



2011

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

**2/24/11
v.5**

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento Borrador del cuestionario 2011

Índice	2
Guión para el encuestador.....	3
Sección 1: Estado de salud	4
Sección 2: Días en los que se siente bien de salud – Calidad de vida en relación con la salud.....	5
Sección 3: Acceso a cuidados médicos	6
Sección 4: Conocimiento de su hipertensión	7
Sección 5: Conocimiento de su colesterol.....	8
Sección 6: Afecciones crónicas	9
Módulo 1: Prediabetes.....	12
Módulo 2: Diabetes.....	13
Sección 7: Consumo de tabaco.....	15
Sección 8: Información demográfica	16
State Added Module 2: Afiliación Tribal.....	17
State Added Module 3: Cobertura de Salud (Health Care Coverage- I.H.S.).....	17
State Added Module 4: Orientación Sexual.....	18
State Added Module 5: Cobertura de Salud (Health Care Coverage- V.A.) continued.....	19
Sección 9: Sección 9: Frutas y verduras.....	24
Sección 10: Ejercicio (Actividad física).....	28
Sección 11: Discapacidad	30
Sección 12: Carga de la artritis.....	31
Sección 13: Uso del cinturón de seguridad	32
Sección 14: Vacunas	33
Sección 15: Consumo de alcohol	34
Sección 16: VIH/SIDA.....	35
Módulos opcionales	36
Módulo 26: Ansiedad y depresión	36
State Added Module 7: Suicidio.....	38
Módulo 32: Selección aleatoria de niños.....	39
Módulo 33: Prevalencia de asma infantil.....	41
Asma - Permiso para llamar después sobre el asma.....	42
State Added Module 8: Caídas.....	44
State Added Module 9: Industria y las Ocupaciones.....	45
Lista de actividades físicas comunes de recreación (Para usarse en la Sección 10: Actividad física)	46

Guión para el encuestador

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

¿Estoy hablando al (número de teléfono)?

Si la respuesta es "No",

Disculpe; es probable que haya llamado a un número equivocado. Es posible que su número sea seleccionado en otra oportunidad. Gracias por su atención. **CUELGUE**

¿Es éste un domicilio particular en Nuevo Mexico?

Si la respuesta es "No",

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

¿Estoy llamando a un teléfono celular?

[Léale solo si es necesario:

"Por teléfono celular queremos decir un teléfono móvil y que pueda usarse fuera de su vecindario".

Si la respuesta es "Sí",

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

Para esta encuesta, necesito seleccionar al azar a un adulto que viva en su casa.

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

___ Cantidad de adultos

Si la respuesta es "1",

¿Es usted el adulto?

Si la respuesta es "Sí",

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

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

Si la respuesta es "No",

¿El adulto es hombre o mujer?

Escriba abajo 1 hombre o 1 mujer. ¿Podría hablar con [indique (él/ella) según la respuesta dada a la pregunta anterior]? **Pase a la parte de "persona encuestada correspondiente" en la próxima página. 5**

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

___ Cantidad de hombres

___ Cantidad de mujeres

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

Si la respuesta es "usted", pase a la página 5

A la persona encuestada correspondiente:

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

Secciones básicas

No le preguntaré su apellido, su dirección ni ningún otro dato personal que pudiera identificarlo. Si hay alguna pregunta que no desea contestar, no tiene que hacerlo. También puede dar por terminada esta entrevista en cualquier momento. Toda la información que usted me brinde será confidencial. Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, por favor llame a el número 1-877-325-8226.

Sección 1: Estado de salud

1.1 Diría usted que su estado de salud general es: (73)

Léale:

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

No le lea:

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

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

2.1 Con respecto a su salud física, lo que incluye tanto enfermedades como lesiones físicas, en los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su salud física no fue buena? (74–75)

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

2.2 Con respecto a su salud mental, que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, en los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su estado de salud mental no fue bueno? (76–77)

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

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

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

Sección 3: Acceso a cuidados médicos

- 3.1** ¿Tiene algún tipo de cobertura 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? (80)

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

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

Si la respuesta es "No", pregunte: "¿Hay más de una o no hay ninguna persona a la que considere su médico o proveedor de atención médica personal?" (81)

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

- 3.3** En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en que necesitó consultar a un médico pero no pudo hacerlo por razones económicas? (82)

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

- 3.4** ¿Cuándo fue la última vez que visitó al médico para hacerse un chequeo de rutina? Un chequeo de rutina es un examen físico general, que no se realiza a consecuencia de una lesión, enfermedad o afección específica. (83)

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

Sección 4: Conocimiento de su hipertensión

Read only if necessary:

"Otro profesional de salud" es alguien que practica la profesión de enfermería, es ayudante de doctor, o cualquier otro profesional de salud licenciado.

