



**2015**

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

**29 de diciembre de 2014**

# Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento Cuestionario del 2015

## Índice

<b>Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento .....</b>	<b>2</b>
<b>Índice .....</b>	<b>2</b>
<b>Secciones básicas .....</b>	<b>8</b>
Sección 1: Estado de salud.....	8
Sección 2: Días en los que se siente bien de salud: calidad de vida en relación con la salud	8
Sección 3: Acceso a atención médica.....	9
Sección 4: Conocimiento de su hipertensión (presión arterial alta) .....	10
Sección 5: Conocimiento de su colesterol.....	11
Sección 6: Afecciones crónicas.....	12
Sección 7: Información demográfica .....	15
Sección 8: Consumo de tabaco.....	24
Sección 9: Consumo de alcohol.....	26
Sección 10: Frutas y verduras.....	27
Sección 11: Ejercicio (Actividad física) .....	31
Sección 12: Carga de la artritis .....	32
Sección 13: Uso del cinturón de seguridad .....	34
Sección 14: Vacunación.....	35
Sección 15: VIH/sida.....	36
<b>Módulos opcionales.....</b>	<b>38</b>
Módulo 1: Prediabetes .....	38
Módulo 2: Diabetes .....	38
Módulo 3: Días en los que se siente bien de salud (síntomas).....	41
Módulo 4: Cuidador.....	42
Módulo 5: Deterioro de la vista y acceso al cuidado médico de los ojos.....	45
Módulo 6: Deterioro cognitivo.....	48
Módulo 7: Conductas relacionadas con la sal o el sodio .....	50
Módulo 8: Antecedentes de asma en adultos.....	51
Módulo 9: Salud cardiovascular .....	54
Módulo 10: Control de la artritis.....	56
Módulo 11: Tétanos y difteria (Tdap) (adultos).....	57
Módulo 12: Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) para adultos.....	57
Módulo 13: Culebrilla (Zostavax o ZOS).....	58
Módulo 14: Pruebas de detección del cáncer de mama y de cuello uterino .....	58
Módulo 15: Examen clínico de mamas para detectar el cáncer de mama .....	60
Módulo 16: Pruebas de detección del cáncer colorrectal .....	61
Módulo 17: Pruebas de detección del cáncer de próstata .....	62
Módulo 18: Decisión para hacerse la prueba de detección del cáncer de próstata .....	64
Módulo 19: Sector laboral y ocupación.....	65
Módulo 20: Contexto social .....	66
Módulo 21: Orientación e identidad sexual.....	68
Módulo 22: Selección aleatoria de niños .....	69
Módulo 23: Prevalencia del asma infantil .....	72

Módulo 24: Apoyo emocional y satisfacción con la vida .....	73
Módulo 25: Ansiedad y depresión .....	74

## Guion para el encuestador

HOLA, llamo de parte del     (departamento de salud)    . Mi nombre es     (nombre)    . Estamos recopilando información acerca de la salud de los residentes de     (estado)    . Este proyecto lo lleva a cabo el departamento de salud con 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. **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 \_\_\_\_ (estado) \_\_\_\_?

Sí [Pase a pregunta para 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**

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

\_\_\_ Cantidad de adultos

**Si la respuesta es "1":**

¿Es usted el adulto?

**Si la respuesta es "Sí":**

En ese caso, usted es la persona con la que necesito hablar. 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

\_\_\_ Cantidad de mujeres

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

**Si la respuesta es "usted", pase a la página 7.**



**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.

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

**2.2** Ahora piense en su salud mental —lo 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 Ninguna  
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  
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? (98)

**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?”.**

- 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

**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

## Sección 4: Conocimiento de su hipertensión (presión arterial alta)

---

**4.1** ¿ALGUNA VEZ un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía presión arterial alta? (101)

**Lea lo siguiente solo si es necesario:** Por "otro profesional de la salud" nos referimos a una enfermera especializada, un auxiliar médico o algún otro profesional de la salud con licencia para ejercer.

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

- 1 Sí
- 2 Sí, pero se le comunicó esto a la mujer solo durante su embarazo  
[Pase a la siguiente sección]
- 3 No [Pase a la siguiente sección]
- 4 Se le dijo que tenía hipertensión arterial limítrofe o que era prehipertenso  
[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]

- 4.2 ¿Toma actualmente algún medicamento para controlar la presión arterial alta? (102)
- 1 Sí
  - 2 No
  - 7 No sabe/No está seguro
  - 9 Se niega a contestar

## Sección 5: Conocimiento de su colesterol

---

- 5.1 El colesterol sanguíneo es una sustancia grasa que se encuentra en la sangre. ¿ALGUNA VEZ le han hecho un análisis del colesterol en la sangre? (103)
- 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]**

- 5.2 ¿Cuánto hace aproximadamente que le hicieron su último análisis de colesterol en la sangre? (104)
- 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
  - 9 Se niega a contestar

- 5.3 ¿ALGUNA VEZ le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que su nivel de colesterol en la sangre es alto? (105)
- 1 Sí
  - 2 No
  - 7 No sabe/No está seguro
  - 9 Se niega a contestar

## Sección 6: Afecciones crónicas

---

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre afecciones generales.

¿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? (106)
- |   |                        |  |
|---|------------------------|--|
| 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? (107)
- |   |                        |  |
|---|------------------------|--|
| 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? (108)
- |   |                        |  |
|---|------------------------|--|
| 1 | Sí                     |  |
| 2 | No                     |  |
| 7 | No sabe/No está seguro |  |
| 9 | Se niega a contestar   |  |
- 6.4** ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía asma? (109)
- |   |                         |                      |
|---|-------------------------|----------------------|
| 1 | Sí                      |                      |
| 2 | No                      | <b>[Pase a P6.6]</b> |
| 7 | No sabe/ No está seguro | <b>[Pase a P6.6]</b> |
| 9 | Se niega a contestar    | <b>[Pase a P6.6]</b> |
- 6.5** ¿Usted todavía tiene asma? (110)
- |   |                        |  |
|---|------------------------|--|
| 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? (111)

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? (112)

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

**6.8** ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), enfisema o bronquitis crónica? (113)

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? (114)

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 nodosa)

- 6.10** ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía un trastorno depresivo (como depresión, depresión grave, distimia o depresión leve)? (115)
- |   |                        |
|---|------------------------|
| 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). (116)
- 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? (117)

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.

- 6.13** ¿A qué edad le dijeron que tenía diabetes? (118-119)
- |     |   |
|-----|---|
| __  | 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: Información demográfica

---

**7.1** Indique el sexo de la persona encuestada. **Pregunte solo si es necesario.** (120)

- 1 Masculino
- 2 Femenino

**7.2** ¿Qué edad tiene? (121-122)

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

**7.3** ¿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

7.4 ¿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 la pregunta P7.4, continúe. De lo contrario, pase a P7.6.**

7.5 ¿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 Negra o afroamericana**
  - 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

7.6 ¿Es usted...?

