (74–75)
- \_\_\_ Cantidad de dias
- |     |                            |
|-----|----------------------------|
| 8 8 | Ninguno.                   |
| 7 7 | No sabe / No esta seguro/a |
| 9 9 | Se niega a contestar       |
- 2.2           Con respecto a su estado de salud mental, lo que incluye estres, depresion y problemas emocionales, en cuantos dias durante los ultimos 30 dias sintio que su estado de salud mental no era bueno? (76–77)
- \_\_\_ Cantidad de dias
- |     |   |
|-----|---|
| 8 8 | Ninguno <b>[Si P2.1 y P2.2 = 88 ("Ninguno"), pase a la siguiente seccion]</b> |
| 7 7 | No sabe / No esta seguro/a  |
| 9 9 | Se niega a contestar  |
- 2.3           Durante los ultimos 30 dias, en cuantos dias sintio que los problemas relacionados con su salud mental o fisica le impidieron realizar sus actividades habituales, tales como cuidados personales, trabajo o recreacion? (78-79)
- \_\_\_ Cantidad de dias
- |     |                            |
|-----|----------------------------|
| 8 8 | Ninguno                    |
| 7 7 | No sabe / No esta seguro/a |
| 9 9 | Se niega a contestar       |

## Seccion 3: Acceso a cuidados medicos

---

**3.1** Tiene algun tipo de cobertura medica, incluyendo seguro de salud, planes prepagos como los brindados por las HMO (Health Maintenance Organizations, u Organizaciones de Mantenimiento de la Salud), u otros planes gubernamentales como Medicare? (80)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

**3.2** Hay alguna persona en particular a la que usted considere su medico de cabecera o proveedor de atencion medica?

**[En caso negativo, pregunte: "Hay mas de una, o no hay ninguna persona a la que considere como su medico de cabecera o proveedor de atencion medica?"]** (81)

- 1 Si, solo una
- 2 Mas de una
- 3 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

**3.3** En los ultimos 12 meses, hubo algun momento en que necesito consultar a un medico pero no pudo hacerlo por razones economicas? (82)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

**3.4** Cuando fue la ultima vez que fue al medico para hacerse un chequeo de rutina? Un chequeo de rutina es un examen fisico general, no un examen realizado como consecuencia de una lesion, enfermedad o afeccion especifica. (83)

- 1 En el ultimo ano (hace entre 1-12 meses)
- 2 En los ultimos dos anos (hace entre 1-2 anos)
- 3 En los ultimos 5 anos (hace entre 2-5 anos)
- 4 Hace 5 anos o mas
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 8 Nunca
- 9 Se niega a contestar

## Seccion 4: Actividad fisica

---

- 4.1** En el ultimo mes, exceptuando lo relativo a su trabajo, participo en alguna actividad fisica o hizo algun tipo de ejercicio, como correr, caminar, hacer gimnasia, jugar al golf o realizar actividades de jardineria? (84)
- 1 Si
  - 2 No
  - 7 No sabe / No esta seguro/a
  - 9 Se niega a contestar

## Seccion 5: Diabetes

---

- 5.1** Alguna vez algun medico le informo que usted tenia diabetes?
- Si la persona encuestada es mujer y responde "si", preguntele: "Fue unicamente durante el embarazo?"**
- Si el encuestado / la encuestada contesta que le habian diagnosticado prediabetes ("borderline diabetes"), utilice el codigo de respuesta 4. (85)
- 1 Si
  - 2 Si, pero la encuestada dijo que se le diagnostico unicamente durante el embarazo
  - 3 No
  - 4 No, prediabetes o diabetes limitrofe.
  - 7 No sabe / No esta seguro/a
  - 9 Se niega a contestar

## Modulo 1: Diabetes

---

**{Haga las siguientes preguntas si la respuesta a la pregunta basica 5.1. (codigo =1) fue afirmativa.}**

- Mod1\_1.** Que edad tenia cuando le informaron que tenia diabetes? (201–202)
- \_\_\_ Codifique la edad en anos **[97 = 97 y mas]**
- 9 8 No sabe / No esta seguro/a
  - 9 9 Se niega a contestar
- Mod1\_2.** Esta tomando insulina? (203)
- 1 Si
  - 2 No
  - 9 Se niega a contestar
- Mod1\_3.** Esta tomando pildoras para la diabetes? (204)
- 1 Si
  - 2 No
  - 7 No sabe / No esta seguro/a

9 Se niega a contestar

Mod1\_4. Aproximadamente, con que frecuencia controla su nivel de glucosa o azucar en sangre? Incluya las ocasiones en que fue controlado por un familiar o amigo, pero no cuando el control lo realizo un medico.

(205–207)

1 \_\_ \_\_ Veces por dia  
2 \_\_ \_\_ Veces por semana  
3 \_\_ \_\_ Veces por mes  
4 \_\_ \_\_ Veces por ano  
8 8 8 Nunca  
7 7 7 No sabe / No esta seguro/a  
9 9 9 Se niega a contestar

Mod1\_5. Con que frecuencia se examina los pies para detectar heridas o irritaciones? Incluya las ocasiones en que fue controlado por un familiar o amigo, pero no cuando el control lo realizo un medico.

(208–210)

1 \_\_ \_\_ Veces por dia  
2 \_\_ \_\_ Veces por semana  
3 \_\_ \_\_ Veces por mes  
4 \_\_ \_\_ Veces por ano  
8 8 8 Nunca  
5 5 5 No tiene pies  
7 7 7 No sabe / No esta seguro/a  
9 9 9 Se niega a contestar

Mod1\_6. Ha tenido alguna vez alguna herida o irritacion en los pies que tardo mas de cuatro semanas en sanar?

(211)

1 Si  
2 No  
7 No sabe / No esta seguro/a  
9 Se niega a contestar

Mod1\_7. Aproximadamente, cuantas veces consulto a un medico, enfermera u otro profesional de la salud a causa de su diabetes en los ultimos 12 meses?

(212–213)

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

Mod1\_8. La prueba "A1C" mide el nivel promedio de azucar en la sangre durante los ultimos tres meses. Cuantas veces ha controlado un medico, enfermera u otro profesional de la salud su "A-uno-C" en los ultimos 12 meses?

(214–215)

\_\_ \_\_ Cantidad de veces [**76 = 76 o mas**]  
8 8 Ninguna  
9 8 Nunca ha oido hablar de la prueba "A-uno-C".



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

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

Mod1\_9. Cuantas veces en los ultimos 12 meses un profesional de la salud le ha examinado los pies para detectar una posible herida o irritacion?

(216–217)

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

Mod1\_10. Cuando fue la ultima vez que le realizaron un examen de la vista en el que le dilataron las pupilas? Esto le habria ocasionado una sensibilidad temporal a la luz brillante.

(218)

**Lea solo si es necesario:**

- 1 En el ultimo mes (en cualquier momento en el ultimo mes)
- 2 En el ultimo ano (hace mas de un mes pero menos de 12 meses)
- 3 En los ultimos 2 anos (hace mas de un ano pero menos de 2)
- 4 Hace 2 anos o mas
- 8 Nunca

**No lea:**

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

Mod1\_11. Su medico le ha informado en alguna ocasion que la diabetes le ha afectado los ojos o que ha tenido una retinopatia?

(219)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

Mod1\_12. Ha tomado alguna vez algun curso o clase sobre como controlar usted mismo su diabetes?

(220)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

## Seccion 6: Nivel de conciencia acerca del problema de la hipertension

6.1 Alguna vez algun medico, enfermera u otro profesional de la salud le informo que tenia presion arterial alta? (86)

**[Si la persona encuestada es mujer y responde "si", preguntele: "Fue unicamente durante el embarazo?"]**

- 1 Si
- 2 Si, pero la encuestada dijo que se le diagnostico unicamente durante el embarazo **[Pase a la siguiente seccion]**
- 3 No **[Pase a la siguiente seccion]**
- 4 Dijo que su presion arterial estaba en el limite entre normal y alta (borderline) o que tenia prehipertension **[Pase a la siguiente seccion]**
- 7 No sabe / No esta seguro/a **[Pase a la siguiente seccion]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a la siguiente seccion]**

6.2 Esta tomando actualmente algun medicamento para la presion arterial alta? (87)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

## Seccion 7: Nivel de conciencia acerca del problema del colesterol

---

7.1 El colesterol es una sustancia grasa que se encuentra en la sangre. **Alguna vez controlo sus niveles de colesterol en sangre?** (88)

- 1 Si
- 2 No **[Pase a la siguiente seccion]**
- 7 No sabe / No esta seguro/a **[Pase a la siguiente seccion]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a la siguiente seccion]**

7.2 Cuando fue la ultima vez que se realizo un control de los niveles de colesterol en sangre? (89)

**Lea solo si es necesario:**

- 1 En el ultimo ano (en cualquier momento durante de los ultimos 12 meses)
- 2 En los ultimos 2 anos (hace mas de 1 ano pero menos de 2)
- 3 En los ultimos 5 anos (hace mas de 2 anos pero menos de 5)
- 4 Hace 5 anos o mas

**No lea:**

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

7.3 Alguna vez algun medico, enfermera u otro profesional de la salud le informo que tenia niveles altos de colesterol en sangre? (90)

- 1 Si

- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

## Seccion 8: Prevalencia de las enfermedades cardiovasculares

---

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

ALGUNA VEZ algun medico, enfermera, u otro profesional de la salud le informo que tenia alguna de las siguientes afecciones? En cada pregunta, responda "si", "no", o "no estoy seguro".