4.1 ¿ALGUNA VEZ le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión)? (84)

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

- 1 Sí
- 2 Sí, pero la encuestada dijo que ocurrió únicamente durante el embarazo
[Pase a la siguiente sección]
- 3 No [Pase a la siguiente sección]
- 4 Hipertensión arterial limítrofe o 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? (85)

- 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 en la sangre es una sustancia grasa que se encuentra en la sangre.
¿ALGUNA VEZ le han analizado el colesterol en la sangre? (86)
- 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 analizaron el colesterol en la sangre? (87)
- Léale solo si es necesario:**
- 1 En el último año (hace menos de 12 meses)
 - 2 En los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2)
 - 3 En los últimos 5 años (hace 2 años pero menos de 5)
 - 4 Hace 5 años o más
- No le lea:**
- 7 No sabe/No está seguro
 - 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 elevado? (88)
- 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 acerca de las condiciones generales de salud.

¿ALGUNA VEZ un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía alguna de las siguientes afecciones? En cada pregunta, responda "Sí," "No," o "No esta seguro".

6.1 ¿ (Alguna vez le dijeron) que tuvo un ataque cardíaco, también llamado infarto de miocardio? (89)

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

6.2 ¿ (Alguna vez le dijeron) que tuvo angina de pecho o cardiopatía coronaria? (90)

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

6.3 ¿ (Alguna vez le dijeron) que tuvo un derrame cerebrovascular? (91)

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

6.4 ¿(Alguna vez le dijeron) que tenía asma? (92)

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

6.5 ¿Usted sigue teniendo asma? (93)

- 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? (94)
- 1 Sí
2 No
7 No sabe/No está seguro
9 Se niega a contestar
- 6.7 ¿(Alguna vez le dijeron) que tenía otros tipos de cáncer? (95)
- 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? (96)
- 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? (97)
- 1 Sí
2 No
7 No sabe/No está seguro
9 Se niega a contestar

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Los diagnósticos de artritis incluyen:

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

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

(98)

- 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? (NO incluya cálculos renales, infecciones de la vejiga o incontinencia).

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

(99)

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

6.12 ¿(Alguna vez le dijeron) que tiene un impedimento de la vista en uno o ambos ojos, aun cuando usa lentes

(100)

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No es aplicable (Ciego)
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

6.13 ¿(Alguna vez le dijeron) que tenía diabetes?

(101)

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

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

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

Nota de CATI: Si P6.13 = 1 (Sí), pase a Módulo Opcional de Diabetes (si se usa). Para las otras respuestas a P6.13, vaya a Módulo Opcional de Pre-Diabetes (si se usa). De lo contrario, pase a la siguiente sección.

Módulo 1: Prediabetes

NOTA: solo se les hacen las preguntas de este módulo a quienes contestaron "Sí" (código = 1) a la pregunta básica P6.13 (pregunta sobre si saben que tienen diabetes).

1. ¿Se ha hecho un examen para detectar un nivel alto de azúcar en la sangre o diabetes en los últimos tres años? (245)
- | | |
|---|------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar |

Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P6.13 = 4 (No, prediabetes o intolerancia a la glucosa); conteste P2 "Sí" (código = 1).

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

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

(246)

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

Módulo 2: Diabetes

Haga las preguntas siguientes si la respuesta a la pregunta básica P6.13 (código = 1) es "Sí".

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

 __ Codifique la edad en años [97 = 97 y más]
 98 No sabe/No está seguro
 99 Se niega a contestar 35

2. ¿Está tomando insulina actualmente? (249)

 1 Sí
 2 No
 9 Se niega a contestar

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

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

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

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

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

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

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

(258–259)

— — Número de veces [76 = 76 o más]
88 Ninguna
98 Nunca ha oído hablar de la prueba —A1C.
77 No sabe/No está seguro
99 Se niega a contestar

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

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

(260–261)

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

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

(262)

Léale solo si es necesario:

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

No le lea:

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

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

(263)

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

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

(264)

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

Sección 7: Consumo de tabaco

7.1 ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida? (102)

NOTA: 5 cajetillas = 100 cigarrillos

- | | | |
|---|------------------------|---------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a P7.5] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a P7.5] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a P7.5] |

7.2 Actualmente ¿fuma cigarrillos todos los días, algunos días o nunca? (103)

- | | | |
|---|------------------------|---------------|
| 1 | Todos los días | |
| 2 | Algunos días | |
| 3 | Nunca | [Pase a P7.4] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a P7.5] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a P7.5] |

7.3 En los últimos 12 meses, ¿ha dejado de fumar durante un día o más debido a que estaba intentando dejar de fumar? (104)

- | | | |
|---|------------------------|---------------|
| 1 | Sí | [Pase a P7.5] |
| 2 | No | [Pase a P7.5] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a P7.5] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a P7.5] |

7.4 ¿Cuánto tiempo hace que no fuma cigarrillos, aun una o dos fumaradas? (105-106)

- | | |
|-----|---|
| 0 1 | En el último mes (hace menos de 1 mes) |
| 0 2 | En los últimos 3 meses (hace 1 mes pero menos de 3) |
| 0 3 | En los últimos 6 meses (hace 3 meses pero menos de 6) |
| 0 4 | En el último año (hace 6 meses pero menos de 1 año) |
| 0 5 | En los últimos 5 años (hace 1 año pero menos de 5) |
| 0 6 | En los últimos 10 años (hace 5 años pero menos de 10) |
| 0 7 | Hace 10 años o más |
| 0 8 | Nunca fumó de manera habitual |
| 7 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 9 | Se niega a contestar |