(157)

**Por favor léale:**

- 1 Casado
- 2 Divorciado
- 3 Viudo
- 4 Separado
- 5 Nunca estuvo casado
- 0**
- 6 Vive en pareja sin estar casado

**No le lea:**

9 Se niega a contestar

**7.7** ¿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

**7.8** ¿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.**

**7.9**                    ¿En qué condado vive? (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

**7.10**                    ¿Cuál es el código postal de donde vive? (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 P7.14 (QSTVER GE 20)**

**7.11**                    ¿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	<b>[Pase a P7.13]</b>
7	No sabe/No está seguro	<b>[Pase a P7.13]</b>
9	Se niega a contestar	<b>[Pase a P7.13]</b>

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

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

**7.13**                    ¿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

**7.14** ¿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

**7.15** ¿Es usted actualmente...?

(172)

**Por favor léale:**

- 1 Empleado asalariado
- 2 Trabajador independiente
- 3 Desempleado por 1 año o más
- 4 Ha estado desempleado por menos de 1 año
- 5 La mujer o el hombre que se ocupa de las tareas de la casa
- 6 Estudiante
- 7 Jubilado

**U**

- 8 No puede trabajar

**No le lea:**

- 9 Se niega a contestar

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

(173-174)

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

**7.17** 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

**7.18** ¿Ha usado Internet en los últimos 30 días?

(177)

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

**7.19** 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

**7.20** 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 7.22, si es mujer y tiene 45 años o más, pase a P7.22**

**7.21** 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.

**7.22** ¿Tiene actualmente algún problema físico, mental o emocional que limite de alguna manera sus actividades? (187)

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

**7.23** ¿Tiene actualmente algún problema de salud que lo obligue a usar algún tipo de equipo especial, como bastón, silla de ruedas, cama o teléfono especial? (188)

**NOTA: Incluya el uso ocasional o en ciertas circunstancias.**

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

**7.24** ¿Es ciego o tiene demasiada dificultad para ver, aun cuando usa lentes? (189)

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

**7.25** Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene problemas graves para concentrarse, recordar o tomar decisiones? (190)

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

**7.26** ¿Tiene mucha dificultad para caminar o subir las escaleras? (191)

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

**7.27** ¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse? (192)

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

**7.28** Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultad para hacer trámites solo, como ir al médico o de compras? (193)

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

## Sección 8: Consumo de tabaco

**8.1** ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida? (194)

**NOTA: 5 paquetes = 100 cigarrillos**

- |   |                        |               |
|---|------------------------|---------------|
| 1 | Sí                     |               |
| 2 | No                     | [Pase a P8.5] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a P8.5] |
| 9 | Se niega a contestar   | [Pase a P8.5] |

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

**8.2** ¿Fuma cigarrillos todos los días, algunos días o no fuma para nada? (195)

- |   |                        |               |
|---|------------------------|---------------|
| 1 | Todos los días         |               |
| 2 | Algunos días           |               |
| 3 | No fuma para nada      | [Pase a P8.4] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a P8.5] |
| 9 | Se niega a contestar   | [Pase a P8.5] |

**8.3** En los últimos 12 meses, ¿ha dejado de fumar durante un día o más debido a que estaba intentando dejar de fumar? (196)

- |   |                        |               |
|---|------------------------|---------------|
| 1 | Sí                     | [Pase a P8.5] |
| 2 | No                     | [Pase a P8.5] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a P8.5] |
| 9 | Se niega a contestar   | [Pase a P8.5] |

**8.4** ¿Cuánto tiempo hace que fumó por última vez un cigarrillo, aunque haya sido una o dos pitadas (caladas)? (197-198)

- |     |   |
|-----|---|
| 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 el último año (hace más de 6 meses, pero menos de 1 año)   |
| 0 5 | 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

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

**Snus**

**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.**

(199)

- 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 9: Consumo de alcohol

---

9.1 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? (200-202)

- 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]**

9.2 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? (203-204)

**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

**9.3** 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 = 5 para los hombres, X = 4 para las mujeres (CATI)**]?

(205-206)

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

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

(207-208)

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

## Sección 10: Frutas y verduras

---

Las preguntas siguientes son acerca de las frutas y verduras que **usted** comió o bebió en los últimos 30 días. Por favor, piense en las frutas y verduras en todas sus presentaciones, ya sea crudas o cocidas, frescas, congeladas y enlatadas. Piense en todas las comidas, refrigerios y alimentos que consumió en la casa y afuera de la casa.

Dígame con qué frecuencia **usted** comió o bebió cada uno de los siguientes alimentos, por ejemplo, una vez al día, dos veces a la semana, tres veces al mes, etcétera.

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si el encuestado responde menos de una vez al mes, ingrese “0” veces por mes. Si menciona una cifra pero no un periodo, pregúntele: “¿Esto fue por día, por semana o por mes?”**

**10.1** Durante el mes pasado, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes bebió jugos de fruta PUROS al 100%? No incluya las bebidas azucaradas con sabor a fruta ni el jugo hecho en casa endulzado con azúcar. Solo incluya el jugo que sea al 100%.

(209-211)

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

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: No incluya las bebidas de frutas endulzadas con azúcar o con otros edulcorantes como Kool-aid, Hi-C, limonada, bebida mezclada de *cranberry* (arándanos agrios), Tampico, Sunny Delight, Snapple, Fruitopia, Gatorade, Power-Ade o bebidas de yogur. No incluya los jugos de fruta que proporcionan el 100 % de la dosis recomendada diaria de vitamina C pero que contienen azúcar agregada.**

No incluya los jugos de verduras, como jugo de tomate y jugo V8, si el encuestado los menciona, pero anótelos en la pregunta 10,6 sobre “otras verduras”.

**INCLUYA jugos 100 % puros, como jugo de naranja, mango, papaya, piña, manzana, uva (roja o blanca) o toronja (pomelo). Solo incluya el jugo de *cranberry* (arándanos agrios) si la percepción del encuestado es que es jugo al 100 % sin azúcar ni edulcorantes. Las combinaciones de jugos puros al 100 % como naranja-piña, naranja-mandarina, *cranberry*-uva también son aceptables como mezclas de frutas-verduras al 100 %. También cuenta el jugo 100 % puro hecho a base de concentrado (es decir, reconstituido).**

- 10.2** Durante el mes pasado, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes comió fruta, sin contar los jugos? Incluya la fruta fresca, congelada o enlatada. (212-214)
- |       |                        |
|-------|------------------------|
| 1 __  | Por día                |
| 2 __  | Por semana             |
| 3 __  | Por mes                |
| 5 5 5 | Nunca                  |
| 7 7 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 9 9 | Se niega a contestar   |

**Lea lo siguiente solo si es necesario: “Está bien si dice un número aproximado. Incluya manzanas, bananos, salsa de manzana, naranjas, toronja (pomelo), ensalada de frutas, sandía, melón, papaya, lichis, carambolo, granada, mango, uvas y arándanos como moras o *blueberries* y fresas”.**

