

Mis hábitos de salud

Pre-test y Post-test

SÓLO PARA USO INTERNO
(Para la Estrategia 2a, 2b and 3)

₁ Pre-test Fecha al iniciar la capacitación (MM/DD/AÑO): ____ / ____ / ____
₂ Post-test Fecha al terminar la capacitación (MM/DD/AÑO): ____ / ____ / ____

Nombre de la persona que administra el cuestionario "Mis hábitos de salud": _____

Lugar donde se imparte el proyecto:

₁ Clínica
 No. de identificación del paciente _____

₂ Organización comunitaria
 No. de identificación del participante _____

₃ Otro: _____
 No. de identificación del participante _____

Información del participante

1. Fecha de hoy (MM/DD/AÑO) ____ / ____ / ____

2. Edad (en años): _____

3. Sexo: ₁ Masculino ₂ Femenino

4. Lugar de nacimiento: Ciudad _____ Estado _____ País _____

5. ¿Se considera usted hispano o latino? ₁ Si ₂ No

6. ¿De qué raza se considera? Seleccione una o más de estas categorías.

- ₁ Nativo de Alaska
- ₂ India americana
- ₃ Asiática
- ₄ Negra o africana americana
- ₅ Nativo de Hawai u otra Isla del Pacífico
- ₆ Blanca

7. Tiempo viviendo en los Estados Unidos: ____ años ____ meses

8. Idioma que prefiere: ₁ Inglés ₂ Español ₃ Ambos

9. ¿Le ha dicho algún profesional de la salud que usted tiene diabetes? ₁ Si ₂ No ₃ No sé

10. ¿Hay en su familia historia de enfermedades del corazón? ₁ Si ₂ No ₃ No sé

Mis hábitos de salud

Pre-test y Post-test (continuación)

Sal y sodio

Indique con qué frecuencia hace lo siguiente. Marque con una X su respuesta para cada pregunta.

1. ¿Compra verduras frescas en lugar de verduras enlatadas?	<input type="checkbox"/> ₁ Nunca	<input type="checkbox"/> ₂ Pocas veces	<input type="checkbox"/> ₃ Casi siempre	<input type="checkbox"/> ₄ Todo el tiempo
2. ¿Usa cubos de caldo cuando cocina? (por ejemplo, cubitos de pollo o de carne)	<input type="checkbox"/> ₁ Nunca	<input type="checkbox"/> ₂ Pocas veces	<input type="checkbox"/> ₃ Casi siempre	<input type="checkbox"/> ₄ Todo el tiempo
3. ¿Lee las etiquetas para escoger los alimentos con bajo contenido de sodio?	<input type="checkbox"/> ₁ Nunca	<input type="checkbox"/> ₂ Pocas veces	<input type="checkbox"/> ₃ Casi siempre	<input type="checkbox"/> ₄ Todo el tiempo
4. ¿Añade sal a las frutas?	<input type="checkbox"/> ₁ Nunca	<input type="checkbox"/> ₂ Pocas veces	<input type="checkbox"/> ₃ Casi siempre	<input type="checkbox"/> ₄ Todo el tiempo
5. ¿Le pone sal al agua cuando cocina frijoles, arroz, fideos o verduras?	<input type="checkbox"/> ₁ Nunca	<input type="checkbox"/> ₂ Pocas veces	<input type="checkbox"/> ₃ Casi siempre	<input type="checkbox"/> ₄ Todo el tiempo
6. ¿Compra carnes como jamón, mortadela, salchichas (<i>hotdogs</i>) o chorizo?	<input type="checkbox"/> ₁ Nunca	<input type="checkbox"/> ₂ Pocas veces	<input type="checkbox"/> ₃ Casi siempre	<input type="checkbox"/> ₄ Todo el tiempo
7. ¿Usa el salero en la mesa?	<input type="checkbox"/> ₁ Nunca	<input type="checkbox"/> ₂ Pocas veces	<input type="checkbox"/> ₃ Casi siempre	<input type="checkbox"/> ₄ Todo el tiempo
8. ¿Llena el salero con hierbas y especias en lugar de sal?	<input type="checkbox"/> ₁ Nunca	<input type="checkbox"/> ₂ Pocas veces	<input type="checkbox"/> ₃ Casi siempre	<input type="checkbox"/> ₄ Todo el tiempo
9. ¿Come frutas y verduras en lugar de papitas fritas, tostaditas y chicharrones?	<input type="checkbox"/> ₁ Nunca	<input type="checkbox"/> ₂ Pocas veces	<input type="checkbox"/> ₃ Casi siempre	<input type="checkbox"/> ₄ Todo el tiempo

Colesterol y grasa

Indique con qué frecuencia hace lo siguiente. Marque con una X su respuesta para cada pregunta.