7.5 ¿En la actualidad usa tabaco para mascar, rapé o *snus* todos los días, algunos días o nunca? (107)

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

- | | |
|---|----------------|
| 1 | Todos los días |
| 2 | Algunos días |
| 3 | Nunca |
- No le lea:**
- | | |
|---|------------------------|
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar |

Sección 8: Información demográfica

8.1 ¿Qué edad tiene? (108–109)

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

8.2 ¿Es usted hispano o latino? (110)

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

8.3 ¿A cuál o cuáles de las siguientes razas diría usted que pertenece? (111–116)

(Marque todas las opciones que correspondan)

Léale:

- 1 Blanco Hispano
2 Negro o afroamericano Hispano
3 Asiático Hispano
4 Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico Hispano
5 Indoamericano o nativo de Alaska Hispano
6 Otra [especifique] _____

No le lea:

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

8.4 a ¿Cuál de los siguientes grupos diría usted que es el más representativo de su raza? (117)

Léale:

- 11 Hispano o Latino
1 Blanco
2 Negro o afroamericano
3 Asiático
4 Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico
5 Indoamericano o nativo de Alaska
6 Otro [especifique] _____

No le lea:

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

STATE ADDED MODULE 2: AFFILIACION TRIBAL

NMSAM1 2010; NMSAM1 2009; NMSAM1 2008; NMSAM1, 2007

Below code before 2010 was when 8.3 if (TotRace=1 and "your race"=5) or 8.4 (Best race=5) ask. In 2010 this was modified to be when 8.3 if "your race" has a "5" as a choice (even as one of multiple choices) then ask.

CATI: ASK IF 8.4 CONTAINS '5' AS ONE OF THE RESPONSES)

SAM 2.1 ¿Cuál es su tribu principal? (573)

Guidance: ¿Con que tribu esta afiliado o inscrito?

1. Apache (Jicarilla/Mescalero)
2. Navajo/ Dine
3. Pueblo (Any of the 19 NM Pueblos)
4. Otro, especifique _____

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

(ask question below if NM2.1 = "4. Other")

NM2Q1ot Other (specify): (Open End answer)

(574-593)

STATE ADDED MODULE 3: COBERTURA DE SALUD (Health Care Coverage)

NM SAM 2.1, 2010, NM SAM 2, 2009; NM SAM 7, 2008

CATI: IF 3.1=2, 7,9 (>1) AND when 8.3 if "your race" has a "5" as a choice (even as one of multiple choices) THEN ASK FOLLOWING QUESTION OTHERWISE CONTINUE TO NM4.1

SAM 3.1 ¿Tiene usted acceso a cobertura de salud por el servicio de Salud Indígena (IHS)?

(594)

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

STATE ADDED MODULE 4: ORIENTACION SEXUAL

NM2010 SAM3.1

REVISED FOR 2009, SAM 5

NM 2008 SAM 2

NM 2007 SAM 5

NM 2006 SAM 4

NM 2005 SAM 2

3.1 Se considera usted uno o más de los siguientes:

(595-599)

1. A. Heterosexual o normal
2. B. Homosexual o lesbiana
3. C. Bisexual
4. D. Transgénero

IF pause or refusal/none of above, also say:

Puedes nombrar otra categoría si te describe mejor:

- 8 E. Otro (Especifique) _____
7. Don't Know/Not Sure
9. Refused

(ask question below if NM4.1 = "8. Other")

(600-619)

NM4Q1ot Other (specify): (Open End answer)

Notes for surveyors:

If respondents need clarification on the lettered choices above, use the following definitions:

- A. Heterosexual:** tiene sexo con o es atraído(a) a personas del sexo opuesto
- B. Homosexual o lesbiana:** tiene sexo con o es atraído(a) a personas del mismo sexo
- C. Bisexual:** tiene sexo con o es atraído(a) a personas de los dos sexos
- D. Transgénero:** es una persona que posee los sentimientos genéricos, las sensaciones corporales y la identidad genérica que es el opuesto de la cual ha nacido. Por ejemplo, una persona que nació hombre y se cambió el órgano sexual a mujer con una cirugía.