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: No incluya mermeladas, jaleas o conservas de frutas.**

**No incluya la fruta seca en los cereales listos para servir.**

**Anote uvas pasas y arándanos secos si el encuestado los menciona, *pero debido a que vienen en porciones pequeñas no se incluyen en la pregunta.***

**Incluya las frutas frescas en trozos, congeladas o enlatadas que se añaden al yogur, el cereal, la gelatina u otros platillos.**

**Incluya frutas de relevancia cultural y geográfica que no estén mencionadas (p. ej., genip o limoncillo, guanábana, anona o anón, higos, tamarindo, árbol del pan o frutiplan, papaturro o uva caleta, carambola, longan, lichis, blighia, rambután, etc.)**

- 10.3** Durante el mes pasado, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes comió legumbres cocidas o enlatadas como frijoles refritos, frijoles horneados, frijoles negros, garbanzos, sopa de frijoles, semillas de soya, edamame, tofu o lentejas? NO incluya las habichuelas (judías) verdes. (215-217)
- |       |                        |
|-------|------------------------|
| 1 __  | Por día                |
| 2 __  | Por semana             |
| 3 __  | Por mes                |
| 5 5 5 | Nunca                  |
| 7 7 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 9 9 | Se niega a contestar   |

Lea lo siguiente solo si es necesario: “Incluya otras legumbres redondas u ovals o guisantes (arvejas) como alubias, frijoles pintos, guisantes partidos, guisantes pintos, *hummus* (pasta de garbanzos), lentejas, semillas de soya y tofu. NO incluya las habichuelas verdes ni sus variedades, como judías verdes, ejotes, habas o habichuelas verdes de enrame”.

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** Incluya las semillas de soya llamadas también edamame, TOFU (QUESO DE SOYA), porotos, frijoles pintos, *hummus*, lentejas, frijoles negros, frijoles de cabecita negra, guisantes pintos, judías de lima y frijoles blancos.  
Incluya las hamburguesas de frijoles y hamburguesas vegetarianas.

Incluya *falafel* y *tempeh*.

**10.4** Durante el mes pasado, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes comió verduras verde oscuro como brócoli o verduras de hoja verde oscura como lechuga romana, acelga, berza o espinaca? (218-220)

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

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** Cada vez que coma una verdura cuenta como "una vez".

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** Incluya todas las ensaladas crudas de hoja verde como espinaca, *mesclun*, lechuga romana, lechuga de hoja verde oscura, *bok choy*, dientes de león, *komatsuna*, berro y *rúcula*.

No incluya la lechuga *iceberg* (de cabeza) si le mencionan este tipo de lechuga. Incluya todas las verduras verdes cocidas como col rizada, berza, verdura china (*choy*), hojas de nabo, mostaza salvaje.

**10.5** Durante el mes pasado, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes comió verduras de color naranja como batatas (camotes), calabazas, calabacines o zanahorias? (221-223)

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

Léale solo si es necesario: “La calabaza (*winter squash*) tiene corteza gruesa y dura y su carne es de color entre amarillo fuerte y naranja. Incluyen boneteras, ranúnculos y calabaza espagueti (*acorn*, *buttercup* y *spaghetti squash*)”.

**PARA EL ENCUESTADOR:** Incluya todos los tipos de zanahorias, como las largas y las de corte pequeño.

Incluya ensalada de zanahoria (p. ej., zanahorias rayadas acompañadas o no de otras frutas o verduras).

Incluya las batatas (camotes) en todas sus presentaciones, como al horno, en puré, en guisado, en tarta o fritas.

Incluya todas las variedades de calabazas de invierno de corteza dura como bonetera, cayote, zapallo, moscada, ranúnculo, delicata, ahuyama, kabocha (también conocida como Ebisu, Delica, Hoka, Hokkaido o calabaza japonesa) y calabaza espagueti. Indique todas las presentaciones, incluida la sopa.

Incluya la calabaza, incluso en sopa y en tarta. No incluya las barritas de calabaza, pasteles, panes u otro tipo de postres con cereales que contengan calabaza (es decir, similares a las barritas de zapallo y barritas de calabacín que no incluimos).

**10.6** Sin contar las verduras que ya me dijo, durante el pasado mes, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes consumió OTRAS verduras? Ejemplos de otras verduras pueden ser tomates, jugo de tomate o jugo V-8, maíz, berenjenas, guisantes, lechuga, col y papas blancas que no estén fritas, como papas al horno o en puré.

(224-226)

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

**Léale solo si es necesario:** “No cuente las verduras que ya mencionó y no incluya las papas fritas”.

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** Incluya maíz, guisantes, tomates, *okra*, betabel, coliflor, germinados de alfalfa, aguacates (palta), pepinos, cebollas, pimientos (rojo, verde, amarillo, naranja); todas las coles, incluida la ensalada de repollo estilo americano; champiñones, arveja china, guisante azucarado, habas, habichuelas verdes de enrame.

Incluya todas las verduras en todas sus presentaciones (crudas, cocidas, enlatadas o congeladas).

Incluya el jugo de tomate si el encuestado no lo mencionó en los jugos de frutas.

Incluya verduras de relevancia geográfica y cultural que no estén mencionadas (p. ej., *daikón*, jícama, pepino oriental, etc.).

No incluya el arroz ni otros granos.

No incluya productos consumidos habitualmente como salsas condimentadas como salsa de tomate (cátsup), salsa mexicana, conserva agridulce y salsa relish.

## Sección 11: Ejercicio (Actividad física)

Las preguntas siguientes son acerca del ejercicio, las actividades físicas o recreativas que realiza aparte de sus actividades cotidianas del trabajo.

**INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: Si el encuestado no tiene “tareas habituales de su trabajo” o está jubilado, puede contar la actividad física o el ejercicio que hace la mayor parte del tiempo en un mes habitual.**

**11.1** Durante el mes pasado, sin contar su trabajo diario, ¿realizó alguna actividad física o algún tipo de ejercicio como correr, caminar, calistenia, jugar al golf o labores de jardinería? (227)

- |   |                        |                       |
|---|------------------------|-----------------------|
| 1 | Sí                     |                       |
| 2 | No                     | <b>[Pase a P11.8]</b> |
| 7 | No sabe/No está seguro | <b>[Pase a P11.8]</b> |
| 9 | Se niega a contestar   | <b>[Pase a P11.8]</b> |

**11.2.** ¿A qué tipo de actividad o ejercicio dedicó más tiempo durante el mes pasado? (228-229)

- |     |                        |   |
|-----|------------------------|---|
| __  | (Especifique)          | <b>[Vea la lista de códigos para la actividad física]</b> |
| 7 7 | No sabe/No está seguro | <b>[Pase a P11.8]</b>                                     |
| 9 9 | Se niega a contestar   | <b>[Pase a P11.8]</b>                                     |

**INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: Si las actividades del encuestado no están incluidas en la lista de codificación para la actividad física, seleccione la opción “Otra”.**

**11.3** ¿Cuántas veces a la semana o al mes realizó esta actividad durante el mes pasado? (230-232)

- |       |                        |
|-------|------------------------|
| 1__   | Veces por semana       |
| 2__   | Veces por mes          |
| 7 7 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 9 9 | Se niega a contestar   |

**11.4** Cuando realizó esta actividad, ¿cuántos minutos u horas le dedicó habitualmente? (233-235)

- |       |                        |
|-------|------------------------|
| __:__ | Horas y minutos        |
| 7 7 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 9 9 | Se niega a contestar   |

**11.5** ¿Qué otro tipo de actividad física realizó en segundo lugar durante el pasado mes?  
(236-237)

- |     |                        |  |
|-----|------------------------|--|
| __  | (Especifique)          | <b>[Vea la lista de codificación para la actividad física]</b> |
| 8 8 | Ninguna otra actividad | <b>[Pase a P11.8]</b>  |
| 7 7 | No sabe/No está seguro | <b>[Pase a P11.8]</b>  |
| 9 9 | Se niega a contestar   | <b>[Pase a P11.8]</b>  |

**INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: Si las actividades del encuestado no están incluidas en la lista de codificación para la actividad física, seleccione la opción “Otra”.**

**11.6** ¿Cuántas veces a la semana o al mes realizó esta actividad durante el mes pasado?  
(238-240)

- |       |                        |
|-------|------------------------|
| 1__   | Veces por semana       |
| 2__   | Veces por mes          |
| 7 7 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 9 9 | Se niega a contestar   |

**11.7** Cuando realizó esta actividad, ¿cuántos minutos u horas le dedicó habitualmente?  
(241-243)

- |       |                        |
|-------|------------------------|
| _:__  | Horas y minutos        |
| 7 7 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 9 9 | Se niega a contestar   |

**11.8** Durante el mes pasado, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes realizó actividad física o ejercicio para FORTALECER sus músculos? NO cuente ejercicios aeróbicos como caminar, correr o andar en bicicleta. Cuente actividad física en la que use su peso corporal, como yoga, sentadillas o lagartijas, y en la que use máquinas, pesas o bandas elásticas.  
(244-246)

- |       |                        |
|-------|------------------------|
| 1__   | Veces por semana       |
| 2__   | Veces por mes          |
| 8 8 8 | Nunca                  |
| 7 7 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 9 9 | Se niega a contestar   |

## Sección 12: Carga de la artritis

---

**Si P6.9 = 1 (sí) continúe, de lo contrario pase a la siguiente sección.**

Ahora le voy a hacer preguntas sobre la artritis.

La artritis puede causar síntomas como dolor, molestias o rigidez en una articulación o alrededor de ella.

- 12.1** ¿Actualmente tiene alguna limitación para realizar alguna de sus actividades habituales a causa de los síntomas de artritis o en las articulaciones? (247)
- |   |                        |
|---|------------------------|
| 1 | Sí                     |
| 2 | No                     |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar   |

**INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR:** Si le preguntan sobre medicamentos o tratamientos, el encuestador debe decir: “Por favor responda a la pregunta con base en su experiencia actual, sin considerar si está tomando algún medicamento o si sigue un tratamiento”.

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** P12.2 se debe preguntar a todos los encuestados, sin importar su situación laboral.

- 12.2** En la pregunta siguiente, nos referimos a un trabajo remunerado. ¿Los síntomas de artritis o en las articulaciones afectan si trabaja o no, o el tipo de trabajo o la cantidad de trabajo que hace? (248)
- |   |                        |
|---|------------------------|
| 1 | Sí                     |
| 2 | No                     |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar   |

**INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR:** Si la persona encuestada responde a cada una de esas preguntas (si el encuestado trabaja o no, tipo de trabajo y cantidad de trabajo) y alguna de las respuestas es "Sí", marque toda la respuesta con "Sí".

Si le preguntan sobre medicamentos o tratamientos, el encuestador debe decir: “Por favor responda a la pregunta con base en su experiencia actual, sin considerar si está tomando algún medicamento o si sigue un tratamiento”.

- 12.3** En los últimos 30 días, ¿en qué medida los síntomas de artritis o en las articulaciones han afectado sus actividades sociales normales, como ir de compras, al cine o a reuniones religiosas o sociales? (249)
- Por favor léale [1-3]:**
- |   |           |
|---|-----------|
| 1 | Mucho     |
| 2 | Un poco   |
| 3 | Para nada |

**No le lea:**

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

**INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: Si le preguntan sobre medicamentos o tratamientos, el encuestador debe decir: “Por favor responda a la pregunta con base en su experiencia actual, sin considerar si está tomando algún medicamento o si sigue un tratamiento”.**

**12.4** Por favor, piense en los últimos 30 días, intentando recordar todos sus dolores o molestias en las articulaciones y si tomó o no medicamentos. DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿qué tan intenso fue EN PROMEDIO su dolor en las articulaciones? *Por favor responda en una escala de 0 a 10, donde 0 es ningún dolor ni molestia y 10 es el peor dolor posible.*

(250-251)

— — Anote el número [00-10]  
7 7 No sabe/No está seguro  
9 9 Se niega a contestar

## Sección 13: Uso del cinturón de seguridad

---

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

(252)

**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 carro  
9 Se niega a contestar

## Sección 14: 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™.

- 14.1** En los últimos 12 meses, ¿le pusieron una vacuna inyectable contra la influenza o una vacuna en atomizador en la nariz contra la influenza? (253)

**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                     | <b>[Pase a P14.4]</b> |
| 7 | No sabe/No está seguro | <b>[Pase a P14.4]</b> |
| 9 | Se niega a contestar   | <b>[Pase a P14.4]</b> |

- 14.2** ¿En qué mes y año recibió la vacuna más reciente contra la influenza ya sea inyectada en el brazo o en atomizador nasal? (254-259)

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

- 14.3** ¿En qué tipo de establecimiento recibió la última vez la vacuna contra la influenza? (260-261)

**LEA LO SIGUIENTE SI ES NECESARIO:**

- |     |  |
|-----|--|
| 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 (como 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 trabajo  |
| 0 9 | Otro tipo de lugar   |
| 1 0 | Recibió la vacuna en México o Canadá (Voluntario: No le lea)   |
| 1 1 | En una escuela   |
| 7 7 | No sabe/No está seguro ( <b>Pregunte: “¿Cómo describiría el lugar donde usted se puso la vacuna más reciente contra la influenza estacional?”</b> ). |

**No le lea:**

- |     |                      |
|-----|----------------------|
| 9 9 | Se niega a contestar |
|-----|----------------------|

- 14.4** 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? (262)
- |   |                        |
|---|------------------------|
| 1 | Sí                     |
| 2 | No                     |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar   |

