



**2007**

**Sistema de vigilancia de los factores de riesgo  
conductuales Cuestionario  
(BRFSS)**

**March 01, 2007**  
(FINAL VERSION)

# Sistema de vigilancia de los factores de riesgo conductuales (Behavioral Risk Factor Surveillance System)

## Cuestionario estatal 2007

Tabla de contenidos .....	<u>2</u>
Guión para el encuestador / la encuestadora .....	<u>3</u>
Secciones básicas .....	<u>4</u>
Sección 1: Estado de salud .....	<u>4</u>
Sección 2: Días en los que se siente saludable .....	<u>5</u>
Sección 3: Acceso a cuidados médicos .....	<u>6</u>
Sección 4: Actividad física .....	<u>7</u>
Sección 5: Diabetes .....	<u>8</u>
Módulo 3: Diabetes .....	<u>9</u>
Sección 6: Nivel de conciencia acerca del problema de la hipertension .....	<u>12</u>
Sección 7: Nivel de conciencia acerca del problema del colesterol .....	<u>13</u>
Sección 8: Prevalencia de las enfermedades cardiovasculares .....	<u>14</u>
Sección 9: Asma .....	<u>15</u>
Sección 10: Inmunización .....	<u>16, 19</u>
State Added Module 12: Inmunización...JAN, FEB, NOV, DEC .....	<u>17</u>
Sección 11: Consumo de tabaco .....	<u>20</u>
Sección 12: Características demográficas .....	<u>21</u>
State Added Module 1: Tibal Affiliation .....	<u>22</u>
Sección 13: Consumo de alcohol .....	<u>27</u>
Sección 14: Discapacidad .....	<u>28</u>
Sección 15: Artritis .....	<u>29</u>
Sección 16: Frutas y Verduras .....	<u>31</u>
Sección 17: Actividad física .....	<u>33</u>
Sección 18: VIH/SIDA .....	<u>35</u>
Sección 19: Apoyo emocional y grado de satisfacción con la vida .....	<u>36</u>
Sección 20: Enfermedad gastrointestinal .....	<u>37</u>
State Added Module 2: Neurological, PART 1 .....	<u>38</u>
Módulo 1: Selección aleatoria de niños .....	<u>39</u>
Módulo 2: Prevalencia del asma infantil .....	<u>42</u>
State Added Module: 2 Neurodevelopmental Part 2 .....	<u>43</u>
State Added Module 4: Pandemic Flu .....	<u>44</u>
State Added Module 5: Sexual Orientation .....	<u>46</u>
State Added Module 6: Binge Drinking .....	<u>47</u>
State Added Module 7: Alcohol Dependence .....	<u>49</u>
State Added Module 8: Emergency Contraceptives .....	<u>51</u>
Module 13: Control de arthritis .....	<u>52</u>
State Added Module 10: Cell Phone Use .....	<u>54</u>
Module 16: Enfermedad mental y estigma .....	<u>55</u>
State Added Module 11: Drinking and Driving .....	<u>59</u>
State Added Module 13: Perceptions Of Health Disparities .....	<u>60</u>
State Added Module 9: Drinking Water .....	<u>62</u>
State Added Module 3: Asthma Callback Permission .....	<u>63</u>

## Guión para el encuestador / la encuestadora

HOLA, llamo de parte del (**departamento de salud**) y de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Mi nombre es (**nombre**). Estamos juntando información sobre la salud de los residentes de (**estado**). Su número de teléfono fue seleccionado al azar, y me gustaría hacerle algunas preguntas sobre la salud y hábitos de salud.

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

**En caso negativo,**

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

¿Es ésta una casa de familia?

**En caso negativo,**

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

¿Es este un teléfono celular?

**En caso afirmativo,**

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

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

\_\_\_ Cantidad de adultos

**En caso de ser "1",**

¿Es usted el adulto?

**En caso afirmativo,**

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

**En caso negativo,**

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

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

\_\_\_ Cantidad de hombres

\_\_\_ Cantidad de mujeres

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

**En caso de ser "usted", pase a la página 4**

**Al encuestado / la encuestada correcta:**

HOLA, mi nombre es (**nombre**). Llamo de parte del (**departamento de salud**) y de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Estamos juntando información acerca de la salud de los residentes de (**estado**). Su número de teléfono fue seleccionado al azar para ser encuestado, quisiera hacerle algunas preguntas sobre la salud y hábitos de salud.

## Secciones básicas

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

### Sección 1: Estado de salud

---

1.1            ¿Diría usted que su estado de salud general es

(73)

**Por favor, lea:**

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

ó

- 5        Malo

**No lea:**

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

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

---

- 2.1 Con respecto a su estado de salud física, lo que incluye tanto enfermedades como lesiones físicas, ¿cuántos días durante los últimos 30 días su salud física no fue buena? (74–75)
- \_\_\_\_ Cantidad de días  
8 8 Ninguno.  
7 7 No sabe / No está seguro/a  
9 9 Se niega a contestar
- 2.2 Con respecto a su estado de salud mental, lo que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, ¿cuántos días durante los últimos 30 días sintió que su estado de salud mental no fue bueno? (76–77)
- \_\_\_\_ 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/a  
9 9 Se niega a contestar
- 2.3 Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días sintió que los problemas relacionados con su salud mental o física le impidieron realizar sus actividades habituales, tales como cuidados personales, trabajo o recreación? (78-79)
- \_\_\_\_ Cantidad de días  
8 8 Ninguno  
7 7 No sabe / No está seguro/a  
9 9 Se niega a contestar

### Sección 3: Acceso a cuidados médicos

---

- 3.1 Tiene algún tipo de cobertura médica, incluyendo seguro de salud, planes prepagados como los HMO ( Organizaciones de Mantenimiento de la Salud), u otros planes gubernamentales como Medicare?

(80)

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

- 3.2 ¿Hay alguna persona en particular a la que usted considere su médico de cabecera o proveedor de atención médica?

**En caso negativo, pregunte: "¿Hay más de una, o no hay ninguna persona a la que considere como su médico de cabecera o proveedor de atención médica?"**

(81)

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

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

(82)

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

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

(83)

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

## Sección 4: Actividad física

---

**4.1** En el último mes, no incluyendo lo relativo a su trabajo, ¿participó en alguna actividad física o hizo algún tipo de ejercicio, como correr, caminar, hacer gimnasia, jugar al golf o realizar actividades de jardinería?

(84)

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

## Sección 5: Diabetes

---

5.1 ¿Alguna vez algún médico le informó que usted tenía diabetes?

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

Si el encuestado / la encuestada contesta que le habían diagnosticado prediabetes ("borderline diabetes"), utilice el código de respuesta 4.

(85)

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

## Módulo 3: Diabetes

---

Haga las siguientes preguntas si la respuesta a la pregunta básica 5.1. (código =1) fue afirmativa.

1. ¿Qué edad tenía cuando le informaron que tenía diabetes? (244–245)
- \_\_\_\_\_ Codifique la edad en años [97 = 97 y más]  
9 8 No sabe / No está seguro/a  
9 9 Se niega a contestar
2. ¿Está inyectándose insulina? (247)
- 1 Sí  
2 No  
9 Se niega a contestar
3. ¿Está tomando píldoras para la diabetes? (247)
- 1 Sí  
2 No  
7 No sabe / No está seguro/a  
9 Se niega a contestar
4. Aproximadamente, ¿con qué frecuencia examina su nivel de glucosa o azúcar en la sangre? Incluya las ocasiones en que fue examinado por un familiar o amigo, pero no cuando el examen lo realizó un médico. (248–250)
- 1 \_\_ Veces por día  
2 \_\_ Veces por semana  
3 \_\_ Veces por mes  
4 \_\_ Veces por año  
8 8 8 Nunca  
7 7 7 No sabe / No está seguro/a  
9 9 9 Se niega a contestar
5. ¿Con qué frecuencia se examina los pies para detectar heridas o irritaciones? Incluya las ocasiones en que fue examinado por un familiar o amigo, pero no cuando el examen lo realizó un médico. (251–253)
- 1 \_\_ Veces por día  
2 \_\_ Veces por semana  
3 \_\_ Veces por mes  
4 \_\_ Veces por año  
8 8 8 Nunca  
5 5 5 No tiene pies  
7 7 7 No sabe / No está seguro/a  
9 9 9 Se niega a contestar

