



2016

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

14 de octubre de 2015

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento Cuestionario del 2016

Índice

Índice	2
Guion para el encuestador.....	3
Línea telefónica fija.....	3
Teléfono celular	7
Secciones básicas	10
Sección 1: Estado de salud	10
Sección 2: Días en los que se siente bien de salud y calidad de vida en relación con la salud.....	10
Sección 3: Acceso a atención médica.....	11
Sección 4: Ejercicio	12
Sección 5: Sueño insuficiente	13
Sección 6: Afecciones crónicas.....	13
Sección 7: Salud bucal	16
Sección 8: Información demográfica	16
Sección 9: Consumo de tabaco.....	25
Sección 10: Cigarrillos electrónicos (<i>e-cigarettes</i>)	26
Sección 11: Consumo de alcohol.....	27
Sección 12: Vacunación	28
Sección 13: Caídas.....	29
Sección 14: Uso del cinturón de seguridad.....	29
Sección 15: Beber y conducir	30
Sección 16: Pruebas de detección del cáncer de mama y de cuello uterino.....	30
Sección 17: Pruebas de detección del cáncer de próstata	32
Sección 18: Pruebas de detección del cáncer colorrectal.....	34
Sección 19: VIH/sida	35
Módulos opcionales.....	37
Módulo 1: Prediabetes.....	37
Módulo 2: Diabetes.....	37
Módulo 3: Días en los que se siente bien de salud (síntomas).....	40
Módulo 4: Acceso a atención médica.....	40
Módulo 5: Conocimientos sobre temas de salud	43
Módulo 6: Cuidador	45
Módulo 7: Deterioro cognitivo.....	48
Módulo 8: Bebidas endulzadas con azúcar.....	50
Módulo 9: Etiquetado de menús.....	50
Módulo 10: Consumo de marihuana	52
Módulo 11: Trastorno del sueño.....	52
Módulo 12: Antecedentes de asma en adultos	53
Módulo 13: Influenza	56
Módulo 14: Virus del papiloma humano (VPH) en adultos.....	57
Módulo 15: Culebrilla (herpes zóster).....	57
Módulo 16: Exposición excesiva al sol	58
Módulo 17: Supervivencia al cáncer.....	58
Módulo 18: Examen clínico de las mamas para la salud de las mujeres.....	63
Módulo 19: Decisión para hacerse la prueba de detección del cáncer de próstata	63
Módulo 20: Sector laboral y ocupación	64
Módulo 21: Orientación e identidad sexual	65
Módulo 22: Selección aleatoria de niños.....	66
Módulo 23: Prevalencia del asma infantil.....	70
Módulo 24: Apoyo emocional y satisfacción con la vida	70
Módulo 25: Discapacidad	71

Guion para el encuestador

Línea telefónica fija

Formulario aprobado

N.º OMB 0920-1061

Fecha de vencimiento: 31/03/2018

Se calcula que la carga pública reportada para recopilar esta información es un promedio de 27 minutos por respuesta, e incluye el tiempo invertido en revisar las instrucciones, buscar las fuentes de información existentes, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar el proceso de recolección de la información. Una agencia no puede hacer ni patrocinar una recolección de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB válido y vigente. Envíe sus comentarios acerca de este cálculo del tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información y sus sugerencias para reducir este tiempo a la dirección CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1061).

NOTA: El encuestador no tiene que leer ninguna parte del cálculo del tiempo ni proporcionar el número de OMB a menos que el encuestado pida esa información específica. Si un encuestado pregunta por la duración de la entrevista, proporcione la información más precisa con base en la versión del cuestionario que se le administrará a esa persona. Si el encuestador no está seguro, proporcione el tiempo promedio señalado en la declaración de la carga pública. Si los recopiladores de datos tienen preguntas relacionadas con el proceso de la OMB para el BRFSS, por favor comuníquese con Carol Pierannunzi a ivk7@cdc.gov.

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 ayuda 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 quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud y sus hábitos de salud.

¿Hablo con el (número de teléfono) ?

Si la respuesta es "no"

Muchas gracias, pero creo que llamé a un número equivocado. Es posible que su número sea seleccionado en otra oportunidad. Gracias por su atención. Adiós. **PARE**

¿Estoy hablando a un domicilio particular?

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO: "Por domicilio particular queremos decir una vivienda tipo casa o apartamento".

Sí [Pase al estado donde reside]
No [Pase a residencia universitaria]

No, solo teléfono del trabajo

Si la respuesta es "No, solo teléfono del trabajo".

Muchas gracias, pero por el momento solo estamos entrevistando a personas por líneas telefónicas de domicilios particulares.

PARE

Residencia universitaria

¿Vive en una residencia universitaria?

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO: "Por residencia universitaria queremos decir dormitorio, vivienda para estudiantes graduados o profesores visitantes, u otro tipo de alojamiento provisto por una universidad".

Sí [Pase al estado donde reside]
No

Si la respuesta es "No":

Muchas gracias, pero por el momento solo estamos entrevistando a personas que viven en una residencia particular o universitaria. PARE

Estado donde reside:

¿Usted vive en estos momentos en ____ (estado) ____?

Sí [Pase a teléfonos celulares]
No

Si la respuesta es "No":

Muchas gracias, pero por el momento solo estamos entrevistando a personas que viven en el estado de _____. PARE

NOTA: Las partes en paréntesis en cualquier parte de las preguntas o respuestas NO tienen que ser leídas.

Teléfono celular

¿Estoy llamando a un teléfono celular?

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: El servicio telefónico por Internet se considera una línea telefónica fija (e incluye Vonage, Magic Jack y otros servicios telefónicos de uso residencial).

Lea lo siguiente 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 residencias particulares o universitarias para realizar esta encuesta. **PARE**
No

NOTA DE CATI: SI (residencia universitaria = Sí), continúe; de lo contrario pase a selección aleatoria de adulto
Adulto

¿Tiene usted 18 años o más?

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------|
| 1 | Sí, encuestado es hombre | [Pase a la página 6] |
| 2 | Sí, encuestado es mujer | [Pase a la página 6] |
| 3 | No | |

Si la respuesta es "No":

Muchísimas gracias, pero en este momento solo estamos entrevistando a personas de 18 años o más. **PARE**

Selección aleatoria de adulto

Para esta encuesta, necesito seleccionar al azar a un adulto que viva en su casa. Excluidos los adultos que viven fuera de la casa, como los estudiantes que viven en la universidad, ¿cuántas personas de su hogar, 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. Escriba a continuación 1 hombre o 1 mujer (pregunte el sexo, de ser necesario). **Pase a la página 6.**

Si la respuesta es "No",

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

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

___ Cantidad de hombres

NOTA DE CATI: CATI programa restar el número de hombres del número de adultos proporcionado.

O sea que el número de mujeres adultas en el hogar es

___ Cantidad de mujeres

¿Correcto?

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

Si la respuesta es “usted”, pase a la página # 10 (página correcta).

A la persona que corresponde encuestar:

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 ayuda de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Su número de teléfono fue seleccionado al azar para esta encuesta; me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su salud y sus hábitos de salud.

Teléfono celular

Formulario aprobado

N.º OMB 0920-1061

Fecha de vencimiento: 31/03/2018

Se calcula que la carga pública reportada para recopilar esta información es un promedio de 27 minutos por respuesta, e incluye el tiempo invertido en revisar las instrucciones, buscar las fuentes de información existentes, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar el proceso de recolección de la información. Una agencia no puede hacer ni patrocinar una recolección de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB válido y vigente. Envíe sus comentarios acerca de este cálculo del tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información y sus sugerencias para reducir este tiempo a la dirección CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1061).

NOTA: El encuestador no tiene que leer ninguna parte del cálculo del tiempo ni proporcionar el número de OMB a menos que el encuestado pida esa información específica. Si un encuestado pregunta por la duración de la entrevista, proporcionele la información más precisa con base en la versión del cuestionario que se le administrará a esa persona. Si el encuestador no está seguro, proporcione el tiempo promedio señalado en la declaración de la carga pública. Si los recopiladores de datos tienen preguntas relacionadas con el proceso de la OMB para el BRFSS, por favor comuníquese con Carol Pierannunzi a ivk7@cdc.gov.

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 ayuda 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 quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud y sus hábitos de salud.

¿Es este un momento conveniente y seguro para hablar con usted?

Sí [Pase a teléfono]

No

Si la respuesta es "No":

Muchas gracias. Lo volveremos a llamar a una hora más conveniente. ([Programe una cita si es posible]) **PARE**

Teléfono

¿Hablo con el (número de teléfono) ?

Sí [Pase a teléfono celular]

No [Confirme el número de teléfono]

Si la respuesta es "No":

Muchas gracias, pero creo que llamé a un número equivocado. Es posible que su número sea seleccionado en otra oportunidad. Gracias por su atención. Adiós. **PARE**

Teléfono celular

¿Estoy llamando a un teléfono celular?

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO: "Por teléfono celular queremos decir un teléfono móvil y que pueda usarse fuera de su vecindario".

Sí [Pase a adulto]
No

Si la respuesta es "No":

Muchas gracias, pero en este momento solo estamos entrevistando a través de teléfonos celulares. **PARE**

Adulto

¿Tiene usted 18 años o más?

1 **Sí, el encuestado es hombre** [Pase a domicilio particular]
2 **Sí, el encuestado es mujer** [Pase a domicilio particular]
3 **No**

Si la respuesta es "No":

Muchísimas gracias, pero en este momento solo estamos entrevistando a personas de 18 años o más. **PARE**

Domicilio particular

¿Usted vive en un domicilio particular?

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO: "Por domicilio particular queremos decir una vivienda tipo casa o apartamento".

Sí [Pase al estado donde reside]
No [Pase a residencia universitaria]

Residencia universitaria

¿Vive en una residencia universitaria?

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO: "Por residencia universitaria queremos decir dormitorio, vivienda para estudiantes graduados o profesores visitantes, u otro tipo de alojamiento provisto por una universidad".

Sí [Pase al estado donde reside]
No

Si la respuesta es "No":

Muchas gracias, pero por el momento solo estamos entrevistando a personas que viven en una residencia particular o universitaria. **PARE**

Estado donde reside:

¿Usted vive en estos momentos en _____ (**estado**) _____?

Sí [Pase a línea telefónica fija]

No [Pase a estado]

Estado

¿En qué estado vive usted en estos momentos?

_____ INGRESE EL CÓDIGO FIPS DEL ESTADO

Línea telefónica fija

¿Tiene usted también un teléfono fijo en su casa que se utilice para hacer y recibir llamadas?

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO: “Por teléfono fijo queremos decir un teléfono 'regular' de los que se usan en las casas para hacer o recibir llamadas”. Por favor incluya los teléfonos fijos tanto de uso comercial como privado”.