## Sección 15: 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.

- 15.1** ¿Alguna vez se ha hecho la prueba del VIH? No incluya las pruebas que le hayan realizado al donar sangre. Incluya las pruebas de secreciones bucales. (263)
- |   |                        |  |
|---|------------------------|--|
| 1 | Sí                     |  |
| 2 | No                     | <b>[Pase al módulo opcional de transición]</b> |
| 7 | No sabe/No está seguro | <b>[Pase al módulo opcional de transición]</b> |
| 9 | Se niega a contestar   | <b>[Pase al módulo opcional de transición]</b> |

- 15.2** Sin incluir las donaciones de sangre, ¿en qué mes y año se realizó la prueba del VIH por última vez? (264-269)

**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

- 15.3** ¿Dónde se hizo por última vez la prueba del VIH? ¿En el consultorio de un médico particular, en el consultorio de una HMO, en un centro de consejería y pruebas del VIH, una sala de emergencias, durante una hospitalización en un hospital, en una clínica, una cárcel o prisión, en un centro de rehabilitación contra las drogas, en la casa o en algún otro sitio?
- (270-271)
- 0 1 Consultorio de un médico particular o de una HMO
  - 0 2 Centro de consejería y pruebas del VIH
  - 0 9 Sala de emergencias
  - 0 3 Hospital (hospitalizado)
  - 0 4 Clínica
  - 0 5 Cárcel o prisión (u otro centro correccional)
  - 0 6 Centro de rehabilitación contra las drogas
  - 0 7 Casa
  - 0 8 En algún otro sitio
  - 7 7 No sabe/No está seguro
  - 9 9 Se niega a contestar

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

### **Párrafo de cierre**

#### **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? (287)
- |   |                        |
|---|------------------------|
| 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 ha dicho que usted tiene prediabetes o intolerancia a la glucosa?

**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 seguro  |
| 9 | Se niega a contestar    |

(288)

### Módulo 2: Diabetes

---

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

1. ¿Está usando insulina?

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

(289)

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. (290-292)

**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'.**

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

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. (293-295)

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? (296-297)

_	_	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. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le ha hecho una prueba "A1C"? (298-299)

_	_	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? (300-301)

— — 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. (302)

**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? (303)

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? (304)

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? (305-306)

— — Cantidad de días  
8 8 Ninguna  
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? (307-308)

— — Cantidad de días  
8 8 Ninguna  
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? (309-310)

— — Cantidad de días  
8 8 Ninguna  
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? (311-312)

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

## Módulo 4: 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? (313)

**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? Por ejemplo, ¿es su (madre/hija o padre/hijo)?

**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".**

(314-315)

**[NO LE LEA, INGRESE EL CÓDIGO DE LA RESPUESTA CON LAS SIGUIENTES CATEGORÍAS]**

- 01 Madre
- 02 Padre
- 03 Suegra
- 04 Suegro
- 05 Hijo o hija
- 06 Marido
- 07 Mujer
- 08 Pareja del mismo sexo
- 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... (316)

- 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... (317)

- 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? (318-319)

**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 Enfermedad cardíaca, presión arterial alta
- 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 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... (320)

**...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... (321)

**...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? (322)

**[NOTA PARA EL ENTREVISTADOR: 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, como 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?

(323)

- 1 Sí
- 2 No

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

## Módulo 5: Deterioro de la vista y acceso al cuidado médico de los ojos

---

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

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

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

(324)

**Por favor léale:**

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

**O**

- 6 No puede hacerlo por otros motivos

**No le lea:**

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

2. ¿Cuánta dificultad tiene (de haberla) para leer la letra en periódicos, revistas, recetas de cocina, menús o números de teléfono? Diría usted que (325)

**Por favor léale:**

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

**O**

- 6 No puede hacerlo por otros motivos

**No le lea:**

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

3. ¿Cuándo fue la última vez que un médico o un oculista le hizo un examen de los ojos? (326)

**Lea lo siguiente solo si es necesario:**

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

**No le lea:**

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

4. ¿Cuál es la razón principal por la que no ha visitado a un oculista en los últimos 12 meses? (327-328)

**Lea lo siguiente solo si es necesario:**

- 0 1 Costo/seguro
- 0 2 No tiene o no conoce ningún oculista
- 0 3 No puede llegar al consultorio/centro de salud (muy lejos; no tiene medios de transporte)
- 0 4 No pudo conseguir una cita
- 0 5 No tiene ningún motivo para ir (ningún problema)
- 0 6 No lo ha pensado
- 0 7 Otra

**No le lea:**

- 7 7 No sabe/No está seguro
- 0 8 No corresponde (la persona es ciega) **[Pase al siguiente módulo]**
- 9 9 Se niega a contestar

**NOTA DE CATI: Salte P5 si en el Módulo 2 (Diabetes) contestó a P7.**

5. ¿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.

(329)

**Lea lo siguiente solo si es necesario:**

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

**No le lea:**

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

6. ¿Tiene algún tipo de cobertura médica específica para el cuidado de la vista?

(330)

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

7. ¿Algún oculista u otro profesional de la salud le ha informado que usted tiene ACTUALMENTE cataratas?

(331)

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

8. ¿Le ha dicho ALGUNA VEZ un oculista u otro profesional de la salud que usted tenía glaucoma? (332)
- 1 Sí
  - 2 No
  - 7 No sabe/No está seguro
  - 8 No corresponde (la persona es ciega) **[Pase al siguiente módulo]**
  - 9 Se niega a contestar

**Por favor léale:**

La degeneración macular relacionada con la edad o AMD, por sus siglas en inglés, es una enfermedad que afecta la mácula, es decir, la parte del ojo que le permite ver los detalles finos.

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

9. ¿Le ha dicho ALGUNA VEZ un oculista u otro profesional de la salud que usted tenía degeneración macular relacionada con la edad? (333)
- 1 Sí
  - 2 No
  - 7 No sabe/No está seguro
  - 8 No corresponde (la persona es ciega)
  - 9 Se niega a contestar

## Módulo 6: 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? (334)
- 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?

(335)

**Por favor léale:**

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

**No le lea:**

- 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?

(336)

**Por favor léale:**

- 1 En todo momento
- 2 Usualmente
- 3 A veces
- 4 Casi nunca **[Pase a P5]**
- 5 Nunca **[Pase a P5]**

**No le lea:**

- 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?

(337)

**Por favor léale:**

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

**No le lea:**

- 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?

(338)

**Por favor léale:**

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

**No le lea:**

- 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?

(339)

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

## Módulo 7: Conductas relacionadas con la sal o el sodio

---

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su consumo de sal o sodio.

La mayoría de la sal o el sodio que consumimos proviene de alimentos procesados y alimentos preparados en restaurantes. La sal también se puede añadir al cocinar o en la mesa.

1. En la actualidad, ¿está vigilando o reduciendo su consumo de sal o sodio?

(340)

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

2. ¿Cuántos días, semanas, meses o años ha estado vigilando o reduciendo el consumo de sodio o sal?