6. ¿Ha tenido alguna vez alguna herida o irritación en los pies que tardó más de cuatro semanas en sanar? (254)
- 1 Sí
  - 2 No
  - 7 No sabe / No está seguro/a
  - 9 Se niega a contestar

7. Aproximadamente, ¿cuántas veces consultó a un médico, enfermera u otro profesional de la salud a causa de su diabetes en los últimos 12 meses? (255–256)
- Cantidad de veces [76 = 76 ó más]
  - 8 8 Ninguna
  - 7 7 No sabe / No está seguro/a
  - 9 9 Se niega a contestar

8. La prueba "A-uno-C" mide el nivel promedio de azúcar en la sangre durante los últimos tres meses. ¿Cuántas veces fue examinado por un médico, enfermera u otro profesional de la salud su "A-uno-C" en los últimos 12 meses? (257–258)
- Cantidad de veces [76 = 76 ó más]
  - 8 8 Ninguna
  - 9 8 Nunca ha oído hablar de la prueba "A-uno-C".
  - 7 7 No sabe / No está seguro/a
  - 9 9 Se niega a contestar

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

9. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses un profesional de la salud le ha examinado los pies para detectar una posible herida o irritación? (259–260)
- Cantidad de veces [76 = 76 ó más]
  - 8 8 Ninguna
  - 7 7 No sabe / No está seguro/a
  - 9 9 Se niega a contestar

10. ¿Cuándo fue la última vez que le realizaron un examen de la vista en el que le dilataron las pupilas? Esto le hubiera ocasionado una sensibilidad temporal a la luz brillante. (261)

**Lea sólo si es necesario:**

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

**No lea:**

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

11. ¿Su médico le ha informado en alguna ocasión que la diabetes le ha afectado los ojos o que tiene una retinopatía? (262)

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

12. ¿Ha tomado alguna vez algún curso o clase sobre cómo controlar usted mismo su diabetes? (263)

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

## Sección 6: Nivel de conciencia acerca del problema de la hipertensión

---

6.1 ¿Alguna vez algún médico, enfermera u otro profesional de la salud le informó que tenía presión arterial alta?

(86)

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

- |   |   |                      |
|---|---|----------------------|
| 1 | Sí  |                      |
| 2 | Sí, pero la encuestada dijo que se le diagnosticó únicamente durante el embarazo                              | [Pase a sección 7.1] |
| 3 | No  | [Pase a sección 7.1] |
| 4 | Dijo que su presión arterial estaba en el límite entre normal y alta (borderline) o que tenía prehipertensión | [Pase a sección 7.1] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a  | [Pase a sección 7.1] |
| 9 | Se niega a contestar  | [Pase a sección 7.1] |

6.2 ¿Está tomando actualmente algún medicamento para la presión arterial alta?

(87)

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

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

---

7.1 El colesterol es una sustancia grasosa que se encuentra en la sangre. ¿Alguna vez se reviso el nivel de colesterol en la sangre? (88)

- 1 Sí
- 2 No [Pase a la sección 8.1]
- 7 No sabe / No está seguro/a [Pase a la sección 8.1]
- 9 Se niega a contestar [Pase a la sección 8.1]

7.2 ¿Cuándo fue la última vez que se reviso el nivel de de colesterol en la sangre? (89)

**Lea sólo si es necesario:**

- 1 En el último año (en cualquier momento durante de los últimos 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 lea:**

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

7.3 ¿Alguna vez algún médico, enfermera u otro profesional de la salud le informó que tenía niveles altos de colesterol en la sangre? (90)

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

## Sección 8: Prevalencia de las enfermedades cardiovasculares

---

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

¿ALGUNA VEZ algún médico, enfermera, u otro profesional de la salud le informó que tenía alguna de las siguientes afecciones? En cada pregunta, responda "sí", "no", o "no estoy seguro".

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

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

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

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

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

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

## Sección 9: Asma

---

- 9.1            ¿Alguna vez algún médico, enfermera u otro profesional de la salud le dijo que usted tenía asma? (94)
- |   |                            |                                 |
|---|----------------------------|---------------------------------|
| 1 | Sí                         |                                 |
| 2 | No                         | <b>[Pase a la sección 10.1]</b> |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | <b>[Pase a la sección 10.1]</b> |
| 9 | Se niega a contestar       | <b>[Pase a la sección 10.1]</b> |

- 9.2            ¿Todavía tiene asma? (95)
- |   |                            |  |
|---|----------------------------|--|
| 1 | Sí                         |  |
| 2 | No                         |  |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |  |
| 9 | Se niega a contestar       |  |

## Sección 10: Inmunización

---

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

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

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

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

**STATE ADDED MODULE 12: IMMUNIZATION  
ASKED IN JANUARY, FEBRUARY, NOVEMBER AND DECEMBER ONLY**

**SAM 12.1** ¿En qué mes y año lo vacunaron por última vez contra la gripe? Su vacuna más reciente contra la gripe puede haber sido inyectada o por spray o aerosol. (150-155)

$\overline{\overline{77}}/\overline{\overline{7777}}$     Mes / Año  
    77/7777    No sabe / No está seguro/a (Pregunte: "¿Fue antes de septiembre de 2006?" Codifique aproximadamente mes y año)  
    99/9999    Rehusó contestar

**Nota CATI:** Si P14.3s fuera antes de 09/2006 o P14.3s = 77/7777 (No sabe) o 99/9999 (Rehusó contestar), continúe. De lo contrario, pase a la P14.5s.

**SAM 12.2** ¿Ha sido vacunado contra la gripe durante la última temporada de influenza o sea en los meses de septiembre 2005 a marzo 2006?

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

**SAM 12.3** ¿Cuál es la PRINCIPAL razón por la cual NO se ha vacunado contra la gripe para esta temporada?

(156-157)

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR O LA ENCUESTADORA:** Temporada de gripe = Septiembre de 2006 a marzo de 2007.

**No lea las respuestas que aparecen a continuación. Seleccione la categoría que más se asemeje a la respuesta.**

- 0 1    Necesidad: No cree necesitarla / no se recomienda
- 0 2    Preocupación: efectos secundarios/puede producir gripe/no es eficaz
- 0 3    Acceso / costo / inconveniencia
- 0 4    Escasez de vacunas: dejar vacunas para quienes más la necesitan
- 0 5    Escasez de vacunas: trató de conseguir la vacuna pero no pudo
- 0 6    Escasez de vacunas: no reúne las condiciones para vacunarse
- 0 7    Alguna otra razón
  
- 7 7    No sabe / No está seguro/a (Pregunte: "¿Cuál fue la principal razón?")
- 9 9    Rehusó contestar

**SAM 12.4** ¿Algún doctor, enfermera u otro profesional de la salud alguna vez le dijo que usted tiene alguno de los siguientes problemas de salud? (158)

**Lea todos los problemas que se indican a continuación:**

Problemas pulmonares, inclusive asma  
Problemas cardíacos  
Diabetes  
Problemas de los riñones  
Sistema inmunológico debilitado por enfermedades crónicas, por ejemplo cáncer o VIH/SIDA o por medicamentos, por ejemplo, esteroides  
-O-  
Anemia falciforme (drepanocitosis) u otro tipo de anemia

- |   |                            |                    |
|---|----------------------------|--------------------|
| 1 | Sí                         |                    |
| 2 | No                         | [Pase a la P14.8s] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a la P14.8s] |
| 9 | Rehusó contestar           | [Pase a la P14.8s] |

**SAM 12.5** ¿Todavía tiene estos problemas? (159)

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

**SAM 12.6** ¿Trabaja actualmente en una institución de atención de la salud, por ejemplo, clínica médica, hospital u hogar para ancianos? Esto incluye trabajo de tiempo parcial y trabajo voluntario. (160)

- |   |                            |                   |
|---|----------------------------|-------------------|
| 1 | Sí                         |                   |
| 2 | No                         | [Pase a la Q10.3] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a la Q10.3] |
| 9 | Rehusó contestar           | [Pase a la Q10.3] |

**SAM 12.7** ¿Tiene contacto directo cara a cara o tiene que tocar a los pacientes como parte de su trabajo de rutina? (161)

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

## SECTION 10: IMMUNIZATION CONTINUED

**10.3** La vacuna contra la pulmonía, o vacuna neumocócica, se inyecta una o dos veces en la vida de una persona y es distinta de la vacuna contra la gripe. ¿Alguna vez recibió una vacuna contra la pulmonía? (98)

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

**10.4** ¿ALGUNA VEZ le administraron la vacuna contra la hepatitis B? La vacuna contra la hepatitis B se completa cuando se administra la tercera dosis. (99)

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** La respuesta es "Si" únicamente si el encuestado ha recibido la serie completa de tres dosis.