1. ¿Toma la leche descremada o con 1% de grasa?	<input type="checkbox"/> ₁ Nunca	<input type="checkbox"/> ₂ Pocas veces	<input type="checkbox"/> ₃ Casi siempre	<input type="checkbox"/> ₄ Todo el tiempo
2. ¿Come el queso con poca grasa?	<input type="checkbox"/> ₁ Nunca	<input type="checkbox"/> ₂ Pocas veces	<input type="checkbox"/> ₃ Casi siempre	<input type="checkbox"/> ₄ Todo el tiempo
3. ¿Usa un spray de aceite de cocina en lugar de manteca para engrasar las sartenes?	<input type="checkbox"/> ₁ Nunca	<input type="checkbox"/> ₂ Pocas veces	<input type="checkbox"/> ₃ Casi siempre	<input type="checkbox"/> ₄ Todo el tiempo

Mis hábitos de salud

Pre-test y Post-test (continuación)

4. ¿Lee las etiquetas de los alimentos para elegir los que tienen bajo contenido de grasa saturada, grasa <i>trans</i> y colesterol?	<input type="checkbox"/> ₁ Nunca	<input type="checkbox"/> ₂ Pocas veces	<input type="checkbox"/> ₃ Casi siempre	<input type="checkbox"/> ₄ Todo el tiempo
5. ¿Quita el pellejo del pollo antes de cocinarlo?	<input type="checkbox"/> ₁ Nunca	<input type="checkbox"/> ₂ Pocas veces	<input type="checkbox"/> ₃ Casi siempre	<input type="checkbox"/> ₄ Todo el tiempo
6. ¿Escurre la grasa y la tira cuando cocina la carne molida?	<input type="checkbox"/> ₁ Nunca	<input type="checkbox"/> ₂ Pocas veces	<input type="checkbox"/> ₃ Casi siempre	<input type="checkbox"/> ₄ Todo el tiempo
7. ¿Usa mayonesa o aderezos sin grasa o con bajo contenido de grasa?	<input type="checkbox"/> ₁ Nunca	<input type="checkbox"/> ₂ Pocas veces	<input type="checkbox"/> ₃ Casi siempre	<input type="checkbox"/> ₄ Todo el tiempo
8. ¿Usa aceite para preparar la comida en lugar de manteca?	<input type="checkbox"/> ₁ Nunca	<input type="checkbox"/> ₂ Pocas veces	<input type="checkbox"/> ₃ Casi siempre	<input type="checkbox"/> ₄ Todo el tiempo

Peso

Marque con un X su respuesta para cada pregunta.

1. ¿Lee las etiquetas para elegir los alimentos con menos calorías?	<input type="checkbox"/> ₁ Nunca	<input type="checkbox"/> ₂ Pocas veces	<input type="checkbox"/> ₃ Casi siempre	<input type="checkbox"/> ₄ Todo el tiempo
2. ¿Cocina las comidas al horno o a la parrilla en lugar de freírlas?	<input type="checkbox"/> ₁ Nunca	<input type="checkbox"/> ₂ Pocas veces	<input type="checkbox"/> ₃ Casi siempre	<input type="checkbox"/> ₄ Todo el tiempo
3. ¿Se sirve en su plato más verduras que carnes?	<input type="checkbox"/> ₁ Nunca	<input type="checkbox"/> ₂ Pocas veces	<input type="checkbox"/> ₃ Casi siempre	<input type="checkbox"/> ₄ Todo el tiempo
4. ¿Se sirve porciones grandes de comida?	<input type="checkbox"/> ₁ Nunca	<input type="checkbox"/> ₂ Pocas veces	<input type="checkbox"/> ₃ Casi siempre	<input type="checkbox"/> ₄ Todo el tiempo
5. ¿Toma agua en lugar de sodas regulares?	<input type="checkbox"/> ₁ Nunca	<input type="checkbox"/> ₂ Pocas veces	<input type="checkbox"/> ₃ Casi siempre	<input type="checkbox"/> ₄ Todo el tiempo
6. ¿Toma limonada u otras bebidas azucaradas en polvo?	<input type="checkbox"/> ₁ Nunca	<input type="checkbox"/> ₂ Pocas veces	<input type="checkbox"/> ₃ Casi siempre	<input type="checkbox"/> ₄ Todo el tiempo
7. ¿Come frutas en lugar de postres con alto contenido de azúcar?	<input type="checkbox"/> ₁ Nunca	<input type="checkbox"/> ₂ Pocas veces	<input type="checkbox"/> ₃ Casi siempre	<input type="checkbox"/> ₄ Todo el tiempo
8. ¿Come más cuando se siente con estrés?	<input type="checkbox"/> ₁ Nunca	<input type="checkbox"/> ₂ Pocas veces	<input type="checkbox"/> ₃ Casi siempre	<input type="checkbox"/> ₄ Todo el tiempo

Mis hábitos de salud

Pre-test y Post-test (continuación)

Actividad física

Marque con un X su respuesta para cada pregunta.