(341-343)

- 1\_ \_ Días
- 2\_ \_ Semanas
- 3\_ \_ Meses
- 4\_ \_ Años
- 5 5 5 Toda mi vida
- 7 7 7 No sabe/No está seguro
- 9 9 9 Se niega a contestar

3. ¿Un médico u otro profesional de la salud le ha aconsejado alguna vez consumir menos sodio o sal?

(344)

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

## Módulo 8: Antecedentes de asma en adultos

---

**NOTA DE CATI: Si la respuesta a la pregunta básica 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?

(345-346)

- \_ \_ 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? (347)

- |   |                        |             |
|---|------------------------|-------------|
| 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? (348-349)

- |   |   |                        |                 |
|---|---|------------------------|-----------------|
| — | — | 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? (350-351)

- |   |   |                        |                 |
|---|---|------------------------|-----------------|
| — | — | 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? (352-353)

- |   |   |                        |                 |
|---|---|------------------------|-----------------|
| — | — | 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? (354-356)

- |   |   |   |                        |
|---|---|---|------------------------|
| — | — | — | 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...?

(357)

**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...?

(358)

**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?

(359)

**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? (360)

**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 9: Salud cardiovascular

---

Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su salud cardiovascular o la salud de su corazón.

**NOTA DE CATI: Si la respuesta a la pregunta básica P6.1 = 1 (Sí), pregunte P1. Si la respuesta a la pregunta básica P6.1 = 2, 7 o 9 (No, No sabe, Se niega a contestar), salte la P1.**

1. Después de su ataque cardiaco, ¿acudió a algún tipo de rehabilitación ambulatoria? A esto a veces se lo llama "*rehab*", en inglés. (361)

- 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 P6.3 = 1 (Sí), pregunte P2. Si la respuesta a la pregunta básica P6.3 = 2, 7 o 9 (No, No sabe, Se niega a contestar) salte P2.**

2. Después de su accidente cerebrovascular, ¿recibió algún tipo de rehabilitación ambulatoria? A esto a veces se lo llama "*rehab*", en inglés.

(362)

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

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: La pregunta 3 es para todos los encuestados**

3. ¿Toma aspirinas todos los días o día por medio?

(363)

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: La aspirina puede ser recetada por un proveedor de atención médica o se puede obtener sin receta médica.**

- 1 Sí **[Pase a la pregunta 5]**
- 2 No
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

4. ¿Tiene algún problema de salud o una afección por lo cual no es seguro que usted tome aspirina?

(364)

**Si es "Sí", pregunte "¿Es una afección del estómago?" Codifique malestar estomacal como problemas estomacales.**

- 1 Sí, no está relacionado con problemas estomacales **[Pase al siguiente módulo]**
- 2 Sí, por problemas estomacales **[Pase al siguiente módulo]**
- 3 No **[Pase al siguiente módulo]**
- 7 No sabe/No está seguro **[Pase al siguiente módulo]**
- 9 Se niega a contestar **[Pase al siguiente módulo]**

5. ¿Toma aspirina para aliviar el dolor?

(365)

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

9 Se niega a contestar

6. ¿Toma aspirina para reducir su probabilidad de tener un ataque cardiaco? (366)

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

7. ¿Toma aspirina para reducir su probabilidad de tener un accidente cerebrovascular? (367)

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

## Módulo 10: Control de la artritis

---

**NOTA DE CATI: Si la respuesta a la pregunta básica P6.9 = 1 (Sí), continúe. De lo contrario, pase al siguiente módulo.**

1. Anteriormente usted señaló que tiene síntomas de artritis o en las articulaciones. Con respecto a sus síntomas de artritis o en las articulaciones, ¿cuál de las siguientes situaciones lo describe mejor **actualmente**? (368)

**Por favor léale:**

- 1 Puedo hacer todo lo que me gustaría hacer
- 2 Puedo hacer casi todo lo que me gustaría hacer
- 3 Puedo hacer algunas de las cosas que me gustaría hacer
- 4 Casi no puedo hacer nada de lo que me gustaría hacer

**No le lea:**

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

2. ¿ALGUNA VEZ un médico u otro profesional de la salud le ha indicado que perder peso puede ser bueno para aliviar los síntomas de la artritis o en las articulaciones? (369)

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

3. ¿ALGUNA VEZ un médico u otro profesional de la salud le ha sugerido que realice actividad física o ejercicio para aliviar los síntomas de artritis o en las articulaciones? (370)

**NOTA: Si la persona encuestada no está segura de si esto significa aumentar o disminuir la actividad física, la pregunta se refiere a aumentar.**

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

4. ¿ALGUNA VEZ ha tomado una clase o un curso para aprender cómo controlar los problemas relacionados con los síntomas de la artritis o en las articulaciones? (371)

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

## Módulo 11: Tétanos y difteria (Tdap) (adultos)

---

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

1. Desde el 2005, ¿se ha puesto una vacuna contra el tétanos? (372)

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

## Módulo 12: Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) para adultos

---

**NOTA DE CATI: Estas preguntas son para encuestados de entre 18 y 49 años de edad; 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?

(373)

- |   |   |                            |
|---|---|----------------------------|
| 1 | Sí  |                            |
| 2 | No  | [Pase al siguiente módulo] |
| 3 | El médico no quiso ponérsela cuando se la 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?

(374-375)

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

## Módulo 13: Culebrilla (Zostavax o ZOS)

---

**NOTA DE CATI: Si la persona encuestada tiene  $\leq 49$  años, pase a la siguiente sección.**

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

1. Alguna vez le han puesto la vacuna contra la culebrilla o herpes zóster?

(376)

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

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR (léala si es necesario):** La culebrilla es causada por el virus de la varicela. Es un brote de sarpullido o ampollas en la piel que puede acompañarse de dolor intenso. Desde mayo del 2006 existe una vacuna contra la culebrilla; se llama Zostavax<sup>®</sup>, vacuna contra el herpes zóster o vacuna contra la culebrilla (*shingles*, en inglés).

## Módulo 14: Pruebas de detección del cáncer de mama y de cuello uterino

---

---

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

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

1. La mamografía es una radiografía que se realiza a cada uno de los senos para detectar el cáncer de mama. ¿Alguna vez se ha hecho una mamografía? (377)

1	Sí	
2	No	[Pase a P3]
7	No sabe/No está seguro	[Pase a P3]
9	Se niega a contestar	[Pase a P3]

2. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una mamografía? (378)

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

3. La prueba de Papanicoláu o "Pap" es un examen para detectar el cáncer de cuello uterino. ¿Alguna vez se ha hecho una prueba de Papanicoláu? (379)

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

4. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo la prueba de Papanicoláu? (380)

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

5. A veces, se hace una prueba para detectar el VPH junto con el Pap que se realiza para detectar el cáncer de cuello uterino.

¿Alguna vez le han hecho la prueba del VPH?