8.5 ¿Alguna vez ha estado en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, ya sea en el servicio militar, en la Guardia Nacional o en una unidad de reserva militar? El servicio activo no incluye el entrenamiento en la Reserva ni en la Guardia Nacional, pero Sí incluye las actividades de movilización, como por ejemplo, para la Guerra del Golfo Pérsico. (118)

- 1 SI
- 2 No

No le lea:

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

STATE ADDED MODULE 5: Cobertura de Salud (Health Care Coverage)
continued

CATI: IF 3.1=2, 7,9 (>1) AND when 8.3 if "your race" has a "5" as a choice (even as one of multiple choices) THEN ASK FOLLOWING QUESTION OTHERWISE CONTINUE TO 8.6

SAM 5.1 ¿Tiene usted acceso a cobertura de salud por las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o por la Administración de Veteranos (VA)? (620)

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

8.6 Es usted... (119)

Léale:

- 1 Casado
- 2 Divorciado
- 3 Viudo
- 4 Separado
- 5 Nunca se ha casado
- 6 Vive en pareja sin estar casado

No le lea:

- 9 Se niega a contestar

8.7 ¿Cuántos niños menores de 18 años viven con usted? (120–121)

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

TRIGGERS RANDOM CHILD SELECTION

8.8 ¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha alcanzado? (122)

Léale solo si es necesario:

- 1 Nunca fue a la escuela o solo recibió educación preescolar.
- 2 De 1.º a 8.º grado (educación primaria)
- 3 De 9.º a 11.º grado (educación secundaria incompleta)
- 4 12.º grado o diploma equivalente de la escuela secundaria o GED (graduado de la escuela secundaria)
- 5 De 1 a 3 años de universidad (algunos años de educación universitaria o escuela técnica)
- 6 4 o más años de universidad (universitario graduado)

No le lea:

- 9 Se niega a contestar

8.9 Es usted actualmente...

(123)

Léale:

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

No le lea:

- 9 Se niega a contestar

ANSWERS TO 8.9 OF 1,2,4 TRIGGERS THE LAST QUESTIONS ON BUSINESS AND INDUSTRY

8.10 Tomando en cuenta todas las fuentes de ingresos, los ingresos anuales de todos los habitantes del hogar ... (124-125)

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

Léale solo si es necesario:

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

No le lea:

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

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

Nota: si la persona encuestada responde con el sistema métrico, indique "9" en la columna 126.

Redondee los decimales hacia arriba

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

8.12 Aproximadamente, ¿cuánto mide usted sin zapatos? (130–133)

NOTA: si la persona encuestada responde con el sistema métrico, indique "9" en la columna 130.

Redondee los decimales hacia abajo

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

8.13 ¿En qué condado vive? (134–136)

____ Código ANSI [*American National Standards Institute*] del condado
777 No sabe/No está seguro
999 Se niega a contestar

8.14 ¿Cuál es el código postal de la localidad donde vive? (137–141)

____ Código postal (*Zip Code*) (87000-88999)
77777 No sabe/No está seguro
99999 Se niega a contestar

8.15 ¿Tiene más de un número de teléfono en su casa? No incluya números de teléfonos celulares ni números que solo se utilicen para una computadora o un fax. (142)

1	Si	
2	No	[Pase a P8.17]
7	No sabe/No está seguro	[Pase a P8.17]
9	Se niega a contestar	[Pase a P8.17]

8.16 ¿Cuántos de estos números de teléfono son números residenciales? (143)

- ____ Números de teléfono de la casa [6 = 6 o más]
7 No sabe/No está seguro
9 Se niega a contestar

8.17 ¿Tiene usted un teléfono celular para uso personal? Por favor incluya los teléfonos celulares de uso personal y de trabajo. (144)

- 1 Sí [Pase a P8.19]
2 No
7 No sabe/No está seguro
9 Se niega a contestar

8.18 ¿Comparte usted un teléfono celular personal (al menos un tercio del tiempo) con otros adultos? (145)

- 1 Sí [Pase a P8.20]
2 No [Pase a P8.21]
7 No sabe/No está seguro [Pase a P8.21]
9 Se niega a contestar [Pase a P8.21]

8.19 ¿Por lo general, comparte usted este teléfono celular (al menos por un tercio del tiempo) con otros adultos? (146)

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

8.20 Piense en todas las llamadas que recibe tanto a través de su línea de teléfono fijo como a través del teléfono celular, ¿qué porcentaje de esas llamadas, del 0 al 100, recibe en su teléfono celular? (147-149)

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

8.21. ¿Su casa es propia o rentada? (150)

- 1 Propia
- 2 Rentada
- 3 Otra situación de vivienda
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: "Otra situación de vivienda" puede incluir habitar una casa en forma grupal 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.

8.22 Indique el sexo de la persona encuestada. Pregúntele solo si es necesario. (151)

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

8.23 Que usted sepa, ¿está embarazada? (152)

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

Sección 9: 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 cocinadas, frescas, congeladas y enlatadas. Piense en todas las comidas, refrigerios y alimentos que consumió en la casa y afuera de la casa.

Le preguntaré con qué frecuencia **usted** comió o bebió cada uno de ellos: por ejemplo: una vez al día, dos veces a la semana, tres veces al mes y así, sucesivamente.

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

9.1 Durante el último mes, ¿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 que preparó en su casa agregándole azúcar. Solo el jugo que sea al 100%. (153-155)

- 1 _ _ Al día
- 2 _ _ A la semana
- 3 _ _ Al 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 la dosis recomendada diaria de vitamina C al 100% pero que contienen azúcar adicional.

No incluya los jugos de verduras, como jugo de tomate y jugo V8 si el encuestado los menciona, pero anótelos en la pregunta 9.6 sobre "otras verduras."

