



**2017**  
**Nuevo México**  
**Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del**  
**Comportamiento**  
**Cuestionario**

**29 de diciembre de 2016**

**Nuevo México Final**



Formulario aprobado

N.º OMB 0920-1061

Fecha de vencimiento: 31/03/2018

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

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

# Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento Cuestionario del 2017

## Índice

<b>Guion para el encuestador Línea telefónica fija .....</b>	<b>5</b>
<b>Selección aleatoria de adulto.....</b>	<b>8</b>
<b>Guion del encuestador para teléfono celular .....</b>	<b>9</b>
<b>Secciones básicas .....</b>	<b>13</b>
<b>Sección 1: Estado de salud .....</b>	<b>13</b>
<b>Sección 2: Días en los que se siente bien de salud y calidad de vida en relación con la salud .....</b>	<b>13</b>
<b>Sección 3: Acceso a atención médica.....</b>	<b>14</b>
<b>Sección 4: Conocimiento acerca de la hipertensión.....</b>	<b>16</b>
<b>Sección 5: Conocimiento acerca del colesterol.....</b>	<b>17</b>
<b>Sección 6: Afecciones crónicas.....</b>	<b>18</b>
<b>Módulo 1: Prediabetes.....</b>	<b>21</b>
<b>Módulo 2: Diabetes .....</b>	<b>22</b>
<b>Sección 7: Carga de la artritis .....</b>	<b>25</b>
<b>NM Módulo 1: Módulo de Dolor Crónico (11).....</b>	<b>27</b>
<b>Sección 8: Información demográfica.....</b>	<b>31</b>
<b>NM Módulo 2: Afiliación Tribal (1).....</b>	<b>34</b>
<b>NM Módulo 3: Orientación Sexual (1).....</b>	<b>34</b>
<b>NM Módulo 4: Identidad de género (2) .....</b>	<b>35</b>
<b>Módulo 25: Sector laboral y ocupación .....</b>	<b>40</b>
<b>Sección 9: Consumo de tabaco.....</b>	<b>45</b>
<b>Sección 10: Cigarrillos electrónicos (e-cigarettes) .....</b>	<b>47</b>
<b>Sección 11: Consumo de alcohol.....</b>	<b>48</b>
<b>Sección 12: Frutas y verduras.....</b>	<b>49</b>
<b>Sección 13: Ejercicio (actividad física).....</b>	<b>52</b>
<b>Sección 14: Uso del cinturón de seguridad .....</b>	<b>54</b>
<b>Sección 15: Vacunación .....</b>	<b>55</b>
<b>Sección 16: VIH/Sida .....</b>	<b>56</b>
<b>Declaración final .....</b>	<b>57</b>
<b>Módulos opcionales.....</b>	<b>58</b>
<b>Módulo 21: Cuidado de personas .....</b>	<b>58</b>

<b>Módulo 16: Salud reproductiva y planificación familiar .....</b>	<b>62</b>
<b>Módulo 28: Selección aleatoria de niños.....</b>	<b>65</b>
<b>Módulo 29: Prevalencia del asma infantil .....</b>	<b>68</b>
<b>NM Módulo 5: Suicidio .....</b>	<b>70</b>
<b>NM Módulo 6: Violencia sexual y violencia en relaciones con una pareja sexual.....</b>	<b>71</b>
<b>DECLARACIÓN FINAL.....</b>	<b>76</b>
<b>Lista de actividades físicas de recreación comunes .....</b>	<b>77</b>

## Guion para el encuestador Línea telefónica fija

Formulario aprobado

N.º OMB 0920-1061

Fecha de vencimiento: 31/03/2018

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

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

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

LL.1 ¿Estoy hablando al (número de teléfono) ?

1. Sí
2. No

**[NOTA DE CATI/ENCUESTADOR: SI LA RESPUESTA ES "NO":** Muchas gracias, pero creo que llamé a un número equivocado. Es posible que su número sea seleccionado en otra

**oportunidad. Gracias por su atención. Adiós. [NOTA DE CATI: PARE O VUELVA A MARCAR]**

### **PVTRES**

#### **LL.2 ¿Estoy hablando a un domicilio particular?**

Lea lo siguiente solo si es necesario: “**Por domicilio particular queremos decir una vivienda como una casa o apartamento**”.

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** UN DOMICILIO PARTICULAR INCLUYE CUALQUIER VIVIENDA EN DONDE EL ENCUESTADO PASE AL MENOS 30 DÍAS, COMO RESIDENCIAS VACACIONALES, CASAS RODANTES U OTROS LUGARES EN LOS QUE EL ENCUESTADO VIVA PARTES DEL AÑO.

1. Sí           **[PASE AL ESTADO DONDE RESIDE]**
2. No           **[PASE A RESIDENCIA UNIVERSITARIA]**
3. No, es solo un teléfono comercial

**[NOTA DE CATI/ENCUESTADOR:** SI LA RESPUESTA ES "NO, ES SOLO UN TELÉFONO COMERCIAL": "MUCHAS GRACIAS, PERO POR EL MOMENTO SOLO ESTAMOS ENTREVISTANDO A PERSONAS POR LÍNEAS TELEFÓNICAS DE DOMICILIOS PARTICULARES". PARE]

### **Residencia universitaria**

#### **LL.3 ¿Vive en una residencia universitaria??**

Lea lo siguiente solo si es necesario: “Por residencia universitaria queremos decir dormitorio, vivienda para estudiantes graduados o profesores visitantes, u otro tipo de alojamiento provisto por una universidad”.

1. Sí           **[PASE AL ESTADO DONDE RESIDE]**
2. No

**[NOTA DE CATI/ENCUESTADOR:** SI LA RESPUESTA ES "NO": MUCHAS GRACIAS, PERO POR EL MOMENTO SOLO ESTAMOS ENTREVISTANDO A PERSONAS QUE VIVEN EN UNA RESIDENCIA PARTICULAR O UNIVERSITARIA. PARE]

**Estado donde reside:**

LL4. ¿Usted vive en este momento en **Nuevo Méjico**?

1. Sí **[PASE A TELÉFONOS CELULARES]**
2. No **[NOTA DE CATI/ENCUESTADOR: SI LA RESPUESTA ES "NO": MUCHAS GRACIAS, PERO POR EL MOMENTO SOLO ESTAMOS ENTREVISTANDO A PERSONAS QUE VIVEN EN EL ESTADO DE Nuevo Méjico. PARE]**

**Teléfono celular**

LL.5 ¿Estoy llamando a un teléfono celular?

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** EL SERVICIO TELEFÓNICO POR INTERNET SE CONSIDERA UNA LÍNEA TELEFÓNICA FIJA (E INCLUYE VONAGE, MAGIC JACK Y OTROS SERVICIOS TELEFÓNICOS DE USO RESIDENCIAL).

**Lea lo siguiente solo si es necesario:** “Por teléfono celular queremos decir un teléfono móvil y que pueda usarse fuera de su vecindario”.

**1 Sí**

**[NOTA DE CATI/ENCUESTADOR: SI LA RESPUESTA ES "SÍ": MUCHAS GRACIAS, PERO POR EL MOMENTO SOLO ESTAMOS LLAMANDO A TELÉFONOS FIJOS Y A RESIDENCIAS PARTICULARES O UNIVERSITARIAS PARA REALIZAR ESTA ENCUESTA. PARE]**

**2 No**

**[NOTA DE CATI: SI RESIDENCIA UNIVERSITARIA = "SÍ", CONTINÚE; DE LO CONTRARIO PASE A SELECCIÓN ALEATORIA DE ADULTO]**

**Adulto**

LL.6 ¿Tiene usted 18 años o más?

- 1 Sí, encuestado es hombre **[PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN]**
- 2 Sí, encuestado es mujer **[PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN]**
- 3 No

**[NOTA DE CATI/ENCUESTADOR: SI LA RESPUESTA ES "NO": MUCHAS GRACIAS, PERO POR EL MOMENTO SOLO ESTAMOS ENTREVISTANDO A PERSONAS DE 18 AÑOS O MÁS. PARE]**

## Selección aleatoria de adulto

**Para esta encuesta, necesito seleccionar al azar a un adulto que viva en su casa. Excluidos los adultos que viven fuera de la casa, como los estudiantes que viven en la universidad, ¿cuántas personas de su hogar, incluido usted, tienen 18 años o más?**

LL.7 \_\_ Cantidad de adultos

Si la respuesta es "1": **¿Es usted el adulto?**

**Si la respuesta es "sí":**

En ese caso, usted es la persona con la que necesito hablar. Escriba a continuación 1 hombre o 1 mujer (pregunte el sexo, de ser necesario).

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SE PREGUNTARÁ DE NUEVO EL SEXO EN LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA.**

**[PASE A PERSONA QUE CORRESPONDE ENCUESTAR]**

**[NOTA DE CATI/ENCUESTADOR: SI LA RESPUESTA ES "NO": ¿EL ADULTO ES HOMBRE O MUJER? ESCRIBA A CONTINUACIÓN 1 HOMBRE O 1 MUJER. ¿PODRÍA HABLAR CON [INDIQUE (ÉL/ELLA) SEGÚN LA RESPUESTA DADA A LA PREGUNTA ANTERIOR]?]**

**[PASE A "PERSONA QUE CORRESPONDE ENCUESTAR" ANTES DE LA SECCIÓN 1]**

LL.8 **¿Cuántos de estos adultos son hombres?**

\_\_ Cantidad de hombres

**O sea que el número de mujeres en el hogar es \_\_**

\_\_ Cantidad de mujeres

**¿Correcto?**

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: CONFIRME EL NÚMERO DE MUJERES ADULTAS O CLARIQUE EL NÚMERO TOTAL DE ADULTOS EN EL HOGAR.**

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

Si "usted", **[PASE A "PERSONA QUE CORRESPONDE ENCUESTAR" ANTES DE LA SECCIÓN 1]**

## Guion del encuestador para teléfono celular

Formulario aprobado

N.º OMB 0920-1061

Fecha de vencimiento: 31/03/2018

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

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

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

CP.1 ¿Es este un momento conveniente y seguro para hablar con usted?

1. Sí                   **[PASE A TELÉFONO]**
2. No

**[CATI/NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI LA RESPUESTA ES "NO": MUCHAS GRACIAS. LO VOLVEREMOS A LLAMAR A UNA HORA MÁS CONVENIENTE. ([PROGRAME UNA CITA SI ES POSIBLE]) PARE]**

### Teléfono

CP.2 ¿Estoy hablando al     (número de teléfono)     ?

1. Sí                   **[PASE A TELÉFONO CELULAR]**
2. No                   **NOTA PARA EL ENCUESTADOR: CONFIRME EL NÚMERO DE TELÉFONO**

**[CATI/NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI LA RESPUESTA ES "NO": MUCHAS GRACIAS, PERO CREO QUE LLAMÉ A UN NÚMERO EQUIVOCADO. ES POSIBLE QUE SU NÚMERO SEA SELECCIONADO EN OTRA OPORTUNIDAD. PARE]**

### Teléfono celular

CP.3 ¿Estoy llamando a un teléfono celular?

**Lea lo siguiente solo si es necesario:** "Por teléfono celular queremos decir un teléfono móvil y que pueda usarse fuera de su vecindario".