Nota para el encuestador: El servicio telefónico por Internet se considera una línea telefónica fija (e incluye Vonage, Magic Jack y otros servicios telefónicos de uso residencial).

Sí

No

Si es residencia universitaria = “Sí”, no haga las preguntas sobre número de adultos, pase a la pregunta básica.

NUMADULT

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

_____ Cantidad de adultos

(Nota: Si es residencia universitaria = “sí”, entonces el número de adultos se fija en 1.)

NOTA: Las partes en paréntesis en cualquier parte de las preguntas o respuestas NO tienen que ser leídas.

Secciones básicas

No le preguntaré su apellido ni su dirección ni ningún otro dato personal que pudiera identificarlo. Si hay alguna pregunta que no desea contestar, no tiene que contestarla. También puede dar por terminada esta encuesta en cualquier momento. Toda la información que usted me dé 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...?: (90)
- Por favor 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 y calidad de vida en relación con la salud

- 2.1 Respecto a su salud física —que incluye enfermedades físicas y lesiones— en los últimos 30 días, ¿por cuántos días su salud física no fue buena? (91-92)
- Cantidad de días
 - 8 Ninguno
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

2.2 Ahora piense en su salud mental —que incluye estrés, depresión y problemas emocionales—. En los últimos 30 días, ¿por cuántos días su salud mental no fue buena? (93-94)

- | | | |
|---|---|-----------------------------------------------------------------------------|
| — | — | Cantidad de días |
| 8 | 8 | Ninguno [Si P2.1 y P2.2 = 88 (Ninguno), pase a la siguiente sección] |
| 7 | 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | 9 | Se niega a contestar |

2.3 En los últimos 30 días, ¿por cuántos días la mala salud física o mental le impidieron realizar sus actividades habituales, como cuidados personales, trabajo o actividades recreativas? (95-96)

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

Sección 3: Acceso a atención médica

3.1 Tiene algún tipo de cobertura de seguro médico, como seguro de salud, planes prepagados como los que brindan las HMO (organizaciones de atención médica administrada) u otros planes gubernamentales como Medicare o servicios de salud a poblaciones indígenas?

- | | | |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| | | (97) |
| 1 | Sí [Si está usando el módulo de acceso a la atención médica (<i>Health Care Access</i> o HCA) pase al módulo 4, P1, de lo contrario, continúe] | |
| 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 de cabecera 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 de cabecera o proveedor de atención médica personal?”.

- | | | |
|---|------------------------|------|
| | | (98) |
| 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? (99)

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

NOTA DE CATI: Si está usando el módulo HCA, pase al módulo 4, P3, de lo contrario, continúe.

- 3.4** ¿Aproximadamente, cuándo fue la última vez que fue al médico para hacerse un chequeo de rutina? Un chequeo de rutina es un examen físico general, que no se realiza por una lesión, enfermedad o afección específica. (100)

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

NOTA DE CATI: Si está usando el módulo HCA y P3.1 = 1, pase al módulo 4, pregunta 4a; o si está usando el módulo HCA y P3.1 = 2, 7 o 9, pase al módulo 4, pregunta 4b; o si no está usando el módulo HCA, pase a la siguiente sección.

Sección 4: Ejercicio

- 4.1** En el mes pasado, sin contar su trabajo diario, ¿realizó alguna actividad física o algún tipo de ejercicio como correr, hacer ejercicios calisténicos, jugar al golf, realizar actividades de jardinería o caminar? (101)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

Sección 5: Sueño insuficiente

5.1 En promedio, ¿cuántas horas duerme en un periodo de 24 horas?

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

(102-103)

— —	Cantidad de horas [01–24]
7 7	No sabe/No está seguro
9 9	Se niega a contestar

Sección 6: Afecciones crónicas

¿ALGUNA VEZ un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le dijo que tenía alguna de las siguientes afecciones? Para cada una, responda “Sí”, “No” o “No estoy seguro”.

6.1 ¿(Alguna vez) le dijeron que tuvo un ataque cardíaco, también llamado infarto de miocardio? (104)

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

6.2 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía angina de pecho o una cardiopatía coronaria? (105)

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

6.3 ¿(Alguna vez) le dijeron que tuvo un accidente cerebrovascular? (106)

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

6.4 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía asma? (107)

1	Sí
2	No

[Pase a P6.6]

- 7 No sabe/ No está seguro [Pase a P6.6]
9 Se niega a contestar [Pase a P6.6]

6.5 ¿Usted todavía tiene asma? (108)

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

6.6 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía cáncer de piel? (109)

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

6.7 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía otro tipo de cáncer? (110)

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

6.8 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía enfermedad pulmonar obstructiva crónica (epoc), enfisema o bronquitis crónica? (111)

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

6.9 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía algún tipo de artritis, artritis reumatoide, gota, lupus o fibromialgia? (112)

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

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: El diagnóstico de la artritis incluye:

- 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 rotador
- enfermedad del tejido conjuntivo, esclerodermia, polimiositis, síndrome de Raynaud
- vasculitis (arteritis de células gigantes, púrpura de Henoch-Schonlein, granulomatosis de Wegener, poliarteritis nudosa)

6.10 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía un trastorno depresivo (como depresión, depresión grave, distimia o depresión leve)? (113)

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

6.11 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía una enfermedad renal (de los riñones)? (NO incluya cálculos renales, infecciones de la vejiga ni incontinencia). (114)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Incontinencia es no poder controlar el flujo de la orina.

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

6.12 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía diabetes? (115)

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

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

1	Sí
2	Sí, pero la mujer dijo que ocurrió únicamente durante el embarazo
3	No
4	No, prediabetes o intolerancia a la glucosa
7	No sabe/No está seguro
9	Se niega a contestar

NOTA DE CATI: Si P6.12 = 1 (Sí), pase a la siguiente pregunta. Para las otras respuestas a P6.12, vaya al módulo opcional de prediabetes (si se aplica). De lo contrario, pase a la siguiente sección. (116-117)

6.13 ¿A qué edad le dijeron que tenía diabetes?

__ Codifique la edad en años [97 = 97 y más]

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

NOTA DE CATI: Pase al módulo opcional de diabetes (si se aplica). De lo contrario, pase a la siguiente sección.

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. (118)

Lea lo siguiente solo si es necesario:

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

No 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 o trabajo de ortodoncia.

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

- 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

(119)

Sección 8: Información demográfica

- 8.1** ¿Es usted...? (120)

- 1 Masculino
- 2 Femenino
- 9 Se niega a contestar

Nota: Esto puede llenarse con información proveniente de la entrevista, de la enumeración del hogar. Sin embargo, el encuestador no debe asumir cuál es el sexo del encuestado.

8.2 ¿Qué edad tiene?

(121-122)

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

8.3 ¿Es usted latino o hispano, o de origen español?

(123-126)

Si la respuesta es sí, pregunte: ¿Es usted...?

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Es posible seleccionar una o más categorías.

- 1 Mexicano, méxicoamericano, chicano
- 2 Puertorriqueño
- 3 Cubano
- 4 De otro origen latino o hispano o español

No le lea:

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

8.4 ¿A cuál o cuáles de los siguientes grupos raciales diría usted que pertenece?

(127-154)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Seleccione todas las que correspondan.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si se selecciona 40 (asiático) o 50 (isleño del Pacífico), lea y codifique la subcategoría bajo el título principal.

Por favor léale:

- 10 Blanco**
- 20 Negro o afroamericano**
- 30 Indoamericano o nativo de Alaska**

40 Asiático

- 41 Indoasiático
- 42 Chino
- 43 Filipino
- 44 Japonés
- 45 Coreano
- 46 Vietnamita
- 47 Otro origen asiático

50 Isleño del Pacífico

- 51 Nativo de Hawái
- 52 Guameño o chamorro
- 53 Samoano
- 54 Otro isleño del Pacífico

No le lea:

- 60 Otro
- 88 No indica otras opciones
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

NOTA DE CATI: Si hay más de una respuesta a P8.4; continúe. De lo contrario, pase a P8.6.

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

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si se selecciona 40 (asiático) o 50 (isleño del Pacífico), lea y codifique la subcategoría bajo del título principal.

(155-156)

10 Blanco**20 Negro o afroamericano****30 Indoamericano o nativo de Alaska****40 Asiático**

- 41 Indoasiático
- 42 Chino
- 43 Filipino
- 44 Japonés
- 45 Coreano
- 46 Vietnamita
- 47 Otro origen asiático

50 Isleño del Pacífico

- 51 Nativo de Hawái
- 52 Guameño o chamorro
- 53 Samoano
- 54 Otro isleño del Pacífico

No le lea:

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

8.6

¿Es usted...?

(157)

Por favor léale:

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

o

- 6 Vive en pareja sin estar casado

No le lea:

- 9 Se niega a contestar

8.7

¿Cuál es el grado escolar o nivel de educación más alto que ha completado?

(158)

Lea lo siguiente solo si es necesario:

- 1 Nunca fue a la escuela o solamente fue al kínder
- 2 1.º a 8.º grado (escuela primaria)
- 3 9.º a 11.º grado (algunos estudios secundarios)
- 4 12.º grado o diploma GED (graduado de escuela secundaria superior)
- 5 1 a 3 años de universidad (algunos estudios universitarios o de escuela técnica)
- 6 4 años o más de universidad (graduado de estudios universitarios)

No le lea:

- 9 Se niega a contestar

NOTA: Las partes en paréntesis en cualquier parte de las preguntas o respuestas NO tienen que ser leídas.

8.8

¿Vive en casa propia o rentada?

(159)

- 1 Propia
- 2 Rentada
- 3 Otra situación de vivienda
- 7 No sabe/No está seguro

9 Se niega a contestar

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: “Otra situación” puede incluir una vivienda colectiva o vivir con amigos o familiares sin pagar renta.

NOTA: La casa se define como el lugar donde usted vive la mayor parte del tiempo o del año.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Hacemos esta pregunta para comparar indicadores de salud entre personas con distintas situaciones de vivienda.

8.9 ¿En qué país vive usted en estos momentos? (160-162)

— — —	Código ANSI del condado (anteriormente código FIPS del condado)
7 7 7	No sabe/No está seguro
9 9 9	Se niega a contestar

8.10 ¿Cuál es el código postal de donde vive en estos momentos? (163-167)

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

NOTA DE CATI: Si es entrevista por teléfono celular, salte a 8.14 (QSTVER GE 20)

8.11 ¿Tiene más de un número de teléfono en su casa? No incluya teléfonos celulares ni teléfonos que solo se utilicen para una computadora o un fax. (168)

1	Sí	
2	No	[Pase a P8.13]
7	No sabe/No está seguro	[Pase a P8.13]
9	Se niega a contestar	[Pase a P8.13]

8.12 ¿Cuántos de estos números de teléfono son particulares? (169)

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

8.13 ¿Tiene usted un teléfono celular para uso personal? Incluya los celulares utilizados para uso personal y laboral. (170)

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

8.14 ¿Alguna vez ha estado en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, ya sea en el servicio militar regular, en la Guardia Nacional o en una unidad de reserva militar?