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

La siguiente pregunta es acerca de comportamientos vinculados a la Hepatitis B.

**10.5** Por favor dígame si CUALQUIERA de las siguientes frases le corresponde a USTED. NO me diga CUÁL de ellas le corresponde; solamente si ALGUNA le corresponde:

Tiene hemofilia y le administraron un concentrado de factor de la coagulación  
Ha tenido sexo con un hombre que tuvo sexo con otro hombre, incluso si fue sólo una vez  
Se ha inyectado drogas que se venden en la calle, incluso si fue sólo una vez  
Tuvo relaciones sexuales a cambio de dinero o drogas, incluso si fue sólo una vez  
Obtuvo un resultado positivo en una prueba del VIH  
Tuvo relaciones sexuales (incluso si fue sólo una vez) con alguien que podría haber contestado "sí" a cualquiera de estas afirmaciones  
En el año pasado tuvo relaciones sexuales con dos o más personas diferentes

¿Alguna de las frases anteriores se aplica en su caso?

(100)

- 1 Sí, al menos una de las frases se aplica
- 2 No, ninguna de estas frases se aplica.
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

## Sección 11: Consumo de tabaco

---

**11.1**            ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida? (101)

**NOTA: 5 cajillas = 100 cigarrillos**

- |   |                            |                          |
|---|----------------------------|--------------------------|
| 1 | Sí                         |                          |
| 2 | No                         | [Pase a la sección 12.1] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a la sección 12.1] |
| 9 | Se niega a contestar       | [Pase a la sección 12.1] |

**11.2**            Actualmente, ¿fuma cigarrillos todos los días, a veces o nunca? (102)

- |   |                            |                          |
|---|----------------------------|--------------------------|
| 1 | Todos los días             |                          |
| 2 | A veces                    |                          |
| 3 | Nunca                      | [Pase a la sección 12.1] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a la sección 12.1] |
| 9 | Se niega a contestar       | [Pase a la sección 12.1] |

**11.3**            En los últimos 12 meses, ¿dejó de fumar durante un día o más debido a que estaba intentando dejar de fumar? (103)

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

## Sección 12: Características demográficas

---

12.1 ¿Qué edad tiene? (104–105)

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

12.2 ¿Es usted hispano/a o latino/a? (106)

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

12.3 ¿Cuál o cuáles de las siguientes diría que es el grupo étnico al que usted pertenece? (107–112)

(Marque todas las opciones que correspondan)

Por favor lea:

- 1 Blanco  
2 Negro o Afroamericano  
3 Asiático  
4 Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacífico  
5 Indio americano o nativo de Alaska  
6 Otro [especifique] \_\_\_\_\_

No lea:

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

**Nota CATI: En caso de múltiples respuestas a la P12.3, continúe. De no ser así, pase a la P12.5**

12.4 ¿Cuáles de los siguientes grupos diría usted que representa mejor el suyo? (113)

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

## STATE ADDED MODULE 1: TRIBAL AFFILIATION

SAM 11.1 ¿Cual es su tribu principal?

**Guidance:** ¿Con que tribu esta afiliado o inscrito?

- 1 Apache (Jicarilla / Mescalero
- 2 Navajo / Dine
- 3 Pueblo (Any of the 19 NM Pueblos)
- 4 Other, specify\_\_\_\_\_
  
- 1 Don't Know / Not sure
- 9 Refused

12.5

¿Alguna vez ha estado en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, ya sea en el servicio militar regular o en la Guardia Nacional o en una unidad de reserva militar? *Estar en servicio activo no incluye haber realizado el entrenamiento en la Reserva del Ejército o en la Guardia Nacional, pero Sí incluye haber sido llamado a servicio activo, por ejemplo, para la Guerra del Golfo Pérsico*

(114)

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

12.6

¿Usted...?

(115)

**Por favor lea:**

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

**No lea:**

- 9 Se niega a contestar

12.7

¿Cuántos niños menores de 18 años viven con usted?

(116–117)

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

12.8

¿Cuál es el grado o año escolar más alto que usted completo?

(118)

**Lea sólo si es necesario:**

- 1 Nunca fue a la escuela o sólo recibió educación preescolar.
- 2 De 1° a 8° grado (Primaria)
- 3 Del 9° al 11° grado (educación secundaria incompleta)
- 4 12° grado o GED / Certificado de Desarrollo de Educación General (Graduado/a de la escuela secundaria)
- 5 De 1 a 3 años de Universidad (algún tipo de educación universitaria o técnica)
- 6 4 ó más años de Universidad (Graduado/a universitario/a)
- 9 Se niega a contestar

12.9

Actualmente, ¿usted...?

(119)

**Por favor lea:**

- 1 Es empleado/a asalariado/a
- 2 Es trabajador(a) independiente
- 3 Está desempleado/a desde hace más de 1 año
- 4 Está desempleado/a desde hace menos de 1 año
- 5 Realiza las tareas del hogar
- 6 Es estudiante
- 7 Está jubilado/a
- 8 Está incapacitado/a para trabajar

**No lea:**

- 9 Se niega a contestar

12.10

Tomando en cuenta todas las fuentes de ingresos, los ingresos anuales de su núcleo familiar son—

(120–121)

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

**Lea sólo si es necesario:**

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

**No lea:**

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

**12.11** Aproximadamente, ¿cuánto pesa usted sin zapatos? (126–129)

**Nota:** Si el encuestado / la encuestada responde en sistema métrico, indique "9" en la columna 126.

**Redondee los decimales hacia arriba**

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

**12.12** Aproximadamente, ¿cuánto mide sin zapatos? (122–125)

**Nota:** Si el encuestado / la encuestada responde en sistema métrico, indique "9" en la columna 122.

**Redondee los decimales hacia abajo**

<u>  /  </u>	de estatura	(pies/ pulgadas/ metros/ centímetros)
7 7 7 7	No sabe / No está seguro/a	
9 9 9 9	Se niega a contestar	

**12.13** ¿Cuánto pesaba hace un año? (Si hace un año estaba embarazada, ¿cuánto pesaba antes del embarazo?) (130-133)

**Nota:** Si el encuestado responde en sistema métrico, indique "9" en la columna 130.

**Redondee los decimales hacia arriba**

<u>    </u>	Peso (libras/kilos)
7 7 7 7	No sabe / No está seguro
9 9 9 9	Se niega a contestar

**Nota CATI:** Al peso actual réstele el peso que el encuestado tenía hace un año. Si el peso es el mismo, saltee la pregunta 12.14

**12.14** ¿La diferencia entre su peso actual y el peso que tenía hace un año fue intencional? (134)

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

**12.15** ¿En que condado vive? (135-137)

_____	Código FIPS [Federal Information Processing Standards] del condado
7 7 7	No sabe / No está seguro/a
9 9 9	Se niega a responder

**12.16** ¿Cuál es el código postal de la localidad donde vive? (138-142)

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

**12.17** ¿Tiene más de un número de teléfono en su hogar? No incluya números de teléfonos celulares ni números que sólo se usen para una computadora o un fax. (143)

1	SI	
2	No	[Pase a la P12.19]
7	No sabe / No está seguro/a	[Pase a la P12.19]
9	Se niega a contestar	[Pase a la P12.19]

**12.18** ¿Cuántos de estos números de teléfono son números particulares? (144)

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

**12.19** En los últimos 12 meses, ¿su hogar ha estado sin servicio telefónico durante 1 semana o más? No incluya los cortes del servicio telefónico debido a situaciones climáticas o desastres naturales. (145)

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

**12.20** Indique el sexo del encuestado / de la encuestada. Pregunte sólo si es necesario. (146)

1	Masculino	[Pase a la siguiente sección]
2	Femenino	[Si la encuestada es mayor de 45 años, pase a la siguiente sección]

**12.21** Que usted sepa, ¿está embarazada? (147)

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

## Sección 13: Consumo de alcohol

---

**13.1** En los últimos 30 días, ¿ha bebido al menos un trago de cualquier bebida alcohólica, como cerveza, vino, bebidas de malta o licor? (148)