1. Sí **[PASE A ADULTO]**
2. No

**[CATI/NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI LA RESPUESTA ES "NO": MUCHAS GRACIAS, PERO EN ESTE MOMENTO SOLO ESTAMOS ENTREVISTANDO A TRAVÉS DE TELÉFONOS CELULARES. PARE]**

### Adulto

CP.4 ¿Tiene usted 18 años o más?

1. Sí, el encuestado es hombre                   **[PASE A DOMICILIO PARTICULAR]**
2. Sí, el encuestado es mujer                   **[PASE A DOMICILIO PARTICULAR]**
3. No

**[CATI/NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI LA RESPUESTA ES "NO", MUCHAS GRACIAS, PERO POR EL MOMENTO SOLO ESTAMOS ENTREVISTANDO A PERSONAS DE 18 AÑOS O MÁS. PARE]**

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SE PREGUNTARÁ DE NUEVO EL SEXO EN LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA.**

### Domicilio particular

CP.5 ¿Usted vive en un domicilio particular?

**Lea lo siguiente solo si es necesario:** “Por domicilio particular queremos decir una vivienda tipo casa o apartamento”.

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** UN DOMICILIO PARTICULAR INCLUYE CUALQUIER VIVIENDA EN DONDE EL ENCUESTADO PASE AL MENOS 30 DÍAS, COMO RESIDENCIAS VACACIONALES, CASAS RODANTES U OTROS LUGARES EN LOS QUE EL ENCUESTADO VIVA PARTES DEL AÑO.

1. Sí [PASE AL ESTADO DONDE RESIDE]
2. No [PASE A RESIDENCIA UNIVERSITARIA]

#### **Residencia universitaria**

CP.6 ¿Vive en una residencia universitaria?

**Lea lo siguiente solo si es necesario:** “Por residencia universitaria queremos decir dormitorio, vivienda para estudiantes graduados o profesores visitantes, u otro tipo de alojamiento provisto por una universidad”.

1. Sí [PASE AL ESTADO DONDE RESIDE]
2. No

**[CATI/NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** SI LA RESPUESTA ES "NO": MUCHAS GRACIAS, PERO POR EL MOMENTO SOLO ESTAMOS ENTREVISTANDO A PERSONAS QUE VIVEN EN UNA RESIDENCIA PARTICULAR O UNIVERSITARIA. PARE]

#### **Estado donde reside**

CP.7 ¿Usted vive en este momento en \_\_\_\_ (estado) \_\_\_\_?

1. Sí [PASE A LÍNEA TELEFÓNICA FIJA]
2. No [PASE A ESTADO]

#### **Estado**

CP.8 ¿En qué estado vive usted en este momento?

\_\_\_\_\_ INGRESE EL CÓDIGO FIPS DEL ESTADO

#### **Línea telefónica fija**

CP. 9 ¿Tiene usted también un teléfono fijo en su casa que se utilice para hacer y recibir llamadas?

**Lea lo siguiente solo si es necesario:** “Por teléfono fijo queremos decir un teléfono 'regular' de los que se usan en las casas para hacer o recibir llamadas”. Por favor incluya los teléfonos fijos tanto de uso comercial como privado”.

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** EL SERVICIO TELEFÓNICO POR INTERNET SE CONSIDERA UNA LÍNEA TELEFÓNICA FIJA (E INCLUYE VONAGE, MAGIC JACK Y OTROS SERVICIOS TELEFÓNICOS DE USO RESIDENCIAL).

1. Sí
2. No

**[CATI/NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI RESIDENCIA UNIVERSITARIA = “SÍ”, NO HAGA LAS PREGUNTAS SOBRE NÚMERO DE ADULTOS, PASE A LAS PREGUNTAS BÁSICAS.]**

NUMADULT

**CP.10 ¿Cuántas personas de las que viven en su casa, incluido usted, tienen 18 años o más?**

- Cantidad de adultos
- 99 Se niega a contestar

**[CATI/NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI RESIDENCIA UNIVERSITARIA = “SÍ”, ENTONCES EL NÚMERO DE ADULTOS SE FIJA EN 1.]**

## Secciones básicas

[CATI/NOTA PARA EL ENCUESTADOR: LOS ÍTEMS EN PARÉNTESIS EN CUALQUIER PARTE DEL CUESTIONARIO NO TIENEN QUE SER LEÍDOS]

### Para corregir al encuestado:

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

### Sección 1: Estado de salud

1.1 ¿Diría usted que su estado de salud general es...? (90)

Por favor léale:

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

No le lea:

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

### Sección 2: Días en los que se siente bien de salud y calidad de vida en relación con la salud

2.1 Con respecto a su salud física —que incluye enfermedades físicas y lesiones— en los últimos 30 días, ¿por cuántos días su salud física no fue buena?

(91-92)

- Cantidad de días
- 88 Ninguno
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

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

— — Cantidad de días  
88 Ninguno [NOTA DE CATI: Si P2.1 y P2.2 = 88 (NINGUNO),  
**PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN]**  
77 No sabe/No está seguro  
99 Se niega a contestar

**2.3 En los últimos 30 días, ¿por cuántos días la mala salud física o mental le impidieron realizar sus actividades usuales, como cuidados personales, trabajo o actividades recreativas?**

(95-96)

— — Cantidad de días  
88 Ninguno  
77 No sabe/No está seguro  
99 Se niega a contestar

### Sección 3: Acceso a atención médica

**3.1 ¿Tiene algún tipo de cobertura de atención médica, por ejemplo, un seguro médico, un plan prepago como los que brindan las HMO (organizaciones de atención médica administrada), un plan gubernamental como Medicare o del Servicio de Salud Indígena?**

(97)

[NOTA DE CATI: SI ESTÁ USANDO EL MÓDULO DE ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA (*HEALTH CARE ACCESS* O HCA) PASE AL MÓDULO 10, PREGUNTA 1, DE LO CONTRARIO, CONTINÚE]

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 personal o proveedor de atención médica?**

**Si la respuesta es "No", pregunte:** “¿Hay más de una o no hay ninguna persona a la que considere su médico de cabecera o proveedor de atención médica personal?”.

(98)

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

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

(99)

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

**NOTA DE CATI: SI ESTÁ USANDO EL MÓDULO DE ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA (HEALTH CARE ACCESS O HCA) PASE AL MÓDULO 10, PREGUNTA 3, DE LO CONTRARIO, CONTINÚE]**

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

(100)

Lea lo siguiente 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
- 8 Nunca
- 9 Se niega a contestar

**[INSTRUCCIONES DE CATI: SI ESTÁ USANDO EL MÓDULO 10 DE ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA (*HEALTH CARE ACCESS* O HCA) Y P3.1 = 1, PASE AL MÓDULO 10, PREGUNTA 4A; O SI ESTÁ USANDO EL MÓDULO 10 DE HCA Y P3.1 = 2, 7 O 9, PASE AL MÓDULO 10, PREGUNTA 4B; O SI NO ESTÁ USANDO EL MÓDULO 10 DE ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA, PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN.]**

## Sección 4: Conocimiento acerca de la hipertensión

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

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

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

- 1 Sí
- 2 Sí, pero se le comunicó esto a la mujer solo durante su embarazo **[PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN]**
- 3 No **[PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN]**
- 4 Se le dijo que tenía hipertensión arterial limítrofe o que era prehipertensa **[PASE A SIGUIENTE SECCIÓN]**
- 7 No sabe/No está seguro **[PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN]**
- 9 Se niega a contestar **[PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN]**

**4.2 ¿Toma actualmente algún medicamento para controlar la presión arterial alta?** (102)

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

## Sección 5: Conocimiento acerca del colesterol

**5.1 El colesterol sanguíneo es una sustancia grasa que se encuentra en la sangre. ¿Cuánto hace aproximadamente que le hicieron su último análisis de colesterol en la sangre?**

(103)

Lea lo siguiente solo si es necesario:

- 1 Nunca **[PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN]**
- 2 En el último año (hace menos de 12 meses)
- 3 En los últimos 2 años (hace 1 año, pero menos de 2)
- 4 En los últimos 5 años (hace 2 años, pero menos de 5)
- 5 Hace 5 años o más

No le lea:

- 7 No sabe/No está seguro
- 9 Se niega a contestar **[PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN]**

**5.2 ¿ALGUNA VEZ le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que su nivel de colesterol en la sangre es alto?**

(104)

- 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]**

**5.3 ¿Está tomando en la actualidad medicamentos recetados por un médico u otro profesional de la salud para controlar el colesterol en la sangre?**

(105)

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

## Sección 6: Afecciones crónicas

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

**6.1 ¿(Alguna vez) le dijeron que tuvo un ataque cardiaco, también llamado infarto de miocardio? (106)**

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

**6.2 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía angina de pecho o una cardiopatía coronaria? (107)**

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

**6.3 ¿(Alguna vez) le dijeron que tuvo un derrame cerebrovascular? (108)**

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

**6.4 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía asma? (109)**

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

**6.5 ¿Usted todavía tiene asma? (110)**

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

**6.6 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía cáncer de piel?** (111)

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

**6.7 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía otro tipo de cáncer?** (112)

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

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

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

**6.9 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía algún tipo de artritis, artritis reumatoide, gota, lupus o fibromialgia?** (114)

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

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: EL DIAGNÓSTICO DE LA ARTRITIS INCLUYE:**

- REUMATISMO, POLIMIALGIA REUMÁTICA
- ARTROSIS (NO OSTEOPOROSIS)
- TENDINITIS, BURSITIS, JUANETE, CODO DE TENISTA (EPICONDILITIS)
- SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO, SÍNDROME DEL TÚNEL TARSIANO
- INFECCIÓN EN LAS ARTICULACIONES, SÍNDROME DE REITER
- ESPONDILITIS ANQUILOSANTE; ESPONDILOSIS
- SÍNDROME DEL MANGUITO ROTADOR
- ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONJUNTIVO, ESCLERODERMIA, POLIMIOSITIS, SÍNDROME DE RAYNAUD
- VASCULITIS (ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES, PÚRPURA DE HENOCH-SCHONLEIN, GRANULOMATOSIS DE WEGENER,

▪ POLIARTERITIS NODOSA)

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

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

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

(116)

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: INCONTINENCIA ES NO PODER CONTROLAR EL FLUJO DE LA ORINA.**

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

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

(117)

**[NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI LA RESPUESTA ES "SÍ" Y LA PERSONA ENCUESTADA ES MUJER, PREGÚNTELE: "¿ESTO FUE ÚNICAMENTE DURANTE EL EMBARAZO?"]**

**[NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI LA PERSONA ENCUESTADA CONTESTA QUE LE DIAGNOSTICARON PREDIABETES O INTOLERANCIA A LA GLUCOSA, UTILICE EL CÓDIGO DE RESPUESTA 4.]**

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

**[NOTA DE CATI: SI P6.12 = 1 (SÍ), PASE A LA SIGUIENTE PREGUNTA. PARA LAS OTRAS RESPUESTAS A P6.12, VAYA AL MÓDULO OPCIONAL DE PREDIABETES (SI SE APLICA). DE LO CONTRARIO, PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN.]**

**6.13 ¿A qué edad le dijeron que tenía diabetes?**

(118-119)

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

**[NOTA DE CATI: PASE AL MÓDULO OPCIONAL DE DIABETES (SI SE APLICA). DE LO CONTRARIO, PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN.]**