**8.1** (Alguna vez le informaron) que usted habia tenido un ataque cardiaco, tambien llamado infarto de miocardio? (91)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

**8.2** (Alguna vez le informaron) que habia tenido angina o una enfermedad de las arterias coronarias? (92)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

**8.3** (Alguna vez le informaron) que usted habia sufrido un derrame cerebral? (93)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

## Seccion 9: Asma

---

**9.1** Alguna vez algun medico, enfermera u otro profesional de la salud le dijo que usted tenia asma? (94)

- 1 Si
- 2 No **[Pase a la siguiente seccion]**
- 7 No sabe / No esta seguro/a **[Pase a la siguiente seccion]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a la siguiente seccion]**

**9.2** Aun tiene asma? (95)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

## Seccion 10: Inmunizacion (& Adult Flu Supplemental)

---

**10.1** La vacuna contra la gripe es una inmunizacion contra el virus de la influenza que se inyecta en el brazo. En los ultimos 12 meses, se ha vacunado contra la gripe? (96)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

**10.2** En los ultimos 12 meses, ha recibido una vacuna contra la gripe en forma de spray nasal? La vacuna contra la gripe en forma de spray nasal se conoce tambien como FluMist™. (97)

- 1 Si
- 2 No [Jan-Feb only: If Q10.1 is "Yes" go to Q10.4, otherwise go to Q10.6]
- 7 No sabe / No esta seguro/a [Jan-Feb only: If Q10.1 is "Yes" go to Q10.4; if Q10.1 is "No" go to Q10.6, otherwise go to Q10.7]
- 9 Se niega a contestar [Jan-Feb only: If Q10.1 is "Yes" go to Q10.4; if Q10.1 is "No" go to Q10.6, otherwise go to Q10.7]

{Q10.4-Q10.7 asked January-February only. March-December, go to Q10.3}

**10.4** En que mes y ano le aplicaron la ultima vacuna contra la gripe?

**Si la respuesta es "Si" a Q10.1 y Q10.2, comente tambien: "La vacuna mas reciente contra la gripe pudo haber sido una inyeccion contra la gripe o un rocio contra la gripe."**

\_\_ / \_\_\_\_ Mes / Ano

- 77/7777 No sabe/ No esta seguro (Investigue: "Fue antes o despues de septiembre del 2004?" Codifique aproximadamente el mes y el ano)
- 99/9999 Se niega a responder

**Q10.5.** A donde fue para que le aplicaran la ultima vacuna [COMPLETE: vacuna inyectada contra la gripe / vacuna contra la gripe en rocio por la nariz / vacuna (ya sea inyectada o en rocio por la nariz)? **CATI llene la respuesta adecuada de Q10.1 y Q10.2.**

**Lea solo si fuese necesario:**

- 01 El consultorio de un medico o una organizacion para el mantenimiento de la salud (HMO)
- 02 Un departamento de salud
- 03 Otro tipo de clinica o centro de salud  
[Por ejemplo: un centro de salud de la comunidad]
- 04 Un centro comunitario, recreativo, para personas de edad avanzada
- 05 Una tienda [Por ejemplo: supermercados, farmacias]
- 06 Un hospital (por ejemplo, como paciente internado)

- 07 Una sala de emergencia
- 08 Lugar de trabajo
- o
- 09 Algun otro tipo de lugar
- 10 Recibio vacuna en Canada/Mexico
- 77 No sabe/ No esta seguro (Investigue: Como describiria el lugar a donde fue para recibir la ultima vacuna para la gripe?)
- 99 Se niega a responder

**{Si Q10.4 fue antes del 9/2004, pase a Q10.6. Si no es asi, pase a Q10.7}**

Q10.6. Cual es el **PRINCIPAL** motivo por el que **NO** recibio una vacuna contra la gripe para la temporada actual de gripe? **[Nota para el entrevistador: La temporada actual de la gripe es de septiembre del 2004 a marzo del 2005]**

**No lea las respuestas siguientes. Elija la categoria que coincida mejor con la respuesta.**

- 01 Necesita: No la necesita
- 02 Necesita: El medico no la recomendo
- 03 Necesita: No sabia que me debia vacunar
- 04 Necesita: La gripe no es tan grave
- 05 Necesita: Ya tuvo gripe en esta temporada de gripe
- 06 Preocupacion con respecto a la vacuna: los efectos secundarios/ puede provocar gripe
- 07 Preocupacion con respecto a la vacuna: no tiene efecto
- 08 Acceso: Piensa vacunarse cuando avance mas esta temporada de gripe
- 09 Acceso: La vacuna contra la gripe cuesta muchisimo
- 10 Acceso: Resulta inconveniente vacunarse
- 11 Escasez de vacunas: se reservan las vacunas para las personas que mas las necesitan
- 12 Escasez de vacunas: intento conseguir vacunas, pero no lo logro
- 13 Escasez de vacunas: no reune los requisitos para recibir la vacuna
- 14 Algun otro motivo
- 77 No sabe/ No esta seguro (Investigue: "Cual fue el principal motivo?")
- 99 Se niega a responder

Q10.7 **{Si Q10.4 es del 04/2004 hasta el presente. continue (plantee Q10.7). Si no es asi, pase a Q10.3}**

Lo vacunaron durante la "ultima temporada de gripe", en otras palabras, durante los meses de septiembre del 2003 a marzo del 2004?

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe/ No esta seguro (No investigue)
- 9 Se niega a responder

**{Ask of all}**

**10.3** La vacuna contra la neumonia, o vacuna neumococica, suele inyectarse una o dos veces en la vida de una persona y es distinta de la vacuna contra la gripe. Alguna vez recibio una vacuna contra la neumonia?

(98)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a

9 Se niega a contestar

{Q10.8-Q10.11 to be asked January-February only. March-December, go to next section.}

Q10.8 Un medico, enfermera u otro profesional de la salud alguna vez le dijo que usted tenia alguno de los siguientes problemas de salud?

Lea cada problema siguiente:

Asma

Problemas pulmonares, exceptuando el asma

Problemas cardiacos

Diabetes

Problemas renales

Debilidad del sistema inmunologico provocada por una enfermedad cronica como cancer o VIH/ SIDA, o medicamentos como los esteroides

Anemia de celulas falciformes u otro tipo de anemia

1 Si – **Pase a Q10.9**

2 No – **Pase a Q10.10**

7 No sabe/ No esta seguro (Investigue repitiendo la pregunta) – **Pase a Q10.10**

9 Se niega a contestar – **Pase a Q10.10**

Q10.9 Todavia tiene (este/ alguno de estos) problema(s)?

1 Si

2 No

7 No sabe/ No esta seguro (No investigue)

9 Se niega a responder

Q10.10 Trabaja actualmente en una instalacion de cuidados de la salud como una clinica medica, hospital u hogar para ancianos?

Si es necesario, diga: Esto incluye el trabajo de medio tiempo y voluntario.

1 Si – **Pase a Q10.11**

2 No – **go to next section**

7 No sabe/ No esta seguro (No investigue) – **go to next section**

9 Se niega a contestar – **go to next section**

Q10.11. Esta en contacto directo, cara a cara o contacto con las manos, con los pacientes como parte de su trabajo habitual?

1 Si

2 No

7 No sabe/ No esta seguro (Investigue repitiendo la pregunta)

9 Se niega a responder

## Seccion 11: Consumo de tabaco

---

11.1 Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida?