- 1 SI
- 2 No [Pase a Q14.1]
- 7 No sabe / No está seguro/a [Pase a Q14.1]
- 9 Se niega a contestar [Pase a Q14.1]

**13.2** En los últimos 30 días, ¿cuántos días por semana o por mes bebió al menos un trago de cualquier bebida alcohólica? (149–151)

- 1 \_\_\_\_\_ Días por semana
- 2 \_\_\_\_\_ Días en los últimos 30 días
- 8 8 8 Ningún trago en los últimos 30 días [Pase a Q14.1]
- 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 9 9 Se niega a contestar

**13.3** Un trago equivale a una cerveza de 12 onzas (350 cl), a una copa de vino de 5 onzas (150 cl) o a una medida de licor. Los días en que bebió, en los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos tragos bebió en promedio? (152-153)

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

**13.4** Tomando en cuenta todo tipo de bebida alcohólica, ¿cuántas veces en los últimos 30 días bebió 5=men, 4=woman ó más tragos en la misma ocasión? (154–155)

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

**13.5** En los últimos 30 días, ¿cuál fue la máxima cantidad de tragos que bebió en una misma ocasión? (156–157)

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

## Sección 14: Discapacidad

---

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

**14.1**            ¿Tiene actualmente alguna limitación para realizar alguna actividad debido a problemas físicos, mentales o emocionales? (158)

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

**14.2**            ¿Tiene actualmente algún problema de salud que le exija usar algún tipo de equipo especial, como un bastón, una silla de ruedas, o una cama o un teléfono especial? (159)

**Incluya el uso ocasional o el uso de estos equipos en determinadas circunstancias específicas.**

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

## Sección 15: Artritis Burden

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

15.1 En los últimos 30 días, ¿ha tenido algún síntoma de dolor, molestias o rigidez en o alrededor de alguna articulación o coyuntura? (160)

1	Sí	
2	No	[Pase a la P15.4]
7	No sabe / No está seguro/a	[Pase a la P15.4]
9	Se niega a contestar	[Pase a la P15.4]

15.2 ¿Los primeros síntomas en sus articulaciones o coyunturas comenzaron hace más de tres meses? (161)

1	Sí	
2	No	[Pase a la P15.4]
7	No sabe / No está seguro/a	[Pase a la P15.4]
9	Se niega a contestar	[Pase a la P15.4]

15.3 ¿Alguna vez consultó a algún médico u a otro profesional de la salud a causa de estos síntomas en las articulaciones o coyunturas? (162)

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

15.4 ¿Alguna vez algún médico u otro profesional de la salud, le informó que tenía algún tipo de artritis, artritis reumatoide, gota, lupus o fibromialgia? (163)

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

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

- reumatismo, polimialgia reumática
- osteoartritis (no osteoporosis)
- tendinitis, bursitis, juanetes, codo de tenista
- síndrome del túnel carpiano, síndrome del túnel tarsiano
- infección de las articulaciones, síndrome de Reiter
- espondilitis anquilosante, espondilosis
- Tendinitis del manguito rotador
- Enfermedad del tejido conectivo, escleroderma, polimiositis, síndrome de Raynaud
- Vasculitis (arteritis de las células gigantes, púrpura de Henoch-Schönlein, granulomatosis de Wegener, polioarteritis nodosa)

**Nota CATI: Si P15.2=1 (Sí) o si P15.4=1 (Sí), continúe. De no ser así, pase a la siguiente sección.**

15.5

¿Se encuentra actualmente limitado/a de cualquier manera para realizar cualquiera de sus actividades habituales debido a la artritis o a síntomas en las articulaciones o coyunturas?

(164)

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

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

## Sección 16: Frutas y Verduras

---

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

- 16.1**            ¿Con qué frecuencia bebe jugos de fruta como naranja, toronja o tomate? (165-167)
- 1 \_\_    Por día  
2 \_\_    Por semana  
3 \_\_    Por mes  
4 \_\_    Por año  
5 5 5    Nunca  
7 7 7    No sabe / No está seguro/a  
9 9 9    Se niega a contestar
- 16.2**            Sin contar los jugos, ¿con qué frecuencia come fruta? (168-170)
- 1 \_\_    Por día  
2 \_\_    Por semana  
3 \_\_    Por mes  
4 \_\_    Por año  
5 5 5    Nunca  
7 7 7    No sabe / No está seguro/a  
9 9 9    Se niega a contestar
- 16.3**            ¿Con qué frecuencia come ensaladas verdes? (171-173)
- 1 \_\_    Por día  
2 \_\_    Por semana  
3 \_\_    Por mes  
4 \_\_    Por año  
5 5 5    Nunca  
7 7 7    No sabe / No está seguro/a  
9 9 9    Se niega a contestar
- 16.4**            ¿Con qué frecuencia come papas, sin contar papas fritas, papas a la francesa o papas en bolsa "chips"? (174-176)
- 1 \_\_    Por día  
2 \_\_    Por semana  
3 \_\_    Por mes  
4 \_\_    Por año  
5 5 5    Nunca  
7 7 7    No sabe / No está seguro/a  
9 9 9    Se niega a contestar

16.5

¿Con qué frecuencia come zanahorias?

(177-179)

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

16.6

Sin contar las zanahorias, las papas o las ensaladas, ¿cuántas porciones de verduras come usualmente? (Ejemplo: Una porción de verduras al almuerzo y una a la cena serían dos porciones.)

(180-182)

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

## Sección 17: Actividad física

**Nota CATI:** Si la respuesta a la P12.9 básica = 1 (empleado asalariado) o 2 (trabajador independiente) continúe. En caso contrario pase a la P17.2.

**17.1** Cuando está en el trabajo, ¿cuál de las siguientes opciones describe mejor su actividad? Diría usted que... (183)

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

**Por favor lea:**

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

**No lea:**

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

**Por favor lea:**

Estamos interesados en dos tipos de actividad física: vigorosa y moderada. Las actividades vigorosas aceleran en gran medida la respiración y el ritmo cardíaco, en tanto que las actividades moderadas solamente generan un pequeño aumento de los mismos.

**17.2** Ahora, considerando las actividades moderadas que usted realiza [diga "cuando no está trabajando" si el encuestado/la encuestada está "empleado/a" o es "trabajador/a independiente"] en una semana normal, ¿realiza usted actividades moderadas durante al menos 10 minutos seguidos, como caminar a paso ligero, andar en bicicleta, pasar la aspiradora, realizar tareas de jardinería o cualquier otra actividad que pueda acelerar el ritmo respiratorio o cardíaco? (184)

- 1 Sí
- 2 No [Pase a la P17.5]
- 7 No sabe / No está seguro/a [Pase a la P17.5]
- 9 Se niega a contestar [Pase a la P17.5]

**17.3** ¿Cuántos días por semana realiza estas actividades moderadas durante al menos 10 minutos seguidos? (185-186)

- 8 8 Días por semana
- 8 8 No realiza ninguna actividad física moderada durante al menos 10 minutos seguidos [Pase a la P17.5]
- 7 7 No sabe / No está seguro/a [Pase a la P17.5]
- 9 9 Se niega a contestar [Pase a la P17.5]



## Sección 18: VIH/SIDA

---

**Nota CATI: Si el encuestado / la encuestada tiene 65 años o más, pase a la sección siguiente.**

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

**18.1** ¿Alguna vez se ha hecho la prueba de VIH? No incluya las pruebas que le hayan realizado al donar sangre. Incluya las pruebas de saliva. (196)

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

**18.2** Sin incluir las donaciones de sangre, ¿en qué mes y año se hizo la última prueba de VIH? (197–202)

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

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

**18.3** ¿Dónde se hizo la última prueba de VIH: con un médico particular, en un consultorio de una HMO, en un centro de asesoramiento y control, en un hospital, en una clínica, en una cárcel o prisión, en su hogar o en algún otro lugar? (203–204)

- |    |  |
|----|--|
| 01 | Médico particular o HMO                            |
| 02 | Centro de asesoramiento y control                  |
| 03 | Hospital   |
| 04 | Clínica  |
| 05 | Cárcel o prisión (u otra institución correccional) |
| 06 | Centro para tratamiento de adicción de drogas      |
| 07 | En su hogar  |
| 08 | Otro lugar   |
| 77 | No sabe / No está seguro/a                         |
| 99 | Se niega a contestar                               |

**Nota CATI: Formule la P21.4; Si P21.2 = en los últimos 12 meses.**

**18.4** ¿Fue una prueba rápida en la que supo el resultado en un par de horas? (205)

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

## Sección 19: Apoyo emocional y grado de satisfacción con la vida

---

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

**19.1**            ¿Con qué frecuencia obtiene el apoyo social y emocional que necesita? (206)

**Por favor lea:**

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

**No lea:**

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

**19.2**            En términos generales, ¿que tan satisfecho/a está con su vida? (207)

**Por favor lea:**

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

**No lea:**

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

## Sección 20: Enfermedad gastrointestinal

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre cualquier episodio de diarrea que haya tenido y sobre la atención médica que recibió para tratar la enfermedad diarreica.