(381)

- |   |                        |             |
|---|------------------------|-------------|
| 1 | Sí                     |             |
| 2 | No                     | [Pase a P7] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a P7] |
| 9 | Se niega a contestar   | [Pase a P7] |

6. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo la prueba del VPH?

(382)

- |   |   |
|---|---|
| 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  |

**NOTA DE CATI: Si la respuesta a la pregunta básica P7.21 = 1 (está embarazada), pase a la siguiente módulo.**

7. ¿Le han hecho una histerectomía?

(383)

**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 seguro |
| 9 | Se niega a contestar   |

## Módulo 15: Examen clínico de mamas para detectar el cáncer de mama

---

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

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?

(384)

- |   |                        |                            |
|---|------------------------|----------------------------|
| 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? (385)
- 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 16: Pruebas de detección del cáncer colorrectal

---

**NOTA DE CATI: Si la persona encuestada tiene  $\leq 49$  años, pase a la siguiente sección.**

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

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? (386)
- 1 Sí
  - 2 No **[Pase a P3]**
  - 7 No sabe/ No está seguro **[Pase a P3]**
  - 9 Se niega a contestar **[Pase a P3]**

2. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una prueba de sangre en las heces con un kit en casa? (387)

**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

3. La sigmoidoscopia y la colonoscopia son exámenes en los que se inserta una sonda en el recto para examinar el colon a fin de detectar signos de cáncer u otros trastornos de salud. ¿Alguna vez se ha hecho alguno de estos exámenes? (388)

- 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]

4. Para realizar la SIGMOIDOSCOPIA se inserta una sonda 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? (389)

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

5. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una sigmoidoscopia o una colonoscopia? (390)

**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

## Módulo 17: Pruebas de detección del cáncer de próstata

---

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

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

1. La prueba del antígeno prostático específico, llamada también prueba del PSA (por sus siglas en inglés), es un análisis de sangre que se usa para detectar el cáncer de próstata. ¿ALGUNA VEZ un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le habló sobre las ventajas de la prueba del PSA? (391)

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

2. ¿ALGUNA VEZ un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le habló sobre las desventajas de la prueba del PSA? (392)

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

3. ¿ALGUNA VEZ un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le recomendó que se hiciera la prueba del PSA? (393)

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

4. ¿ALGUNA VEZ se ha hecho la prueba del PSA? (394)

- 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]

5. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo la prueba del PSA? (395)

**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

6. ¿Cuál fue el motivo PRINCIPAL para hacerse la prueba del PSA? ¿Fue ...?

(396)

**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

## Módulo 18: Decisión para hacerse la prueba de detección del cáncer de próstata

---

**NOTA DE CATI: Si la pregunta 4 del módulo 17 = 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?

(397)

**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 por su cuenta **[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)

(398-401)

- 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 19: Sector laboral y ocupación

---

**Si la respuesta a la pregunta básica P7.15 = 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 P7.15 = 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)  
(402-501)

**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?"**

[Anoté la respuesta] \_\_\_\_\_  
99 Se niega a contestar

O

**Si la respuesta a la pregunta básica P7.15 = 4 (desempleado por menos de 1 año), pregunte:**

"¿Qué tipo de trabajo hacía?". (por ejemplo, enfermero titulado, personal de limpieza, cajero, mecánico de automóviles)  
(429-453)

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

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Si la persona encuestada tenía 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 P7.15 = 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)  
(502-601)

[Anote la respuesta] \_\_\_\_\_  
99 Se niega a contestar

O

**Si la respuesta a la pregunta básica P7.15 = 4 (desempleado por menos de 1 año), pregunte:**

¿En qué de sector o área comercial trabajaba? (por ejemplo, hospitalario, escuela primaria, fabricación de ropa, restaurantes)

[Anote la respuesta] \_\_\_\_\_  
99 Se niega a contestar

## Módulo 20: Contexto social

---

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

**Si la respuesta en la pregunta básica P7.8 = 1 o 2 (casa propia o rentada), continúe; de lo contrario, pase a P2.**

1. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia diría usted que estuvo preocupado o estresado por no tener suficiente dinero para pagar la renta o la hipoteca? Diría usted que... (602)

**Por favor léale:**

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

**No le lea:**

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

2. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces diría usted que estuvo preocupado o estresado por no tener suficiente dinero para comprar alimentos nutritivos? Diría usted que... (603)

**Por favor léale:**

- 1 En todo momento
- 2 Usualmente

- 3 A veces
- 4 Casi nunca
- 5 Nunca

**No le lea:**

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

**Si la respuesta a la pregunta básica P7.15 = 1 (empleado asalariado) o 2 (trabajador independiente), pase a P3 y P4.**

**Si la respuesta a la pregunta básica P7.15 = 3 (desempleado desde hace 1 año o más), 4 (desempleado desde hace menos de 1 año) o 7 (jubilado), pase a P5 y P6.**

**Si la respuesta a la pregunta básica P7.15 = 5 (encargado de las tareas del hogar), 6 (estudiante) u 8 (incapacitado para trabajar), pase a P6.**

3. En su empleo o negocio principal, ¿cómo le pagan por su trabajo? Le pagan: (604)

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

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

4. ¿Aproximadamente cuántas horas trabaja a la semana contando todos sus empleos o negocios? (605-606)

- — Horas (01-96 o más) [Pase al siguiente módulo]
- 9 7 No sabe/No está seguro [Pase al siguiente módulo]
- 9 8 No trabaja [Pase al siguiente módulo]
- 9 9 Se niega a contestar [Pase al siguiente módulo]

5. Recuerde la última vez que trabajó en su empleo o negocio principal, ¿cómo le pagaron por su trabajo? Le pagaron: (607)

- 1 Con un salario
- 2 Por hora
- 3 Por trabajo o tarea (p.ej., comisión, por proyecto o pieza)
- 4 De otra manera
- 7 No sabe/No está seguro

9 Se niega a contestar

6. Recuerde la última vez que trabajó, ¿aproximadamente cuántas horas trabajó por semana en todos los trabajos y negocios juntos?

(608-609)

– – Horas (01-96 o más)  
9 7 No sabe/No está seguro  
9 8 No trabaja  
9 9 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:

(610)

**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?

(611)

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 P7.16 = 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 P7.16 = 1, 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 P7.16 es >1 y la respuesta a la pregunta básica P7.16 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? (612-617)

--/--/----- Codifique mes y año  
77/7777 No sabe/No está seguro  
99/9999 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=Trunca (EDADNIÑO1/12).**

2. ¿El niño en cuestión, es niño o niña? (618)

1 Niño  
2 Niña  
9 Se niega a contestar

3. ¿Es el niño hispano, latino o de origen español? (619-622)

**Si la respuesta es "Sí", pregunte: ¿Es...?**

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

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

4. ¿Cuál o cuáles de los siguientes diría usted que es el grupo racial del niño? (623-652)

**(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?  
(653-654)

**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? (655)

**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 P7.16 = 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? (656)

- 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]

2. ¿El niño aún tiene asma? (657)
- |   |                        |
|---|------------------------|
| 1 | Sí                     |
| 2 | No                     |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar   |

## Módulo 24: Apoyo emocional y satisfacción con la vida

---

Las siguientes dos preguntas se refieren al apoyo emocional y a lo satisfecho que está con su vida.