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: El servicio activo no incluye el entrenamiento en la Reserva ni en la Guardia Nacional, pero SÍ incluye las actividades de movilización, por ejemplo, para la Guerra del Golfo Pérsico.

(171)

- 1 Sí
- 2 No

No le lea:

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

8.15 ¿Es usted actualmente...?

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si es más de una, seleccione la categoría que mejor lo describa.

(172)

Por favor léale:

- 1 Empleado asalariado
- 2 Trabajador independiente
- 3 Desempleado por 1 año o más
- 4 Desempleado por menos de 1 año
- 5 Mujer u hombre que se ocupa de las tareas de la casa
- 6 Estudiante
- 7 Jubilado

o

- 8 No puede trabajar

No le lea:

- 9 Se niega a contestar

8.16 ¿Cuántos niños menores de 18 años viven en su hogar?

(173-174)

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

8.17 Tomando en cuenta todas sus fuentes de ingresos, los ingresos anuales de su hogar son: (175-176)

Si la persona encuestada no desea responder a NINGUNO de los diferentes niveles de ingresos, ingrese el código '99' (Se niega a contestar)

Lea lo siguiente solo si es necesario:

- 0 4 Menos de 25 000 dólares **Si la respuesta es "No", pregunte 05; si es "Sí", pregunte 03**
(entre 20 000 y menos de 25 000 dólares)
- 0 3 Menos de 20 000 dólares **Si la respuesta es "No", codifique 04; Si es "Sí", pregunte 02**
(entre 15 000 y menos de 20 000 dólares)
- 0 2 Menos de 15 000 dólares **Si la respuesta es "No", codifique 03; Si es "Sí", pregunte 01**
(entre 10 000 y menos de 15 000 dólares)
- 0 1 Menos de 10 000 dólares **Si la respuesta es "No", codifique 02**
- 0 5 Menos de 35 000 dólares **Si la respuesta es "No", pregunte 06**
(entre 25 000 y menos de 35 000 dólares)
- 0 6 Menos de 50 000 dólares **Si la respuesta es "No", pregunte 07**
(entre 35 000 y menos de 50 000)
- 0 7 Menos de 75 000 dólares **Si la respuesta es "No", codifique 08**
(entre 50 000 y menos de 75 000 dólares)
- 0 8 75 000 dólares o más

No le lea:

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

8.18 ¿Ha usado Internet en los últimos 30 días? (177)

- 1 Sí

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

8.19 Aproximadamente, ¿cuánto pesa sin zapatos? (178-181)

NOTA: Si la persona encuestada responde con el sistema métrico, indique “9” en la columna 178.

Redondee los decimales o las fracciones hacia arriba

__ __ __ __	Peso
(libras/kilogramos)	
7 7 7 7	No sabe/No está seguro
9 9 9 9	Se niega a contestar

8.20 Aproximadamente, ¿cuánto mide sin zapatos? (182-185)

NOTA: Si la persona encuestada responde con el sistema métrico, indique “9” en la columna 182.

Redondee los decimales o las fracciones hacia abajo

__ / __	Estatura
(pies/pulgadas/metros/centímetros)	
7 7 / 7 7	No sabe/No está seguro
9 9 / 9 9	Se niega a contestar

Si la persona encuestada es hombre, pase a 8.22, si es mujer y tiene 45 años o más, pase a P8.22

8.21 Que usted sepa, ¿está embarazada? (186)

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

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

Algunas personas que son sordas o tienen gran dificultad para oír **pueden usar o no usar** equipo para comunicarse por teléfono.

- 8.22** ¿Es sordo o tiene **gran dificultad** para oír? (187)
- 1 Sí
2 No
7 No sabe/No está seguro
9 Se niega a contestar
- 8.23** ¿Es ciego o tiene gran dificultad para ver, aun cuando usa lentes? (188)
- 1 Sí
2 No
7 No sabe/No está seguro
9 Se niega a contestar
- 8.24** Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene gran dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones? (189)
- 1 Sí
2 No
7 No sabe/No está seguro
9 Se niega a contestar
- 8.25** ¿Tiene gran dificultad para caminar o subir las escaleras? (190)
- 1 Sí
2 No
7 No sabe/No está seguro
9 Se niega a contestar
- 8.26** ¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse? (191)
- 1 Sí
2 No
7 No sabe/No está seguro
9 Se niega a contestar
- 8.27** Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultad para hacer diligencias solo, como ir al consultorio del médico o ir de compras? (192)
- 1 Sí
2 No
7 No sabe/No está seguro
9 Se niega a contestar

Sección 9: Consumo de tabaco

9.1 ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida?

(193)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: “En cigarrillos, no incluya cigarrillos electrónicos (e-cigarrillos o *e-cigarettes*, NJOY, Bluetip), cigarrillos herbales, cigarros, puros, puritos, pipas, *bidis*, *kreteks*, pipas de agua (narguiles) ni marihuana”.

NOTA: 5 paquetes = 100 cigarrillos

- | | | |
|---|------------------------|---------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a P9.5] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a P9.5] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a P9.5] |

9.2 ¿Fuma cigarrillos todos los días, algunos días o no fuma para nada?

(194)

- | | | |
|---|------------------------|---------------|
| 1 | Todos los días | |
| 2 | Algunos días | |
| 3 | No fuma para nada | [Pase a P9.4] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a P9.5] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a P9.5] |

9.3 En los últimos 12 meses, ¿ha dejado de fumar durante un día o más debido a que estaba intentando dejar de fumar?

(195)

- | | | |
|---|------------------------|---------------|
| 1 | Sí | [Pase a P9.5] |
| 2 | No | [Pase a P9.5] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a P9.5] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a P9.5] |

9.4 ¿Cuánto tiempo hace que fumó por última vez un cigarrillo, aunque haya sido una o dos pitadas (caladas)?

(196-197)

- | | |
|-----|---------------------------------------------------------------|
| 0 1 | En el último mes (hace menos de 1 mes) |
| 0 2 | En los últimos 3 meses (hace más de 1 mes, pero menos de 3) |
| 0 3 | En los últimos 6 meses (hace más de 3 meses, pero menos de 6) |
| 0 4 | En los últimos 5 años (hace más de 1 año, pero menos de 5) |
| 0 6 | En los últimos 10 años (hace más de 5 años, pero menos de 10) |
| 0 7 | 10 años o más |

- 0 8 Nunca ha fumado de manera regular
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar

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

***Snus* (rima con 'goose')**

NOTA: El *snus* (nombre en sueco del rapé) es un tabaco húmedo que no se fuma y que generalmente se vende en bolsitas que se colocan entre el labio y la encía.
(198)

- 1 Todos los días
- 2 Algunos días
- 3 Para nada

No le lea:

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

Sección 10: Cigarrillos electrónicos (*e-cigarettes*)

Lea lo siguiente si es necesario: Los cigarrillos electrónicos (*e-cigarrillos* o *e-cigarettes*) y otros productos de “vapor” electrónicos incluyen pipas de agua (narguiles) electrónicas (*e-hookahs*), plumas de vapor, cigarros electrónicos (*e-cigarros* o *e-cigars*) entre otros. Estos productos funcionan con batería y, por lo general, contienen nicotina y sabores como de frutas, menta o dulces.

10.1 ¿Alguna vez ha usado un cigarrillo electrónico u otro producto de “vapor” electrónico, aun cuando lo haya hecho una sola vez en toda su vida)?

(199)

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

10.2 ¿En la actualidad usa cigarrillos electrónicos (*e-cigarrillos* o *e-cigarettes*) u otros productos de “vapor” electrónico todos los días, algunos días o para nada?

(200)

- 1 Todos los días
- 2 Algunos días
- 3 Para nada
- 7 No sabe/No está
- 9 Se niega a contestar

Sección 11: Consumo de alcohol

11.1 En los últimos 30 días, ¿cuántos días por semana o por mes bebió al menos un trago de cualquier bebida alcohólica como cerveza, vino, bebida a base de malta o licor? (201-203)

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

11.2 Un trago equivale a una cerveza de 12 onzas, una copa de vino de 5 onzas o una medida de licor. En los últimos 30 días, en los días que bebió, ¿aproximadamente cuántos tragos tomó en promedio? (204-205)

NOTA: Una cerveza de 40 onzas equivaldría a 3 tragos; un cóctel con dos medidas de alcohol equivaldría a 2 tragos.

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

11.3 Tomando en cuenta todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces en los últimos 30 días bebió en una ocasión **X** tragos o más [**X DE CATI = 5 para los hombres, X = 4 para las mujeres**]? (206-207)

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

11.4 En los últimos 30 días, ¿cuál fue la máxima cantidad de tragos que bebió en una sola ocasión? (208-209)

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

Sección 12: Vacunación

Ahora, le haré preguntas sobre la vacuna contra la influenza o gripe. Hay dos maneras de vacunarse contra la influenza: una es mediante una inyección en el brazo, y la otra es mediante un aerosol o atomizador nasal llamado FluMist™.

- 12.1** En los últimos 12 meses, ¿le pusieron una vacuna inyectable contra la influenza o una vacuna en atomizador en la nariz contra la influenza? (210)

Lea lo siguiente si es necesario: En el 2011 salió una nueva vacuna contra la influenza que se inyecta en la piel con una aguja muy pequeña. Se llama vacuna Fluzone Intradérmica. Esta también se considera una vacuna inyectable contra la influenza.

- | | | |
|---|------------------------|----------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a P15.5] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a P12.3] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a P12.3] |

- 12.2** ¿En qué mes y año recibió la vacuna más reciente contra la influenza ya sea inyectada en el brazo o en atomizador nasal? (211-216)

- | | |
|---------------|------------------------|
| __/__/__ | Mes y año |
| 7 7 / 7 7 7 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 9 / 9 9 9 9 | Se niega a contestar |

- 12.3** 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 distinta a la vacuna inyectable contra la influenza. ¿Alguna vez le han puesto una vacuna contra la neumonía? (217)

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

- 12.4** Desde el 2005, ¿se ha puesto una vacuna contra el tétanos? (218)

Si la respuesta es sí, pregunte: "¿Fue la Tdap, la vacuna contra el tétanos que también incluye la vacuna contra la tosferina (pertussis)?".