**20.1** En los últimos 30 días, ¿tuvo diarrea que comenzó dentro los pasados 30 días? *La diarrea se define como 3 o más evacuaciones blandas en un tiempo de 24 horas.* (208)

- |   |                          |                 |
|---|--------------------------|-----------------|
| 1 | Sí                       |                 |
| 2 | No                       | [Pase a SAM2.1] |
| 7 | No sabe / No está seguro | [Pase a SAM2.1] |
| 9 | Se niega a contestar     | [Pase a SAM2.1] |

**20.2** ¿Consultó personalmente a algún médico, enfermera u otro profesional de la salud debido a esta enfermedad diarreica?

**Nota:** No responda "Sí" si sólo tuvo contacto telefónico con un profesional de la salud.

(209)

- |   |                          |                 |
|---|--------------------------|-----------------|
| 1 | Sí                       |                 |
| 2 | No                       | [Pase a SAM2.1] |
| 7 | No sabe / No está seguro | [Pase a SAM2.1] |
| 9 | Se niega a contestar     | [Pase a SAM2.1] |

**20.3** Cuando visitó a ese profesional de la salud, ¿llevó una muestra de excremento para analizar?

(210)

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

## STATE ADDED MODULE 2 NEURODEVELOPMENTAL PART 1

Por último, le haré unas pocas preguntas más acerca de otros temas relacionados a la salud.

SAM 2.1 ¿Alguna vez le ha dicho un doctor o profesional de salud que usted tiene Esclerosis Múltiple? (MS) por sus siglas en ingles.

## Módulo 1: Selección aleatoria de niños

---

**Nota CATI:** Si la respuesta a la pregunta básica 12.7 =88 o 99 (no hay niños menores de 18 años en el hogar o se niega a contestar) pase a SAM4.1.

Si la respuesta a la pregunta básica 12.7 =1, Encuestador/a, por favor lea: "Anteriormente usted mencionó que en su hogar había un niño / una niña de 17 años de edad o menor. Quisiera hacerle algunas preguntas sobre él/ella." [Pase a la Q1]

Si la pregunta básica 12.7 >1 y la pregunta básica 12.7 no es 88 ni 99, Encuestador por favor lea: "Anteriormente usted mencionó que en su hogar había [cantidad] niños de 17 años de edad o menores. Piense en esos [cantidad] niños en orden de nacimiento, del mayor al menor. El niño / la niña mayor es el primero / la primera y el/la menor es el último / la última." Por favor incluya también a los niños que tengan la misma fecha de nacimiento, como gemelos, de acuerdo al orden de nacimiento.

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

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

Me gustaría hacerle algunas preguntas adicionales sobre uno de los niños en particular. El niño al que me referiré es el "X" [CATI: por favor complete con el número correspondiente] de los niños que viven en su hogar. Todas las preguntas que le haré a continuación se referirán al "X" niño. [CATI: por favor complete]"

1. ¿En qué mes y año nació el "X" niño?

(226-231)

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

**INSTRUCCIÓN CATI:** Calcule la edad del niño en meses (EDADNIÑO1=0 a 216) y también en años (EDADNIÑO2=0 a 17) en base a la fecha de la encuesta y el mes y el año de nacimiento, tomando como valor para el día de nacimiento el 15. Si el niño seleccionado tiene más de 12 meses, ingrese la cantidad de meses en EDADNIÑO1 y 0 en EDADNIÑO2. Si el niño tiene 12 meses o menos, ingrese la cantidad de meses en EDADNIÑO1 y escriba en EDADNIÑO2= TRUNCO (EDADNIÑO1/12).

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

(232)

1        Niño  
2        Niña  
9        Se niega a contestar

3. ¿Es el niño / la niña hispano/a o latino/a?

(233)

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

4. ¿Cuál o cuáles de las siguientes opciones diría que es el grupo étnico del niño / de la niña?

(234-239)

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

**Por favor lea:**

- 1 Blanco
- 2 Negro o Afroamericano
- 3 Asiático
- 4 Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacífico
- 5 Indio americano o nativo de Alaska
- 6 Otro [especifique] \_\_\_\_\_

**No lea:**

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

**Nota CATI: En caso de múltiples respuestas a la P4, continúe. De no ser así, pase a la P6.**

5. ¿Cuáles de los siguientes grupos diría usted que es el grupo étnico del niño / de la niña?

(240)

- 1 Blanco
- 2 Negro o Afroamericano
- 3 Asiático
- 4 Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacífico
- 5 Indio americano o nativo de Alaska
- 6 Otros
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

6. ¿Qué parentesco tiene usted con el niño / la niña?

(241)

**Por favor lea:**

- 1 Padre o madre, biológicos o adoptivos, madrastra o padrastro.
- 2 Abuelo/a
- 3 Padre o madre sustituto/a o tutor [que no sea padre ni abuelo]
- 4 Hermano/a biológico/a o adoptivo/a
- 5 Otro familiar
- 6 No tiene ninguna relación

**No lea:**

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

## Módulo 2: Prevalencia del asma infantil

---

**Nota CATI:** Si la respuesta a la pregunta básica 12.7 es "00" o "88" (ninguna) o "99" (se niega a responder), pase a SAM4.1.

Las siguientes dos preguntas son acerca del \_\_\_\_\_ niño.

1. ¿En alguna ocasión, algún médico u otro profesional de la salud le informó que el niño / / la niña "X<sup>o/a</sup>" tenía asma? (242)
- |   |                            |                 |
|---|----------------------------|-----------------|
| 1 | Sí                         |                 |
| 2 | No                         | [Pase a SAM2.2] |
| 7 | No sabe / No está seguro/a | [Pase a SAM2.2] |
| 9 | Se niega a contestar       | [Pase a SAM2.2] |
2. ¿El niño/la niña todavía tiene asma? (243)
- |   |                            |  |
|---|----------------------------|--|
| 1 | Sí                         |  |
| 2 | No                         |  |
| 7 | No sabe / No está seguro/a |  |
| 9 | Se niega a contestar       |  |

STATE ADDED MODULE: 2 NEURODEVELOPMENTAL PART 2

SAM 2.2 ¿Alguna vez le ha dicho un doctor o profesional de salud que el/la niño/a tiene (child from Random selection) Desorden de Déficit de Atención o Desorden de Déficit de Atención con Hiperactividad? (Por sus siglas en inglés ADD or ADHD)

SAM 2.3 ¿Alguna vez le dijo un doctor, profesional de salud, maestro, o oficial escolar que el niño/a (child from Random selection) tiene impedimento de aprendizaje?

## State Added Module 4: Pandemic flu (Pandemic Flu 2007)

**CATI PROGRAMMER: ASK OF EVERYONE FROM JANUARY THROUGH MAY 2007**

Quisiera hacerle unas preguntas acerca de enfermedades respiratorias.

**SAM 4.1.** El mes pasado, durante [previous calendar month, using December – April], estuvo enfermo/a con la fiebre o calentura?