INCLUYA jugos 100% puros, como jugo de naranja, mango, papaya, piña, manzana, uva (roja o blanca) o toronja. Solo incluya el jugo de *cranberry* 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).

9.2 Durante el último mes, sin contar el jugo, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes comió frutas? Puede ser fruta fresca, congelada o enlatada. (156-158)

- 1 _ _ Al día
- 2 _ _ A la semana
- 3 _ _ Al 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: "Está bien si dice un aproximado. Incluya manzanas, bananas, salsa de manzana, naranjas, toronja, ensalada de frutas, sandía, cualquier tipo de 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 frutos secos en cereales listos para servir.

Anote uvas pasas secas y en lata si el encuestado las 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.)

9.3 Durante el último mes, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes comió legumbres cocinadas o enlatadas como frijoles refritos, frijoles horneados, frijoles negros y garbanzos, sopa de frijoles, semillas de soya, edamame, tofu o lentejas?

(159-161)

- 1 __ Al día
- 2 __ A la semana
- 3 __ Al 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: "Incluya otras leguminosas redondas u ovals como alubias, frijoles pintos, guisantes partidos, guisantes pintos, *hummus*, lentejas, semillas de soya y tofu.

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 como hamburguesas vegetarianas.

Incluya *falafel* y *tempeh*.

9.4 Durante el último mes, ¿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?

(162-164)

- 1 __ Al día
- 2 __ A la semana
- 3 __ Al 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 hojas verdes como espinaca, mesclun, lechuga romana, lechuga de hoja verde oscura, *bok choy*, dientes de león, komatsuna, berro y arugula.

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

9.5 Durante el último mes, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes comió verduras anaranjadas como batatas (camotes), calabazas, calabacines o zanahorias? (165-167)

- 1 _ _ Al día
- 2 _ _ A la semana
- 3 _ _ Al 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: "Los calabacines tienen corteza gruesa y dura y su carne es de color amarillo fuerte o naranja. Incluyen boneteras, ranúnculos y calabaza espagueti".

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 calabaza, como 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).

9.6 Sin contar las verduras que ya me dijo, durante el último 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 (chícharos), lechuga, col y papas blancas que no estén fritas, como papas al horno o en puré.

(168-170)

- 1 _ _ Al día
- 2 _ _ A la semana
- 3 _ _ Al 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, 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).

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

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, jicama, pepino oriental, etc.).

No incluya el arroz u otros granos.

Sección 10: 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.

10.1 En el último mes, sin contar su trabajo diario, ¿realizó alguna actividad física o algún tipo de ejercicio como correr, caminar, calistenia, jugar al golf o labores de jardinería? (171)

- | | | |
|---|------------------------|----------------|
| 1 | Si | |
| 2 | No | [Pase a P10.8] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a P10.8] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a P10.8] |

10.2 ¿A qué tipo de actividad o ejercicio dedicó más tiempo durante el último mes? (172-173)

- | | | |
|-----|-------------------------|----------------------------------|
| | (Especifique) | [Vea la Lista A de codificación] |
| 7 7 | No sabe /No está seguro | [Pase a P10.8] |
| 9 9 | Se niega a contestar | [Pase a P10.8] |

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: Si las actividades del encuestado no están incluidas en la Lista A de codificación, seleccione la opción "Otra".

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Trabajo en la casa se puede incluir como actividad física o ejercicio y codificarse como "Otra".

10.3 ¿Cuántas veces a la semana o al mes realizó esta actividad durante el último mes? (174-176)

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

10.4 Cuando realizó esta actividad, ¿cuántos minutos u horas le dedicó habitualmente? (177-179)

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

10.5 ¿Qué otro tipo de actividad física realizó en segundo lugar durante el último mes?
(180-181)

<u> </u> <u> </u>	(Especifique)	[Vea la Lista A de codificación]
8 8	Ninguna otra actividad	[Pase a P10.8]
7 7	No sabe/No está seguro	[Pase a P10.8]
9 9	Se niega a contestar	[Pase a P10.8]

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: Si la actividad del encuestado no está incluida en la Lista A de codificación, seleccione la opción "Otra".

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Trabajos en la casa puede incluir actividad física o ejercicio y se puede codificar como "Otras".

10.6 ¿Cuántas veces a la semana o al mes realizó esta actividad durante el último mes?
(182-184)

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

10.7 Cuando realizó esta actividad, ¿cuántos minutos u horas le dedicó habitualmente?
(185-187)

<u> </u> : <u> </u> <u> </u>	Horas y minutos
7 7 7	No sabe/No está seguro
9 9 9	Se niega a contestar

10.8 Durante el último mes, ¿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, como pesas o bandas elásticas.
(188-190)

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 11: Discapacidad

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

11.1 ¿Tiene actualmente algún problema físico, mental o emocional que limite de alguna manera sus actividades? (191)

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

11.2 ¿Tiene actualmente algún problema de salud que le obligue a usar algún tipo de equipo especial, como bastón, silla de ruedas, cama o teléfono especial? (192)