**Módulo 1: Prediabetes**

**[NOTA DE CATI: SOLO SE HACEN LAS PREGUNTAS DE ESTE MÓDULO SI LA PERSONA NO CONTESTÓ “SÍ” (CÓDIGO = 1) A LA PREGUNTA BÁSICA P6.12 (PREGUNTA SOBRE SI SABE SI TIENE DIABETES).**

**1. ¿Se ha hecho un análisis de sangre para detectar niveles altos de azúcar en la sangre o diabetes en los últimos tres años? (290)**

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

**[NOTA DE CATI: SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA BÁSICA P6.12 = 4 (NO, PREDIABETES O INTOLERANCIA A LA GLUCOSA); RESPUESTA A P2 ES “SÍ” (CÓDIGO = 1).**

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

**INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: SI LA RESPUESTA ES "SÍ" Y LA PERSONA ENCUESTADA ES MUJER, PREGÚNTELE: “¿ESTO FUE ÚNICAMENTE DURANTE SU EMBARAZO?”. (291)**

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

## Módulo 2: Diabetes

**[NOTA DE CATI: HAGA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DESPUÉS DE LA PREGUNTA BÁSICA P6.13; SI LA RESPUESTA A P6.12 ES "SÍ" (CÓDIGO = 1).]**

**1. ¿Está usando insulina?** (292)

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

**2. Aproximadamente, ¿con qué frecuencia se revisa su nivel de glucosa o azúcar en la sangre? Incluya las veces que se los revisó un familiar o un amigo, pero NO cuando los reviso un profesional de la salud.**

(293-295)

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: INGRESE LA CANTIDAD POR DÍA, POR SEMANA O POR MES.**

- 1\_\_ Veces al día
- 2\_\_ Veces a la semana
- 3\_\_ Veces al mes
- 4\_\_ Veces al año
- 888 Nunca
- 777 No sabe/No está seguro
- 999 Se niega a contestar

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI LA PERSONA ENCUESTADA UTILIZA UN SISTEMA DE CONTROL CONTINUO DE LA GLUCOSA (UN SENSOR INSERTADO BAJO LA PIEL PARA CONTROLAR LOS NIVELES DE GLUCOSA DE MANERA CONTINUA), INGRESE '98 VECES AL DÍA'.**

**3. ¿Con qué frecuencia se revisa los pies para ver si tiene llagas o irritaciones? Incluya las veces que se los revisó un familiar o un amigo, pero NO cuando los revisó un profesional de la salud.**

(296-298)

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: INGRESE LA CANTIDAD POR DÍA, POR SEMANA O POR MES.**

- 1\_\_ Veces al día
- 2\_\_ Veces a la semana
- 3\_\_ Veces al mes
- 4\_\_ Veces al año
- 555 No tiene pies
- 888 Nunca
- 777 No sabe/No está seguro
- 999 Se niega a contestar

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

(299-300)

- \_\_ \_ Cantidad de veces [76 = 76 o más]
- 88 Ninguna
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

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

(301-302)

- \_\_ \_ Cantidad 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 P3 = 555 (NO TIENE PIES), PASE A P7.]**

**6. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses un profesional de la salud le ha revisado los pies para ver si tiene llagas o irritaciones?**

(303-304)

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

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

(305)

Lea lo siguiente solo si es necesario:

- 1 En el mes pasado (hace menos de 1 mes)  
2 En los últimos 12 meses (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

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

(306)

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

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

(307)

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

## Sección 7: Carga de la artritis

[NOTA DE CATI: 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.

**7.1 ¿Actualmente tiene alguna limitación para realizar alguna de sus actividades usuales a causa de los síntomas de artritis o en las articulaciones?**

(120)

- |   |                        |
|---|------------------------|
| 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: P7.2 SE DEBE PREGUNTAR A TODOS LOS ENCUESTADOS, SIN IMPORTAR SU SITUACIÓN LABORAL. ESTATUS.**

**7.2 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?**

(121)

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

**INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: SI LA PERSONA ENCUESTADA RESPONDE A CADA UNA DE ESAS PREGUNTAS (SI EL ENCUESTADO TRABAJA O NO, TIPO DE TRABAJO Y CANTIDAD DE TRABAJO) Y ALGUNA DE LAS RESPUESTAS ES "SÍ", MARQUE TODA LA RESPUESTA COMO "SÍ".**

**SI LE PREGUNTAN SOBRE MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS, EL ENCUESTADOR DEBE DECIR: “POR FAVOR RESPONDA A LA PREGUNTA CON BASE EN SU**



## NM Módulo 1: Módulo de Dolor Crónico (11)

**NM 1.1.** ¿Sufre usted de algún tipo de dolor crónico constantemente o que aparece con frecuencia?

(901)

- |   |           |                            |
|---|-----------|----------------------------|
| 1 | Sí        |                            |
| 2 | No        | <b>[Go to next module]</b> |
| 7 | No sé     | <b>[Go to next module]</b> |
| 9 | Rechazada | <b>[Go to next module]</b> |

**NM 1.2.** ¿Cuánto tiempo lleva experimentando este dolor?

(902-903)

- |    |                           |                            |
|----|---------------------------|----------------------------|
| 01 | Menos de 3 meses          | <b>[Go to next module]</b> |
| 02 | 3 a 6 meses               |                            |
| 03 | 7 a 12 meses              |                            |
| 04 | Más de 1 a 3 años         |                            |
| 05 | Más de 3 a 5 años         |                            |
| 06 | Más de 5 a 10 años        |                            |
| 07 | Más de 10 años            |                            |
| 77 | No sé / no estoy seguro/a |                            |
| 99 | Rechazada                 |                            |

**NM 1.3.** Durante los pasados 30 días, ¿cuántos días le fue imposible trabajar o llevar a cabo sus tareas cotidianas debido al dolor?

(904-905)

[INTERVIEWER NOTE: If response is, “No trabajo,” emphasize “**ACTIVIDADES USUALES**”]

\_\_ \_\_ ENTRE EL NÚMERO DE DÍAS

- |    |                         |
|----|-------------------------|
| 77 | No sé/no estoy seguro/a |
| 88 | Ninguno                 |
| 99 | Rechazada               |

**NM 1.4.** ¿Qué le dijo su proveedor de salud que fue la causa del dolor? **Puede ser debido a...**  
(906-927)

Leale 1-10 [Check all that apply]

- 01 Dolores de cabeza
- 02 Cáncer
- 03 Artritis (osteoartritis, artritis reumática, tendonitis, bursitis)
- 04 Culebrilla
- 05 Dolor de espalda o cuello (ciático, disco dislocado, o espondilosis)
- 06 Diabetes
- 07 Dolor muscular
- 08 Lesión (accidente, caída)
- 09 Dolor neuropático o dolor de los nervios
- 10 Fibromialgia

**DO NOT READ:**

- 11 Otra (Especifique: \_\_\_\_\_)
- 12 El proveedor del cuidado de la salud no dijo/no sabía
- 13 No vi o hablé con el proveedor del cuidado de la salud
  
- 77 No sé / no estoy seguro/a
- 99 Rechazada

**El próximo grupo de preguntas es sobre medicamentos para el tratamiento para el dolor.**

**NM 1.5.** Medicamentos sin receta pueden comprarse **sin** orden del médico. Durante los últimos 30 días, ¿ha usado medicamentos sin receta para el dolor?

(958)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sé
- 9 Rechazada

**NM 1.6.** Durante los pasados 30 días, ¿ha usado un opioide recetado para el dolor tales como OxyContin, Percocet, o Vicodin? (959)

- 1 Sí
- 2 No [Vaya a la # 8]
- 7 No sé / no estoy seguro/a [Vaya a la # 8]
- 9 Rechazado [Vaya a la # 8]

Interviewer Note: Includes other opioids or narcotics such as:

- Hydrocodone (Lorcet, Lortab, Vicodin),
- Oxycodone (Percocet, Percodan),
- Codeine (Tylenol #3),
- Fentanyl (Duragesic, Fentora, Actiq),
- Hydromorphone (Dilaudid), Meperidine (Demerol),
- Methadone (Dolophine, Methadose)

**NM 1.7.** ¿Fueron estos opioides recetados para usted? (960)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sé / no estoy seguro/a
- 9 Rechazada

**NM 1.8.** Durante los pasados 30 días, ¿ha usado marihuana medicinal para su dolor? (961)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sé / no estoy seguro/a
- 9 Rechazada

**NM 1.9.** Durante los pasados 30 días, ¿ha tomado alcohol para aliviar el dolor? (962)

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sé / no estoy seguro/a
- 9 Rechazada

**NM 1.10.** A veces las personas usan métodos diferentes a los medicamentos para tratar o manejar el dolor.

**En los pasados 30 días, ¿ha usado alguno de los siguientes para manejar su dolor?**

[Por favor léale]

<b>NM 1.10.1</b>	<b>terapia física</b>	(1) Sí	(2) No	(7) NS	(9)REC (963)
<b>NM 1.10.2</b>	<b>acupuntura</b>	(1) Sí	(2) No	(7) NS	(9)REC (964)
<b>NM 1.10.3</b>	<b>quiropático</b>	(1) Sí	(2) No	(7) NS	(9)REC (965)
<b>NM 1.10.4</b>	<b>Terapia TENS</b> (neuroestimulación eléctrica transcutánea)	(1) Sí	(2) No	(7) NS	(9)REC (966)
<b>NM 1.10.5</b>	<b>terapia de masajes</b>	(1) Sí	(2) No	(7) NS	(9)REC (967)
<b>NM 1.10.6</b>	<b>suplementos naturales</b> (condroitina, glucosamina, u otros suplementos)	(1) Sí	(2) No	(7) NS	(9) REC (968)
<b>NM 1.10.7</b>	<b>técnicas de relajación</b> (biofeedback, meditación, atención plena, u otros métodos de relajación)	(1) Sí	(2) No	(7) NS	(9)REC (969)
<b>NM 1.10.8</b>	<b>ejercicio</b>	(1) Sí	(2) No	(7) NS	(9)REC (970)
<b>NM 1.11</b>	¿Siente que su dolor está actualmente bajo control?				(971)

[Interviewer note: If they say “**somewhat managed**” ask them if it is somewhat managed most of the time (code, yes) or not most of the time (code, no)]

- 1 Sí
- 2 No
- 7 No sé
- 9 Rechazada

## Sección 8: Información demográfica

### 8.1 ¿Es usted...? (125)

- 1 Hombre
- 2 Mujer
- 9 Se niega a contestar

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** HAGA ESTA PREGUNTA INCLUSO SI YA SE IDENTIFICÓ EL SEXO DEL ENCUESTADO DURANTE LA ENUMERACIÓN DE LAS PERSONAS DEL HOGAR EN LA LLAMADA AL TELÉFONO FIJO O EN LAS PREGUNTAS DE SELECCIÓN INICIALES EN LA LLAMADA AL TELÉFONO CELULAR

### 8.2 ¿Qué edad tiene usted? (126-127)

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

### 8.3 ¿Es usted latino o hispano, o de origen español? (128-131)

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

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

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

No le lea:

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

**8.4 ¿A cuál o cuáles de los siguientes grupos raciales diría usted que pertenece?**  
(132-159)

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SELECCIONE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN.**

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI SE SELECCIONA 40 (ASIÁTICO) O 50 (ISLEÑO DEL PACÍFICO), LEA Y CODIFIQUE LA SUBCATEGORÍA BAJO EL TÍTULO PRINCIPAL.**

Por favor léale:

- 10**    **Blanco**
- 20**    **Negro o afroamericano**
- 30**    **Indioamericano o nativo de Alaska**
- 40**    **Asiático**
  - 41    Indioasiático
  - 42    Chino
  - 43    Filipino
  - 44    Japonés
  - 45    Coreano
  - 46    Vietnamita
  - 47    Otro origen asiático
- 50**    **Isleño del Pacífico**
  - 51    Nativo de Hawái
  - 52    Guameño o chamorro
  - 53    Samoano
  - 54    Otro isleño del Pacífico

No le lea:

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

**[NOTA DE CATI: SI HAY MÁS DE UNA RESPUESTA A P8.4, CONTINÚE. DE LO CONTRARIO, PASE A P8.6.]**

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

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** SI SE SELECCIONA 40 (ASIÁTICO) O 50 (ISLEÑO DEL PACÍFICO), LEA Y CODIFIQUE LA SUBCATEGORÍA BAJO EL TÍTULO PRINCIPAL. SI EL ENCUESTADO HA SELECCIONADO MÚLTIPLES RAZAS EN PREGUNTAS PREVIAS Y SE NIEGA A ESCOGER UNA SOLA, CODIFIQUE COMO “SE NIEGA A CONTESTAR”.