- 1 = Yes
- 2 = No – *skip to SAM5.1*
- 7 = Don't know – *skip to SAM 5.1*
- 9 = Refused – *skip to SAM5.1*

**4.2.** ¿Tuvo tos o inflamación en la garganta?

- 1 = Yes
- 2 = No
- 7 = Don't know
- 9 = Refused

**4.3.** ¿Visitó a un doctor, enfermera, o profesional de salud a causa de esta enfermedad?

- 1 = Yes
- 2 = No – *go to SAM4.7*
- 7 = Don't know – *go to SAM4.7*
- 9 = Refused – *go to SAM4.7*

**4.4.** ¿Le dijo un doctor, enfermera, o profesional de salud que esta enfermedad era la influenza o la gripe?

- 1 = Yes
- 2 = No – *go to SAM4.7*
- 7 = Don't know
- 9 = Refused

**4.5.** ¿Tuvo una prueba de influenza que fue positiva para esta enfermedad? Usualmente es una prueba en la nariz o garganta. Diría usted :

[Por favor lea:]

- 1 = Yes, had flu test and it was positive
- 2 = No, had flu test but it was negative
- 3 = No, flu test was not done
- 7 = Don't know
- 9 = Refused

**4.6.** ¿ Recibió Tamiflu® o oseltamivir [*o sel TAM i veer*] o medicamento por inhalador como Relenza® o zanamivir [*za NA mi veer*] para tratamiento de esta enfermedad?

- 1 = Yes
- 2 = No
- 7 = Don't know
- 9 = Refused

**4.7.** ¿Cuántos miembros de su familia tuvieron una enfermedad similar a la de usted durante el mes pasado.

- \_\_\_ # persons
- 8 8 None
- 7 7 Don't know/Not Sure
- 9 9 Refused

**CATI PROGRAMMER: ASKED OF EVERYONE FROM JUNE THROUGH DECEMBER 2007**

Le voy hacer preguntas acerca de la influenza o la gripe.

**4.8.** Durante el posado otoño y invierno, aproximadamente Noviembre a Marzo, le dijo un doctor, enfermera, o profesional de salud que usted tenia la influenza o la gripe?

- 1 = Yes
- 2 = No – *skip to SAM5.1*
- 7 = Don't know – *skip to SAM5.1*
- 9 = Refused – *skip to SAM5.1*

**4.9.** ¿Tuvo una prueba que fue positiva de la influenza ? Usualmente una prueba en la nariz o garganta. Diría usted :

- 1 = Yes, had flu test and it was positive
- 2 = No, had flu test but it was negative
- 3 = No, flu test was not done
- 7 = Don't know
- 9 = Refused

**4.10.** ¿ Recibió Tamiflu® o oseltamivir [*o se/ TAM i veer*] o medicamento por inhalador como Relenza® o zanamivir [*za NA mi veer*] para tratamiento de la influenza?

- 1 = Yes
- 2 = No
- 7 = Don't know
- 9 = Refused

Cuantos miembros de su familia también se enfermaron con la influenza durante este pasado otoño y invierno, aproximadamente, Noviembre a Marzo?

- | ___ | # persons           |
|-----|---------------------|
| 8 8 | None                |
| 7 7 | Don't know/Not Sure |
| 9 9 | Refused             |

## STATE ADDED MODULE 5: SEXUAL ORIENTATION

SAM 4.1 Ahora le voy a preguntar algunas preguntas acerca de orientación sexual.

¿Como se considera usted así mismo?

- 1 Heterosexual o "straight" (MALE- le atraen las mujeres, FEMALE-le atraen los hombres)
- 2 Homosexual (MALE- le atraen los hombres, FEMALE-le atraen las mujeres)
- 3 Bisexual, (le atraen los hombres y las mujeres) o
- 4 Otro, especifique\_\_\_\_\_ (SAM 504-523)
  
- 7 No sabe/No esta cierto(a)
- 9 No quiso contestar

## State Added Module 6: BINGE DRINKING

### Módulo 6: Borrachera

**Note: Pregunte si la respuesta a la Q13.4 = 1-30 (o no es igual 77, 88, 99) Todos los demás a SAM7.1**

Las preguntas siguientes tratan sobre la ocasión más reciente en que usted bebió 5 ó más bebidas alcohólicas. Un trago de alcohol es una lata o botella de cerveza de 12 onzas, 1 copa de vino de 4 onzas o 1 bebida con una copita de licor.

**Entrevistador, lea sólo si es necesario:**

**NOTA: "Ocasión" refiere 'una tras otra' o 'en unas cuantas horas'**

**NOTA: Si la persona entrevistada pregunta cómo contar una bebida de gran tamaño, (por ejemplo, una botella de licor de malta de 40 onzas), repita: "Un trago de alcohol es una lata o botella de cerveza de 12 onzas, 1 copa de vino de 4 onzas o 1 bebida con una copita de licor."**

**SAM 6.1 Durante la ocasión más reciente en la que bebió 5 o más bebidas alcohólicas, aproximadamente ¿cuántas cervezas bebió, incluyendo el licor de malta? (341-342)**

**(Redondee al número siguiente)**

\_\_\_ Número  
8 8 Ninguna  
7 7 No sabe/no está seguro(a)  
9 9 Se rehúsa

**SAM 6.2 Durante la misma ocasión, aproximadamente ¿cuántas copas de vino bebió, incluyendo wine coolers, limonada con alcohol o cidra con alcohol? (343-344)**

**NOTA: Las bebidas de malta de sabores que no sean limonada o cidra con alcohol (por ejemplo, Smirnoff Ice y Zima, etc.) se deben contar como vino.**

**(Redondee al número siguiente)**

\_\_\_ Número  
8 8 Ninguna  
7 7 No sabe/no está seguro(a)  
9 9 Se rehúsa

SAM 6.3 Durante la misma ocasión, aproximadamente **¿cuántas bebidas con licor, incluyendo cócteles, bebió?** (345-346)

**(Redondee al número siguiente)**

- |     | Número                    |
|-----|---------------------------|
| 8 8 | Ninguna                   |
| 7 7 | No sabe/no está seguro(a) |
| 9 9 | Se rehusa                 |

SAM 6.4 Durante la ocasión más reciente, **¿en dónde estaba cuando bebió la mayoría del alcohol?** (347)

**Por favor lea:**

- 1 En casa, por ejemplo, en su casa, apartamento, condominio o dormitorio
- 2 En la casa de otra persona
- 3 En un restaurante o salón de banquetes
- 4 En un bar o club
- 5 En un lugar público como un parque, concierto o evento deportivo
- 6 Otro

**No lea**

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

SAM 6.5 Durante la ocasión más reciente, **¿cómo obtuvo la mayoría del alcohol?** (348)

**Diría Usted:**

- 1 Alguien me lo compró o me lo dio
- 2 Lo compré en una tienda, como una tienda de licores, tienda rápida o supermercado
- 3 Lo compré en un restaurante, bar o área pública
- 4 Otro

**No lea**

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

SAM 6.6 **¿Condujo algún vehículo como un automóvil, camión o motocicleta en esa ocasión o un par de horas después de esa ocasión?** (349)

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

**STATE ADDED MODULE 7: ALCOHOL DEPENDENCE (From ADAM)**

Ahora quisiera preguntarle sobre experiencias relacionadas con el uso de alcohol que pudiera haber tenido en los pasados 12 meses.

SAM 7.1 Un trago es una lata o botella de cerveza, una copa de vino, una lata o una botella de cóctel de vino, un cóctel o un trago de licor. ¿Cuántas veces, durante los pasados 12 meses, ingirió por lo menos un trago de cualquier bebida alcohólica?

*Read Only If Necessary*

- 1 Casi todos los días
- 2 3 o 4 días por semana
- 3 1 o 2 días por semana
- 4 1 a 3 días por mes

*If 8.3 < 77 AND/OR SAM4.1 < 77 continue, otherwise go to the next module*

- 5 Menos de una vez por mes
- 8 No he bebido en los últimos 12 meses
- 7 Don't know / Not sure
- 9 Refused

SAM 7.2 En los pasados 12 meses, ¿ha pasado mas tiempo bebiendo de lo que era su intención?

**State added: (387)**

- 1 Yes
- 2 No
- 7 Don't know / Not sure
- 9 Refused

SAM 7.3 ¿Ha descuidado algunas de sus responsabilidades usuales por el uso del alcohol?

**State added: (388)**

- 1 Yes
- 2 No
- 7 Don't know / Not sure
- 9 Refused

SAM 7.4 ¿Ha querido rebajar su consumo de bebidas alcohólicas?

**State added: (389)**

- 1 Yes
- 2 No
- 7 Don't know/Not sure
- 9 Refused

SAM 7.5 En los pasados 12 meses, ¿ha habido alguien quien ha estado en contra de su consumo del alcohol?