(99)

**NOTA: 5 cajillas = 100 cigarrillos**

- 1 Si
- 2 No **[Pase a la siguiente seccion]**
- 7 No sabe / No esta seguro/a **[Pase a la siguiente seccion]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a la siguiente seccion]**

**11.2** Actualmente, fuma cigarrillos todos los dias, a veces o nunca? (100)

- 1 Todos los dias
- 2 A veces
- 3 Nunca **[Pase a la siguiente seccion]**
- 7 No sabe / No esta seguro/a **[Pase a la siguiente seccion]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a la siguiente seccion]**

**11.3** En los ultimos 12 meses, dejo de fumar durante un dia o mas debido a que estaba intentando dejar de hacerlo? (101)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

## Seccion 12: Consumo de alcohol

---

**12.1** En lo ultimos 30 dias, ha bebido al menos un trago de cualquier bebida alcoholica, como cerveza, vino, bebidas a base de malta o alcoholes fuertes destilados (liquor)? (102)

- 1 Si
- 2 No **[Pase a la siguiente seccion]**
- 7 No sabe / No esta seguro/a **[Pase a la siguiente seccion]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a la siguiente seccion]**

**12.2** En los ultimos 30 dias, en cuantos dias por semana o por mes bebio al menos un trago de cualquier bebida alcoholica? (103-105)

- 1 \_\_\_\_\_ Dias por semana
- 2 \_\_\_\_\_ Dias en los ultimos 30 dias
- 8 8 8 Ningun trago en los ultimos 30 dias **[Pase a la siguiente seccion]**
- 7 7 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 9 9 Se niega a contestar

**12.3** Un trago equivale a una cerveza de 12 onzas (350 cl), a una copa de vino de 5 onzas (150 cl) o a una medida de licor. Durante los ultimos 30 dias, en los dias en que bebio, aproximadamente cuantos tragos bebio en promedio? (106-107)

- — Cantidad de tragos
- 7 7 No sabe / No esta seguro/a

9 9 Se niega a contestar

**12.4** Tomando en cuenta todo tipo de bebida alcoholica, cuantas veces en los ultimos 30 dias bebio 5 o mas tragos en la misma oportunidad? (108–109)

\_\_\_ Cantidad de veces  
8 8 Ninguna  
7 7 No sabe / No esta seguro/a  
9 9 Se niega a contestar

**12.5** En los ultimos 30 dias, cual fue la maxima cantidad de tragos que bebio en una misma oportunidad? (110–111)

\_\_\_ Cantidad de tragos  
7 7 No sabe / No esta seguro/a  
9 9 Se niega a contestar

## Seccion 13: Caracteristicas demograficas

---

**13.1** Que edad tiene? (112–113)

\_\_\_ Codifique la edad en anos  
0 7 No sabe / No esta seguro/a  
0 9 Se niega a contestar

**13.2** Es usted hispano/a o latino/a? (114)

1 Si  
2 No  
7 No sabe / No esta seguro/a  
9 Se niega a contestar

**13.3** Cual o cuales de las siguientes diria que es el grupo etnico al que usted pertenece? (115–120)

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

**Por favor lea:**

1 Blanco  
2 Negro o Afroamericano  
3 Asiatico  
4 Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacifico  
5 Indio americano o nativo de Alaska

**U**

6 Otro [especifique]\_\_\_\_\_

**No lea:**



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

**{Nota CATI: En caso de multiples respuestas a la P13.3, continúe. De no ser así, pase a la P13.5}**

**13.4** Cuales de los siguientes grupos diria usted que es el mas representativo del suyo? (121)

- 1 Blanco
- 2 Negro o Afroamericano
- 3 Asiatico
- 4 Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacifico
- 5 Indio americano o nativo de Alaska
- 6 Otro [especifique] \_\_\_\_\_
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

**13.5** Usted...? (122)

**Por favor lea:**

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

**No lea:**

- 9 Se niega a contestar

**13.6** Cuantos ninos menores de 18 anos viven con usted? (123–124)

- \_\_\_ Cantidad de ninos
- 8 8 Ninguno.
- 9 9 Se niega a contestar

**13.7** Cual es el nivel de educacion mas alto alcanzado? (125)

**Lea solo si es necesario:**

- 1 Nunca fue a la escuela o solo recibio educacion preescolar.
- 2 De 1 a 8 grado (Primaria)
- 3 Del 9 al 11 grado (educacion secundaria incompleta)
- 4 12 grado o GED / Certificado de Desarrollo de Educacion General (Graduado/a de la escuela secundaria)
- 5 De 1 a 3 anos de Universidad (algun tipo de educacion universitaria o tecnica de nivel terciario)
- 6 4 o mas anos de Universidad (Graduado/a universitario/a)
- 9 Se niega a contestar

13.8 Actualmente, usted...?

(126)

**Por favor lea:**

- 1 Es empleado/a asalariado/a
- 2 Es trabajador(a) independiente
- 3 Esta desempleado/a desde hace mas de 1 ano
- 4 Esta desempleado/a desde hace menos de 1 ano
- 5 Realiza las tareas del hogar
- 6 Es estudiante
- 7 Esta jubilado/a

o

- 8 Esta incapacitado/a para trabajar

**No lea:**

- 9 Se niega a contestar

13.9 Tomando en cuenta todas las fuentes de ingresos, los ingresos anuales de su nucleo familiar son---

(127–128)

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

**Lea solo si es necesario:**

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

**No lea:**

77 No sabe / No esta seguro/a  
99 Se niega a contestar

**13.10** Aproximadamente, cuanto pesa sin zapatos? (129–132)

**Nota: Si el encuestado / la encuestada responde en sistema metrico, indique “9” en la columna 129.**

**Redondee los decimales hacia arriba**

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

**13.11** Aproximadamente, cuanto mide sin zapatos? (133–136)

**Nota: Si el encuestado / la encuestada responde en sistema metrico, indique “9” en la columna 133.**

**Redondee los decimales hacia abajo**

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

**13.12** En que condado vive? (137–139)

\_\_\_ Codigo FIPS [Federal Information Processing Standards] del condado  
7 7 7 No sabe / No esta seguro/a  
9 9 9 Se niega a responder

**13.13** Cual es el codigo postal de la localidad donde vive? (140-144)

\_\_\_ Codigo postal  
7 7 7 7 7 No sabe / No esta seguro/a  
9 9 9 9 9 Se niega a contestar

**13.14** Tiene mas de un numero de telefono en su hogar? No incluya numeros de telefonos celulares ni numeros que solo se utilicen para una computadora o un fax. (145)

1 Si  
2 No [Pase a la P13.16]  
7 No sabe / No esta seguro/a [Pase a la P13.16]  
9 Se niega a contestar [Pase a la P13.16]

**13.15** Cuantos de estos numeros de telefono son numeros particulares? (146)

- Numeros de telefono particulares **[6=6 o mas]**  
7 No sabe / No esta seguro/a  
9 Se niega a contestar

**13.16** En los ultimos 12 meses, su hogar ha estado sin servicio telefonico durante 1 o mas semanas? No incluya los cortes del servicio telefonico debido a situaciones climaticas o desastres naturales. (147)

- 1 Si  
2 No  
7 No sabe / No esta seguro/a  
9 Se niega a contestar

**13.17** Indique el sexo del encuestado / de la encuestad. Pregunte solo si es necesario. (148)

- 1 Masculino **[Pase a la siguiente seccion]**  
2 Femenino **[Si la encuestada es mayor de 45 anos, pase a la siguiente seccion]**

**13.18** Que usted sepa, esta embarazada? (149)

- 1 Si  
2 No  
7 No sabe / No esta segura  
9 Se niega a contestar

## Seccion 14: Excombatientes

---

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

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

- 1 Si  
2 No  
7 No sabe / No esta seguro/a  
9 Se niega a contestar

## Seccion 15: Discapacidad

---

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

- 15.1** Tiene actualmente alguna limitacion para realizar alguna actividad debido a problemas fisicos, mentales o emocionales? (151)
- 1 Si
  - 2 No
  - 7 No sabe / No esta seguro/a
  - 9 Se niega a contestar

- 15.2** Tiene actualmente algun problema de salud que le exija usar algun tipo de equipo especial, como un baston, una silla de ruedas, o una cama o un telefono especial? (152)
- Incluya el uso ocasional o el uso de estos equipos en determinadas circunstancias especificas.**
- 1 Si
  - 2 No
  - 7 No sabe / No esta seguro/a
  - 9 Se niega a contestar

## Seccion 16: Artritis

---

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

- 16.1** En los ultimos 30 dias, ha tenido algun sintoma de dolor, molestias o rigidez en o alrededor de alguna articulacion? (153)
- 1 Si
  - 2 No **[Pase a la P16.4]**
  - 7 No sabe / No esta seguro/a **[Pase a la P16.4]**
  - 9 Se niega a contestar **[Pase a la P16.4]**

- 16.2** Los primeros sintomas en sus articulaciones comenzaron hace mas de tres meses? (154)
- 1 Si
  - 2 No **[Pase a la P16.4]**
  - 7 No sabe / No esta seguro/a **[Pase a la P16.4]**
  - 9 Se niega a contestar **[Pase a la P16.4]**

- 16.3** Alguna vez consulto a algun medico u a otro profesional de la salud a causa de estos sintomas en las articulaciones? (155)
- 1 Si
  - 2 No
  - 7 No sabe / No esta seguro/a
  - 9 Se niega a contestar

- 16.4** Alguna vez algun medico u otro profesional de la salud, le informo que tenia algun tipo de artritis, artritis reumatoide, gota, lupus o fibromialgia?