1. ¿Hace algún tipo de actividad física en su trabajo? <input type="checkbox"/> ₁ Yes <input type="checkbox"/> ₂ No
2. Sin incluir su trabajo, ¿hace algún otro tipo de actividad física? <input type="checkbox"/> ₁ Si <input type="checkbox"/> ₂ No (Siga con la pregunta sobre el hábito de fumar) Al marcar sí, conteste las siguientes preguntas:
2a. ¿Qué tipo de actividad física hace? (Puede seleccionar más de una respuesta) <input type="checkbox"/> ₁ Caminar <input type="checkbox"/> ₂ Ejercicios aeróbicos <input type="checkbox"/> ₃ Practica deportes <input type="checkbox"/> ₄ Otro: _____
2b. ¿Con qué frecuencia hace la actividad física? <input type="checkbox"/> ₁ Rara vez (1 día por semana) <input type="checkbox"/> ₂ Varias veces a la semana (2 a 6 días a la semana) <input type="checkbox"/> ₃ Diario (todos los días)
2c. ¿Cuántos minutos por día hace la actividad física? <input type="checkbox"/> ₁ Menos de 30 minutos <input type="checkbox"/> ₂ 30-59 minutos <input type="checkbox"/> ₃ 60 minutos o más

El hábito de fumar

Marque con una X su respuesta para cada pregunta.

1. ¿Fuma cigarrillos?	<input type="checkbox"/> ₁ Si	<input type="checkbox"/> ₂ No
2. ¿Fuman otras personas de su familia?	<input type="checkbox"/> ₁ Si	<input type="checkbox"/> ₂ No
3. ¿Permite que las personas fumen en su casa?	<input type="checkbox"/> ₁ Si	<input type="checkbox"/> ₂ No

Mis hábitos de salud

Pre-test y Post-test (continuación)

Alcohol

Marque con una X su respuesta para cada pregunta.

Nota: Una bebida es una cerveza (12 onzas) o una copa de vino (5 onzas) o 1½ onzas de licor (licor o güisqui (*whiskey*), sea puro o mezclado en una bebida). Se puede beber todos los días, algunos días o solamente los fines de semana.

1. ¿Toma usted bebidas alcohólicas?

₁ Sí ₂ No (Siga con la pregunta sobre sus conocimientos)

Al marcar sí, conteste las siguientes preguntas:

1a. ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?

- ₁ Rara vez (en ocasiones especiales)
₂ Ocasionalmente (una vez por mes)
₃ Una vez por semana
₄ Regularmente (varias veces por semana)
₅ Diario

1b. Cuando consume bebidas alcohólicas, ¿cuánto consume en cada ocasión?

- ₁ Una o dos bebidas
₂ Tres a cuatro bebidas
₃ Cinco o más bebidas

1c. ¿Con qué frecuencia consume más de tres bebidas alcohólicas en un día?

- ₁ Nunca
₂ Una o dos veces por semana
₃ Tres a seis veces por semana
₄ Todos los días

Conocimientos

Marque con una X su respuesta para cada pregunta.

1. ¿El tener la medida de la cintura grande puede aumentarle su riesgo de enfermarse del corazón?	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₃ No sé
2. ¿El índice de masa corporal le dice si tiene sobrepeso?	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₃ No sé
3. ¿Produce el hígado todo el colesterol que su cuerpo necesita para mantenerlo sano?	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₃ No sé
4. ¿Comer alimentos con alto contenido de sodio puede aumentar su riesgo de tener presión arterial alta?	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₃ No sé
5. ¿La manteca tiene bajo contenido de grasa saturada?	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₃ No sé

Mis hábitos de salud

Pre-test y Post-test (continuación)