(160-161)

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

No le lea:

## NM Módulo 2: Afiliación Tribal (1)

---

NM 2.1      ¿Cuál es su tribu principal?      (972)

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

- 1 Apache (Jicarilla/Mescalero)
- 2 Navajo/ Dine
- 3 Pueblo (Any of the 19 NM Pueblos)
- 4 Otro, especifique \_\_\_\_\_ (973-994)

**NO LE LEA:**

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

## NM Módulo 3: Orientación Sexual (1)

---

NM3.1      Se considera usted uno o más de los siguientes:      (995-999)

**Por favor léale:** (Por favor decir la letra por lo que pueden responder por letra)

- 1 A. Heterosexual o normal
- 2 B. Homosexual o lesbiana
- 3 C. Bisexual

**No le lea:**

8 E. Otro (Especifique) \_\_\_\_\_ (1000-1031)

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

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** Si los encuestados necesitan aclaraciones sobre las opciones con letras arriba, utilice las siguientes definiciones:

**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

## NM Módulo 4: Identidad de género (2)

---

Las siguientes dos preguntas son acerca de la identidad de género.

**Nota para entrevistador:** Hacemos estas preguntas para mejor entender la salud y necesidades de la gente transgénero y de género no conforme.

**Nota para entrevistador:** Por favor, diga el número antes de la respuesta de texto. El/la respondiente puede contestar con el número o el texto/la palabra.

**NM 4.1** Cuál sexo fue usted asignado al nacer, en su certificado original de nacimiento? (1032)

- 1 Masculino
- 2 Femenino

**No le lea:**

- 7 No Sabe/No está seguro(a)
- 9 Se niega a contestar

**NM 4.2** ¿Cómo se describe usted a si mismo? (1033)

**Por Favor Lea:**

- 1 a. Masculino
- 2 b. Femenino
- 3 c. Transgénero
- 4 d. Género no conforme

**No le lea:**

- 8 Otro, especificar \_\_\_\_\_ (1034-1060)
- 7 No Sabe/No está seguro(a)
- 9 Se niega a contestar

**Notas para los entrevistadores:** Transgénero es un término usado para describir una persona cuyo identidad es diferente del sexo que fue asignado al nacimiento. Por ejemplo, una persona que se considera ser masculino, pero fue asignado el sexo femenino a nacimiento.

**Notas para los entrevistadores:** Género no Conforme es un término usado para describir una persona que no subscribe a géneros convencionales, pero se identifica con una combinación de género masculino y femenino o ninguno género masculino ni femenino.

### 8.6 ¿Es usted...?

(162)

Por favor léale:

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

No le lea:

- 9 Se niega a contestar

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

(163)

Lea lo siguiente solo si es necesario:

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

No le lea:

- 9 Se niega a contestar

**8.8 ¿Vive en casa propia o rentada?**

(164)

Lea lo siguiente solo si es necesario:

- 1 Propia
- 2 Rentada
- 3 Otra situación de vivienda

No le lea:

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

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** “OTRA SITUACIÓN DE VIVIENDA” PUEDE INCLUIR UNA VIVIENDA COLECTIVA O VIVIR CON AMIGOS O FAMILIARES SIN PAGAR RENTA.

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** LA CASA SE DEFINE COMO EL LUGAR DONDE USTED VIVE LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO O DEL AÑO.

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** SI EL ENCUESTADO PREGUNTA POR QUÉ LE ESTAMOS HACIENDO ESTA PREGUNTA RESPONDA “HACEMOS ESTA PREGUNTA PARA COMPARAR INDICADORES DE SALUD ENTRE PERSONAS CON DISTINTAS SITUACIONES DE VIVIENDA”.

**8.9 ¿En qué condado vive usted en este momento?**

(165-167)

- — — CÓDIGO ANSI del condado (anteriormente código FIPS del condado)
- 777 No sabe/No está seguro
- 999 Se niega a contestar

**8.10 ¿Cuál es el código postal de donde vive en este momento?**

(168-172)

- — — — Código postal (168-172)
- 77777 No sabe/No está seguro
- 99999 Se niega a contestar

**[NOTA DE CATI: SI ES ENTREVISTA POR TELÉFONO CELULAR, SALTE A 8.14 (QSTVER GE 20)]**

**8.11 ¿Tiene más de un número de teléfono en su hogar? No incluya números de teléfonos celulares ni números que solo se utilicen para una computadora o un fax.**

(173)

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

**8.12 ¿Cuántos de estos números de teléfono son particulares?**

(174)

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

**8.13 Incluyendo los teléfonos celulares para uso comercial y personal, ¿tiene usted un teléfono celular para uso personal?**

(175)

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

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

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

(176)

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

**8.15 ¿Es usted actualmente...?**

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** SI ES MÁS DE UNA, “SELECCIONE LA CATEGORÍA QUE MEJOR LO DESCRIBA”.

Por favor léale:

(177)

- 1 Empleado asalariado**
- 2 Trabajador independiente**
- 3 Desempleado por 1 año o más**
- 4 Desempleado por menos de 1 año**
- 5 Mujer u hombre que se ocupa de las tareas de la casa**
- 6 Estudiante**
- 7 Jubilado**
- 8 No puede trabajar**

No le lea:

- 9 Se niega a contestar**

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** NO USE EL CÓDIGO 7 PARA “NO SABE” EN ESTA PREGUNTA.

## Módulo 25: Sector laboral y ocupación

**SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA BÁSICA P8.15 = 1 O 4 (EMPLEADO ASALARIADO O DESEMPLEADO DESDE HACE MENOS DE 1 AÑO) O 2 (TRABAJADOR INDEPENDIENTE), CONTINÚE; DE LO CONTRARIO, PASE AL SIGUIENTE MÓDULO.**

**Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su trabajo.**

[NOTA DE CATI: SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA BÁSICA P8.15 = 1 (EMPLEADO ASALARIADO) O 2 (TRABAJADOR INDEPENDIENTE), PREGUNTE:

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

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** SI LA PERSONA ENCUESTADA NO LO TIENE CLARO, PREGUNTE: "¿CUÁL ES SU CARGO O TÍTULO DE TRABAJO O EL NOMBRE QUE SE LE DA A LO QUE USTED HACE?".

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** SI EL ENCUESTADO TIENE MÁS DE UN TRABAJO, ENTONCES PREGUNTE: "¿CUÁL ES SU TRABAJO PRINCIPAL?".

(484-583)

[Anote la respuesta] \_\_\_\_\_

99 Se niega a contestar

**[SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA BÁSICA P8.15 = 4 (DESEMPLEADO POR MENOS DE 1 AÑO), PREGUNTE]**

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

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** SI EL ENCUESTADO NO LO TIENE CLARO, PREGUNTE: "¿CUÁL ERA SU CARGO O TÍTULO DE TRABAJO?".

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** SI EL ENCUESTADO TIENE MÁS DE UN TRABAJO, ENTONCES PREGUNTE: "¿CUÁL ERA SU TRABAJO PRINCIPAL?".

[Anote la respuesta] \_\_\_\_\_

99 Se niega a contestar

**[SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA BÁSICA P8.15 = 1 (EMPLEADO ASALARIADO) O 2 (TRABAJADOR INDEPENDIENTE), PREGUNTE:]**

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

(584-683)

[Anoté la respuesta] \_\_\_\_\_

99 Se niega a contestar

[NOTA DE CATI: SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA BÁSICA P8.15 = 4 (DESEMPLEADO POR MENOS DE 1 AÑO), PREGUNTE:]

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

[Anoté la respuesta] \_\_\_\_\_

99 Se niega a contestar

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

(178-179)

— — Cantidad de niños

88 Ninguno

99 Se niega a contestar

8.17 Tomando en cuenta todas sus fuentes de ingresos, los ingresos anuales de su hogar son:

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** SI LA PERSONA ENCUESTADA NO DESEA RESPONDER A NINGUNO DE LOS DIFERENTES NIVELES DE INGRESOS, INGRESE EL CÓDIGO '99' (SE NIEGA A CONTESTAR)

(180-181)

04 Menos de \$25 000 **Si la respuesta es “no”, pregunte 05; si es “sí”, pregunte 03**

(Entre \$20 000 y menos de \$25 000)

03 Menos de \$20 000 **Si la respuesta es “no”, codifique 04; si es “sí”, pregunte 02**

(Entre \$15 000 y menos de \$20 000)

- pregunte 01**
- 02 Menos de \$15 000 **Si la respuesta es “no”, codifique 03; si es “sí”,**  
(Entre \$10 000 y menos de \$15 000)
  - 01 Menos de \$10 000 **Si la respuesta es “no”, codifique 02**
  - 05 Menos de \$35 000 **Si la respuesta es “no”, pregunte 06**  
(Entre \$25 000 y menos de \$35 000)
  - 06 Menos de \$50 000 **Si la respuesta es “no”, pregunte 07**  
(Entre \$35 000 y menos de \$50 000)
  - 07 Menos de \$75 000 **Si la respuesta es “no”, codifique 08**  
(Entre \$50 000 y menos de \$75 000)
  - 08 \$75 000 o más
- No le lea:
- 77 No sabe/No está seguro
  - 99 Se niega a contestar

**8.18 ¿Ha usado Internet en los últimos 30 días?** (182)

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

**8.19 Aproximadamente, ¿cuánto pesa usted sin zapatos?**

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** SI LA PERSONA ENCUESTADA RESPONDE CON EL SISTEMA MÉTRICO, INDIQUE “9” EN LA COLUMNA 183. REDONDEE LOS DECIMALES O LAS FRACCIONES HACIA ARRIBA

(183-186)

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

**8.20 Aproximadamente, ¿cuánto mide usted sin zapatos?**

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** SI LA PERSONA ENCUESTADA RESPONDE CON EL SISTEMA MÉTRICO, INDIQUE “9” EN LA COLUMNA 187. REDONDEE LOS DECIMALES O LAS FRACCIONES HACIA ABAJO (187-190)