(156)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

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

- reumatismo, polimialgia reumatica
- osteoartritis (no osteoporosis)
- tendinitis, bursitis, juanetes, codo de tenista
- sindrome del tunel carpiano, sindrome del tunel tarsiano
- infeccion de las articulaciones, sindrome de Reiter
- espondilitis anquilosante, espondilosis
- Tendinitis del manguito rotador
- Enfermedad del tejido conectivo, escleroderma, polimiositis, sindrome de Raynaud
- Vasculitis (arteritis de las celulas gigantes, purpura de Henoch-Schönlein, granulomatosis de Wegener, polioarteritis nodosa)

**{Nota CATI: Si P16.2=1 (Si) o si P16.4=1 (Si), continúe. De no ser así, pase a la siguiente sección.}**

**16.5** Se encuentra actualmente limitado/a de cualquier manera para realizar cualquiera de sus actividades habituales debido a la artritis o a síntomas en las articulaciones? (157)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

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

## Sección 17: Frutas y Verduras

---

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

**17.1** Con que frecuencia bebe jugos de fruta como naranja, pomelo o tomate? (158-160)

- 1 \_ \_ Por día
- 2 \_ \_ Por semana
- 3 \_ \_ Por mes
- 4 \_ \_ Por año
- 5 5 5 Nunca
- 7 7 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 9 9 Se niega a contestar

- 17.2** Sin contar los jugos, con que frecuencia come fruta? (161-163)
- 1 \_\_ \_ Por dia  
 2 \_\_ \_ Por semana  
 3 \_\_ \_ Por mes  
 4 \_\_ \_ Por ano  
 5 5 5 Nunca  
 7 7 7 No sabe / No esta seguro/a  
 9 9 9 Se niega a contestar
- 17.3** Con que frecuencia come ensaladas verdes? (164-166)
- 1 \_\_ \_ Por dia  
 2 \_\_ \_ Por semana  
 3 \_\_ \_ Por mes  
 4 \_\_ \_ Por ano  
 5 5 5 Nunca  
 7 7 7 No sabe / No esta seguro/a  
 9 9 9 Se niega a contestar
- 17.4** Con que frecuencia come patatas, sin contar patatas salteadas, patatas fritas o patatas "chips"? (167-169)
- 1 \_\_ \_ Por dia  
 2 \_\_ \_ Por semana  
 3 \_\_ \_ Por mes  
 4 \_\_ \_ Por ano  
 5 5 5 Nunca  
 7 7 7 No sabe / No esta seguro/a  
 9 9 9 Se niega a contestar
- 17.5** Con que frecuencia come zanahorias? (170-172)
- 1 \_\_ \_ Por dia  
 2 \_\_ \_ Por semana  
 3 \_\_ \_ Por mes  
 4 \_\_ \_ Por ano  
 5 5 5 Nunca  
 7 7 7 No sabe / No esta seguro/a  
 9 9 9 Se niega a contestar
- 17.6** Sin contar las zanahorias, las patatas o las ensaladas, cuantas porciones de verduras suele comer? (Ejemplo: Una porcion de verduras al almuerzo y una a la cena serian dos porciones.) (173-175)
- 1 \_\_ \_ Por dia  
 2 \_\_ \_ Por semana  
 3 \_\_ \_ Por mes  
 4 \_\_ \_ Por ano  
 5 5 5 Nunca  
 7 7 7 No sabe / No esta seguro/a

## Seccion 18: Actividad fisica

---

**{Nota CATI: Si la respuesta a la P13.8 basica = 1 (empleado asalariado) o 2 (trabajador independiente) continúe. En caso contrario pase a la P18.2.}**

**18.1** Cuando esta en el trabajo, cual de las siguientes opciones describe mejor su actividad? Diria usted que...

(176)

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

**Por favor lea:**

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

**No lea:**

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

**Por favor lea:**

Estamos interesados en dos tipos de actividad fisica: energica y moderada. Las actividades energeticas aceleran en gran medida la respiracion y el ritmo cardiaco, en tanto que las actividades moderadas solamente generan un pequeno aumento de los mismos.

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

(177)

- 1 Si
- 2 No **[Pase a la P18.5]**
- 7 No sabe / No esta seguro/a **[Pase a la P18.5]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a la P18.5]**

**18.3** En cuantos dias por semana realiza estas actividades moderadas durante al menos 10 minutos seguidos?

(178-179)

- Dias por semana
- 8 8 No realiza ninguna actividad fisica moderada durante al menos 10 minutos seguidos **[Pase a la P18.5]**
- 7 7 No sabe / No esta seguro/a **[Pase a la P18.5]**
- 9 9 Se niega a contestar **[Pase a la P18.5]**



**18.4** Los días en que realiza actividades moderadas durante al menos 10 minutos seguidos, cuanto tiempo, en total, dedica por día a estas actividades? (180-182)

\_\_: \_\_ Horas y minutos por día  
7 7 7 No sabe / No esta seguro/a  
9 9 9 Se niega a contestar

**18.5** Considerando las actividades intensas que usted realiza [complete con “cuando no esta trabajando” si esta “empleado/a” o es “trabajador/a independiente”] en una semana promedio, realiza usted actividades intensas durante al menos 10 minutos seguidos, como correr, hacer ejercicios aerobicos, trabajos pesados en el jardin o cualquier otra actividad que pueda provocar un gran aumento en el ritmo respiratorio o cardiaco? (183)

1 Si  
2 No [Pase a la siguiente seccion]  
7 No sabe / No esta seguro/a [Pase a la siguiente seccion]  
9 Se niega a contestar [Pase a la siguiente seccion]

**18.6** En cuantos días por semana realiza estas actividades intensas durante al menos 10 minutos seguidos? (184-185)

\_\_ Dias por semana  
8 8 No realiza ninguna actividad fisica intensa durante al menos 10 minutos seguidos [Pase a la siguiente seccion]  
7 7 No sabe / No esta seguro/a [Pase a la siguiente seccion]  
9 9 Se niega a contestar [Pase a la siguiente seccion]

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

\_\_: \_\_ Horas y minutos por día  
7 7 7 No sabe / No esta seguro/a  
9 9 9 Se niega a contestar

## Seccion 19: VIH/SIDA

---

**{Nota CATI: Si el encuestado / la encuestada tiene 65 años o mas, pase a la seccion siguiente.}**

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

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

1 Si  
2 No [Pase a la P19.4]  
7 No sabe / No esta seguro/a [Pase a la P19.4]

9 Se niega a contestar [Pase a la P19.4]

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

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

\_\_\_ / \_\_\_  
7 7 7 7 7  
9 9 9 9 9

Codifique mes y año  
No sabe / No esta seguro/a  
Se niega a contestar

**19.3** Donde se hizo la última prueba de VIH: con un médico particular, en un consultorio de una HMO, en un centro de asesoramiento y control, en un hospital, en una clínica, en una cárcel o prisión, en su hogar, en una Centro de tratamiento del consumo de drogas o en algún otro lugar? (196–197)

- 01 Médico particular o HMO
- 02 Centro de asesoramiento y control
- 03 Hospital
- 04 Clínica
- 05 Carcel o prision (u otra institucion correccional)
- 06 En su hogar
- 07 En algun otro lugar
- 08 Centro de tratamiento del consumo de drogas
  
- 77 No sabe / No esta seguro/a
- 99 Se niega a contestar

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

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

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

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

## Sección 20: Apoyo emocional y grado de satisfacción con la vida

---

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

**20.1** Con que frecuencia obtiene el apoyo social y emocional que necesita?

**Por favor lea:**

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

**No lea:**

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

**20.2** En terminos generales, cuan satisfecho/a esta con su vida?

(200)

**Por favor lea:**

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

**No lea:**

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

## Transicion a modulos y/o Preguntas adicionales de los Estados

---

**Por favor lea:**

Por ultimo, le hare unas pocas preguntas mas acerca de otros temas relacionados a la salud.