- | | |
|---|----------------------------------------------------------------|
| 1 | Sí, recibió la Tdap |
| 2 | Sí, recibió la vacuna contra el tétanos, pero no era la Tdap |
| 3 | Sí, recibió la vacuna contra el tétanos, pero no sabe qué tipo |

- 4 No, no se ha puesto ninguna vacuna contra el tétanos desde el 2005
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

Sección 13: Caídas

Si la persona encuestada tiene 45 años o más, continúe; de lo contrario, 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 tendida en el suelo o en un nivel más bajo.

- 13.1** En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se ha caído? (219-220)
- | | | |
|-----|------------------------|--------------------------------------|
| — — | Cantidad de veces | [76 = 76 o más] |
| 8 8 | Ninguna | [Pase a la siguiente sección] |
| 7 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a la siguiente sección] |
| 9 9 | Se niega a contestar | [Pase a la siguiente sección] |

- 13.2** **[Pida más información: “Esta caída (relacionada con la pregunta P13.1), ¿le causó alguna lesión?”]. Si en P13.1 indicó solo una caída y la respuesta fue “Sí” (causó una lesión), codifique 01. Si la respuesta fue “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.

- | | |
|-----|-------------------------------------------|
| — — | Cantidad de caídas [76 = 76 o más] |
| 8 8 | Ninguno |
| 7 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 9 | Se niega a contestar |

(221-222)

Sección 14: Uso del cinturón de seguridad

- 14.1** ¿Con qué frecuencia usa usted el cinturón de seguridad mientras maneja o viaja en un automóvil? Diría usted que... (223)

Por favor léale:

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

No le lea:

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

NOTA DE CATI: Si P14.1 = 8 (Nunca maneja ni viaja en automóvil), pase a la sección 16; de lo contrario, continúe.

Sección 15: Beber y conducir

NOTA DE CATI: Si P11.1 = 888 (Ningún trago en los últimos 30 días), pase a la siguiente sección.

- 15.1** En los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha manejado después de haber bebido quizá demasiado? (224-225)

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

Sección 16: Pruebas de detección del cáncer de mama y de cuello uterino

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

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

- 16.1.** La mamografía es una radiografía que se hace a cada uno de los senos para detectar la presencia de un posible cáncer de mama. ¿Alguna vez se ha hecho una mamografía?

(226)

- 1 Sí
- 2 No

[Pase a P16.3]

- 7 No sabe/No está segura **[Pase a P16.3]**
- 9 Rehusó contestar **[Pase a P16.3]**

16.2 ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una mamografía? (227)

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

16.3 El Papanicoláu o "Pap" es una prueba para detectar cáncer de cuello uterino. ¿Alguna vez se ha hecho una prueba de Papanicoláu? (228)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a P16.5]**
- 7 No sabe/No está segura **[Pase a P16.5]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a P16.5]**

16.4 ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un Papanicoláu? (229)

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

Ahora, quisiera hacerle preguntas sobre la prueba del virus del papiloma humano o VPH.

16.5 A veces se hace una prueba del VPH junto con la de Papanicoláu que se hace para detectar el cáncer de cuello uterino.

¿Alguna vez le han hecho la prueba del VPH? (230)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase a P16.7]**
- 7 No sabe/No está segura **[Pase a P16.7]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase a P16.7]**

16.6 ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una prueba del virus del papiloma humano? (231)

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

NOTA DE CATI: Si la respuesta a la pregunta básica P8.21 = 1 (está embarazada), pase a la siguiente sección.

16.7 ¿Le han hecho una histerectomía? (232)

Lea lo siguiente solo si es necesario: La histerectomía es una operación para extirpar el útero (la matriz).

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

Sección 17: Pruebas de detección del cáncer de próstata

NOTA DE CATI: Si la persona encuestada tiene ≤ 39 años, o es mujer, pase a la siguiente sección.

Ahora le haré algunas preguntas sobre las pruebas de detección del cáncer de próstata.

17.1 La prueba del antígeno prostático específico, también llamada prueba del PSA (por sus siglas en inglés), es un análisis de sangre que se les hace a los hombres para detectar el cáncer de próstata. ¿ALGUNA VEZ un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le habló sobre las ventajas de la prueba del PSA?

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

(233)

17.2 ¿ALGUNA VEZ un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le habló sobre las desventajas de la prueba del PSA? (234)

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

17.3 ¿ALGUNA VEZ un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le recomendó que se hiciera la prueba del PSA? (235)

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

17.4 ¿ALGUNA VEZ se ha hecho la prueba del PSA? (236)

- 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]

17.5 ¿Cuándo fue la última vez que se hizo la prueba del PSA? (237)

Lea lo siguiente solo si es necesario:

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

No le lea:

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

17.6 ¿Cuál fue el motivo PRINCIPAL para hacerse la prueba del PSA? ¿Fue...? (238)

Por favor léale:

- 1 Parte de un examen de rutina
- 2 Debido a un problema en la próstata
- 3 Porque había antecedentes de cáncer de próstata en la familia
- 4 Porque le dijeron que tenía cáncer de próstata
- 5 Algún otro motivo

No le lea:

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

Sección 18: Pruebas de detección del cáncer colorrectal

NOTA DE CATI: Si la persona encuestada tiene ≤ 49 años, pase a la siguiente sección.

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

18.1 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 en casa? (239)

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

18.2 ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una prueba de sangre en las heces con un kit casero? (240)

Lea lo siguiente solo si es necesario:

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

No le lea:

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

18.3 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 alguno de estos exámenes? (241)

- 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]**

18.4 En 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 y generalmente se le inyecta un medicamento en el brazo para que se duerma. Además, se le pide que vaya acompañado de alguien que pueda llevarlo a la casa después del procedimiento. ¿El examen MÁS RECIENTE que se hizo fue una sigmoidoscopia o una colonoscopia? (242)

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

18.5 ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una sigmoidoscopia o una colonoscopia? (243)

Lea lo siguiente solo si es necesario:

- 1 En el último año (hace menos de 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace más de 1 año, pero menos de 2)
- 3 En los últimos 3 años (hace más de 2 años, pero menos de 3)
- 4 En los últimos 5 años (hace más de 3 años, pero menos de 5)
- 5 En los últimos 10 años (hace más de 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 19: VIH/sida

Las siguientes preguntas 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 necesita contestar todas las preguntas si no lo desea. Le vamos a hacer preguntas sobre las pruebas que se haya hecho, pero no le pediremos los resultados de esas pruebas.

19.1 Sin contar las pruebas que le hayan hecho como parte de una donación de sangre, ¿alguna vez le han hecho la prueba del VIH? Incluya las pruebas de secreciones bucales. (244)

- 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 Sin incluir las donaciones de sangre, ¿en qué mes y año se realizó la prueba del VIH por última vez?

(245-250)

NOTA: Si la respuesta es antes de enero de 1985, codifique "No sabe".
INSTRUCCIONES DE CATI: Si la persona encuestada recuerda el año, pero no el mes, codifique los primeros dos dígitos 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/No está seguro

19.3 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.

(251)

En el último año ha usado 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.

En el último año ha tenido 4 o más parejas sexuales.

¿Alguna de estas situaciones tiene que ver con usted?

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

Párrafo de despedida o transición a módulos y preguntas complementarias de los estados

Párrafo de despedida

Por favor 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 y a preguntas complementarias hechas por los estados

Por favor léale:

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

Módulos opcionales

Módulo 1: Prediabetes

NOTA: Solo se hacen las preguntas de este módulo si la persona no contestó "Sí" (código = 1) a la pregunta básica P6.12 (pregunta sobre si sabe si tiene diabetes).

1. ¿Se ha hecho pruebas para detectar niveles altos de azúcar en la sangre o diabetes en los últimos tres años? (300)
- | | |
|---|------------------------|
| 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 P6.12 = 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 tenía prediabetes o intolerancia a la glucosa? (301)
- Si la respuesta es "Sí" y la persona encuestada es mujer, pregúntele: "¿Esto fue únicamente durante su embarazo?".**
- | | |
|---|-------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | Sí, durante el embarazo |
| 3 | No |
| 7 | No sabe/No está segura |
| 9 | Se niega a contestar |

Módulo 2: Diabetes

NOTA DE CATI: Haga las siguientes preguntas después de la pregunta básica P6.13; si la respuesta a P6.12 es "Sí" (código = 1).

1. ¿Está usando insulina? (302)

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

2. Aproximadamente, ¿con qué frecuencia controla su nivel de glucosa o azúcar en la sangre? Incluya las veces que se la controló un familiar o un amigo, pero NO cuando la controló un profesional de la salud. (303-305)

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

Nota para el encuestador: Si la persona encuestada utiliza un sistema de control continuo de la glucosa (un sensor insertado bajo la piel para controlar los niveles de glucosa de manera continua), ingrese '98 veces al día'.

3. ¿Con qué frecuencia se revisa los pies para ver si tiene llagas o alguna parte irritada? Incluya las veces que se los revisó un familiar o un amigo, pero NO cuando los controló un profesional de la salud. (306-308)

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

4. Aproximadamente, ¿cuántas veces consultó a un médico, un enfermero u otro profesional de la salud a causa de su diabetes en los últimos 12 meses? (309-310)

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

5. La prueba "A1C" mide el nivel promedio de azúcar en la sangre durante los últimos tres meses. Aproximadamente, ¿cuántas veces en los últimos 12 meses un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le ha hecho una prueba "A1C"? (311-312)

- _ _ Cantidad de veces [76 = 76 o más]

- 8 8 Ninguna
- 9 8 Nunca ha oído hablar de la prueba "A1C"
- 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 Se niega a contestar

NOTA DE CATI: Si P3 = 555 (no tiene pies), pase a P7.

6. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses un profesional de la salud le ha revisado los pies para ver si tiene llagas o alguna parte irritada? (313-314)

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

7. ¿Cuándo fue la última vez que le realizaron un examen de la vista en el que le dilataron las pupilas? Esto habría ocasionado que le molestara la luz brillante por unas horas. (315)

Lea lo siguiente solo si es necesario:

- 1 En el mes pasado (hace menos de 1 mes)
- 2 En los últimos 12 meses (hace más de 1 mes, pero menos de 12 meses)
- 3 En los últimos 2 años (hace más de 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

8. ¿Su médico le ha informado en alguna ocasión que la diabetes le ha afectado los ojos o que tenía retinopatía? (316)

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

9. ¿Ha tomado alguna vez un curso o una clase sobre cómo controlar la diabetes por sí mismo? (317)

- 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 sus actividades habituales como el cuidado personal, el trabajo o la recreación?
(318-319)

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

2. En los últimos 30 días, aproximadamente ¿durante cuántos días se sintió triste, melancólico o deprimido?
(320-321)

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

3. En los últimos 30 días, aproximadamente ¿durante cuántos días se sintió preocupado, tenso o ansioso?
(322-323)

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

4. En los últimos 30 días, aproximadamente ¿durante cuántos días se sintió en excelente estado de salud y lleno de energía?
(324-325)

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

Módulo 4: Acceso a atención médica

1. ¿Tiene Medicare?
(326)

1 Sí

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

Nota: Medicare es un plan de cobertura para personas de 65 años o más y para ciertas personas con discapacidad.