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

**[NOTA DE CATI:** SI LA PERSONA ENCUESTADA ES HOMBRE, PASE A 8.22; SI ES MUJER Y TIENE 50 AÑOS O MÁS, PASE A P8.22

**8.21 Que usted sepa, ¿está embarazada?** (191)

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

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

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

**8.22 ¿Es sordo o tiene gran dificultad para oír?** (192)

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

**8.23 ¿Es ciego o tiene gran dificultad para ver, aun cuando usa lentes?** (193)

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

**8.24 Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene gran dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones?** (194)

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

**8.25 ¿Tiene gran dificultad para caminar o subir las escaleras?** (195)

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

**8.26 ¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse?** (196)

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

**8.27 Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultad para hacer diligencias solo, como ir al consultorio del médico o ir de compras?** (197)

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

## Sección 9: Consumo de tabaco

**9.1 ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida?** (198)

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: 5 PAQUETES = 100 CIGARRILLOS**

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

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: “EN CIGARRILLOS, NO INCLUYA: CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (E-CIGARETTES, NJOY, BLUETIP), CIGARRILLOS HERBARIOS, CIGARROS, PUROS, PURITOS, PIPAS, BIDIS, KRETEKS, PIPAS DE AGUA (NARGUILES) NI MARIHUANA”.**

**9.2 Actualmente ¿fuma cigarrillos todos los días, algunos días o nunca?**  
(199)

No le lea:

- 1 Todos los días
- 2 Algunos días
- 3 Nunca [PASE A P9.4]
- 7 No sabe/no está seguro [PASE A P9.5]
- 9 Se niega a contestar [PASE A P9.5]

**9.3 En los últimos 12 meses, ¿ha dejado de fumar durante un día o más debido a que estaba intentando dejar de fumar?** (200)

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

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

(201-202)

Lea lo siguiente solo si es necesario:

- 01 En el último mes (hace menos de 1 mes)
- 02 En los últimos 3 meses (hace 1 mes pero menos de 3)
- 03 En los últimos 6 meses (hace 3 meses pero menos de 6)
- 04 En el último año (hace de 6 meses, pero menos de 1 año)
- 05 En los últimos 5 años (hace 1 año, pero menos de 5)
- 06 En los últimos 10 años (hace 5 años, pero menos de 10)
- 07 10 años o más
- 08 Nunca ha fumado de manera regular

No le lea:

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

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

(203)

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** EL *SNUS* (NOMBRE EN SUECO DEL RAPÉ) ES UN TABACO HÚMEDO QUE NO SE FUMA Y QUE GENERALMENTE SE VENDE EN BOLSITAS QUE SE COLOCAN ENTRE EL LABIO Y LA ENCÍA.

No le lea:

- 1 Todos los días
- 2 Algunos días
- 3 Nunca

No le lea:

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

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

**“Las siguientes preguntas son sobre los cigarrillos electrónicos (e-cigarrillos o e-cigarettes) y otros productos de “vapor” electrónicos. Estos productos por lo general contienen nicotina, sabores y otros ingredientes. No incluya productos usados solo para la marihuana”.**

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** ESTAS PREGUNTAS SE REFIEREN A PRODUCTOS DE “VAPOR” ELECTRÓNICOS PARA EL CONSUMO DE NICOTINA. EN ESTAS PREGUNTAS NO SE INCLUYE EL USO DE PRODUCTOS DE “VAPOR” ELECTRÓNICOS PARA EL CONSUMO DE MARIHUANA.

**10.1 ¿Alguna vez ha usado un cigarrillo electrónico u otro producto de “vapor” electrónico, aun cuando lo haya hecho una sola vez en toda su vida?**  
(204)

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

- |   |  |
|---|--|
| 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 ]  |

**10.2 ¿En la actualidad usa cigarrillos electrónicos (e-cigarrillos o *e-cigarettes*) u otros productos de “vapor” electrónico todos los días, algunos días o nunca?**  
(205)

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

## Sección 11: Consumo de alcohol

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

(206-208)

- 1\_\_ Días por semana
- 2\_\_ Días en los últimos 30 días
- 888 Ningún trago en los últimos 30 días **[PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN]**
- 777 No sabe/No está seguro **[PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN]**
- 999 Se niega a contestar **[PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN]**

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

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: UNA CERVEZA DE 40 ONZAS EQUIVALDRÍA A 3 TRAGOS; UN COCTEL CON 2 MEDIDAS DE ALCOHOL EQUIVALDRÍA A 2 TRAGOS.**

(209-210)

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

**11.3 Tomando en cuenta todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces en los últimos 30 días bebió en una ocasión X [NOTA DE CATI: X = 5 PARA LOS HOMBRES, X = 4 PARA LAS MUJERES] tragos o más?**

(211-212)

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

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

(213-214)

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

## Sección 12: Frutas y verduras

Ahora piense en los alimentos que comió o bebió, incluyendo comidas y refrigerios, durante el último mes, es decir, en los últimos 30 días.

**INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR:** SI UN ENCUESTADO INDICA QUE CONSUME UN ALIMENTO TODOS LOS DÍAS, INGRESE EL NÚMERO DE VECES POR DÍA. SI EL ENCUESTADO INDICA QUE CONSUME UN ALIMENTO MENOS DE UNA VEZ POR DÍA, INGRESE LAS VECES POR SEMANA O POR MES. NO INGRESE VECES POR DÍA A MENOS QUE EL ENCUESTADO REPORTE QUE CONSUMIÓ ESE ALIMENTO TODOS LOS DÍAS DURANTE EL ÚLTIMO MES.

**12.1 Sin contar los jugos, ¿con qué frecuencia come frutas? ¿Me puede decir la cantidad de veces por día, por semana o por mes?** (215-217)

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** INGRESE LA CANTIDAD EN VECES POR DÍA, SEMANA O MES.

SI EL ENCUESTADO DA UN NÚMERO SIN UN MARCO DE TIEMPO, PREGUNTE “¿ESO ES POR DÍA, SEMANA O POR MES?”.

**LEA LO SIGUIENTE SI EL ENCUESTADO PREGUNTA QUÉ INCLUIR O DICE "NO SÉ":** INCLUYA LA FRUTA FRESCA, CONGELADA O ENLATADA NO INCLUYA FRUTAS SECAS.

- 1 \_\_ Día
- 2 \_\_ Semana
- 3 \_\_ Mes
- 300 Menos de una vez al mes
- 555 Nunca
- 777 No sabe
- 999 Se niega a contestar

**12.2 Sin incluir bebidas con sabor a fruta ni jugos de frutas a los que se agrega azúcar, ¿con qué frecuencia bebió jugo 100 % de fruta como jugo de manzana o naranja?**  
(218-220)

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** INGRESE LA CANTIDAD EN VECES POR DÍA, SEMANA O MES.

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** SI EL ENCUESTADO DA UN NÚMERO SIN UN MARCO DE TIEMPO, PREGUNTE “¿ESO ES POR DÍA, SEMANA O POR MES?”.

**LEA SI EL ENCUESTADO PIDE EJEMPLOS DE BEBIDAS CON SABOR A FRUTA:** “NO INCLUYA BEBIDAS de SABOR A FRUTA A LAS QUE SE AGREGA AZÚCAR, COMO BEBIDAS CON ARÁNDANO (*CRANBERRY COCKTAIL*), *HI-C*, *LEMONADE*, *KOOL-AID*, *GATORADE*, *TAMPICO* Y *SUNNY DELIGHT*. INCLUYA SOLAMENTE JUGOS 100 % PUROS O MEZCLAS DE JUGOS 100 % PUROS”.

- 1 \_\_ Día
- 2 \_\_ Semana
- 3 \_\_ Mes
- 300 Menos de una vez al mes
- 555 Nunca
- 777 No sabe
- 999 SE NIEGA A CONTESTAR

**12.3 ¿Con qué frecuencia comió una ensalada de hojas verdes o lechuga, con o sin otras verduras?**

(221-223)

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** INGRESE LA CANTIDAD EN VECES POR DÍA, SEMANA O MES.

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** SI EL ENCUESTADO DA UN NÚMERO SIN UN MARCO DE TIEMPO, PREGUNTE “¿ESO ES POR DÍA, SEMANA O POR MES?”

**LEA LO SIGUIENTE SI EL ENCUESTADO PREGUNTA ACERCA DE LAS ESPINACAS:**  
“INCLUYA LAS ENSALADAS DE ESPINACAS.”

- 1 \_\_ Día
- 2 \_\_ Semana
- 3 \_\_ Mes
- 300 Menos de una vez al mes
- 555 Nunca
- 777 No sabe
- 999 Se niega a contestar

**12.4 ¿Con qué frecuencia comió usted algún tipo de papa frita, incluye las papas a la francesa, las papas salteadas (*home fries*) o "*hash browns*"?**

(224-226)

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** INGRESE LA CANTIDAD EN VECES POR DÍA, SEMANA O MES.

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** SI EL ENCUESTADO DA UN NÚMERO SIN UN MARCO DE TIEMPO, PREGUNTE “¿ESO ES POR DÍA, SEMANA O POR MES?”.

**LÉA LO SIGUIENTE SI EL ENCUESTADO PREGUNTA ACERCA DE LAS PAPITAS FRITAS ("*POTATO CHIPS*"):** “NO INCLUYA LAS PAPITAS FRITAS O "*POTATO CHIPS*”.

- 1 \_\_ Día
- 2 \_\_ Semana
- 3 \_\_ Mes
- 300 Menos de una vez al mes
- 555 Nunca
- 777 No sabe
- 999 Se niega a contestar

**12.5 ¿Con qué frecuencia comió usted algún otro tipo de papa o camote (batata), como papas al horno, hervidas, en puré o en ensalada?**

(227-229)

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** INGRESE LA CANTIDAD EN VECES POR DÍA, SEMANA O MES.

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** SI EL ENCUESTADO DA UN NÚMERO SIN UN MARCO DE TIEMPO, PREGUNTE “¿ESO ES POR DÍA, SEMANA O POR MES?”.

**LEA LO SIGUIENTE SI EL ENCUESTADO PREGUNTA ACERCA DE QUÉ TIPOS DE PAPA INCLUIR:** “INCLUYA TODOS LOS TIPOS DE PAPA EXCEPTO LAS FRITAS. INCLUYA LAS PAPAS GRATINADAS, LAS PAPAS AL ESCALOPE”.

- 1 \_\_ Día
- 2 \_\_ Semana
- 3 \_\_ Mes
- 300 Menos de una vez al mes
- 555 Nunca
- 777 No sabe
- 999 Se niega a contestar

**12.6 Sin incluir ensaladas de lechuga ni papas, ¿con qué frecuencia comió otras verduras?**  
(230-232)

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** INGRESE LA CANTIDAD EN VECES POR DÍA, SEMANA O MES.

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** SI EL ENCUESTADO DA UN NÚMERO SIN UN MARCO DE TIEMPO, PREGUNTE “¿ESO ES POR DÍA, SEMANA O POR MES?”

**LEA LO SIGUIENTE SI EL ENCUESTADO PREGUNTA QUÉ INCLUIR:** “INCLUYA TOMATES, EJOTES (HABICHUELAS VERDES), ZANAHORIAS, MAÍZ, REPOLLO, BROTES O GERMINADOS DE FRIJOL, BERZA Y BRÓCOLI. INCLUYA VERDURAS CRUDAS, COCIDAS, ENLATADAS O CONGELADAS. NO INCLUYA EL ARROZ”.