### State-Added 5: Child Selection

---

**{Nota CATI: Si la respuesta a la pregunta basica 13.6 =88 o 99 (no hay ninos menores de 18 anos en el hogar o se niega a contestar) pase al Modulo 13.}**

**{Si la respuesta a la pregunta basica 13.6 =1, Encuestador/a, por favor lea}:** "Anteriormente usted menciona que en su hogar habia un nino / una nina de 17 anos de edad o menor. Quisiera hacerle algunas preguntas sobre el." **[Pase a la P1]**

**{Si la pregunta basica 13.6 >1 y la pregunta basica 13.6 no es 88 ni 99, Encuestador por favor lea}:** "Anteriormente usted menciona que en su hogar habia [cantidad] ninos de 17 anos de edad o menores. Piense en esos [cantidad] ninos en orden de nacimiento, del mayor al menor. El nino / la nina mayor es el primero / la primera y el/la menor es el ultimo / la ultima." Por favor incluya tambien a los ninos que tengan la misma fecha de nacimiento, como mellizos, de acuerdo al orden de nacimiento.

**INSTRUCCION CATI:** ELIJA AL AZAR UNO DE LOS NINOS. Este es el nino numero "X". En todas las preguntas que figuran a continuacion, sustituya la "X" por el numero correspondiente al nino elegido.

**Encuestador/a, por favor lea:**

Me gustaria hacerle algunas preguntas adicionales sobre uno de los ninos en particular. El nino al que me referire es el "Xth" **[CATI: por favor complete con el numero correspondiente]** de los ninos que viven en su hogar. Todas las preguntas que le hare a continuacion se referiran al "Xth" nino. **[CATI: por favor complete]"**

**TX5\_1.** En que mes y ano nacio el "X" nino? (294-299)

\_\_/\_\_/\_\_\_\_ Codifique mes y ano  
7 7/7 7 7 7 No sabe / No esta seguro/a  
9 9/9 9 9 9 Se niega a contestar

**{INSTRUCCION CATI: Calcule la edad del nino en meses (EDADNINO1=0 a 216) y tambien en anos (EDADNINO2=0 a 17) en base a la fecha de la encuesta y el mes y el ano de nacimiento, tomando como valor para el dia de nacimiento el 15. Si el nino seleccionado tiene mas de 12 meses, ingrese la cantidad de meses en EDADNINO1 y 0 en EDADNINO2. Si el nino tiene 12 meses o menos, ingrese la cantidad de meses en EDADNINO1 y escriba en EDADNINO2= TRUNCO (EDADNINO1/12).}**

**TX5\_2.** El nino en cuestion, es nino o nina? (300)

1 Nino  
2 Nina  
9 Se niega a contestar

## Child Flu Module – January – February

---

**{Ask questions Q13.20-Q13.26 following Module 10 during January and February 2005 only. March-December, go to next section.}**

**Q13.20** Alguna vez un medico, enfermera u otro profesional de la salud le dijo que [Complete: el/ella] tenia alguno de los siguientes problemas de salud?

Lea cada problema siguiente:

Asma

Problemas pulmonares, exceptuando el asma

Problemas cardiacos

Diabetes

Problemas renales

Debilidad del sistema inmunologico provocada por una enfermedad cronica como cancer o VIH/ SIDA, o medicamentos como los esteroides

Debe tomar aspirina todos los dias

Anemia de celulas falciformes u otro tipo de anemia

1 Si – **Pase a Q13.21**  
2 No – **Pase a Q13.22**  
7 No sabe/ No esta seguro (Investigue repitiendo la pregunta) – **Pase a Q13.22**  
9 Se niega a contestar – **Pase a Q13.22**

Q13.21 Todavía [Complete: el/ ella] tiene (este/ alguno de estos) problema(s)?

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe/ No esta seguro (No investigue)
- 9 Se niega a responder

Q13.22 [Si el niño tiene menos de 6 meses de edad, pase a next section. Si no es así, pregunte:] Durante los últimos 12 meses, le aplicaron [Complete: a el/ ella] la vacuna contra la gripe? La vacuna contra la gripe es una vacuna inyectada en el brazo o muslo del niño.

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe/ No esta seguro (No investigue)
- 9 Se niega a responder

Q13.23. Durante los últimos 12 meses, le aplicaron en la nariz [Complete: a el/ella] una vacuna contra la gripe en rocío? La vacuna contra la gripe que se aplica como rocío en la nariz se llama FluMist™ .

- 1 Si – **Pase a Q13.24**
- 2 No – **Si la respuesta a Q13.22 es “Si” pase a Q13.24. Si no fuese así, pase a Q13.25**
- 7 No sabe/ No esta seguro (No investigue) – **Si la respuesta a Q13.22 es “Si”, pase a Q13.24, si la respuesta a Q13.22 es “No”, pase a Q13.25. Si no es así, pase a Q13.26**
- 9 Se niega a responder – **Si la respuesta a Q13.22 es “Si”, pase a Q13.24, si la respuesta a Q13.22 es “No”, pase a Q13.25. Si no es así, pase a QP13.26**

Q13.24 Durante que mes y año [Complete: el/ ella] recibió la última vacuna contra la gripe más reciente?

Si la respuesta es “Si” para Q13.22 y Q13.23, comente también: “La vacuna más reciente contra la gripe pudo haber sido inyectada o en rocío.”

\_\_/\_\_\_\_ Mes / Año – Si Q13.24 es antes del 09/2004, pase a Q13.25. Si no es así, pase a Q13.26

- 77/7777 No sabe/ No esta seguro (Investigue: “Fue antes o después de septiembre del 2004?” Codifique aproximadamente el mes y el año)
- 99/9999 Se niega a responder

Q13.25. Cual es el PRINCIPAL motivo [Complete: por el que el/ella] no recibió una vacuna contra la gripe para esta temporada actual de gripe? [Nota para el entrevistador: La temporada actual de la gripe es de septiembre del 2004 a marzo del 2005]

**No lea las respuestas siguientes. Elija la categoría que coincida mejor con la respuesta.**

- 01 Necesita: El niño no la necesita

- 02 Necesita: El medico no la recomendo
- 03 Necesita: No sabia que el nino debia ser vacunado
- 04 Necesita: La gripe no es tan grave
- 05 Necesita: Ya tuvo gripe en esta temporada de gripe
- 06 Preocupacion con respecto a la vacuna: los efectos secundarios/ puede provocar gripe
- 07 Preocupacion con respecto a la vacuna: no tiene efecto
- 08 Acceso: Piensa vacunarlo cuando avance mas esta temporada de gripe
- 09 Acceso: La vacuna contra la gripe cuesta muchisimo
- 10 Acceso: Resulta inconveniente vacunarlo
- 11 Escasez de vacunas: se reservan las vacunas para las personas que mas las necesitan
- 12 Escasez de vacunas: intento conseguir vacunas, pero no lo logro
- 13 Escasez de vacunas: no reúne los requisitos para recibir la vacuna
- 14 Algun otro motivo
- 77 No sabe/ No esta seguro (Investigue: "Cual fue el principal motivo?")
- 99 Se niega a responder

Q13.26. **{Si la fecha de Q13.19 es de 06/2003 al presente, pase a Q14.1; si Q13.24 es 04/2004 al presente continúe (plantee Q13.26). Si no es así, pase a Q14.1:}** Le aplicaron [Complete: a el/ella] la vacuna contra la gripe durante la "ultima temporada de gripe, en otras palabras, durante los meses de septiembre del 2003 a marzo del 2004?"

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe/ No esta seguro (No investigue)
- 9 Se niega a responder

## Modulo 11: Prevalencia del asma infantil

---

**{Nota CATI: Si la respuesta a la pregunta basica 13.6 es "00" o "88" (ninguna) o "99" (se niega a responder), pase al Modulo 13.}**

Las siguientes dos preguntas son acerca del "X<sup>o</sup>" nino **[CATI: por favor complete con el numero correspondiente]**.

**Mod11\_1.** En alguna ocasion, algun medico u otro profesional de la salud le informo que el nino // la nina "X<sup>a/o</sup>" tenia asma? (310)

- 1 Si
- 2 No **[Pase al modulo siguiente]**
- 7 No sabe / No esta seguro/a **[Pase al modulo siguiente]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase al modulo siguiente]**

**Mod11\_2.** El nino aun tiene asma? (311)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

## Modulo 19: Calidad del aire dentro del hogar

---

Las siguientes cinco preguntas tratan sobre la calidad del aire en su hogar.