2. ¿Cuál es su principal seguro de cobertura médica? Es... (327-328)

Por favor léale:

- 01 Un plan adquirido a través de un empleador o sindicato **(incluidos los planes adquiridos a través del empleador de otra persona)**
- 02 Un plan que usted u otro miembro de su familia paga por su cuenta
- 03 Medicare
- 04 Medicaid u otro programa estatal
- 05 TRICARE (antiguamente llamado CHAMPUS), VA, o el plan de las Fuerzas Armadas
- 06 Servicios para los nativos de Alaska, Servicio de Salud de Poblaciones Indígenas (Indian Health Service), servicios de salud tribales
- u
- 07 Otro seguro
- 08 Ninguno (no tiene seguro de salud)

No le lea:

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

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si la persona encuestada dice que adquirió un seguro de salud a través del Mercado de Seguros Médicos (nombre del mercado estatal), pregunte si se trata de un plan de seguro de salud privado adquirido por su cuenta o por un miembro de su familia (privado), o si recibió Medicaid (plan estatal). Si la persona encuestada lo adquirió por su cuenta (o a través de un miembro de la familia), seleccione 02; si es Medicaid, seleccione 04.

NOTA DE CATI: Pase a la pregunta básica P3.2.

3. Aparte del costo, hay otras razones por las cuales las personas tardan en obtener la atención médica que necesitan.

¿Se ha tardado en obtener la atención médica que necesita por alguna de las siguientes razones en los últimos 12 meses? Seleccione la razón más importante.

(329)

Por favor léale:

- 1 No logró que pasara la llamada.
- 2 No pudo conseguir una cita pronto.
- 3 Cuando llegó, tuvo que esperar demasiado para ver al médico.
- 4 El consultorio clínico o del médico no estaba abierto cuando llegó.
- 5 No tenía transporte.

No le lea:

- 6 Otra razón _____ (especifique) (330-354)
- 8 No, no me demoré en obtener atención médica/no necesitaba atención médica.
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

NOTA DE CATI: Pase a la pregunta básica P3.4.

NOTA DE CATI: Si P3.1 = 1 (Sí), continúe; de lo contrario, pase a P4b.

- 4a.** ¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, hubo algún momento en que NO tuviera NINGÚN tipo de seguro o cobertura médica? (355)
- 1 Sí [Pase a P5]
 - 2 No [Pase a P5]
 - 7 No sabe/No está seguro [Pase a P5]
 - 9 Se niega a contestar [Pase a P5]

NOTA DE CATI: Si P3.1 = 2, 7 o 9, continúe; de lo contrario, pase a la siguiente pregunta (P5).

- 4b.** ¿Cuánto hace que no tiene cobertura médica? (356)
- 1 Hace 6 meses o menos
 - 2 Hace más de 6 meses, pero menos de 1 año
 - 3 Hace más de 1 año, pero menos de 3 años
 - 4 Hace más de 3 años
 - 5 Nunca
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

- 5.** ¿Cuántas veces ha ido a ver a un médico, un enfermero u otro profesional de salud en los últimos 12 meses? (357-358)
- Cantidad de veces
- 8 8 Ninguno
 - 7 7 No sabe/No está seguro
 - 9 9 Se niega a contestar

- 6.** Sin incluir los medicamentos de venta sin receta, ¿en los últimos 12 meses en algún momento usted no tomó sus medicamentos según lo recetado debido al costo? (359)
- 1 Sí
 - 2 No

No le lea:

- 3 No se le recetó ningún medicamento
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

7. En general, ¿está satisfecho con la atención médica que recibió? ¿Diría usted que está...?

Por favor léale: (360)

- 1 Muy satisfecho
- 2 Algo satisfecho
- 3 Para nada satisfecho

No le lea:

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

8. En la actualidad, ¿tiene alguna cuenta médica que esté pagando de a poco? (361)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR:

Esto puede incluir cuentas médicas que esté pagando con una tarjeta de crédito, mediante préstamos personales o en cuotas de pago acordadas con el hospital u otros proveedores. Las cuentas pueden ser tanto de este año como de años anteriores.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Las cuentas de atención médica pueden incluir costos médicos, dentales, de terapia física o de quiropráctica.

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

NOTA DE CATI: Pase a la sección básica 4.

Módulo 5: Conocimientos sobre temas de salud

1. ¿Qué tan difícil es para usted obtener consejo o información sobre temas de salud o médicos si lo necesita? Diría usted que es... (362)

Por favor léale:

- 1. Muy fácil
- 2. Algo fácil

3. Algo difícil
4. Muy difícil
5. Yo no busco información de salud

No le lea:

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

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: El encuestado puede responder con base en cualquier fuente de salud, o consejería o información médica. Si el encuestado pregunta qué quiere decir consejo o información, el encuestador le lee la pregunta de nuevo. Si aún así el encuestado no entiende, el encuestador puede decir: “Usted puede pensar en cualquier fuente de consejos, o información de salud o médica”.

2. ¿Qué tan difícil es para usted entender la información que le dan los médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud? Diría usted que es... (363)

Por favor léale:

1. Muy fácil
2. Algo fácil
3. Algo difícil
4. Muy difícil

No le lea:

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

3. Usted puede encontrar información sobre salud escrita en la Internet, en diarios y revistas, y en folletos en el consultorio del doctor y en los centros médicos. En general, ¿qué tan difícil es para usted entender la información de salud escrita? Diría usted que es... (364)

Por favor léale:

1. Muy fácil
2. Algo fácil
3. Algo difícil
4. Muy difícil
5. Yo no le presto atención a la información sobre salud escrita

No le lea:

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

Módulo 6: Cuidador

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

1. En los últimos 30 días, ¿proporcionó en forma habitual cuidados o asistencia a un amigo o un familiar con problemas de salud o una discapacidad? (365)

INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR: Si la persona a la que cuidaba falleció en los últimos 30 días, diga "lamento su pérdida", e ingrese el código 8.

- 1. Sí
- 2. No [Pase a la pregunta 9]
- 7. No sabe/No está seguro [Pase a la Pregunta 9]
- 8. La persona a la que cuidaba falleció en los últimos 30 días [Pase al siguiente módulo]
- 9. Se niega a contestar [Pase a la Pregunta 9]

2. ¿Cuál es su relación con la persona a la que cuida?

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si se trata de más de una persona, diga lo siguiente: "Mencione la persona a la que le proporciona más cuidado".

(366-367)

- 01 Madre
- 02 Padre
- 03 Suegra
- 04 Suegro
- 05 Hijo o hija
- 06 Marido
- 07 Mujer
- 08 Pareja con la que vive
- 09 Hermano o cuñado
- 10 Hermana o cuñada
- 11 Abuela
- 12 Abuelo
- 13 Nieto o nieta
- 14 Otro pariente
- 15 Amigo de familia/No pariente

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

3. ¿Desde hace cuánto tiempo ha cuidado a esa persona? Diría usted que... (368)

- 1 Menos de 30 días
- 2 Entre 1 mes a menos de 6 meses
- 3 Entre 6 meses a menos de 2 años
- 4 Entre 2 años a menos de 5 años
- 5 Hace más de 5 años

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

4. En una semana promedio, ¿cuántas horas proporciona usted cuidado o ayuda? Diría usted que... (369)

- 1 Hasta 8 horas por semana
- 2 De 9 a 19 horas por semana
- 3 De 20 a 39 horas por semana
- 4 40 horas o más

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

5. ¿Cuál es el principal problema de salud, la enfermedad prolongada o la discapacidad que tiene la persona a la que cuida? (370-371)

DE SER NECESARIO: Dígame, ¿cuál de las siguientes afecciones cree que es el mayor problema?

[NO LE LEA: REGISTRE UNA RESPUESTA]

- 1 Artritis/Reumatismo
- 2 Asma
- 3 Cáncer
- 4 Afecciones respiratorias crónicas como enfisema o epoc
- 5 Demencia u otros trastornos por deterioro cognitivo
- 6 Discapacidades del desarrollo como autismo, síndrome de Down y espina bífida
- 7 Diabetes
- 8 Enfermedades cardíacas, hipertensión, accidentes cerebrovasculares
- 9 Infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
- 10 Enfermedad mental como ansiedad, depresión o esquizofrenia
- 11 Otra enfermedad o insuficiencia en un órgano como problemas de riñón o hígado
- 12 Trastornos de la adicción o abuso de sustancias
- 13 Lesiones, incluidas fracturas de huesos
- 14 Vejez/achaques/fragilidad
- 15 Otra

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

6. En los últimos 30 días, ¿le proporcionó ayuda a esta persona al... (372)

...manejar su cuidado personal como administrarle medicamentos, ayudar con la alimentación, ayudarla a vestirse o bañarse?

- 1 Sí
 - 2 No

 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar
7. En los últimos 30 días, ¿le proporcionó ayuda a esta persona al... (373)

...manejar tareas del hogar como limpiar, manejar dinero o preparar comidas?

- 1 Sí
 - 2 No

 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar
8. ¿Cuál de los siguientes servicios de apoyo necesita MÁS, pero no recibe actualmente? (374)

[NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI EL ENCUESTADO PREGUNTA QUÉ ES EL CUIDADO DE RELEVO]: Cuidado de relevo significa descansos de corto o de largo plazo para quienes proporcionan cuidados a otra persona.

[LEA LAS OPCIONES 1 – 6]

- 1 Clases sobre cómo proporcionar cuidado, cómo administrar medicamentos
- 2 Ayuda para acceder a servicios
- 3 Grupos de apoyo
- 4 Consejería individual para ayudar a sobrellevar el proporcionar cuidados a otra persona
- 5 Cuidado de relevo
- 6 No necesita ninguno de estos servicios de apoyo

[NO LE LEA]

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

[Si P1 = 1 u 8, PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]

9. En los próximos 2 años, ¿tiene pensado proporcionar cuidados o asistencia a un amigo o un familiar con problemas de salud o una discapacidad?

(375)

- 1 Sí
- 2 No

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

Módulo 7: Deterioro cognitivo

NOTA DE CATI: Si el entrevistado tiene 45 años o más continúe, de lo contrario pase al siguiente módulo.

Introducción: Las siguientes preguntas son sobre las dificultades para pensar o recordar que pueden hacer una gran diferencia en las actividades de la vida diaria. Esto no se refiere a olvidarse ocasionalmente las llaves o el nombre de alguien que conoció recientemente, lo cual es normal. Esto se refiere al estado de confusión o pérdida de la memoria que sucede cada vez con mayor frecuencia o que empeora, como por ejemplo, olvidarse cómo hacer las cosas que hace desde siempre u olvidar cosas que normalmente sabe. Queremos saber cómo lo afectan estas dificultades.