6. ¿Puede aumentar su nivel de colesterol si come muchos alimentos con alto contenido de grasa saturada y grasa <i>trans</i> ?	<input type="checkbox"/> ₁ Si	<input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₃ No sé
7. ¿La presión arterial de 140 sobre 90 (140/90 mm Hg) es considerada presión arterial alta?	<input type="checkbox"/> ₁ Si	<input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₃ No sé
8. ¿El tener sobrepeso o ser obeso le ponen en riesgo de desarrollar colesterol alto en la sangre?	<input type="checkbox"/> ₁ Si	<input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₃ No sé
9. ¿La falta de actividad física puede aumentar su riesgo de enfermarse del corazón?	<input type="checkbox"/> ₁ Si	<input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₃ No sé
10. ¿Solamente las personas con colesterol alto en la sangre deben tener una alimentación saludable?	<input type="checkbox"/> ₁ Si	<input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₃ No sé
11. ¿Pueden morir los no fumadores a causa del humo de segundo mano?	<input type="checkbox"/> ₁ Si	<input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₃ No sé
12. ¿La glucosa en ayunas de 126 mg/dL o más es considerada diabetes?	<input type="checkbox"/> ₁ Si	<input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₃ No sé
13. ¿Tener la medida de la cintura mayor de 35 pulgadas (88.9 centímetros) es saludable para una mujer?	<input type="checkbox"/> ₁ Si	<input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₃ No sé
14. ¿Tiene confianza de poder preparar alimentos saludables para su corazón? <input type="checkbox"/> ₁ No tengo confianza <input type="checkbox"/> ₂ Tengo algo de confianza <input type="checkbox"/> ₃ Tengo confianza <input type="checkbox"/> ₄ Tengo mucha confianza			

Mis hábitos de salud

Pre-test y Post-test (continuación)

Un día con la familia Ramírez

Las personas actúan de diferentes maneras cuando se dan cuenta que tienen que hacer cambios para disminuir su riesgo de desarrollar enfermedades del corazón.

Lean sobre cómo la familia Ramírez actúa cuando se entera de su riesgo de enfermarse del corazón. Pongan una X al lado del miembro de la familia con el que más se identifica.



- Mariano:** “A mí no me importa”.

Mariano se entera que tiene riesgo de desarrollar enfermedades del corazón, pero a él no le preocupa demasiado. Se molesta cuando le recuerdan que debe cambiar sus hábitos dañinos. No tiene ninguna intención de hacer cambios para mejorar su salud. “Lo que será, será”, dice Mariano.



- Carmencita:** “¡No logro dar el primer paso!”

Carmencita está preocupada porque se ha enterado de su riesgo de desarrollar enfermedades del corazón. Ella ha pensado hacer algunos cambios pero no logra comenzar a hacerlos. Se siente indecisa y no está motivada a tomar medidas para mejorar la salud. “El que no oye consejos, no llega a viejo”, teme Carmencita.



- Virginia:** “Estoy haciendo planes”.

Virginia sabe que está en riesgo de desarrollar enfermedades del corazón y cree que debe prepararse para hacer cambios. En vez de solo decir que comenzará a hacer cambios, ella busca recetas para cocinar platillos saludables con menos grasa y se compra un par de zapatos para salir a caminar. “Del dicho al hecho hay mucho trecho”, piensa Virginia.



- Doña Fela:** “Estoy tomando acción”.

Apenas Doña Fela supo que corría riesgo de enfermarse del corazón del corazón, tomó acción. Va a clases para aprender cómo mejorar su salud y pone en práctica lo que aprende. Tiene confianza y está contenta. Doña Fela usa recetas para cocinar saludablemente y sale a caminar todos los días. Ella hace cambios sencillos y ayuda a que otros hagan lo mismo. Ella dice, “Más vale prevenir que lamentar”.



- Néstor:** “Me mantengo en el camino saludable”.

Néstor está muy motivado y hace cambios por el bien de su salud. Él sabe que es fácil regresar a los viejos hábitos. Hace planes para prevenir las recaídas y aprende a comenzar de nuevo cuando es necesario. Tiene una actitud positiva hacia la vida. Él pide ayuda y no se da por vencido. “El tiempo es oro y la salud un tesoro”, dice Néstor.

Mis hábitos de salud

Post-test solamente (continuación)

Por favor conteste estas preguntas SÓLO después de haber completado todas las sesiones del manual *Su corazón, su vida*. Marque con una “X” su respuesta.

1. ¿Está satisfecho con las sesiones de *Su corazón, su vida* presentadas por los promotores?
 - _1 No estoy satisfecho
 - _2 Estoy un poco satisfecho
 - _3 Estoy satisfecho
 - _4 Estoy muy satisfecho

2. ¿Con quién ha compartido la información de las sesiones? Marque con una “X” todas las repuestas que se aplican. Pueden seleccionar más de una repuesta.
 - _1 Con amigos
 - _2 Con familia
 - _3 Con mis compañeros del trabajo
 - _4 Con otros (por favor especifique con quien): _____