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

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

Sección 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 ¿ Tiene actualmente limitaciones en alguna de sus actividades cotidianas a causa de los síntomas de artritis o de afecciones en las articulaciones? (193)

- 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 de afecciones en las articulaciones impiden actualmente su trabajo, afectan el tipo de trabajo o la cantidad de trabajo que hace? (194)

- 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 estas especificaciones (si 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 de afecciones en las articulaciones han afectado sus actividades sociales normales, como ir de compras, al cine o a reuniones religiosas o sociales? (195)

Léale:

- 1 Mucho
- 2 Un poco
- 3 De ninguna manera

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 el peor dolor o molestia.*

(196-197)

Note: If a question arises about medication or treatment, then the interviewer should say: **Por favor responda la pregunta conforme se siente ahora, sin hacer caso si usted esta tomando medicamento o tratamiento.**

00 Anote el número [00-10]
77 No sabe/No está seguro
99 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 carro? Diría usted que...

(198)

Léale:

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

No le lea:

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

Sección 14: Vacunas

- 14.1** Ahora le voy a preguntar sobre la influenza estacional. Hay dos maneras de vacunarse contra la influenza estacional, una es mediante una inyección en el brazo y la otra consiste en un aerosol o atomizador nasal llamada FluMist™. En los últimos 12 meses, ¿le aplicaron la vacuna contra la gripe estacional mediante una inyección en el brazo o por atomizador que se aplica en la nariz?

(199)

- | | | |
|---|------------------------|----------------|
| 1 | SI | |
| 2 | No | [Pase a P14.4] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a P14.4] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a P14.4] |

- 14.2** ¿En qué mes y año recibió la vacuna más reciente contra la gripe por inyección en el brazo o por en atomizador aplicado en la nariz?

(200-205)

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

- 14.3.** ¿A qué tipo de lugar se puso su última vacuna contra la gripe / vacuna?

(206-207)

- | | |
|----|---|
| 01 | En el consultorio de un médico o en una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) |
| 02 | En una institución médica |
| 03 | En otro tipo de clínica o centro de salud (Por ejemplo: un centro médico comunitario) |
| 04 | En un centro para la tercera edad, recreativo o comunitario |
| 05 | En una tienda (Por ejemplo: un supermercado o una farmacia) |
| 06 | En un hospital (Por ejemplo: mientras estaba internado) |
| 07 | En una sala de emergencia |
| 08 | En su lugar de trabajo |
| 09 | En algún otro lugar |
| 10 | Se vacunó en Canadá o México (Información suministrada voluntariamente – no lea) |
| 11 | Escuela |
| 77 | No sabe / No está seguro (Pregunte: “¿Cómo describiría el lugar donde se vacunó contra la gripe por última vez?”) |
| | No lea: |
| 99 | 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 diferente a la vacuna inyectable contra la influenza. ¿Alguna vez le han puesto una vacuna contra la neumonía?

(208)

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

Sección 15: Consumo de alcohol

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

(209-211)

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]

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

(212-213)

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

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

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

(214-215)

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

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

(216-217)

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

Sección 16: VIH/SIDA

CATI NOTE: ASKED OF ALL RESPONDENTS

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

16.1 ¿Alguna vez se ha hecho la prueba del VIH? No incluya las pruebas que le hayan realizado al donar sangre. Incluya las pruebas de saliva. (218)

- | | | |
|---|------------------------|----------------|
| 1 | Sí | |
| 2 | No | [Pase a P16.3] |
| 7 | No sabe/No está seguro | [Pase a P16.3] |
| 9 | Se niega a contestar | [Pase a P16.3] |

16.2 Sin incluir las donaciones de sangre, ¿en qué mes y año se realizó la prueba del VIH por última vez? (219–224)

NOTA: si la respuesta es antes de enero de 1985, codifique "No sabe".

INSTRUCCIÓN DE CATI: si la persona encuestada recuerda el año pero no el mes, marque los primeros dos dígitos del 77 y los últimos cuatro dígitos del año.

$\frac{77}{99}$ / $\frac{7777}{9999}$	Codifique mes y año
	No sabe/ No está seguro
	Se niega a contestar

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

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

¿Alguna de estas situaciones tiene que ver con usted? (225)

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

Módulos opcionales

Módulo 26: Ansiedad y depresión

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

1. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días sintió poco interés o placer en las cosas que hacía? (435–436)

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

2. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días se sintió desanimado, depresivo o desesperanzado? (437–438)

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

3. En las últimas 2 semanas, ¿cuánto días ha tenido problemas para dormirse o dormir bien o ha dormido demasiado? (439–440)

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

4. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días se sintió cansado o con poca energía? (441–442)

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

5. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días sintió poco apetito o comió demasiado? (443–444)