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

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** Si se lo preguntan, diga: "Por favor incluya el apoyo que recibe de cualquier fuente".

(658)

**Por favor léale:**

- |   |            |
|---|------------|
| 1 | Siempre    |
| 2 | Usualmente |
| 3 | A 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? (659)

**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: Ansiedad y depresión

---

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su estado de ánimo. Al contestar estas preguntas, piense en cuántos días de las últimas 2 semanas le ha ocurrido lo siguiente.

1. Durante las últimas 2 semanas ¿cuántos días ha sentido poco interés o gusto por hacer las cosas? (660-661)

-- 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 ha sentido triste, deprimido o desesperanzado? (662-663)

-- 01-14 días  
8 8 Ninguno  
7 7 No sabe/No está seguro  
9 9 Se niega a contestar

3. Durante las últimas 2 semanas, ¿cuántos días ha tenido dificultad para quedarse dormido, permanecer dormido o ha dormido demasiado? (664-665)

-- 01-14 días  
8 8 Ninguno  
7 7 No sabe/No está seguro  
9 9 Se niega a contestar

4. Durante las últimas 2 semanas, ¿cuántos días se ha sentido cansado o ha tenido poca energía? (666-667)

-- 01-14 días  
8 8 Ninguno  
7 7 No sabe/No está seguro  
9 9 Se niega a contestar

5. Durante las últimas 2 semanas, ¿cuántos días tuvo poco apetito o comió demasiado? (668-669)

-- 01-14 días  
8 8 Ninguno  
7 7 No sabe/No está seguro  
9 9 Se niega a contestar

- 6.** Durante las últimas 2 semanas, ¿cuántos días se sintió mal consigo mismo o sintió que era un fracasado, o que se había defraudado a sí mismo o que había defraudado a su familia? (670-671)

-- 01-14 días  
8 8 Ninguno  
7 7 No sabe/No está seguro  
9 9 Se niega a contestar

- 7.** Durante las últimas 2 semanas, ¿cuántos días ha tenido dificultad para concentrarse en actividades como leer el periódico o mirar la televisión? (672-673)

-- 01-14 días  
8 8 Ninguno  
7 7 No sabe/No está seguro  
9 9 Se niega a contestar

- 8.** Durante las últimas 2 semanas, ¿cuántos días se ha movido o ha hablado en forma tan lenta que lo podrían haber notado otras personas? O por lo contrario, ¿ha estado tan inquieto o agitado que se movía mucho más de lo normal? (674-675)

-- 01-14 días  
8 8 Ninguno  
7 7 No sabe/No está seguro  
9 9 Se niega a contestar

- 9.** ¿Actualmente toma medicamentos o recibe tratamiento de un médico u otro profesional de la salud para algún tipo de afección mental o problema emocional? (676)

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

- 10.** ¿ALGUNA VEZ le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que usted tiene un trastorno de ansiedad (como trastorno de estrés agudo, ansiedad, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico, fobia, trastorno de estrés postraumático o trastorno de ansiedad social)? (677)

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?

(678)

- 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?

(679)

- 1      Adulto
- 2      Niño

**Lista de actividades físicas comunes de recreación (Para usarse en la Sección 11:  
Actividad física)**

**Descripción del código (Actividad física, preguntas 11.2 y 11.5 anteriores)**

0 1 Sistemas de juegos interactivos (Wii Fit, <i>Dance Dance revolution</i> )	4 1 <i>Rugby</i>
0 2 Video o clase de ejercicios aeróbicos	4 2 Buceo
0 3 Excursionismo con mochila	4 3 Patineta
0 4 Bádminton	4 4 Patinaje – sobre hielo o sobre ruedas
0 5 Baloncesto	4 5 Deslizamiento en trineo, tobogán
0 6 Ejercicio en bicicleta fija	4 6 <i>Snorkel</i>
0 7 Ciclismo	4 7 Limpieza de nieve (con máquina sopladora)
0 8 Actividades en embarcaciones (canoa, remo, kayak, navegar en barco de vela para paseos o para acampar)	4 8 Limpieza de nieve con pala
0 9 Bolos	4 9 Esquí sobre nieve
1 0 Boxeo	5 0 Caminar con raquetas de nieve
1 1 Ejercicios calisténicos	5 1 Fútbol ( <i>soccer</i> )
1 2 Canoa/remo para competencia	5 2 <i>Softball</i> /Béisbol
1 3 Carpintería	5 3 <i>Squash</i>
1 4 Baile - ballet, baile de salón, música latina, hip hop, zumba, etc	5 4 Subir escaleras/Escaladora SatirMaster
1 5 Ejercicio con máquina elíptica/EFX	5 5 Pesca en arroyos con botas de pescador
1 6 Pesca desde el banco de un río o embarcación	5 6 <i>Surfing</i>
1 7 Disco ( <i>Frisbee</i> )	5 7 Nadar
1 8 Trabajos de jardín (trabajar con pala, quitar hierba mala, cavar, rellenar)	5 8 Natación en piscina
1 9 Golf (con carro motorizado)	5 9 Tenis de mesa
2 0 Golf (sin carro motorizado)	6 0 Tai Chi
2 1 Balonmano ( <i>Handball</i> )	6 1 Tenis
2 2 Montañismo - campo travesía	6 2 Fútbol americano tocado
2 3 <i>Hockey</i>	6 3 Vóleibol
2 4 Equitación	6 4 Caminar
2 5 Caza de animales grandes – venados, alces	6 6 Esquí acuático
2 6 Caza de animales pequeños – codornices	6 7 Levantamiento de pesas
2 7 Patinaje en línea	6 8 Lucha libre
2 8 <i>Jogging</i>	6.9 Yoga
2 9 <i>Lacrosse</i>	7 1 Cuidado de niños
3 0 Escalar montañas	7 2 Trabajo agrícola o en granjas (cuidado de animales de cría, apilar pacas de heno, etc.)
3 1 Cortar el césped	7 3 Tareas del hogar (aspirar, quitar el polvo, reparaciones de la casa, etc.)
3 2 <i>Paddleball</i> (tenis de playa)	7 4 Karate/Artes marciales
3 3 Pintar la casa o colocar papel tapiz	7 5 Ciclismo con la parte superior del cuerpo (deportes en silla de ruedas, ergómetro, etc.)
3 4 Pilates	7 6 Trabajo en el jardín (cortar y juntar leña, podar arbustos, etc.)
3 5 <i>Racquetball</i>	9 8 Otro_____
3 6 Rastrillar el césped	9 9 Se niega a contestar
3 7 Correr	
3 8 Escalar rocas	
3 9 Saltar la cuerda	
4 0 Remar con máquina de ejercicio	