1. En los últimos 12 meses, ¿ha experimentado confusión o pérdida de memoria que sucede cada vez con más frecuencia o que empeora?

(376)

- 1 Sí
- 2 No **[Pase al siguiente módulo]**

- 7 No sabe **[Pase a P2]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase al siguiente módulo]**

2. En los últimos 12 meses, ¿como resultado de la confusión o pérdida de memoria, con qué frecuencia ha dejado de hacer las actividades de la vida diaria o tareas del hogar que solía hacer, como por ejemplo, cocinar, limpiar, tomar medicamentos, conducir o pagar cuentas?

(377)

Por favor léale:

- 1 En todo momento
- 2 Usualmente
- 3 A veces
- 4 Casi nunca
- 5 Nunca

- 7 No sabe
- 9 Se niega a contestar

3. Como resultado de la confusión o pérdida de memoria, ¿con qué frecuencia necesita ayuda con estas actividades de la vida diaria? (378)

Por favor léale:

- | | | |
|---|----------------------|-------------|
| 1 | En todo momento | |
| 2 | Usualmente | |
| 3 | A veces | |
| 4 | Casi nunca | [Pase a P5] |
| 5 | Nunca | [Pase a P5] |
| 7 | No sabe | [Pase a P5] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a P5] |

NOTA DE CATI: Si P3 = 1, 2 o 3, continúe. Si P3 = 4, 5, 7 o 9 pase a P5.

4. Cuando usted necesita ayuda con estas actividades de la vida diaria, ¿con qué frecuencia suele obtener la ayuda que necesita? (379)

Por favor léale:

- | | |
|---|----------------------|
| 1 | En todo momento |
| 2 | Usualmente |
| 3 | A veces |
| 4 | Casi nunca |
| 5 | Nunca |
| 7 | No sabe |
| 9 | Se niega a contestar |

5. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha interferido la confusión o la pérdida de memoria en su capacidad de trabajar, trabajar de voluntario o participar en actividades sociales fuera de la casa? (380)

Por favor léale:

- | | |
|---|----------------------|
| 1 | En todo momento |
| 2 | Usualmente |
| 3 | A veces |
| 4 | Casi nunca |
| 5 | Nunca |
| 7 | No sabe |
| 9 | Se niega a contestar |

6. ¿Ha hablado usted u otra persona con un profesional de atención médica sobre su confusión o pérdida de memoria? (381)

- | | |
|---|----|
| 1 | Sí |
|---|----|

- 2 No
- 7 No sabe
- 9 Se niega a contestar

Módulo 8: Bebidas endulzadas con azúcar

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de las bebidas azucaradas.

1. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tomó gaseosas (refrescos con gas) regulares que contenían azúcar? No incluya las gaseosas dietéticas. (382-384)

Por favor léale: Usted puede responder por día, semana o mes: por ejemplo, dos veces al día, una vez a la semana, etc.

- 1__ Veces por día
- 2__ Veces por semana
- 3__ Veces por mes

No le lea:

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

2. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tomó bebidas de frutas endulzadas con azúcar (como Kool-aid y limonada), té endulzado, bebidas deportivas o energéticas (como Gatorade y Red Bull)? No incluya los jugos de frutas al 100 %, bebidas dietéticas o bebidas con edulcorantes artificiales.

Por favor léale: Usted puede responder por día, semana o mes: por ejemplo, dos veces al día, una vez a la semana, etc. (385-387)

- 1__ Veces por día
- 2__ Veces por semana
- 3__ Veces por mes

No le lea:

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

Módulo 9: Etiquetado de menús

1. La pregunta siguiente es acerca de las comidas afuera de la casa, ya sea en cadenas de restaurantes o restaurantes de comida rápida. Cuando el restaurante ofrece información sobre el contenido de calorías, ¿con qué frecuencia utiliza esta información para escoger el plato que va a ordenar?

(388-389)

Por favor léale:

- 01 En todo momento
- 02 La mayoría de las veces
- 03 Más o menos la mitad de las veces
- 04 A veces
- 05 Nunca

No le lea:

- 06 Nunca observó ni buscó la información sobre las calorías
- 08 Por lo general no encuentra la información sobre las calorías
- 55 No come en restaurantes de comida rápida o de cadena
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

Módulo 10: Consumo de marihuana

1. En los últimos 30 días, ¿cuántos días consumió marihuana o hachís? (390-391)

- | | | | |
|---|----|------------------------|-----------------------------------|
| — | — | 01-30 Número de días | |
| 8 | 8. | Ninguno | [Pase al siguiente módulo] |
| 7 | 7. | No sabe/No está seguro | [Pase al siguiente módulo] |
| 9 | 9. | Se niega a contestar | [Pase al siguiente módulo] |

2. Durante los últimos 30 días, ¿cómo consumió la marihuana? Por favor marque todas las respuestas que correspondan. ¿Usted...

[NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Use clarificación en paréntesis solo si es necesario. Por favor, léale despacio todas las modalidades sucesivamente]

- | | | | |
|---|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1 | ... | la fumó? (por ejemplo: en un cartucho, pito, pipa, cachimba o porro) | (392-397) |
| 2 | ... | la comió? (por ejemplo: en pastelitos o <i>brownies</i> , pasteles, galletas o dulces) | |
| 3 | ... | la bebió? (por ejemplo: en té, gaseosa o bebida alcohólica) | |
| 4 | ... | la vaporizó? (por ejemplo, en un aparato para vaporizar similar a los cigarrillos electrónicos) | |
| 5 | ... | le extrajo concentrados (<i>dabbing</i>)? (por ejemplo, usando gas butano para extraer aceite de hachís, cera o concentrados) | |
| 6 | ... | la consumió de alguna otra manera? | |
| 7 | | No sabe/No está seguro | |
| 9 | | Se niega a contestar | |

Módulo 11: Trastorno del sueño

Quisiera hacerle algunas preguntas sobre sus patrones de sueño.

1. Durante las últimas 2 semanas, ¿cuántos días ha tenido problemas para dormir o mantener el sueño o ha dormido demasiado? (398-399)

__ 01-14 días

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

2. Durante las últimas 2 semanas, ¿cuántos días se quedó dormido involuntariamente durante el día?

(400-401)

__ 01-14 días

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

3. ¿Le dijeron alguna vez que ronca muy fuerte? (402)

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

4. ¿Alguien observó alguna vez que usted dejara de respirar mientras dormía? (403)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: También ingrese "sí", si el encuestado menciona que tiene una máquina o CPAP que registra que su respiración a veces se detiene durante la noche.

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

Módulo 12: Antecedentes de asma en adultos

NOTA DE CATI: Si la respuesta a la pregunta básica P6.4 es "Sí", continúe. De lo contrario, pase al siguiente módulo.

Usted dijo anteriormente que un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le informó que usted tenía asma.

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

(404-405)

- — Edad en años 11 o más [96 = 96 o más]
 9 7 10 años o menos
 9 8 No sabe/No está seguro

9 9 Se niega a contestar

NOTA DE CATI: Si la respuesta a la pregunta básica P6.5 es "Sí", continúe. De lo contrario, pase al siguiente módulo.

2. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido algún episodio o ataque de asma? (406)
- | | | |
|---|------------------------|--------------------|
| 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. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces fue a una sala de emergencias o un centro de atención de urgencias debido a su asma? (407-408)
- | | |
|-----|--------------------------------------------|
| — — | Cantidad de visitas [87 = 87 o más] |
| 8 8 | Ninguna |
| 9 8 | No sabe/No está seguro |
| 9 9 | Se niega a contestar |
4. **[Si la respuesta a P3 es una o más visitas, pregunte “Además de esas visitas a la sala de emergencias o a urgencias”]** En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces fue a ver a un médico, un enfermero u otro profesional de la salud para recibir tratamiento de urgencia debido a que empeoraron sus síntomas del asma? (409-410)
- | | |
|-----|--------------------------------------------|
| — — | Cantidad de visitas [87 = 87 o más] |
| 8 8 | Ninguna |
| 9 8 | No sabe/No está seguro |
| 9 9 | Se niega a contestar |
5. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces fue a ver a un médico, enfermero u otro profesional de la salud para hacerse un chequeo de rutina del asma? (411-412)
- | | |
|-----|--------------------------------------------|
| — — | Cantidad de visitas [87 = 87 o más] |
| 8 8 | Ninguna |
| 9 8 | No sabe/No está seguro |
| 9 9 | Se niega a contestar |
6. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días no pudo trabajar o suspendió sus actividades habituales debido al asma? (413-415)
- | | |
|-------|------------------------|
| — — — | Cantidad 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 flema 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...?

(416)

NOTA: Flema

Por favor 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 impidieron o le dificultaron dormir? ¿Diría usted que...?

(417)

Por favor léale:

- 8 Ninguno
1 Uno o dos
2 Tres o cuatro
3 Cinco
4 Entre seis y 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 PREVENIR ataques de asma?

(418)

Por favor léale:

- 8 Nunca
1 1 a 14 días

- 2 15 a 24 días
- 3 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 de venta bajo receta para DETENER UN ATAQUE DE ASMA? (419)

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.

Lea lo siguiente solo si es necesario:

- 8 Nunca (incluya si no ha tenido ataques en los últimos 30 días)
- 1 1 a 4 veces (en los últimos 30 días)
- 2 5 a 14 veces (en los últimos 30 días)
- 3 15 a 29 veces (en los últimos 30 días)
- 4 30 a 59 veces (en los últimos 30 días)
- 5 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 13: Influenza

NOTA DE CATI: Si P12.1 = 1 (Sí) continúe; de lo contrario pase al siguiente módulo.

Anteriormente, usted me dijo que había recibido la vacuna contra la influenza en los últimos 12 meses.

Léale solo si es necesario:

¿En qué tipo de establecimiento recibió la vacuna contra la influenza la última vez? (420-421)

- 0 1 Un consultorio médico o clínica de una organización de atención médica administrada (HMO)

- 0 2 Un departamento de salud
- 0 3 Otro tipo de clínica o centro de salud (por ejemplo, un centro comunitario de salud)
- 0 4 Un centro para personas de edad avanzada, de recreación o comunitario
- 0 5 Un negocio (por ejemplo, un supermercado, una farmacia)
- 0 6 Un hospital (por ejemplo, donde se internan pacientes)
- 0 7 Una sala de emergencias
- 0 8 En su lugar de trabajo
- 0 9 En su lugar de trabajo
- 1 0 Recibió la vacuna en México o Canadá (Voluntario: No le lea)
- 1 1 En la escuela
- 7 7 No sabe/No está seguro (**Pregunte: “¿Cómo describiría el lugar donde usted se puso la vacuna más reciente contra la influenza?”**).