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

6. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días se ha sentido mal con usted mismo o ha sentido que es un perdedor o que ha decepcionado a su familia o a usted mismo? (445-446)
- | | |
|----|------------------------|
| -- | 01-14 días |
| 88 | Ninguno |
| 77 | No sabe/No está seguro |
| 99 | Se niega a contestar |
7. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días ha tenido problemas para concentrarse en ciertas cosas como leer el periódico o mirar televisión? (447-448)
- | | |
|----|------------------------|
| -- | 01-14 días |
| 88 | Ninguno |
| 77 | No sabe/No está seguro |
| 99 | Se niega a contestar |
8. En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días se ha movido o ha hablado muy lento al punto que otras personas lo hayan notado? O lo opuesto — ¿Ha estado muy inquieto o impaciente de manera que se mueve más de lo normal? (449-450)
- | | |
|----|------------------------|
| -- | 01-14 días |
| 88 | Ninguno |
| 77 | No sabe/No está seguro |
| 99 | Se niega a contestar |
9. ¿Está tomando actualmente medicamentos o recibiendo tratamiento de un médico u otro profesional de la salud para algún tipo de afección mental o problema emocional? (451)
- | | |
|---|------------------------|
| 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 tenía un trastorno de ansiedad (como trastorno de estrés agudo, ansiedad, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico, fobia, trastorno de estrés postraumático o trastorno de ansiedad social)? (452)
- | | |
|---|------------------------|
| 1 | Sí |
| 2 | No |
| 7 | No sabe/No está seguro |
| 9 | Se niega a contestar |

State Added Module 7: Suicidio

NM 2010 SAM7

NM 2006 BRFSS SAM 5

Ahora, tengo unas preguntas sobre otros temas de salud.

SAM 7.1 El año pasado, ¿se ha sentido tan deprimido que a veces pensó en cometer suicidio?

(621)

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

SAM 7.2 ¿Alguna vez intento cometer suicidio?

(622)

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

SAM 7.3 ¿En el último año a intentado cometer suicidio?

(623)

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

Somos conscientes que este tema pueda recordarle de experiencias que algunas personas quisieran relatar. Si usted o alguien que usted conoce quisieran hablar con un consejero profesional por favor llame al **1-800-273-8255** (National Suicide Prevention Lifeline). ¿Quiere que le repita este número?

(624)

Módulo 32: Selección aleatoria de niños

Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P8.7 = 88 o 99 (No hay niños menores de 18 años en la casa o Se niega a contestar) pase al siguiente módulo.

Si la respuesta a la pregunta básica P8.7 = 1, léale:

—Anteriormente usted mencionó que en su casa había un niño/una niña de 17 años de edad o menor. Quisiera hacerle algunas preguntas sobre el niño. [Pase a P1]

Si la respuesta a la pregunta básica P8.7 es >1 y la respuesta a la pregunta básica P8.7 no es 88 ni 99, léale:

—Anteriormente usted mencionó que en su casa había [cantidad] niños de 17 años de edad o menores. Piense sobre esos [cantidad] niños en orden de nacimiento, de mayor a menor. El niño mayor es el primero y el menor el último. Por favor incluya también a los niños que tengan la misma fecha de nacimiento, como gemelos o mellizos, de acuerdo al orden de nacimiento.

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

ENCUESTADOR, POR FAVOR LÉALE:

Tengos unas preguntas adicionales sobre un niño en específico. El niño a quien refiero será el —X [CATI: por favor indique el número correcto] niño en su hogar. Todas las siguientes preguntas sobre niños serán sobre este niño. "X" [CATI: complete con el número correspondiente].

1. ¿En qué mes y año nació el niño —X? (488–493)

$\frac{--}{77} \frac{!}{7777} --$ Codifique mes y año
99/9999 No sabe/No está seguro
Se niega a contestar

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

2. ¿Es niño o niña? (494)

1 Niño
2 Niña
9 Se niega a contestar

3. ¿El niño es hispano o latino? (495)

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

4. ¿Cuál o cuáles de las siguientes diría usted que es la raza del niño?

(496-501)

[Marque todas las opciones que correspondan]

Léale:

- 1 Blanco
- 2 Negro o afroamericano
- 3 Asiático
- 4 Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico
- 5 Indoamericano o nativo de Alaska
- 6 Otra [especifique]_____

No le lea:

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

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

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

(502)

- 1 Blanco
- 2 Negro o afroamericano
- 3 Asiático
- 4 Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico
- 5 Indoamericano o nativo de Alaska
- 6 Otra
- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar

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

(503)

Léale:

- 1 Padre o madre (incluye padres biológicos, padrastro o madrastra o padres adoptivos)
- 2 Abuelo o abuela
- 3 Tutor legal o padre de crianza
- 4 Hermano o hermana (incluye hermanos biológicos, hermanastros o hermanos adoptivos)
- 5 Otro familiar
- 6 No se relaciona de ninguna manera.

No le lea:

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

Módulo 33: Prevalencia de asma infantil

Nota de CATI: si la respuesta a la pregunta básica P8.7 = 88 (Ninguno) o 99 (Se niega a contestar), pase al siguiente módulo.

Las siguientes preguntas son sobre el niño "X" [CATI: por favor indique el número correspondiente].

1. ¿ALGUNA VEZ un médico u otro profesional de la salud le dijo que el niño tenía asma? (504)

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

2. ¿El niño aún tiene asma? (505)

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

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

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

(515)

- 1 SI
- 2 No

Instructions: Note: if more than one child ask: This is the [Child's age] old child which is the [order of child, ex. 'second child].