- 1 \_\_ Día
- 2 \_\_ Semana
- 3 \_\_ Mes
- 300 Menos de una vez al mes
- 555 Nunca
- 777 No sabe
- 999 Se niega a contestar

### Sección 13: Ejercicio (actividad física)

**Las siguientes preguntas 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 usual.

**13.1 En el mes pasado, sin contar su trabajo diario, ¿realizó alguna actividad física o algún tipo de ejercicio como correr, hacer ejercicios calisténicos, jugar al golf, realizar actividades de jardinería o caminar?**

(233)

- 1 Sí
- 2 No [PASE A P13.8]
- 7 No sabe/No está seguro [PASE A P13.8]
- 9 Se niega a contestar [PASE A P13.8]

**13.2. ¿A qué tipo de actividad o ejercicio físico dedicó más tiempo durante el mes pasado?**  
(234-235)

- (Especifique) [Vea la Lista de códigos para la actividad física]
- 77 No sabe/No está seguro [PASE A P13.8]
- 99 Se niega a contestar [PASE A P13.8]

**INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR:** SI LAS ACTIVIDADES DEL ENCUESTADO NO ESTÁN INCLUIDAS EN LA LISTA DE CODIFICACIÓN PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA, SELECCIONE LA OPCIÓN “OTRA”.

**13.3 ¿Cuántas veces a la semana o al mes realizó esta actividad durante el mes pasado?**  
(236-238)

- 1\_\_ Veces por semana
- 2\_\_ Veces por mes
- 777 No sabe/No está seguro
- 999 Se niega a contestar

**13.4 Y cuando realizó esta actividad, ¿cuántos minutos u horas le dedicó usualmente?**  
(239-241)

- \_:\_\_ Horas y minutos
- 777 No sabe/No está seguro
- 999 Se niega a contestar

**13.5 ¿Cuál otro tipo de actividad física o ejercicio le deo la próxima cantidad de ejercicio durante el mes pasado?**

- (242-243)
- (Especifique) [Vea la Lista de códigos para la actividad física]
- 88 Ninguna otra actividad [PASE A P13.8]
- 77 No sabe/No está seguro [PASE A P13.8]
- 99 Se niega a contestar [PASE A P13.8]

**INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR:** SI LAS ACTIVIDADES DEL ENCUESTADO NO ESTÁN INCLUIDAS EN LA LISTA DE CODIFICACIÓN PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA, SELECCIONE LA OPCIÓN “OTRA”.

**13.6 ¿Cuántas veces a la semana o al mes realizó esta actividad durante el mes pasado?**  
(244-246)

- 1\_\_ Veces por semana
- 2\_\_ Veces por mes
- 777 No sabe/No está seguro
- 999 Se niega a contestar

**13.7 Cuando realizó esta actividad, ¿cuántos minutos u horas le dedicó usualmente?**  
(247-249)

- \_:\_\_ Horas y minutos
- 777 No sabe/No está seguro
- 999 Se niega a contestar

**13.8 Durante el mes pasado, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes realizó actividad física o ejercicio para FORTALECER sus músculos? NO cuente ejercicios aeróbicos como caminar, correr o andar en bicicleta. Cuente actividades en las que usa su propio peso corporal, como yoga, abdominales y lagartijas, y aquellas en las que usa máquinas de pesas, pesas sueltas o bandas elásticas.**

(250-252)

- 1\_\_ Veces por semana
- 2\_\_ Veces por mes
- 888 Nunca
- 777 No sabe/No está seguro
- 999 Se niega a contestar

## Sección 14: Uso del cinturón de seguridad

**14.1 ¿Con qué frecuencia usa usted el cinturón de seguridad mientras maneja o viaja en un automóvil? Diría usted que...** (253)

- Por favor léale:
- 1 **Siempre**
  - 2 **Casi siempre**
  - 3 **Algunas veces**
  - 4 **Rara vez**
  - 5 **Nunca**

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

## Sección 15: Vacunación

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

**15.1 En los últimos 12 meses, ¿le pusieron una vacuna inyectable contra la influenza o una vacuna en atomizador en la nariz contra la influenza?**  
(254)

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

- 1 Sí
- 2 No [PASE A P15.3]
- 7 No sabe/No está seguro [PASE A P15.3]
- 9 Se niega a contestar [PASE A P15.3]

**15.2 ¿En qué mes y año recibió la vacuna más reciente contra la influenza ya sea inyectada en el brazo o en atomizador nasal?**

(255-260)

- \_\_ / \_\_\_\_ Mes/Año
- 77 / 7777 No sabe/No está seguro
- 99 / 9999 Se niega a contestar

**15.3 Por lo general, la vacuna contra la neumonía o vacuna antineumocócica se administra solamente una o dos veces en la vida de una persona y es distinta a la vacuna inyectable contra la influenza. ¿Alguna vez le han puesto una vacuna contra la neumonía?**

(261)

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

**[NOTA DE CATI: SI LA PERSONA ENCUESTADA TIENE MENOS DE 50 AÑOS, PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN.]**

**15.4. ¿Alguna vez le han puesto la vacuna contra la culebrilla o herpes zóster?**  
(262)

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

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR (LEA LO SIGUIENTE SI ES NECESARIO):** LA CULEBRILLA ES CAUSADA POR EL VIRUS DE LA VARICELA. ES UN BROTE DE SARPULLIDO O AMPOLLAS EN LA PIEL QUE PUEDE SER MUY DOLOROSO. DESDE MAYO DEL 2006 EXISTE UNA VACUNA CONTRA LA CULEBRILLA; SE LLAMA ZOSTAVAX®, VACUNA CONTRA EL HERPES ZÓSTER O VACUNA CONTRA LA CULEBRILLA (*SHINGLES*, EN INGLÉS).

## Sección 16: VIH/Sida

Las siguientes preguntas se refieren al problema nacional de salud que representa el VIH, el virus que causa el sida. Por favor, recuerde que sus respuestas son estrictamente confidenciales y que no necesita contestar todas las preguntas si no lo desea. Le vamos a hacer preguntas sobre las pruebas que se haya hecho, pero no le pediremos los resultados de esas pruebas.

**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.** (263)

- 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?**

**INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR:** SI LA RESPUESTA ES ANTES DE ENERO DE 1985, CODIFIQUE "NO SABE". 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.

(264-269)

__/____	Codifique mes y año
77/7777	No sabe/no está seguro
99/9999	Se niega a contestar/no está seguro

**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.**

(270)

**Se ha inyectado alguna droga distinta de aquellas que le recetaron el año pasado.  
En el último año ha recibido tratamiento por alguna enfermedad venérea o de transmisión sexual.**

**En el último año ha dado o recibido dinero o drogas a cambio de relaciones sexuales.**

**En el último año ha tenido relaciones sexuales anales sin usar un condón.**

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

**¿Alguna de estas situaciones tiene que ver con usted?**

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

## Declaración final

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** SI NO HAY MÓDULOS O PREGUNTAS COMPLEMENTARIAS HECHAS POR LOS ESTADOS O ESTA ES UNA ENTREVISTA CON UN TELÉFONO CELULAR DESDE OTRO ESTADO, POR FAVOR LÉALE:

**Esa fue mi última pregunta. Las respuestas de todas las personas encuestadas se combinarán de modo que nos ayuden a brindar información sobre las prácticas de salud de la población de este estado. Muchas gracias por su tiempo y cooperación.**

O

Transición a módulos y a preguntas complementarias hechas por los estados

## Módulos opcionales

### Módulo 21: Cuidado de personas

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

- 1. En los últimos 30 días, ¿proporcionó en forma habitual cuidados o asistencia a un amigo o un familiar con problemas de salud o una discapacidad? (457)**

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

1. Sí
2. No **[PASE A LA PREGUNTA 9]**
- 7 No sabe/No está seguro **[PASE A LA PREGUNTA 9]**
- 8 La persona a la que cuidaba falleció en los últimos 30 días **[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]**
- 9 Se niega a contestar **[PASE A LA PREGUNTA 9]**

**2. ¿Cuál es su relación con la persona a la que cuida? Por ejemplo, ¿es su madre o hija, o padre o hijo)?**  
(458-459)

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** SI SE TRATA DE MÁS DE UNA PERSONA, DIGA LO SIGUIENTE: "MENCIONE LA PERSONA A LA QUE LE PROPORCIONA MÁS CUIDADO".

**INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR:** NO LE LEA, INGRESE EL CÓDIGO DE LA RESPUESTA CON LAS SIGUIENTES CATEGORÍAS.

- 01 Madre
- 02 Padre
- 03 Suegra
- 04 Suegro
- 05 Hijo
- 06 Esposo
- 07 Esposa
- 08 Pareja del mismo sexo
- 09 Hermano o cuñado
- 10 Hermana o cuñada
- 11 Abuela
- 12 Abuelo
- 13 Nieto o nieta
- 14 Otro pariente
- 15 Amigo de familia/No pariente
- 16 Pareja, no casada
  
- 77 No sabe/No está seguro
- 99 Se niega a contestar

**3. ¿Cuánto tiempo hace que ha cuidado a esa persona? Diría usted que...**  
(460)

Por favor léale:

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

No le lea:

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

**4. En una semana promedio, ¿cuántas horas proporciona usted cuidado o ayuda?  
Diría usted que... (461)**

Por favor léale:

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

No le lea:

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

**5. ¿Cuál es el principal problema de salud, la enfermedad prolongada o la discapacidad que tiene la persona a la que cuida?**

(462-463)

**Lea lo siguiente si es necesario:** Dígame, ¿cuál de las siguientes afecciones cree que es el mayor problema?

**[NO LE LEA: REGISTRE UNA RESPUESTA]**

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

No le lea:

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

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

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

(464)

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

**7. En los últimos 30 días, ¿le proporcionó ayuda a esta persona al...**

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

(465)

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

**8. ¿Cuál de los siguientes servicios de apoyo necesita más, pero no recibe actualmente?**

(466)

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

Lea las opciones 1 - 6:

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

No le lea

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

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

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

(467)

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

## Módulo 16: Salud reproductiva y planificación familiar

[NOTA DE CATI: SI LA PERSONA ENCUESTADA ES MUJER Y TIENE MÁS DE 49 AÑOS DE EDAD, HA TENIDO UNA HISTERECTOMÍA, ESTÁ EMBARAZADA, O SI ES HOMBRE, PASE AL SIGUIENTE MÓDULO.]

Las siguientes preguntas se refieren a sus experiencias y lo que piensa sobre la planificación familiar. Recuerde que todas sus respuestas serán confidenciales.

**1. La última vez que tuvieron relaciones sexuales, ¿usted o su esposo/pareja hicieron algo para evitar un embarazo?** (436)

- 1 Sí
- 2 No [PASE A P3]
- 3 No tiene pareja/no tiene actividad sexual [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]
- 4 Pareja del mismo sexo [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]
- 5 Le hicieron una histerectomía [PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]
- 7 No sabe/No está seguro [PASE A P.3]
- 9 Se niega a contestar [PASE A P.3]

**2. La última vez que tuvieron relaciones sexuales, ¿qué hicieron usted o su pareja para evitar un embarazo?**

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** SI LA ENCUESTADA INDICA MÁS DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO, ANOTE EL MÉTODO QUE APAREZCA PRIMERO EN LA LISTA.