No le lea:

- 9 9 Se niega a contestar

Módulo 14: Virus del papiloma humano (VPH) en adultos

NOTA DE CATI: Estas preguntas son para encuestados de entre 18 y 49 años; de lo contrario, pase al siguiente módulo.

NOTA: Virus del papiloma humano o VPH; Gardasil; Cervarix

1. Hay una vacuna para prevenir el virus del papiloma humano o VPH y la infección que causa, llamada vacuna contra el cáncer de cuello uterino o contra las verrugas genitales, o vacuna contra el VPH [**“GARDASIL o CERVARIX”, si es mujer; o “GARDASIL”, si es hombre**]. ¿ALGUNA VEZ le han puesto la vacuna contra el VPH? (422)
 - 1 Sí
 - 2 No [Pase al siguiente módulo]
 - 3 El médico no quiso ponérsela cuando le 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? (423-424)
 - Cantidad de inyecciones
 - 0 3 Todas las inyecciones
 - 7 7 No sabe/No está seguro
 - 9 9 Se niega a contestar

Módulo 15: Culebrilla (herpes zóster)

NOTA DE CATI: Si la persona encuestada tiene < 49 años, pase al siguiente módulo.

1. La culebrilla es causada por el virus de la varicela. Es un brote de sarpullido o ampollas en la piel que puede causar dolor intenso. Desde mayo del 2006 existe una vacuna

contra la culebrilla; se llama Zostavax®, vacuna contra el herpes zóster o vacuna contra la culebrilla (shingles, en inglés). ¿Le han puesto esta vacuna?

(425)

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

Módulo 16: Exposición excesiva al sol

1. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha tenido una quemadura de sol en la piel rojiza o dolorosa que haya durado un día o más?

(426)

- 8 Nunca
- 1 Una vez
- 2 Dos
- 3 Tres veces
- 4 Cuatro veces
- 5 Cinco veces o más
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

Módulo 17: Supervivencia al cáncer

NOTA DE CATI: Si la respuesta a la pregunta básica P6.6 o P6.7 = 1 (Sí) o P17.6 = 4 (porque le dijeron que tenía cáncer de próstata), continúe; de lo contrario, pase al siguiente módulo.

Usted nos dijo que había tenido cáncer. Me gustaría hacerle algunas preguntas más sobre esta enfermedad.

1. ¿Cuántos tipos diferentes de cáncer ha tenido?

(427)

- 1 Solo uno
- 2 Dos
- 3 Tres o más
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

[Pase al siguiente módulo]
[Pase al siguiente módulo]

2. ¿Qué edad tenía cuando le dijeron que tenía cáncer?

(428-429)

- Codifique la edad en años **[97 = 97 y más]**
- 9 8 No sabe/No está seguro

9 9 Se niega a contestar

NOTA DE CATI: Si P1 = 2 (dos) o 3 (tres o más), pregunte: "¿A qué edad le diagnosticaron cáncer?".

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

NOTA DE CATI: Si la respuesta a la pregunta básica P6.6 = 1 (Sí) y P1 = 1 (solo uno), pregunte: "¿Era 'melanoma' u 'otro tipo de cáncer de piel'?". Luego codifique 21 si era "melanoma" o 22 si era "otro tipo de cáncer de piel".

NOTA DE CATI: Si la respuesta a la pregunta básica P16.6 = 4 (porque le dijeron que tenía cáncer de próstata) y P1 = 1 (solo uno), codifique 19.

3. ¿Qué tipo de cáncer era?

(430-431)

Si P1 = 2 (dos) o 3 (tres o más), pregunte: "¿Qué tipo de cáncer le diagnosticaron más recientemente?".

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Léale la lista solo si la persona encuestada necesita que la ayuden a identificar el tipo de cáncer (es decir, el nombre del cáncer) [1-30]:

Mama (seno)

0 1 Cáncer de mama

Aparato reproductor femenino (cáncer ginecológico)

0 2 Cáncer de cuello uterino (cáncer cervical)

0 3 Cáncer endometrial (cáncer de útero)

0 4 Cáncer ovárico (cáncer de ovario)

Cabeza/cuello

0 5 Cáncer de cabeza y cuello

0 6 Cáncer bucal

0 7 Cáncer faríngeo (garganta)

0 8 Cáncer de la tiroides

0 9 Cáncer de laringe

Gastrointestinal

1 0 Cáncer de colon (intestino)

1 1 Cáncer esofágico (esófago)

1 2 Cáncer hepático (hígado)

1 3 Cáncer pancreático (páncreas)

1 4 Cáncer rectal (recto)

1 5 Cáncer de estómago

Leucemia/linfoma (ganglios linfáticos y médula ósea)

1 6 Linfoma de Hodgkin (enfermedad de Hodgkin)

1 7 Leucemia (cáncer de la sangre)

1 8 Linfoma no hodgkiniano

Aparato reproductor masculino

- 1 9 Cáncer de próstata
- 2 0 Cáncer testicular

Piel

- 2 1 Melanoma
- 2 2 Otro tipo de cáncer de piel

Tórax

- 2 3 Cáncer de corazón
- 2 4 Cáncer de pulmón

Cáncer de las vías urinarias

- 2 5 Cáncer de la vejiga
- 2 6 Cáncer renal (riñón)

Otros

- 2 7 Cáncer de huesos
- 2 8 Cáncer de cerebro
- 2 9 Neuroblastoma
- 3 0 Otro

No le lea:

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

4. Actualmente, ¿está recibiendo tratamiento para el cáncer? Por tratamiento nos referimos a operación, radioterapia, quimioterapia o píldoras para quimioterapia.

(432)

- | | | |
|---|------------------------------------|-----------------------------------|
| 1 | Sí | [Pase al siguiente módulo] |
| 2 | No, ya completé el tratamiento | |
| 3 | No, yo rechacé el tratamiento | [Pase al siguiente módulo] |
| 4 | No, no he comenzado el tratamiento | [Pase al siguiente módulo] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase al siguiente módulo] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase al siguiente módulo] |

5. ¿Qué tipo de doctor le proporciona la mayor parte de su atención médica?

(433-434)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si la persona encuestada pide que le aclare esta pregunta, dígame: “Queremos saber qué tipo de doctor ve con más frecuencia si se enferma o para consultas médicas regulares (por ejemplo: exámenes anuales o físicos, tratamiento de resfriados, etc.)”.

Por favor léale [1-10]:

- 0 1 Cirujano especialista en cáncer
- 0 2 Médico de familia
- 0 3 Cirujano general
- 0 4 Ginecólogo oncólogo
- 0 5 Médico general o internista
- 0 6 Cirujano plástico o de cirugía reconstructiva
- 0 7 Oncólogo
- 0 8 Oncólogo radiólogo
- 0 9 Urólogo
- 1 0 Otro

No le lea:

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

6. ¿ALGUNA VEZ un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le proporcionó un resumen escrito de todos los tratamientos contra el cáncer que ha recibido? (435)

Lea lo siguiente solo si es necesario: "Por 'otro profesional de la salud' nos referimos a un enfermero especializado, un auxiliar médico, un trabajador social o algún otro profesional con licencia para ejercer".

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

7. ¿ALGUNA VEZ un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le dio instrucciones sobre *a qué lugar* debería volver o *a quién* debería consultar para que le hicieran chequeos rutinarios de cáncer después de completar su tratamiento contra esa enfermedad? (436)

- 1 Sí
- 2 No [Pase a P9]
- 7 No sabe/No está seguro [Pase a P9]
- 9 Se niega a contestar [Pase a P9]

8. ¿Le dieron estas instrucciones impresas o por escrito? (437)

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

9. Cuando le diagnosticaron el cáncer más reciente, ¿tenía un seguro médico que pagara todo o parte de su tratamiento? (438)
- 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.

10. ¿ALGUNA VEZ le negaron un seguro médico o de vida debido a su cáncer? (439)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

11. ¿Participó en estudios clínicos como parte de su tratamiento contra el cáncer? (440)
- 1 Sí
 - 2 No
 - 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

12. ¿Actualmente tiene dolor físico debido a su cáncer o a su tratamiento? (441)
- 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]

13. ¿Su dolor está bajo control actualmente? (442)
- Por favor léale:**
- 1 Sí, con medicamentos (o tratamiento)
 - 2 Sí, sin medicamentos (o tratamiento)
 - 3 No, con medicamentos (o tratamiento)
 - 4 No, sin medicamentos (o tratamiento)
- No le lea:**
- 7 No sabe/No está seguro
 - 9 Se niega a contestar

Módulo 18: Examen clínico de las mamas para la salud de las mujeres

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

1. 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 si hay bultos. ¿Alguna vez le han hecho un examen clínico de mama? (443)
- | | | |
|---|------------------------|-----------------------------------|
| 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. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo un examen de mama? (444)
- | | |
|---|-------------------------------------------------------------|
| 1 | En el último año (hace menos de 12 meses) |
| 2 | En los últimos 2 años (hace más de 1 año, pero menos de 2) |
| 3 | En los últimos 3 años (hace más de 2 años, pero menos de 3) |
| 4 | En los últimos 5 años (hace más de 3 años, pero menos de 5) |
| 5 | Hace 5 años o más |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar |

Módulo 19: Decisión para hacerse la prueba de detección del cáncer de próstata

NOTA DE CATI: Si la respuesta a P17 de la sección básica y pregunta 4 = 1 (le han hecho una prueba del PSA) continúe; de lo contrario, pase al siguiente módulo.

1. ¿Cuál de las siguientes describe mejor la decisión de hacerse una prueba del PSA? (445)
- Léale:**
- | | | |
|---|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 1 | Usted tomó la decisión por su cuenta | [Pase al siguiente módulo] |
| 2 | Su médico, enfermera o proveedor de atención médica tomaron la decisión | [Pase al siguiente módulo] |
| 3 | Usted y una o más personas tomaron la decisión juntos | |
| 4 | No recuerda cómo se tomó esa decisión | [Pase al siguiente módulo] |
- No le lea:**
- | | |
|---|----------------------|
| 9 | Se niega a contestar |
|---|----------------------|

2. ¿Quién tomó la decisión con usted? (Marque todas las que correspondan) (446-449)

- 1 Médico/enfermera/proveedor de atención médica
- 2 Esposa/pareja
- 3 Otro familiar
- 4 Amigo/persona que no es de la familia
- 8 No indica otras opciones
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

Módulo 20: Sector laboral y ocupación

Si la respuesta a la pregunta básica P8.15 = 1 o 4 (empleado asalariado o desempleado desde hace menos de 1 año) o 2 (trabajador independiente), continúe; de lo contrario, pase al siguiente módulo.

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su trabajo.