**State added: (390)**

- 1 Yes
- 2 No
- 7 Don't know/Not sure
- 9 Refused

SAM 7.6 ¿Se encuentra usted pensando en beber frecuentemente?

**State added: (391)**

- 1 Yes
- 2 No
- 7 Don't know/Not sure
- 9 Refused

SAM 7.7 ¿Ha bebido alcohol para aliviar sentimientos de tristeza, rabia, o de aburrimiento?

**State added: (392)**

- 1 Yes
- 2 No
- 7 Don't know/Not sure
- 9 Refused

## STATE ADDED MODULE 8: EMERGENCY CONTRACEPTIVES

**ASK OF WOMEN AGE 18-44 (Q13.16=2, Q13.1 =>18 AND <=44). ALL OTHERS GO TO NEXT SECTION.**

Ahora tengo algunas preguntas sobre píldoras anticonceptivas de emergencia (PEA's).

SAM 8.1. Alguna vez ha escuchado sobre las píldoras de emergencia anticonceptivas (PEA's). Estas se llamaban "píldora de la mañana después." Si se ingieren de acuerdo a las instrucciones dentro de 5 días después del sexo desprotegido estas pueden prevenir el embarazo.

**State added: (393)**

- 1 Yes
- 2 No. *Go to next module*
- 7 Don't know/Not sure *Go to next module*
- 9 Refused *Go to next module*

SAM 8.2. ¿Ha usado alguna vez píldoras anticonceptivas de emergencia?

**State added: (394)**

- 1 Yes
- 2 No.
- 7 Don't know/Not sure
- 9 Refused

## Módulo 13: Control de la artritis

---

**Nota CATI:** Si las respuestas a las preguntas básicas 15.2 o 15.4 =1 (Sí), continúe. De no ser así, pase al módulo siguiente.

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR / LA ENCUESTADORA:** Lea la parte subrayada de la P1 únicamente si este módulo no sigue inmediatamente después de la Sección Básica 16, Artritis.

1. Anteriormente usted dijo que tenía artritis o que presentaba síntomas de problemas en las articulaciones o coyunturas. Con respecto a sus síntomas de artritis o de problemas en las articulaciones o coyunturas., ¿cuál de las siguientes opciones describe su situación **actual** de forma más acertada?

(345)

**Por favor lea:**

- 1 Puedo hacer todo lo que deseo
- 2 Puedo hacer la mayoría de las cosas que deseo hacer
- 3 Puedo hacer algunas de las cosas que deseo hacer
- 4 no puedo hacer nada de lo que deseo hacer

**No lea:**

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

2. ¿Alguna vez algún médico u otro profesional de la salud le recomendó que se adelgazara para aliviar los síntomas de artritis o de otros problemas en las articulaciones o coyunturas.?

(346)

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

3. ¿Alguna vez algún médico u otro profesional de la salud le recomendó hacer actividad física o ejercicio para aliviar las molestias vinculadas a la artritis o a otros problemas en las articulaciones o coyunturas.?

(347)

**Nota:** Si el encuestado / la encuestada no está seguro/a acerca de si esto significa aumentar o disminuir la actividad física, aclárele que significa "aumentar".

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

4. ¿Alguna vez ha tomado algún curso o clase educativa para aprender a controlar los problemas vinculados a la artritis u otros síntomas de problemas en las articulaciones o coyunturas.?

(348)

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

## STATE ADDED MODULE 10: CELL PHONE PILOT

BRSS Cell Phone Pilot 11/8/06

### Questions for BRFSS Interview JANUARY THROUGH MARCH 2007

SAM 10.1 ¿Tiene un teléfono celular que usa para uso personal? Por favor incluya teléfonos celulares de uso personal y negocio.

- 1) YES **[SKIP TO SAM10.3]**
- 2) NO
- 3) DON'T KNOW/NOT SURE
- 4) REFUSED

SAM10.2 ¿Usualmente, uste comparte un teléfono celular de uso personal con otros adultos?

- 1 YES **GO TO SAM10.4**
- 2 NO **GO TO NEXT SECTION**
- 3 DON'T KNOW/NOT SURE **GO TO NEXT SECTION**
- 4 REFUSED **GO TO NEXT SECTION**

SAM10.3. Usualmente, comparte este teléfono celular con otros adultos?

- 1 YES
- 2 NO **GO TO SAM10.5**
- 3 DON'T KNOW/NOT SURE **GO TO SAM10.5**
- 4 REFUSED **GO TO SAM10.5**

SAM10.4. ¿Cuántos otros adultos usan este teléfono celular por lo menos una tercera parte del tiempo?  
INTERVIEWER: TWO IS THE MAXIMUM RESPONSE ALLOWED.

- 1) NONE
- 2) ONE
- 3) TWO OR MORE
- 4) DK
- 5) REF

SAM 10.5 ¿Durante los pasados 12 meses, alguna ves NO tuvo servicio de teléfono celular por una semana o mas?

INTERVIEWER: WE ARE INTERESTED IN CONTINUOUS SERVICE IN THIS QUESTION. IF SOMEONE SWITCHED CELL PHONE COMPANIES, BUT DID NOT HAVE A BREAK IN SERVICE, THE ANSWER TO THIS QUESTION IS "NO."

- 1 YES
- 2 NO
- 3 DON'T KNOW/NOT SURE
- 4 REFUSED

## Módulo 16: Enfermedad mental y estigma

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre cómo se ha sentido en los últimos 30 días. ..

1. ¿Con qué frecuencia se ha sentido **nervioso/a** en los últimos 30 días? ¿Diría que **todo el tiempo, la mayor parte del tiempo, a veces, pocas veces, o nunca?** (358)

- 1 Todo el tiempo
- 2 La mayor parte del tiempo
- 3 A veces
- 4 Pocas veces
- 5 Nunca
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

2. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se ha sentido **desesperanzado/a?** ¿**Todo el tiempo, la mayor parte del tiempo, a veces, pocas veces o nunca?** (359)

- 1 Todo el tiempo
- 2 La mayor parte del tiempo
- 3 A veces
- 4 Pocas veces
- 5 Nunca
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

3. En los últimos 30 días ¿con qué frecuencia se sintió **intranquilo/a o inquieto/a?**

**[Si fuera necesario: ¿todo el tiempo, la mayor parte del tiempo, a veces, pocas veces o nunca?]** (360)

- 1 Todo el tiempo
- 2 La mayor parte del tiempo
- 3 A veces
- 4 Pocas veces
- 5 Nunca
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

4. En los últimos 30 días ¿con qué frecuencia se sintió tan deprimido/a que nada lograba levantarle el ánimo?

[Si fuera necesario: ¿todo el tiempo, la mayor parte del tiempo, a veces, pocas veces o nunca?]

(361)

- 1 Todo el tiempo
- 2 La mayor parte del tiempo
- 3 A veces
- 4 Pocas veces
- 5 Nunca
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

5. En los últimos 30 días ¿con qué frecuencia sintió que todo ERA un gran esfuerzo?

[Si fuera necesario: ¿todo el tiempo, la mayor parte del tiempo, a veces, pocas veces o nunca?]

(362)

- 1 Todo el tiempo
- 2 La mayor parte del tiempo
- 3 A veces
- 4 Pocas veces
- 5 Nunca
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

6. En los últimos 30 días ¿con qué frecuencia sintió que no era valioso/a?

[Si fuera necesario: ¿todo el tiempo, la mayor parte del tiempo, a veces, pocas veces o nunca?]

(363)

- 1 Todo el tiempo
- 2 La mayor parte del tiempo
- 3 A veces
- 4 Pocas veces
- 5 Nunca
- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Se niega a contestar

La siguiente pregunta se refiere a cualquier tipo de problema mental o emocional que le haya impedido hacer su trabajo o cualquier otra actividad habitual.

7. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días sintió que sus problemas mentales o emocionales le impedían hacer su trabajo u otras de sus actividades habituales? (364-365)

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

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** Si se lo preguntan, por "actividades habituales" se entiende tareas domésticas, tareas de cuidado personal, cuidado de enfermos, trabajo voluntario, asistir a clase o realizar actividades recreativas.