FName

¿ Por favor me puede dar su primer nombre, iniciales, o el apodo (de usted/de su niño), para saber por quién hablar cuando regresamos la llamada?

10 _____ Escriba el nombre, iniciales, apodo

D= Don't Know/Not Sure

R= Refused

CName

¿Por favor me puede dar el primer nombre, iniciales o el apodo de su niño, para poder preguntarle la historia de asthma de este niño/a?

10 _____ Escriba el nombre o las iniciales

D= Don't Know/Not Sure

R= Refused

MostKnow [Ask question if Child is selected.]

¿Es usted el padre o guardían en este hogar que sabe mas sobre el asma del niño/a?

()

- 1 SI skip to CBTime
- 2 No skip to OthName
- 7 No sabe / No está seguro/a skip to CBTime



OthName [Ask question if Child is selected]

Dijo que alguien más esta más informado sobre el asma del niño/a. ¿Podria, por favor, me puede dar el primer nombre, iniciales, o apodo de ese adulto para saber con quien hablar cuando regresemos esta llamada con respeto a este niño/a?

10 _____ () Enter first name, initials, or nickname

D = No sabe / No está seguro/a

R = Se niega a contestar

CBTime

¿Cuál hora seria mejor para regresarle esta llamada? Tal como durante los días, durante las noches o durante fin de semanas?

Instructions: If another parent or guardian is selected in MostKnow then display "Cuando es el major tiempo para llamar y hablar con..... [OthName]?"

10 _____

MÓDULO 8 AÑADIDO POR EL ESTADO: CAÍDAS

CATI: To be asked of people age 45 years and older...

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

NM8.1 En los últimos 3 meses, ¿cuántas veces se ha caído? (627-629)

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

[Obtenga más información con la siguiente pregunta “Esta caída (relacionada con la pregunta P15.1) ¿le causó alguna lesión?”]. Si en P15.1 se indica solo una caída y la respuesta es “Sí” (causó una lesión), codifique 01. Si la respuesta es “No”, codifique 88.

8.2 ¿Cuántas de estas caídas le causaron alguna lesión? Por lesión, nos referimos a una caída que le haya limitado sus actividades normales al menos por un día o que le haya obligado a ver a un médico.

(630-632)

__	Cantidad de caídas	[76 = 76 o más]
88	Ninguna	
77	No sabe/No está seguro	
99	Se niega a contestar	

NM8.3. ¿Alguna vez su médico de cabecera u otro profesional de salud le habló o le dio información sobre las maneras de evitar que se caiga?

(633)

1. Sí
2. No
7. No sé/No estoy seguro
9. Rehusó

NM8.4. Después de su caída más reciente, ¿aumentó, disminuyó, o no cambió su actividad para ayudarle a que no se caiga otra vez?

(634)

1. Aumentó
2. Disminuyó
3. No hice cambios en mi actividad
7. No sé/No estoy seguro
9. Rehusó

State Added Module 9: Industria y las Ocupaciones

CATI: Si la respuesta a la pregunta A es una de las siguientes: 1 Empleado asalariado, 2 Trabajo por mi cuenta, 4 No he trabajado por menos de un año, pregunte:

9.1 ¿Cuáles de las siguientes declaraciones diría usted que mejor representa su ocupación o su trabajo?

(635-636)

GUIDANCE: Una *ocupación* es la clase de trabajo que una persona hace para ganarse la vida (Ej.: el título del empleo o la descripción de las tareas principales o de los deberes que se llevan a cabo, tales como el trabajo agrícola o las ventas).

(Lea la lista)

- 01 Administración, negocios y operaciones financieras
- 02 Profesional y trabajos relacionados
- 03 Servicio
- 04 Ventas y trabajos relacionados
- 05 Oficina y apoyo administrativo
- 06 Trabajo agrícola, de pesca o en el bosque
- 07 Construcción y extracción
- 08 Instalación, mantenimiento y reparación
- 09 Producción
- 10 Transportes y mudanzas
- 66 Otro
- 77 No sé/no estoy seguro
- 99 Rehusó

9.2. ¿En qué clase de negocio o industria trabaja usted?

(657-658)

GUIDANCE: Una *industria* es la clase de actividad o negocio que se lleva a cabo en el lugar de trabajo de una persona (es el producto principal que se produce o los servicios que se brindan por la agencia o por el empresario).

(Lea la lista)

- 01 Cuidados de salud y asistencia social
- 02 Servicios educativos
- 03 Ventas por mayor o por menor
- 04 Administración pública
- 05 Construcción
- 06 Profesional, científicos y servicios técnicos
- 07 Del ocio y hospitalidad
- 08 Otro
- 77 No sé/no estoy seguro
- 99 Rehusó

Párrafo de cierre

Léale:

Esa fue mi última pregunta. Las respuestas de todas las personas encuestadas se combinarán para brindarnos información sobre las prácticas de salud de la población de Nuevo México. Muchas gracias por su tiempo y cooperación.