**Nota: Hogar significa el domicilio principal del encuestado / de la encuestada.**

**Mod19\_1.** El sistema de calefaccion en su hogar consiste en un horno o caldera que quema petroleo, gas, carbon u otro tipo de combustible? (340)

**Lea solo en caso de ser necesario:** No incluya incineradores o calderas totalmente electricos.

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

**Mod19\_2.** Tiene en su hogar alguno de los siguientes aparatos que utilicen como combustible el gas natural: una cocina, un horno, un calentador de agua o un secador de ropa? (341)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

**Mod19\_3.** En los ultimos 12 meses, en cuantos dias ha utilizado una estufa a carbon, estufa a lena o calentador a base de kerosen dentro de su casa? (342–344)

**Nota: Si la respuesta es 777 (No sabe / No esta seguro/a) pregunte la cantidad aproximada de dias.**

- \_\_\_ Cantidad de dias
- 555 No tiene
- 888 Ninguno
- 777 No sabe / No esta seguro/a
- 999 Se niega a contestar

**Mod19\_4.** Un detector de monoxido de carbono (detector de CO) es un detector que controla el nivel de monoxido de carbono en el aire de su hogar. No es un detector de humo. Tiene un detector de CO en su hogar? (345)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

**Mod19\_5.** En este momento, su casa tiene areas de moho de un tamaño mayor al de un billete de un dolar? (346)

- 1 Si
- 2 No

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

## Modulo 20: El entorno del hogar

---

Las siguientes cuatro preguntas tratan sobre el agua que usted usa para el consumo y sobre las medidas para el control de plagas en su hogar.

**Mod20\_1.** Cual es la principal fuente de agua en su hogar? (347)

**Lea solo en caso de ser necesario:** Esta pregunta se refiere a la fuente de suministro de agua para los grifos y otras salidas de agua en su hogar.

- 1 El sistema de agua de una ciudad, o de un condado o pueblo.
- 2 Un sistema de agua pequeno operado por una asociacion de propietarios.
- 3 Un pozo de agua privado para su casa
- 4 Otra fuente
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

**Mod20\_2.** Cual de las siguientes opciones describe mejor el agua que usted consume en su casa con mas frecuencia? (348)

**Por favor lea:**

- 1 Agua corriente (del grifo) sin filtrar
- 2 Agua corriente (del grifo) filtrada
- 3 Agua embotellada o comprada
- 4 Agua de otra fuente

**No lea:**

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

**Mod20\_3.** En los ultimos 12 meses, en cuantos dias fumigo su casa con pesticidas, aerosoles o productos quimicos para matar insectos, ratones u otras plagas? (349–351)

**Lea solo en caso de ser necesario: Incluya los pesticidas en polvo, pero no incluya trampas para plagas, tiras insecticidas o insecticidas botanicos (a base de hierbas).**

**Nota: Si la respuesta es 777 (No sabe / No esta seguro/a) pregunte la cantidad aproximada de dias.**

- — — Cantidad de dias
- 888 Ninguno
- 777 No sabe / No esta seguro/a
- 999 Se niega a contestar



**Mod20\_4.** En los últimos 12 meses, en cuántos días fumigo su jardín o patio con pesticidas u otros productos químicos para erradicar malezas, insectos u otras plagas, incluyendo aplicaciones por parte de empresas de jardinería? (352–354)

**Lea solo en caso de ser necesario:** No incluya la aplicación de cal o de fertilizantes si no utilizó ningún tipo de pesticida o herbicida.

**Nota: Si la respuesta es 777 (No sabe / No está seguro/a) pregunte la cantidad aproximada de días.**

___	Cantidad de días
555	No tiene jardín o patio
888	Ninguno
777	No sabe / No está seguro/a
999	Se niega a contestar

## Modulo 3: Deterioro visual y acceso a cuidados oculares

---

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

**{Nota CATI: Si el encuestado / la encuestada es menor de 50 años, pase al modulo siguiente.}**

**Mod3\_1.** Que grado de dificultad (de haberla) tiene usted para reconocer a un amigo al otro lado de la calle? Diría usted que... (224)

**Por favor lea:**

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

**No lea:**

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

**Mod3\_2.** Cuan difícil le resulta mirar televisión? Diría usted que... (225)

**Por favor lea:**

1	Nada difícil
2	Algo difícil
3	Bastante difícil
4	Muy difícil
5	No puede hacerlo por cuestiones visuales
6	No puede hacerlo por otros motivos

**No lea:**

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

**Mod3\_3.** Que dificultad tiene para leer un diario, una revista, una receta, un menu o los numeros del telefono? Diria usted que...

(226)

**Por favor lea:**

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

**No lea:**

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

**Mod3\_4.** Cuando fue la ultima vez que consulto a CUALQUIER oculista?

(227)

**Lea solo si es necesario:**

- 1 En el ultimo mes (en cualquier momento en el ultimo mes) **[Pase a la P6]**
- 2 En el ultimo ano (hace mas de un mes pero menos de 12 meses) **[Pase a la P6]**
- 3 En los ultimos 2 anos (hace mas de un ano pero menos de 2)
- 4 Hace 2 anos o mas
- 5 Nunca

**No lea:**

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

**{Nota CATI: Formule la P5 solo si P4=3, 7 o 9.}**

**Mod3\_5.** Cual es la principal razon por la que no ha consultado a un oculista en los ultimos 12 meses?

(228-229)

**Lea solo si es necesario:**

- 0 1 Costo/Seguro
- 0 2 No tiene o no conoce a un oculista
- 0 3 No puede llegar al consultorio / a la clinica (es demasiado lejos o no tiene transporte)
- 0 4 No pudo obtener una cita
- 0 5 No tiene motivos para ir (no tiene problemas)
- 0 6 No se me habia ocurrido
- 0 7 Otros motivos
- 0 8 No aplicable (es ciego) **[Pase al modulo siguiente]**

**No lea:**

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

**{Nota CATI: Si la respuesta al modulo1 P10= 1, 2, 3, 4, 7, 8 o 9, saltee la P6}**

**Mod3\_6.** Cuando fue la ultima vez que le realizaron un examen ocular con dilatacion de pupilas?  
Esto debe haberle ocasionado una sensibilidad temporaria a la luz brillante. (230)

**Lea solo si es necesario:**

- 1 En el ultimo mes (en cualquier momento en el ultimo mes)
- 2 En el ultimo ano (hace mas de 1 mes pero menos de 12 meses)
- 3 En los ultimos 2 anos (hace mas de un ano pero menos de 2)
- 4 Hace dos anos o mas
- 5 Nunca

**No lea:**

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

**Mod3\_7.** Tiene algun tipo de cobertura medica especifica para problemas oculares? (231)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

**Mod3\_8.** Algun oculista o medico le ha informado que ACTUALMENTE usted tiene cataratas? (232)

- 1 Si
- 2 Si, pero se las extrajeron
- 3 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

**Mod3\_9.** Algun oculista u otro medico le ha informado ALGUNA VEZ que usted tenia un glaucoma? (233)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

**Mod3\_10.** La Degeneracion Macular (AMD) es una enfermedad que torna borrosa la vision central y de precision necesaria para realizar actividades "frontales", como leer, coser y

conducir. La AMD afecta la macula, es decir, la parte del ojo que le permite ver los detalles.

Algun oculista u otro medico le ha informado ALGUNA VEZ que usted tenia degeneracion macular?

(234)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

**Mod3\_11.** Ha sufrido ALGUNA VEZ alguna lesion ocular en su lugar de trabajo mientras trabajaba? (235)

- 1 Si
- 2 No **[Pase al modulo siguiente]**
- 7 No sabe / No esta seguro/a **[Pase al modulo siguiente]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase al modulo siguiente]**

**Mod3\_12.** Cuantos dias debio faltar al trabajo (aproximadamente) como consecuencia de dicha lesion?

(236-238)

- — — Cantidad de dias
- 5 5 5 Ninguno
- 7 7 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 9 9 Se niega a contestar

## Modulo 5: Salud cardiovascular

---

**(Module 5 added for March-December,)**

Quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud cardiaca o cardiovascular.

**{Nota CATI: Si la pregunta basica 8.1=1 (Si), pase a la P1. Si la pregunta basica 8.1=2, 7 o 9, saltee la P1.}**

**Mod5\_1.** Luego de salir del hospital, tras haberse recuperado del ataque cardiaco, asistio a algun tipo de programa externo de rehabilitacion? En ingles, tambien se le suele llamar "rehab".

(249)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

**{Nota CATI: Si la pregunta basica 8.3=1 (Si), haga la P2. Si la pregunta basica 8.3=2, 7 o 9 (No, No sabe o Se niega a contestar), saltee la P2.}**

**Mod5\_2.** Luego de salir del hospital, tras haberse recuperado del derrame cerebral, asistio a algun tipo de programa externo de rehabilitacion? En ingles, tambien se le suele llamar "rehab".