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** SI LA ENCUESTADA INDICA USAR “CONDONES”, PREGÚNTELE SI SON “CONDONES DE MUJER” O “CONDONES DE HOMBRE”.

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** SI LA ENCUESTADA INDICA USAR “DIU” (DISPOSITIVO INTRAUTERINO), PREGUNTE PARA SABER SI ES “DIU DE LEVONORGESTREL” O “DIU DE ALAMBRE DE COBRE”.

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** SI LA ENCUESTADA RESPONDE “OTRO MÉTODO”, PÍDALE QUE POR FAVOR “ESPECIFIQUE” Y ASEGÚRESE DE QUE LA RESPUESTA NO

CORRESPONDA A OTRA CATEGORÍA. SI LA RESPUESTA CORRESPONDE A OTRA CATEGORÍA, MÁRQUELA ADECUADAMENTE.

Lea lo siguiente solo si es necesario:

(437-438)

- 01 Esterilización femenina (p. ej., ligadura de trompas, Essure, Adiana) **[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]**
- 02 Esterilización masculina (vasectomía) **[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]**
- 03 Implante anticonceptivo (p. ej., Implanon) **[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]**
- 04 DIU de levonorgestrel (LNG) o DIU hormonal (p. ej., Mirena) **[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]**
- 05 DIU de alambre de cobre (p. ej., ParaGard) **[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]**
- 06 DIU de tipo desconocido **[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]**
- 07 Inyecciones (p. ej., Depo-Provera) **[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]**
- 08 Pastillas anticonceptivas de cualquier tipo **[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]**
- 09 Parche anticonceptivo (p. ej., Ortho Evra) **[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]**
- 10. Anillo anticonceptivo (p. ej., NuvaRing) **[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]**
- 11 Condones para hombres **[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]**
- 12 Diafragma, capuchón cervical **[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]**
- 13 Condones para mujeres **[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]**
- 14 No tiene relaciones sexuales en ciertos días (método del ritmo o método anticonceptivo natural) **[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]**
- 15 Retiro antes de la eyaculación (eyacula afuera) **[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]**
- 16 Espuma, gel, película o crema anticonceptiva **[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]**
- 17 Anticonceptivos de emergencia (pastilla de la "mañana siguiente") **[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]**
- 18 Otro método **[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]**

No le lea:

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

**Algunas de las razones que pudo haber tenido para no evitar un embarazo la última vez que tuvo relaciones sexuales pueden ser: desear un embarazo, no tener dinero para comprar un método anticonceptivo o no pensar que puede quedar embarazada.**

**3. La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿cuál fue la razón principal por la que usted no hizo nada para evitar un embarazo?** (439-440)

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI LA ENCUESTADA RESPONDE “OTRA RAZÓN”, PÍDALE QUE "POR FAVOR ESPECIFIQUE" Y ASEGÚRESE DE QUE LA RESPUESTA NO CORRESPONDA A OTRA CATEGORÍA. SI LA RESPUESTA CORRESPONDE A OTRA CATEGORÍA, MÁRQUELA ADECUADAMENTE.**

Lea lo siguiente solo si es necesario:

- 01 No pensaba que iba a tener una relación sexual/no tiene una pareja fija
- 02 Simplemente no lo pensó
- 03 No le importaba si quedaba embarazada
- 04 Quería quedar embarazada
- 05 Usted o su pareja no quieren usar métodos anticonceptivos
- 06 A usted o a su pareja no les gustan los métodos anticonceptivos o sus efectos secundarios
- 07 No tenía dinero para comprar un método anticonceptivo
- 08 Tuvo un problema para conseguir un método anticonceptivo cuando lo necesitaba
- 09 Razones religiosas
- 10 Interrumpió brevemente el uso de un método anticonceptivo
- 11 No cree que usted o su pareja puedan tener hijos (infértil o edad avanzada)
- 12 Tenía las trompas ligadas (esterilización)
- 13 Le hicieron una histerectomía.
- 14 A su pareja le hicieron una vasectomía (esterilización)
- 15 Está amamantando actualmente
- 16 Acababa de tener un bebé/posparto
- 17 Está embarazada ahora
- 18 Su pareja es del mismo sexo
- 19 Otra razón
  
- 77 No sabe/No está segura
- 99 Se niega a contestar

## Módulo 28: Selección aleatoria de niños

[NOTA DE CATI: SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA BÁSICA P8.16 = 88 O 99 (NO HAY NIÑOS MENORES DE 18 AÑOS EN LA CASA O SE NIEGA A CONTESTAR), PASE AL SIGUIENTE MÓDULO.]

**NOTA DE CATI: SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA BÁSICA P8.16 = 1, POR FAVOR LÉALE:** “ANTERIORMENTE USTED MENCIONÓ QUE EN SU CASA HABÍA UN NIÑO O UNA NIÑA DE 17 AÑOS DE EDAD O MENOR. QUISIERA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE ESE NIÑO O NIÑA”. [PASE A P1]

[NOTA DE CATI: SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA BÁSICA P8.16 ES >1 Y LA RESPUESTA A LA PREGUNTA BÁSICA P8.16 NO ES 88 NI 99, POR FAVOR LÉALE: “USTED MENCIONÓ ANTERIORMENTE QUE EN SU CASA HABÍA [CANTIDAD] NIÑOS DE 17 AÑOS O MENOS. PIENSE EN ESOS [CANTIDAD] NIÑOS EN ORDEN DE NACIMIENTO, DE MAYOR A MENOR. EL NIÑO MAYOR ES EL PRIMERO EN NACER Y EL MENOR ES EL ÚLTIMO. INCLUYA TAMBIÉN A LOS NIÑOS QUE TENGAN LA MISMA FECHA DE NACIMIENTO, COMO LOS MELLIZOS O GEMELOS, DE ACUERDO AL ORDEN DE NACIMIENTO”.]

[NOTA DE CATI: ELIJA AL AZAR UNO DE LOS NIÑOS. ESTE ES EL "X." NIÑO. EN TODAS LAS PREGUNTAS QUE FIGURAN A CONTINUACIÓN, SUSTITUYA LA “X” POR EL NÚMERO CORRESPONDIENTE AL NIÑO ELEGIDO.]

Por favor léale:

**Me gustaría hacerle algunas preguntas adicionales sobre un niño en particular. El niño al que nos referimos será el “X” [CATI: POR FAVOR INDIQUE EL NÚMERO CORRECTO] NIÑO EN SU CASA. TODAS LAS PREGUNTAS QUE LE HARÉ A CONTINUACIÓN SE REFERIRÁN AL "X." NIÑO [CATI: POR FAVOR LLENE LOS ESPACIOS].**

**1. ¿En qué mes y año nació el "X" niño? (689-694)**

__/____	Codifique mes y año
77/7777	No sabe/No está seguro
99/9999	Se negó a contestar

**NOTA DE CATI:** CALCULE LA EDAD DEL NIÑO EN MESES (EDADNIÑO1=0 A 216) Y TAMBIÉN LA EDAD EN AÑOS (EDADNIÑO2=0 A 17) CON BASE EN LA FECHA DE LA ENCUESTA Y EL MES Y EL AÑO DE NACIMIENTO UTILIZANDO UN VALOR DE 15 PARA EL DÍA DEL NACIMIENTO. SI EL NIÑO SELECCIONADO TIENE <12 MESES, INGRESE LOS MESES CALCULADOS EN EDADNIÑO1 Y 0 EN EDADNIÑO2. SI EL NIÑO TIENE ≥12 MESES, INGRESE LOS MESES CALCULADOS EN EDADNIÑO1 Y ANOTE EDADNIÑO2=TRUNCO (EDADNIÑO1/12).

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

(695)

- 1 Niño
- 2 Niña
- 9 Se niega a contestar

3. ¿Es el niño hispano, latino o de origen español?

(696-699)

**INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: SI LA RESPUESTA ES SÍ, PREGUNTE: ¿ES...?**

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SELECCIONE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN.**

Por favor léale:

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

No le lea:

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

4. ¿Cuál o cuáles de los siguientes diría usted que es el grupo racial del niño?

(700-727)

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SELECCIONE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN.**

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR: SI SE SELECCIONA 40 (ASIÁTICO) O 50 (ISLEÑO DEL PACÍFICO), LEA Y CODIFIQUE LA SUBCATEGORÍA BAJO EL TÍTULO PRINCIPAL.**

- 10 **Blanco**
- 20 **Negro o afroamericano**
- 30 **Indioamericano o nativo de Alaska**
- 40 **Asiático**
  - 41 Indioasiático
  - 42 Chino
  - 43 Filipino
  - 44 Japonés
  - 45 Coreano
  - 46 Vietnamita
  - 47 Otro origen asiático

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

- 11 Hispano**

No le lea:

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

**5. ¿Cuál de los siguientes grupos diría usted que es el más representativo de la raza del niño?**  
(728-729)

**NOTA PARA EL ENCUESTADOR:** SI SE SELECCIONA 40 (ASIÁTICO) O 50 (ISLEÑO DEL PACÍFICO), LEA Y CODIFIQUE LA SUBCATEGORÍA BAJO EL TÍTULO PRINCIPAL.

- 10 Blanco**
- 20 Negro o afroamericano**
- 30 Indioamericano o nativo de Alaska**
- 40 Asiático**
  - 41 Indioasiático
  - 42 Chino
  - 43 Filipino
  - 44 Japonés
  - 45 Coreano
  - 46 Vietnamita
  - 47 Otro origen asiático

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

No le lea:

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

**6. ¿Qué relación familiar tiene usted con el niño?**  
(730)

Por favor léale:

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

No le lea:

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

## Módulo 29: Prevalencia del asma infantil

**[NOTA DE CATI: SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA BÁSICA P8.16 = 88 (NINGUNO) O 99 (SE NIEGA A CONTESTAR), PASE AL SIGUIENTE MÓDULO.]**

**Las siguientes dos preguntas son acerca del “X” [NOTA DE CATI: POR FAVOR INDIQUE EL NÚMERO CORRECTO] niño en su casa.**

**1. ¿ALGUNA VEZ un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le ha dicho que el niño tenía asma?**

(731)

- 1 Sí
- 2 No **[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]**
- 7 No sabe/No está seguro **[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]**
- 9 Se niega a contestar **[PASE AL SIGUIENTE MÓDULO]**

**2. ¿El niño aún tiene asma?**

(732)

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

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

Quisiéramos llamarlo de nuevo dentro de 2 semanas para hablar más en detalle de su experiencia (o la de su hijo) con el asma. La información se utilizará para ayudar a crear y mejorar programas contra el asma en Nuevo Méjico. La información que nos dio hoy y la que nos dará en el futuro se mantendrá confidencial. Si usted está de acuerdo, mantendremos su nombre o sus iniciales y número de teléfono en un expediente separado de las respuestas que obtuvimos hoy. Aun cuando acepte hoy, usted o las otras personas pueden decidir no participar en el futuro. ¿Le parece bien que lo llamemos de nuevo en una fecha posterior para hacerle preguntas adicionales sobre el asma?

(733)

- 1      Sí
- 2      No

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

\_\_\_\_\_      Escriba el nombre o las iniciales.