Si la respuesta a la pregunta básica P8.15 = 1 (empleado asalariado) o 2 (trabajador independiente), pregunte:

1. ¿Qué tipo de trabajo realiza usted? Por ejemplo, enfermero titulado, personal de limpieza, cajero, mecánico de automóviles.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si la persona encuestada no lo tiene claro, pregunte: "¿Cuál es su cargo o título de trabajo o el nombre que se le da a lo que usted hace?".

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si el encuestado tiene más de un trabajo, entonces pregunte: "¿Cuál es su trabajo principal?".

[Anote la respuesta] _____ (450-549)
99 Se niega a contestar

o

Si la respuesta a la pregunta básica P8.15 = 4 (desempleado por menos de 1 año), pregunte:

"¿Qué tipo de trabajo hacía?". Por ejemplo, enfermero titulado, personal de limpieza, cajero, mecánico de automóviles.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si el encuestado no lo tiene claro, pregunte: "¿Cuál **era** su cargo o título de trabajo?".

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si el encuestado tiene más de un trabajo, entonces pregunte: "¿Cuál **era** su trabajo principal?".

[Anoté la respuesta] _____
99 Se niega a contestar

Si la respuesta a la pregunta básica P8.15 = 1 (empleado asalariado) o 2 (trabajador independiente), pregunte:

2. ¿En qué sector o área comercial trabaja? por ejemplo, hospitalario, escuela primaria, fabricación de ropa, restaurantes.

[Anoté la respuesta] _____ (550-649)
99 Se niega a contestar

o

Si la respuesta a la pregunta básica P8.15 = 4 (desempleado por menos de 1 año), pregunte:

- ¿En qué tipo de negocio o industria **trabajaba** usted? por ejemplo, hospitalario, escuela primaria, fabricación de ropa, restaurantes.

[Anoté la respuesta] _____
99 Se niega a contestar

Módulo 21: Orientación e identidad sexual

Las siguientes dos preguntas son acerca de la orientación e identidad sexual.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Hacemos estas preguntas para entender mejor la salud y las necesidades de atención médica de las personas con distintas orientaciones sexuales.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Por favor diga el número que se encuentra antes del texto de la respuesta. La persona encuestada puede responder ya sea con el número o con el texto o palabras.

1. Usted se considera: (650)

Por favor léale:

- 1 Heterosexual
- 2 Lesbiana o gay (homosexual)
- 3 Bisexual

No le lea:

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

2. ¿Usted se considera transexual?

(651)

Si la respuesta es "Sí", pregunte: "¿Se considera transexual 1. de sexo masculino a femenino, 2. de sexo femenino a masculino o 3. no se clasifica con ningún sexo?".

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Por favor diga el número que se encuentra antes del texto de una respuesta de "Sí". La persona encuestada puede responder ya sea con el número o con el texto o palabras.

- | | |
|---|-------------------------------------------------|
| 1 | Sí, transexual, de masculino a femenino |
| 2 | Sí, transexual, de femenino a masculino |
| 3 | Sí, transexual, no se clasifica con ningún sexo |
| 4 | No |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar |

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si le piden una definición de transexual:

Algunas personas se describen a sí mismas como transexuales cuando tienen una identidad sexual distinta al sexo con el cual nacieron. Por ejemplo, una persona que haya nacido con un cuerpo de hombre, pero que se sienta mujer o viva como mujer sería transexual. Algunas personas transexuales cambian su apariencia física para que concuerde con su identidad sexual interior. Algunas personas transexuales toman hormonas y se han hecho alguna operación. Una persona transexual puede tener cualquier orientación sexual: heterosexual, gay (homosexual), lesbiana o bisexual.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si le piden una definición de "que no se clasifica con ningún sexo":

Algunas personas consideran **que no se clasifican** con ningún sexo cuando no se identifican ni como puramente hombre ni como puramente mujer.

Módulo 22: Selección aleatoria de niños

NOTA DE CATI: Si la respuesta a la pregunta básica P8.16 = 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 P8.16 = 1, por favor léale: "Usted mencionó anteriormente que en su casa había un niño de 17 años o menos. Quisiera hacerle algunas preguntas sobre ese niño".
[Pase a P1]

Si la respuesta a la pregunta básica P8.16 es >1 y la respuesta a la pregunta básica P8.16 no es 88 ni 99, por favor léale: "Usted mencionó anteriormente que en su casa había [cantidad] niños de 17 años

o menos. Piense en esos **[cantidad]** niños en orden de nacimiento, de mayor a menor. El niño mayor es el primero en nacer y el menor es el último. Incluya también a los niños que tengan la misma fecha de nacimiento, como los mellizos o gemelos, de acuerdo al orden de nacimiento”.

INSTRUCCIONES DE CATI: ELIJA AL AZAR UNO DE LOS NIÑOS. Este es el "X.º" niño. 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 me referiré es el "X.º" **[CATI: Por favor indique el número correspondiente]** de los niños que viven en su casa. Todas las preguntas que le haré a continuación se referirán al "X.º" niño **[CATI: por favor llene los espacios]**.

1. ¿En qué mes y año nació el "X.º" niño? (652-657)

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

INSTRUCCIONES DE CATI: Calcule la edad del niño en meses (EDADNIÑO1=0 a 216) y también la edad en años (EDADNIÑO2=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 día del nacimiento. Si el niño seleccionado tiene <12 meses, ingrese los meses calculados en EDADNIÑO1 y 0 en EDADNIÑO2. Si el niño tiene ≥12 meses, ingrese los meses calculados en EDADNIÑO1 y anote EDADNIÑO2=Trunco (EDADNIÑO1/12).

2. ¿El niño en cuestión, es niño o niña? (658)

1	Niño
2	Niña
9	Se niega a contestar

3. ¿Es el niño hispano, latino o de origen español? (659-662)

Si la respuesta es sí, pregunte: ¿Es...?

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Tal vez se necesite seleccionar más de una categoría.

1	Mexicano, mexicanoamericano, chicano
2	Puertorriqueño
3	Cubano

4 De otro origen latino o hispano, o español

No le lea:

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

4. ¿Cuál o cuáles de los siguientes diría usted que es el grupo racial del niño? (663-692)

(Seleccione todos los que correspondan).

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si se selecciona 40 (asiático) o 50 (isleño del Pacífico), lea y codifique la subcategoría bajo el título principal.

10 Blanco

20 Negro o afroamericano

30 Indoamericano o nativo de Alaska

40 Asiático

- 41 Indoasiático
- 42 Chino
- 43 Filipino
- 44 Japonés
- 45 Coreano
- 46 Vietnamita
- 47 Otro origen asiático

50 Isleño del Pacífico

- 51 Nativo de Hawái
- 52 Guameño o chamorro
- 53 Samoano
- 54 Otro isleño del Pacífico

No le lea:

- 60 Otro
- 88 No indica otras opciones
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

5. ¿Cuál de los siguientes grupos diría usted que es el más representativo de la raza del niño?

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si se selecciona 40 (asiático) o 50 (isleño del Pacífico), lea y codifique la subcategoría bajo el título principal.

- 10 Blanco**
 - 20 Negro o afroamericano**
 - 30 Indoamericano o nativo de Alaska**
 - 40 Asiático**
 - 41 Indoasiático
 - 42 Chino
 - 43 Filipino
 - 44 Japonés
 - 45 Coreano
 - 46 Vietnamita
 - 47 Otro origen asiático
 - 50 Isleño del Pacífico**
 - 51 Nativo de Hawái
 - 52 Guameño o chamorro
 - 53 Samoano
 - 54 Otro isleño del Pacífico
- No le lea:**
- 60 Otro
 - 77 No sabe/No está seguro
 - 99 Se niega a contestar

6. ¿Qué relación tiene usted con el niño?

(695)

Por favor léale:

- 1 Padre o madre (incluya padre o madre biológicos, padrastro o madrastra, o padre o madre adoptivos)
- 2 Abuelo o abuela
- 3 Tutor legal o padre sustituto (*foster parent*)
- 4 Hermano o hermana (incluya hermanos biológicos, hermanastros o hermanos adoptivos)
- 5 Otro familiar
- 6 No tiene ninguna relación

No le lea:

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

Módulo 23: Prevalencia del asma infantil

NOTA DE CATI: Si la respuesta a la pregunta básica P8.16 = 88 (ninguno) o 99 (se niega a contestar), pase al siguiente módulo.

Las siguientes dos preguntas son acerca del "X.º" niño [CATI: Complete con el número correspondiente al niño].

1. ¿ALGUNA VEZ un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le ha dicho que el niño tenía asma? (696)
- | | | |
|---|------------------------|----------------------------|
| 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? (697)
- | | | |
|---|------------------------|--|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | |
| 7 | No sabe/No está seguro | |
| 9 | Se niega a contestar | |

Módulo 24: Apoyo emocional y satisfacción con la vida

1. ¿Con qué frecuencia obtiene el apoyo social y emocional que necesita? (698)
- NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** Si se lo preguntan, diga: "Por favor incluya el apoyo que recibe de cualquier fuente".
- Por favor léale:**
- | | |
|---|---------------|
| 1 | Siempre |
| 2 | Usualmente |
| 3 | Algunas veces |
| 4 | Casi nunca |
| 5 | Nunca |
- No le lea:**
- | | |
|---|------------------------|
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar |

2. En términos generales, ¿cuán satisfecho está con su vida? (699)

Por favor 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

Módulo 25: Discapacidad

1. ¿Tiene algún problema físico, mental o emocional que limite de alguna manera sus actividades? (700)

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

2. ¿Tiene actualmente algún problema de salud que requiera que use algún equipo especial, como un bastón, una silla de ruedas, una cama especial o un teléfono especial? (701)

NOTA: Incluya el uso ocasional o en ciertas circunstancias.

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

Guion para pedir permiso para volver a llamar y preguntar sobre el asma

Quisiéramos llamarlo de nuevo dentro de 2 semanas para hablar más en detalle de su experiencia (o la de su hijo) con el asma. La información se utilizará para ayudar a crear y mejorar programas contra el asma en <ESTADO>. La información que nos dio hoy y la que nos dará en el futuro se mantendrá confidencial. Si usted está de acuerdo, 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 o las otras personas pueden decidir no participar en el futuro. ¿Le parece bien que lo llamemos de nuevo en una fecha posterior para hacerle preguntas adicionales sobre el asma?

(702)

- 1 Sí
- 2 No

¿Me puede proporcionar el nombre o las iniciales (de usted/de su hijo) para que sepamos por quién debemos preguntar cuando llamemos de nuevo?

_____ Escriba el nombre o las iniciales.

Selección para llamada de seguimiento sobre el asma

¿Qué persona del hogar fue seleccionada como la persona para el seguimiento sobre al asma?

(703)

- 1 Adulto
- 2 Niño

MLS - 261194