(250)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

**[Hacer la pregunta 3 a todos los encuestados]**

**Mod5\_3.** Toma usted aspirina todos los dias o dia por medio?

(251)

- 1 Si **[Pase al modulo siguiente]**
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

**Mod5\_4.** Le resulta peligroso tomar aspirina debido a algun trastorno o problema de salud?

(252)

**En caso afirmativo, pregunte: “Se trata de un trastorno estomacal?” Codifique el malestar estomacal como problemas estomacales.**

- 1 Si, pero no esta relacionado con el estomago.
- 2 Si, problemas estomacales
- 3 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

## Modulo 7: Ataque cardiaco y derrame cerebral

---

{Module 7 added for March-December.}

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de las senales y los sintomas del ataque cardiaco y el derrame cerebral.

Cual de las siguientes opciones cree que es sintoma de un ataque cardiaco? Para cada pregunta, digame “si”, “no”, o “no estoy seguro”.

**Mod7\_1.** (Cree que) el dolor o las molestias en la mandibula, el cuello o la espalda (son sintomas de un ataque cardiaco)?

(263)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

**Mod7\_2.** (Cree que) la sensacion de debilidad, mareo o desmayo (es sintoma de un ataque cardiaco)?

(264)

- 1 Si

- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

**Mod7\_3.** (Cree que) el dolor o las molestias en el pecho (son sintomas de un ataque cardiaco)?

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

**Mod7\_4.** (Cree que) la dificultad repentina para ver con uno o ambos ojos (es sintoma de un ataque cardiaco?)

(266)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

**Mod7\_5.** (Cree que) el dolor o las molestias en los brazos o en el hombro (son sintomas de un ataque cardiaco)?

(267)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

**Mod7\_6.** (Cree que) la falta de aire (es sintoma de un ataque cardiaco)?

(268)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

Cuales de las siguientes opciones cree que son sintomas de derrame cerebral? Para cada pregunta, digame "si", "no", o "no estoy seguro".

**Mod7\_7.** (Cree que) la confusion o las dificultades repentinas para hablar (son sintomas de un derrame cerebral)?

(269)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

**Mod7\_8.** (Cree que) el repentino adormecimiento o debilidad en el rostro, brazo o pierna, particularmente de un lado del cuerpo, (son sintomas de un derrame cerebral)?

(270)

- 1 Si

- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

**Mod7\_9.** (Cree que) la dificultad repentina para ver con uno o ambos ojos (es sintoma de un derrame cerebral?) (271)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

**Mod7\_10.** (Cree que) el dolor o las molestias repentinas en el pecho (son sintomas de un derrame cerebral)? (272)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

**Mod7\_11.** (Cree que) la dificultad para caminar, la sensacion de mareo o la perdida repentina del equilibrio (son sintomas de un derrame cerebral)? (273)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

**Mod7\_12.** (Cree que) un fuerte dolor de cabeza sin motivo aparente (es sintoma de un derrame cerebral)? (274)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

**Mod7\_13.** Si pensara que alguien esta sufriendo un ataque cardiaco o un derrame cerebral, que es lo primero que haria? (275)

**Por favor lea:**

- 1 Lo/la llevaria a un hospital
- 2 Le diria que llamara a su medico
- 3 Llamaria al 911
- 4 Llamaria a su conyuge o a algun familiar

**o**

- 5 Haria otra cosa

**No lea:**

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

## Modulo 9: Antecedentes de asma en adultos

---

**{Nota CATI: Si la respuesta a la pregunta basica 9.1 es afirmativa, continue. De no ser asi, pase al modulo siguiente.}**

Usted dijo anteriormente que un medico, enfermera u otro profesional de la salud le informo que tenia asma.

**Mod9\_1.** Que edad tenia cuando un medico, enfermera u otro profesional de la salud le informo por primera vez que usted tenia asma? (278–279)

- Edad en anos 11 o mas [**96 = 96 y mas**]
- 7 10 anos o menos
- 8 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

**{Nota CATI: Si la respuesta a la pregunta basica 9.2 es afirmativa, continue. De no ser asi, pase al modulo siguiente.}**

**Mod9\_2.** Ha tenido algun episodio o ataque de asma en los ultimos 12 meses? (280)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

**Mod9\_3.** En los ultimos 12 meses, cuantas veces acudio a una sala de emergencia u otro centro de atencion de urgencia debido al asma? (283–284)

- Cantidad de veces [**87 = 87 o mas**]
- 8 8 Ninguna
- 9 8 No sabe / No esta seguro/a
- 9 9 Se niega a contestar

**Mod 9\_4.** [Si responde una o más visitas a la pregunta Q3, diga (Además de las visitas a la sala de emergencia,)] durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces vio a un doctor, enfermera u otro profesional de la salud para recibir tratamiento urgente al empeorarse los síntomas del asma?

- \_\_ \_\_ Número de visitas [**87 = 87 o más**]
- 8 8 Ninguna
- 9 8 No sabe/no está seguro(a)



9 9 Se rehusa

**Mod9\_5.** En los últimos 12 meses, cuantas veces acudio a un medico, enfermera u otro especialista de la salud para hacerse un chequeo de rutina para el asma? (285–286)

\_\_\_ Cantidad de veces [**87 = 87 o mas**]

- 8 8 Ninguna
- 9 8 No sabe / No esta seguro/a
- 9 9 Se niega a contestar

**Mod9\_6.** Cuantos dias en los últimos 12 meses debio ausentarse del trabajo o suspender sus actividades habituales debido al asma? (287–289)

\_\_ Cantidad de dias

- 8 8 8 Ninguno
- 7 7 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 9 9 Se niega a contestar

**Mod9\_7.** Los síntomas del asma incluyen tos, silbido al respirar, falta de aire, opresión en el pecho y producción de flema cuando no se tiene un resfriado ni una infección respiratoria. En los últimos 30 dias, con que frecuencia tuvo algun sintoma de asma? Diria que: (290)

**Por favor lea:**

- 8 Nunca **[Pase a la P9]**
- 1 Menos de una vez por semana
- 2 Una o dos veces por semana
- 3 Mas de 2 veces por semana, pero no todos los dias
- 4 Todos los dias, pero no en forma constante

o

- 5 Todos los dias, en forma constante

**No lea:**

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

**Mod9\_8.** En los últimos 30 dias, en cuantos dias los sintomas del asma le impidieron o le dificultaron dormir? Diria usted que: (291)

**Por favor lea:**

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

o

- 5 Mas de diez

**No lea:**

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

**Mod9\_9.** En los ultimos 30 dias, encuantos dias tomo un medicamento de venta bajo receta como forma de EVITAR un ataque de asma? (292)

**Por favor lea:**

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

**No lea:**

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

**Mod9\_10.** En los ultimos 30 dias, con que frecuencia utilizo un inhalador de venta bajo receta, DURANTE UN ATAQUE DE ASMA, para detenerlo? (293)

**[INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR / LA ENCUESTADORA: 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.]**

Lea solo si es necesario:

- 8 Nunca (incluya a las personas que no hayan tenido ataques en los ultimos 30 dias)
- 1 De 1 a 4 veces (en los ultimos 30 dias)
- 2 De 5 a 14 veces (en los ultimos 30 dias)
- 3 De 15 a 29 veces (en los ultimos 30 dias)
- 4 De 30 a 59 veces (en los ultimos 30 dias)
- 5 De 60 a 99 veces (en los ultimos 30 dias)
- 6 Mas de 100 veces (en los ultimos 30 dias)

**No lea:**

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

## Modulo 21: Dejar de fumar

---

**Respuesta CATI: Si la respuesta a la pregunta basica P11.2=3 (Nada), continúe. Si la respuesta a la pregunta basica 11.2=1 (Todos los dias) o 2 (A veces), pase a la P2. Si la respuesta a la pregunta basica 11.2=7 o 9 (No sabe o Se niega a contestar), pase al modulo siguiente.**

Anteriormente usted dijo haber fumado cigarrillos.

**Mod21\_1.** Cuando fue la ultima vez que fumo cigarrillos?

**Lea solo si es necesario:**

- 0 1 En el ultimo mes (en cualquier momento en el ultimo mes)  
**[Pase a la P2]**
- 0 2 En los ultimos 3 meses (hace mas de 1 mes pero menos de 3)  
**[Pase a la P2]**
- 0 3 En los ultimos 6 meses (hace mas de 3 meses pero menos de 6)  
**[Pase a la P2]**
- 0 4 En el ultimo ano (hace mas de 6 meses pero menos de 1 ano)  
**[Pase a la P2]**
- 0 5 En los ultimos 5 anos (hace mas de 1 ano pero menos de 5)  
**[Pase al modulo siguiente]**
- 0 6 En los ultimos 10 anos (hace mas de 5 anos pero menos de 10)  
**[Pase al modulo siguiente]**
- 0 7 Hace 10 anos o mas **[Pase al modulo siguiente]**

**No lea:**

- 7 7 No sabe / No esta seguro/a **[Pase al modulo siguiente]**
- 9 9 Se niega a contestar **[Pase al modulo siguiente]**

**Nota CATI: Si la respuesta a la P1=01, 02, 03 o 04, O si la respuesta a la pregunta basica 11.2 es 1 o 2, continúe.**

Las siguientes preguntas tratan sobre el contacto que usted puede haber tenido con medicos, enfermeros u otros profesionales de la salud.

