

Mis Hábitos de Salud

Prueba Posterior

CHW
COMMUNITY HEALTH WORKER
HEALTH DISPARITIES INITIATIVE

Número de identificación del participante: _____

Número del Proyecto _____

Nombre del Proyecto: _____

Fecha: __/__/__

MIS HÁBITOS DE SALUD (HH)

Las siguientes preguntas son sobre las cosas que usted hace que pueden afectar su salud. Sus respuestas nos ayudan a diseñar programas sobre cómo mantenernos saludables.

1. **¿Con qué frecuencia come tres o más porciones de frutas al día?**
 - 1 Nunca o casi nunca
 - 2 A veces
 - 3 Casi siempre
 - 4 Siempre
2. **¿Con qué frecuencia come tres o más porciones de verduras al día?**
 - 1 Nunca o casi nunca
 - 2 A veces
 - 3 Casi siempre
 - 4 Siempre
3. **¿Con qué frecuencia come más verduras que carne en las comidas?**
 - 1 Nunca o casi nunca
 - 2 A veces
 - 3 Casi siempre
 - 4 Siempre
4. **¿Con qué frecuencia hornea o asa los alimentos en vez de freírlos?**
 - 1 Nunca o casi nunca
 - 2 A veces
 - 3 Casi siempre
 - 4 Siempre
5. **¿Con qué frecuencia lee la etiqueta "Información nutricional" (Nutrition Facts) cuando compra alimentos?**
 - 1 Nunca o casi nunca
 - 2 A veces
 - 3 Casi siempre
 - 4 Siempre
6. **¿Con qué frecuencia escurre la grasa después de cocinar la carne?**
 - 1 Nunca o casi nunca
 - 2 A veces
 - 3 Casi siempre
 - 4 Siempre
7. **¿Con qué frecuencia toma sodas o gaseosas corrientes que contienen azúcar?**
 - 1 Nunca o casi nunca
 - 2 A veces
 - 3 Casi siempre
 - 4 Siempre
8. **¿Con qué frecuencia toma otras bebidas azucaradas, como bebidas en polvo, bebidas con sabor a fruta o bebidas deportivas o energéticas?**
 - 1 Nunca o casi nunca
 - 2 A veces
 - 3 Casi siempre
 - 4 Siempre
9. **¿Con qué frecuencia compra carnes como jamón, mortadela, salchichas o chorizo?**
 - 1 Nunca o casi nunca
 - 2 A veces
 - 3 Casi siempre
 - 4 Siempre
10. **¿Con qué frecuencia le agrega sal a la comida cuando se la come?**
 - 1 Nunca o casi nunca
 - 2 A veces
 - 3 Casi siempre
 - 4 Siempre
11. **¿Con qué frecuencia come queso con bajo contenido de grasa (semidescremado) o sin grasa (descremado) en vez de queso corriente o de leche entera?**
 - 1 Nunca o casi nunca
 - 2 A veces
 - 3 Casi siempre
 - 4 Siempre
 - 8 No como queso

12. **¿Con qué frecuencia usa aderezo para ensalada o mayonesa con poca grasa o sin grasa en vez de aderezo o mayonesa corriente?**
- 1 Nunca o casi nunca
 2 A veces
 3 Casi siempre
 4 Siempre
 8 No uso ninguna de esas cosas
13. **¿Cuántos días a la semana hace ejercicio o realiza algún tipo de actividad física durante 30 minutos o más? (Puede incluir la actividad física que realiza en su trabajo.)**
- 0 Ninguno
 1 1 día
 2 2 días
 3 3 días
 4 4 días
 5 5 días
 6 6 días
 7 7 días
14. **¿Con qué frecuencia les pide a otras personas que NO fumen en la casa de usted?**
- 1 Nunca o casi nunca
 2 A veces
 3 Casi siempre
 4 Siempre
 8 Nadie fuma nunca en mi casa
15. **¿Con qué frecuencia fuma cigarrillos?**
- 1 Nunca
 2 Algunos días
 3 Todos los días
16. **¿Con qué frecuencia toma cerveza, vino, licor u otro tipo de bebidas alcohólicas?**
- 1 Nunca
 2 Sólo en ocasiones especiales
 3 Más o menos una vez al mes
 4 Unas cuantas veces por semana
 5 Casi todos los días o todos los días
17. **Cuando toma bebidas alcohólicas, ¿cuántos tragos toma en cada ocasión?**
- 1 Un trago
 2 Dos tragos
 3 Tres tragos
 4 Cuatro o más tragos
 8 No tomo bebidas alcohólicas
18. **¿Qué tan seguro se siente de su capacidad de cocinar alimentos que sean saludables para el corazón?**
- 1 No me siento seguro
 2 Me siento un poco seguro
 3 Me siento seguro
 4 Me siento muy seguro
19. **¿Qué tan seguro se siente de su capacidad de leer las etiquetas “Información nutricional” (Nutrition Facts) de los alimentos para elegir los más saludables?**
- 1 No me siento seguro
 2 Me siento un poco seguro
 3 Me siento seguro
 4 Me siento muy seguro
20. **¿Qué tan seguro se siente de su capacidad de reconocer los síntomas o signos de un ataque al corazón?**
- 1 No me siento seguro
 2 Me siento un poco seguro
 3 Me siento seguro
 4 Me siento muy seguro
21. **¿Qué tan seguro se siente de su capacidad de ir a que le tomen la presión arterial una vez al año?**
- 1 No me siento seguro
 2 Me siento un poco seguro
 3 Me siento seguro
 4 Me siento muy seguro

MIS CONOCIMIENTOS DE SALUD (HK)

Las siguientes preguntas son sobre lo que usted sabe acerca de las cosas que afectan la salud del corazón. Sus respuestas nos ayudan a diseñar programas sobre cómo mantenernos saludables.