8. ¿Está tomando actualmente algún medicamento o recibiendo algún tratamiento médico par tratar cualquier tipo de problema mental o emocional? (366)

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

Las siguientes preguntas se refieren a las actitudes de las personas sobre las enfermedades mentales y su tratamiento. ¿En qué medida está **de acuerdo** o **en desacuerdo** con las siguientes frases sobre las personas con problemas mentales?

9. El tratamiento puede ayudar a las personas con enfermedades mentales a llevar una vida normal. ¿Está totalmente o levemente **de acuerdo**, totalmente o levemente en **desacuerdo**?

(367)

**Lea sólo si es necesario:**

- 1 Totalmente de acuerdo
- 2 Levemente de acuerdo
- 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4 Levemente en desacuerdo
- 5 Totalmente en desacuerdo

**No lea:**

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

10. Las personas pueden ser compasivas y comprensivas con las personas con enfermedades mentales. Usted, ¿está totalmente o levemente **de acuerdo**, totalmente o levemente en **desacuerdo**?

(368)

**Lea sólo si es necesario:**

- 1 Totalmente de acuerdo
- 2 Levemente de acuerdo
- 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4 Levemente en desacuerdo
- 5 Totalmente en desacuerdo

**No lea:**

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

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** Si le preguntan cuál es el objetivo de las preguntas 9 o 10, diga: "las respuestas a estas preguntas permitirán a los planificadores de salud comprender mejor las actitudes del público acerca de las enfermedades mentales y su tratamiento, y servirán como guía para desarrollar programas de educación sobre salud".

## STATE ADDED MODULE 11: Manejar en estado de ebriedad

---

**Nota CATI:** Si P13.1 = 2 (No); Pase a la siguiente sección.

**SAM11.1**      **La siguiente pregunta se refiere a beber y manejar.**  
En los últimos 30 días, ¿cuántas veces manejó habiendo bebido tal vez demasiado?  
(170-171)

8	8	Cantidad de veces
8	8	Ninguna
7	7	No sabe / No está seguro/a
9	9	Rehusó contestar

**STATE ADDED MODULE 13: PERCEPTIONS OF HEALTH DISPARITIES**  
**STATE ADDED MODULE 13: PERCEPTIONS OF HEALTH DISPARITIES**

(1/11/07)

Quisiera pedirle su opinión sobre la salud y sobre experiencias de cuidados de salud basadas en su raza o grupo étnico. Estas preguntas son basadas en la población GENERAL de Nuevo Mexico mas no son basadas en sus experiencias personales.

SAM13.1. Cobertura de Salud incluye seguro medico, planes prepagados como los HMO, o planes gubernamentales como Medicare. ¿Cree usted que algunas razas o grupos étnicos son menos probables para tener alguna cobertura de salud?

- 1. yes
- 2. no **GO TO SAM13.3**
- 7. DK/not sure **GO TO SAM13.3**
- 9. refused **GO TO SAM13.3**

SAM13.2. ¿Cual grupo o grupos son menos probable para tener algún tipo de cobertura de salud? Diría usted:

**INTERVIEWER GUIDANCE: Health care coverage includes health insurance, prepaid plans such as HMOs, or government plans such as Medicare.**

**INTERVIEWER: SELECT UP TO 8 OPTIONS**  
(Marque todas las opciones que correspondan)

**Por favor lea:**

- 01 Blanco, NO Hispanico
- 02 Hispánico
- 03 Negro o Afroamericano
- 04 Asiático
- 05 Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacífico
- 06 Indio americano o nativo de Alaska
- 07 Otro [especifique]\_\_\_\_\_

**No lea:**

- 08 No indica opciones adicionales
- 88 None
- 77 No sabe / No está seguro/a
- 99 Se niega a contestar

SAM13.3. ¿Cual grupo o grupos son mas probables para desarrollar diabetes?  
Diria usted:

**INTERVIEWER: SELECT UP TO 8 OPTIONS**

Por favor lea:

Por favor lea:

- 01 Blanco, NO Hispanico
- 02 Hispánico
- 03 Negro o Afroamericano
- 04 Asiático
- 05 Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacífico
- 06 Indio americano o nativo de Alaska
- 07 Otro [especifique]\_\_\_\_\_

No lea:

- 08 No indica opciones adicionales
- 88 None
- 77 No sabe / No está seguro/a
- 99 Se niega a contestar

SAM13.4. ¿Cuál grupo o grupos son mas probable de ser obesos?

**INTERVIEWER: SELECT UP TO 8 OPTIONS**

- 01 Blanco, NO Hispanico
- 02 Hispánico
- 03 Negro o Afroamericano
- 04 Asiático
- 05 Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacífico
- 06 Indio americano o nativo de Alaska
- 07 Otro [especifique]\_\_\_\_\_

No lea:

- 08 No indica opciones adicionales
- 88 None
- 77 No sabe / No está seguro/a
- 99 Se niega a contestar

**S STATE ADDED MODULE 9: DRINKING WATER**

**2007 SEE ALSO 1997-99 NM BRFSS**

SAM 9.1. ¿Cual es la fuente principal de su agua para beber?

1. Agua de la ciudad
2. Pozo o noria privado o compartido
3. Agua Embotellada
4. Camión o troca cisterna
5. Agua de dispensador del super Mercado
6. Other, specify \_\_\_\_\_
  
7. Don't know/not sure
9. Refused

SAM9.2. ¿Usted filtra su agua para beber de alguna manera? Esto incluye filtros de carbón, como Brita o Pure, o por osmosis inversa o intercambio iónico?

1. Yes
2. No
  
7. Don't know/not sure
9. Refused

SAM9.3. En promedio, ¿cuantas tazas de agua bebe al día? Esto incluye agua para café, té, o jugos. Una taza equivale a 8 onzas.

1. Menos de una taza
2. 1-4 tazas
3. 5-8 tazas
4. Mas de 8 tazas
  
8. None
7. Don't know/not sure
9. Refused

**SAM 3: ASTHMA CALL-BACK: SCRIPT TO ENLIST FOR ASTHMA CALL-BACK SURVEY 2007**

- If 9.1=1 and 12.7 =88 or 99 go to SAM3.1 (ADULT ONLY)
- If 9.1=1 and 12.7 <12, and M2.1> 1 go to SAM3.1 (ADULT ONLY)
- If 9.1=1 and 12.7 <12, and M2.1=1 go SAM3.1 (RANDOM SELECTION)
- If 9.1>1 and 12.7<12 and M2.1=1 go to SAM3.1 (CHILD ONLY)
- If 9.1>1 and 12.7<12 and M2.1> 1 go to closing statement. (NO ONE WITH ASTHMA)

**CATI: DO RANDOM SELECTION RIGHT HERE RIGHT NOW.**

**CATI: ENTER # ADULT, ENTER # CHILD WITH ASTHMA. (TITO DO YOU WANT THIS TO BE QUESTION #'S? THIS COULD BE EXPORTED TO THE ASTHMA CALLBACK QUESTIONNAIRE WITH THE IDENTIFIERS.)**

**SAM3.1** Quisiéramos volver a llamar, dentro de dos semanas para hablar con más detalle sobre sus experiencias con el asma. (CATI IF 2 PEOPLE INCLUDE NEXT SENTENCE) [Viendo que hay dos personas identificadas en su hogar con asma, la computadora selecciona al azar a una persona para continuar con las preguntas.] **You/your blank year old child CATI: from random selection** ha sido seleccionado.

La información que usted me de será usada para desarrollar y mejorar programas de asma en Nuevo Mexico. La información que usted me dio hoy y cualquiera que nos de en el futuro será confidencial. Si usted esta de acuerdo, guardaremos su primer nombre y numero de teléfono separado de las respuestas que nos dio hoy.

Recuerde que puede rehusar a participar en el futuro. Estaría de acuerdo que le volviéramos a llamar para preguntarle preguntas adicionales sobre el asma?

- 1 Yes
- 2 No go to closing statement

SAM3.2 ¿Cual es su primer nombre? para saber por quien preguntar en el futuro.

\_\_\_\_\_ Enter first name of adult

SAM3.3 ¿Cual es el primer nombre del niño/a (RANDOMLY SELECTED CHILD FROM M1)?

\_\_\_\_\_ Enter first name of child

**Párrafo de cierre**

**Por favor lea:**

Esta fue mi última pregunta. Las respuestas de todas las encuestas se combinarán para darnos información sobre las prácticas de salud de la gente de Nuevo Mexico. Muchas gracias por su tiempo y cooperación.