**Mod21\_2.** En los ultimos 12 meses, cuantas veces consulto a un medico, enfermera u otro profesional sobre cualquier tema vinculado a su propia salud?

(357–358)

- \_\_\_ Cantidad de veces (01-76)
- 8 8 Ninguna **[Pase al modulo siguiente]**
- 7 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 9 Se niega a contestar

**Mod21\_3.** En los ultimos 12 meses, en cuantas ocasiones un medico u otro profesional de la salud le recomendo que dejara de fumar?

(359–360)

- \_\_\_ Cantidad de veces (01-76)
- 8 8 Ninguna
- 7 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 9 Se niega a contestar

**Mod21\_4.** En cuantas oportunidades un medico, enfermera u otro profesional de la salud le recomendo o menciona la posibilidad de tomar algun medicamento para ayudarle a dejar de fumar, como chicles o parches de nicotina, sprays nasales, inhaladores, pastillas u otros medicamentos de venta bajo receta como el Wellbutrin, el Zyban o el Bupropion?

(361–362)

**(Pronunciacion: wel-bu-trin/zai-ban/bu-pro-pion).**

- \_\_\_ Cantidad de consultas (01-76)
- 8 8 Ninguna
- 7 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 9 Se niega a contestar

**Mod21\_5.** En cuantas oportunidades un medico o profesional de la salud le menciona o recomendo otros metodos y estrategias, alternativos al uso de medicamentos, para ayudarle a dejar de fumar?

(363–364)

- \_\_\_ Cantidad de consultas (01-76)
- 8 8 Ninguna
- 7 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 9 Se niega a contestar

## Modulo 22: Politicas acerca del tabaquismo pasivo

---

**Mod22\_1.** Cual de las siguientes opciones describe mejor las reglas sobre fumar dentro de su casa?

(365)

**Por favor lea:**

- 1 No se permite fumar en ningun lugar dentro de la casa
- 2 Se permite fumar unicamente en ciertos lugares o en ciertas ocasiones
- 3 Se permite fumar en cualquier lugar dentro de la casa

o

- 4 No hay reglas en cuanto a fumar dentro de la casa

**No lea:**

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

**Nota CATI: Si la respuesta a la pregunta basica 13.8 = 1 (empleado asalariado) o 2 (trabajador(a) independiente) continúe. De no ser así, pase al modulo siguiente.**

**Mod22\_2.** Trabaja normalmente en ambientes cerrados?

(366)

- 1 Si
- 2 No **[Pase al modulo siguiente]**
- 7 No sabe / No esta seguro/a **[Pase al modulo siguiente]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase al modulo siguiente]**

**Mod22\_3.** Cual de las siguientes opciones describe mejor la politica de su lugar de trabajo acerca de fumar en ambientes cerrados o areas comunes, como corredores, banos y comedores?

(367)

**Nota: En el caso de personas cuyo trabajo consiste en visitar clientes o que trabajan en su casa, “lugar de trabajo” significa su ubicacion base. En el caso de**

**trabajadores independientes que trabajan en su casa, la politica oficial sobre fumar significa las reglas del hogar.**

**Por favor lea:**

- 1 No se permite fumar en lugares publicos
- 2 Se permite fumar en algunos lugares publicos
- 3 Se permite fumar en todos los lugares publicos

**o**

- 4 No hay politica oficial

**No lea:**

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

**Mod22\_4.** Cual de las siguientes opciones describe mejor la politica oficial de su lugar de trabajo respecto a fumar en las areas de trabajo?

(368)

**Por favor lea:**

- 1 No se permite fumar en las areas de trabajo
- 2 Se permite fumar en algunas areas de trabajo
- 3 Se permite fumar en todas las areas de trabajo

**o**

- 4 No hay politica oficial

**No lea:**

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

## State Added 1: Access to Care

---

**{If Q3.1=1, continue; Else go to TX1\_3}**

TX1\_1 Su seguro medico actual le cubre alguno de los costos asociados con su chequeo de rutina?

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

TX1\_2 Su seguro medico actual le cubre alguno de los costos asociados con los programas de bienestar de salud o promovedores de salud?

- 1 Si

- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

TX1\_3 Hubo alguna vez en los ultimos 12 meses en la que usted o algun miembro de su familia necesito tratamiento de salud mental o asesoramiento pero no pudo por razones de costo?

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

TX1\_4 Tiene usted o algun miembro de su casa actualmente cuentas médicas sin pagar?

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

TX1\_5 Le han contactado alguna vez a usted o a un miembro de su casa la agencia de cobranzas por cuentas medicas que no fueron pagadas?

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

TX1\_6 Ha declarado usted o algun miembro de su casa bancarrota debido a cuentas medicas que no fueron pagadas?

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

## State Added 2: Epilepsy

---

TX2\_1 Le han dicho alguna vez un doctor que usted sufre de epilepsia?

- 1 Si
- 2 No **[go to next section]**
- 7 No sabe / No esta seguro/a **[go to next section]**
- 9 Se niega a contestar **[go to next section]**

TX2\_2 Toma usted algun tipo de medicina para controlar su epilepsia?

- 1 Si
- 2 No

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

## State-Added 3: Folic Acid

---

### {Ask of all}

TX3\_1. Actualmente está tomando vitaminas o complementos? (307)

[Incluye complementos líquidos]

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a TX3\_5]**
- 7 No sabe/no está seguro(a) **[Pase a TX3\_5]**
- 9 Se rehusa **[Pase a TX3\_5]**

TX3\_2. Alguno de éstos son multivitamínicos? (308)

- 1 Sí **[Pase a TX3\_4]**
- 2 No
- 7 No sabe/no está seguro(a)
- 9 Se rehusa

TX3\_3. Alguna vitamina o complemento que toma contiene ácido fólico? (309)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a Q5]**
- 7 No sabe/no está seguro(a) **[Pase a Q5]**
- 9 Se rehusa **[Pase a Q5]**

TX3\_4. Con qué frecuencia toma esas vitaminas o complementos? (310-312)

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

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

TX3\_5. Algunos expertos en la salud recomiendan que las mujeres tomen 400 microgramos de ácido fólico proveniente de la vitamina B, cuál es la razón de esto? (313)

#### Por favor lea

- 1 Para fortalecer los huesos
- 2 Para prevenir defectos de nacimiento
- 3 Para prevenir la presión sanguínea alta
- 0
- 4 Por alguna otra razón

#### No lea

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

## State Added 4: HIV/STD

---

Las tres siguientes preguntas están relacionadas con el comportamiento que puede ponerle en riesgo de contraer el VIH o el SIDA. Deseo recordarle que sus respuestas son estrictamente confidenciales. Por sexo, nos referimos por el sexo vaginal, oral, o anal.

TX4\_1 Cual de las siguientes describe mejor su compañero/a o compañeros sexuales en el ultimo ano?

**Please Read**

- 1 Solamente Hombres
- 2 Solamente Mujeres
- 3 Hombres y Mujeres
- 4 Ningun compañero sexual en el ultimo ano

**Do not read**

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

{If TX4\_1=4,7,9 go to TX4\_3; Else continue}

TX4\_2 Le voy a leer una lista y cuando haya terminado de leerla por favor digame si alguna de estas situaciones le aplica a usted. No me tiene que decir cual de ellas, simplemente si una le aplica a usted. En el ultimo ano:

- Ha tenido sexo con un hombre bi-sexual
- Ha tenido sexo con un drogadicto que usa jeringas
- Ha intercambiado sexo por drogas o dinero
- Ha recibido tratamiento de una enfermedad transmitida sexualmente
- Ha tenido sexo con una persona con VIH positivo (SIDA)

Le aplica alguna de estas situaciones a usted?

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

TX4\_3 Se ha inyectado drogas en los ultimos 12 meses?

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

Closing Statement:

---



Esta fue mi ultima pregunta. Las respuestas de todas las personas encuestadas se combinaran para brindarnos informacion sobre las practicas de salud de la poblacion de este estado. Muchas gracias por su tiempo y cooperacion.

## Language Indicador:

---

**[Interviewer: Do not read]**

lang1.            In what language was this interview completed?

- 01     English
- 02     Spanish
- 03     Portuguese