### **Selección para llamada de seguimiento sobre el asma**

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

(734)

- 1      Adulto
- 2      Niño

## **NM Módulo 5: Suicidio**

Ahora, tengo unas preguntas acerca de otros temas de salud.

NM 5.1 El año pasado, ¿se ha sentido tan deprimido? ¿Que a veces pensó en cometer suicidio? (1061)

- 1 Sí
- 2 No

**No le lea:**

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

NM 5.2 ¿Alguna vez ha intentado cometer suicidio? (1062)

- 1 Sí
- 2 No

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

NM 5.3 ¿En el último año ha intentado cometer suicidio? (1063)

- 1 Sí
- 2 No

**No le lea:**

- 7 No sabe / No está seguro/a
- 9 Rehusó contestar

**Párrafo de cierre:** Somos conscientes de que este tema puede haberle traído recuerdos de experiencias pasadas dolorosas, pero que algunas personas se sentirían mejor hablando de ello. Si usted o alguien que usted conoce quisiera hablar con un/a consejero especializado, por favor llame al 1-800-273-TALK (8255) ¿Quiere que le repita este número? (1064)

## NM Módulo 6: Violencia sexual y violencia en relaciones con una pareja sexual

Quisiera hacerle algunas preguntas acerca de la violencia física y/o sexual, y de otro tipo de experiencias sexuales no deseadas. Esta información nos permitirá comprender mejor el problema de la violencia y el contacto sexual no deseado, y nos permitirá ayudar a otras personas en el futuro. Comprendemos que se trata de un tema delicado. Algunas personas se sienten incómodas contestando este tipo de preguntas.

Recuerde que su número telefónico ha sido seleccionado al azar, y que sus respuestas son estrictamente confidenciales. Al final de esta sección, le daré números telefónicos de organizaciones que pueden brindarle información o referencias con los profesionales que tratan en ambos temas.

Por favor, recuerde que puede pedirme que saltee cualquier pregunta que no desee responder. Si no se encuentra en un lugar seguro para contestar estos tipos de preguntas, puedo pasar al próximo tema.

¿Está en un lugar seguro para contestar estas preguntas?

**Yes**

**No** Sigues a DECLARACIÓN FINAL

(1065)

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre sexo no deseado. Sexo no deseado incluye situaciones como alguien introducirle cualquier cosa en la vagina [**si es mujer**], el ano o la boca, o hacer que usted se lo haga a otros, a pesar de que usted dijera o demostrara que no deseaba hacerlo. Esto incluye las ocasiones en las que no podía dar su consentimiento, por ejemplo, si estaba borracho/a drogas o dormido/a, o si pensó que lo/la lastimarían o castigarían si se negaba.

**NM 6.1** Alguna vez, ¿alguien ha intentado tener sexo con usted después que usted le dijo que no, o demostró que usted no quería tener sexo con o sin su consentimiento, PERO EL ACTO DE SEXO NO OCURRIÓ?

(1066)

- 1 Sí
- 2 No

**No le lea:**

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

**Si sí, segues a la pregunta 2.**

**Si no, No Sabe o Se Niega a Contestar, pase a la pregunta 3.**

**NM 6.2** En los últimos 12 meses, ¿alguien ha intentado tener sexo con usted después que usted le dijo que no, o demostró que no quería tener sexo con o sin su consentimiento, PERO EL ACTO DE SEXO NO OCURRIÓ?

(1067)

- 1 Sí
- 2 No

**No le lea:**

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

**NM 6.3** Alguna vez, ¿alguien ha tenido sexo con usted después que usted le dijo, o le demostró que usted no quería tener sexo con o sin su consentimiento?

(1068)

- 1 Sí
- 2 No

**No le lea:**

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

**Si Sí, sigue a la pregunta 2.**

**Si No Sabe o Se niega a contestar, pase a la pregunta 5**

**NM 6.4** En los últimos 12 meses, ¿alguien ha tenido sexo con usted después que usted le dijo, o le demostró que usted no quería tener sexo con o sin su consentimiento?

(1069)

- 1 Sí
- 2 No

**No le lea:**

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

**SI el/la respondiente contestó NO, NO SABE, OR SE NIEGA A CONTESTAR a las preguntas 1 y 3, sigue a la pregunta 7.**

**NM 6.5** En el momento del incidente más reciente, ¿cómo conocía la persona o cuál fue su relación con la persona que tuvo o intentó tener sexo con usted después que usted le dijo que no, o le demostró que usted no quería tener sexo? (1070-1071)

**NO LEA**

- 01 Un extraño completo / una extraña completa
- 02 Una persona a la que conocía hacía menos de 24 horas
- 03 Un conocido / Una conocida
- 04 Un amigo / Una amiga
- 05 Una persona con la que tenía una cita
- 06 El novio / La novia actual
- 07 El ex novio / La ex novia
- 08 Esposo / Esposa o paraje que vive con usted
- 09 Ex esposo / Ex esposa o ex pareja que vivió con usted
- 10 Un colega de trabajo / una colega de trabajo
- 11 Un Vecino / Un Vecina
- 12 El padre o la madre
- 13 El padrastro o la madrastra
- 14 El padre o la madre de su pareja
- 15 Otro familiar
- 16 Otra persona que no ere un familiar
- 17 Varios perpetradores

**No le lea:**

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

**NM 6.6** ¿La persona que lo hizo, era hombre o mujer? (1072)

Si pregunta 5 = 17, sigues con “¿las personas quien le hizo eran hombre o mujer, o unos hombres y unas mujeres” (1073)

- 1 Hombre(s)
- 2 Mujer(es)
- 3. Hombre(s) Y Mujer(es)

**No le lea:**

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

**NM 6.7** En los últimos 12 meses, ¿alguien le ha expuesto a situaciones sexuales no deseadas que no incluyen contacto físico? Por ejemplo, exposición de los órganos sexuales, espiar, acosamiento sexual u obligarle a ver fotos o películas con contenido sexual.

(1074)

- 1 Sí
- 2 No

**No le lea:**

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

Las siguientes preguntas son acerca de la violencia en relaciones con una pareja íntima. Por una pareja íntima, quiero decir que es su esposo/a actual o ex esposo/a o novio/a. Alguien con quien usted ha salido en citas puede ser considerado una pareja íntima.

**NM 6.8** ¿Una pareja íntima le amenazó con violencia física? Incluya se le amenazó golpear, patear, empujar o lastimar físicamente de cualquier manera.

(1075)

- 1 Sí
- 2 No

**No le lea:**

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

**NM 6.9** ¿Una pareja íntima le golpeó, empujó, pateó, o lastimo físicamente de cualquier manera?

(1076)

- 1 Sí
- 2 No [**Pase al párrafo de cierre**]

**No le lea:**

- 7 No sabe / No está seguro/a [**Pase al párrafo de cierre**]
- 9 Se niega a contestar [**Pase al párrafo de cierre**]

**NM 6.10** En los últimos 12 meses, ha tenido una lesión, como contusiones, cortes, raspaduras, ojos negros, desgarros vaginales o anales, o huesos rotos, como resultado de relaciones sexuales no deseadas o resultado de la violencia de una pareja íntima?

(1077)

- 1 Sí
- 2 No

**No le lea:**

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

**Párrafo de cierre:** Somos conscientes de que este tema puede haberle traído recuerdos de experiencias pasadas dolorosas, pero que algunas personas se sentirían mejor hablando de ello. Si usted o alguien que usted conoce quisiera hablar con un/a consejero especializado, por favor llame al 1-800-799-SAFE (7233) ¿Quiere que le repita este número?

## DECLARACIÓN FINAL

**Esa fue mi última pregunta. Las respuestas de todas las personas encuestadas se combinarán de modo que nos ayuden a brindar información sobre las prácticas de salud de la población de este estado. Muchas gracias por su tiempo y cooperación.**

## Lista de actividades físicas de recreación comunes

(Para usarse en la Sección 13: Actividad física)

---

### Descripción del código (Actividad física, preguntas 13.2 y 13.5 anteriores)

- |  |   |
|--|---|
| 01 Dispositivos de juegos interactivos (Wii Fit, Dance, Dance revolution)          | 39 Saltar la cuerda   |
| 02 Video o clase de ejercicios aeróbicos   | 40 Remar con máquina de ejercicio   |
| 03 Montañismo con mochila a la espalda   | 41 <i>Rugby</i>   |
| 04 Bádminton   | 42 Buceo recreativo   |
| 05 Básquetbol  | 43 Montar en patineta ( <i>skateboarding</i> )  |
| 06 Ejercicio en bicicleta fija   | 44 Patinar: en hielo o sobre ruedas   |
| 07 Andar en bicicleta  | 45 Deslizamiento en trineo, tobogán   |
| 08 Navegación (en canoa, remo, kayak, en barco de vela para paseos o para acampar) | 46 Bucear con tubo ( <i>snorkel</i> )   |
| 09 Boliche   | 47 Remover la nieve (con máquina sopladora)   |
| 10 Boxeo   | 48 Remover con pala manualmente   |
| 11 Calistenia  | 49 Esquiar en la nieve  |
| 12 Canotaje/remo en competencia  | 50 Caminar con raquetas de nieve  |
| 13 Carpintería   | 51 Fútbol   |
| 14 Baile: ballet, baile de salón, danza latina, hip hop, zumba, etc.               | 52 <i>Softball</i> /béisbol   |
| 15 Ejercicio con máquina elíptica/EFX  | 53 <i>Squash</i>  |
| 16 Pesca desde bancos de los ríos o en embarcación                                 | 54 Subir escaleras/Stair master   |
| 17 <i>Frisbee</i>  | 55 Pesca en arroyos con botas de pescador   |
| 18 Jardinería (remover la tierra, desyerbar, cavar, rellenar)                      | 56 Surfear  |
| 19 Golf (con carro motorizado)   | 57 Nadar  |
| 20 Golf (sin carro motorizado)   | 58 Natación   |
| 21 Balonmano   | 59 Tenis de mesa  |
| 22 Montañismo; excursionismo   | 60 Taichí   |
| 23 Hockey  | 61 Tenis  |
| 24 Equitación  | 62 Fútbol americano   |
| 25 Caza de animales grandes: venados, alces  | 63 Vóleibol   |
| 26 Caza de animales pequeños: codornices   | 64 Caminar  |
| 27 Patinaje en línea   | 66 Esquí acuático   |
| 28 Trotar  | 67 Levantamiento de pesas   |
| 29 <i>Lacrosse</i>   | 68 Lucha libre  |
| 30 Escalar montañas  | 69 Yoga   |
| 31 Cortar el césped con máquina  | 71 Cuidado de niños   |
| 32 Tenis de playa ( <i>paddleball</i> )  | 72 Trabajo de granja (cuidado del ganado, almacenamiento de heno, etc.)               |
| 33 Pintar la casa o colocar papel tapiz  | 73 Actividades del hogar (aspirar, limpiar el polvo, reparaciones de la casa, etc.)   |
| 34 Pilates   | 74 Karate/Artes marciales   |
| 35 Ráquetbol   | 75 Ciclismo con la parte superior del cuerpo (deportes en silla de ruedas, ergómetro) |
| 36 Rastrillar el césped/podar arbustos   | 76 Trabajo en el jardín (cortar, juntar madera, podar, etc.)                          |
| 37 Correr  | 98 Otra_____  |
| 38 Escalar rocas   | 99 Se niega a contestar   |