1. Entre las cosas que aumentan el riesgo de tener una enfermedad del corazón están:
[MARQUE "SÍ" O "NO" EN CADA UNA.]

SÍ	NO	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	¹ Tener presión arterial alta
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	² Fumar cigarrillos
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	³ No mantenerse físicamente activo
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	⁴ Tener antecedentes de enfermedades del corazón en la familia
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	⁵ Tener sobrepeso o ser obeso
6 <input type="checkbox"/>		⁶ No sé

2. Entre las cosas que afectan el nivel de colesterol en la sangre están:
[MARQUE "SÍ" O "NO" EN CADA UNA.]

SÍ	NO	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	¹ Tener familiares con alto nivel de colesterol en la sangre
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	² Lo que uno come
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	³ Lo que uno pesa
6 <input type="checkbox"/>		⁴ No sé

3. Entre las cosas que aumentan el riesgo de tener diabetes están:
[MARQUE "SÍ" O "NO" EN CADA UNA.]

SÍ	NO	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	¹ Tener sobrepeso o ser obeso
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	² Tener familiares que tengan diabetes
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	³ Tener presión arterial alta
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	⁴ Ser de un grupo racial o étnico que tenga alta frecuencia de diabetes
6 <input type="checkbox"/>		⁵ No sé

4. ¿Cuáles de los siguientes son síntomas de diabetes?
[MARQUE "SÍ" O "NO" EN CADA UNA.]

SÍ	NO	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	¹ Orinar con frecuencia
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	² Tener llagas que no sanan
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	³ Tener sed con frecuencia
6 <input type="checkbox"/>		⁴ No sé

5. ¿Cuáles de los siguientes son síntomas o signos de un derrame cerebral o ataque al cerebro?
[MARQUE "SÍ" O "NO" EN CADA UNA.]

SÍ	NO	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	¹ Falta de sensación en la cara, el brazo o la pierna, especialmente en un solo lado del cuerpo
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	² Confusión, dificultad para hablar y para entender a los demás
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	³ Dificultad para ver con uno o ambos ojos
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	⁴ Dificultad para caminar, mareo, pérdida del equilibrio o de la coordinación
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	⁵ Dolor de cabeza intenso
6 <input type="checkbox"/>		⁶ No sé

6. ¿Cuáles de los siguientes son síntomas o signos de un ataque al corazón?
[MARQUE "SÍ" O "NO" EN CADA UNA.]

SÍ	NO	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	¹ Sentir que no puede respirar
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	² Sentir dolor en el cuello o la quijada
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	³ Tener dolor en un brazo o los dos, en la espalda o en el estómago
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	⁴ Sentir mareo o sudar frío
6 <input type="checkbox"/>		⁵ No sé

7. ¿Cuál de las siguientes cosas es verdad acerca de los ataques al corazón?
[MARQUE "SÍ" O "NO" EN CADA UNA.]

SÍ	NO	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	¹ A veces las personas confunden los síntomas de un ataque al corazón con los síntomas de gripe o de indigestión.
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	² Si tiene síntomas de un ataque al corazón, usted debe conducir al hospital.
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	³ El daño al corazón disminuye si se recibe tratamiento dentro la primera hora después de que comienzan los síntomas de un ataque al corazón.
6 <input type="checkbox"/>		⁴ No sé

8. Entre las formas de disminuir el riesgo de tener enfermedades del corazón están:

[MARQUE "SÍ" O "NO" EN CADA UNA.]

- | SÍ | NO | |
|----------------------------|----------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | ¹ Reducir el consumo de sal y sodio |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | ² Mantenerse físicamente activo |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | ³ Hacerse tomar la presión arterial |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | ⁴ Hacerse la prueba de nivel de colesterol en la sangre |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | ⁵ Mantenerse en un peso saludable |
| 6 <input type="checkbox"/> | | ⁶ No sé |

9. Fumar cigarrillos puede aumentar su riesgo de:

[MARQUE "SÍ" O "NO" EN CADA UNA.]

- | SÍ | NO | |
|----------------------------|----------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | ¹ Tener un ataque al corazón |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | ² Tener un ataque al cerebro o derrame cerebral |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | ³ Tener un ataque de asma |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | ⁴ Tener cáncer |
| 6 <input type="checkbox"/> | | ⁵ No sé |

10. Para bajar de peso, usted puede:

[MARQUE "SÍ" O "NO" EN CADA UNA.]

- | SÍ | NO | |
|----------------------------|----------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | ¹ Reducir el consumo de calorías |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | ² Comer porciones más pequeñas |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | ³ Leer las etiquetas de los alimentos para elegir los mejores |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | ⁴ Mantenerse físicamente activo |
| 6 <input type="checkbox"/> | | ⁵ No sé |

11. La actividad física puede ayudarle a:

[MARQUE "SÍ" O "NO" EN CADA UNA.]

- | SÍ | NO | |
|----------------------------|----------------------------|---|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | ¹ Controlar el peso |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | ² Bajar la presión arterial |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | ³ Fortalecer el corazón y los pulmones |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | ⁴ Bajar el colesterol |
| 6 <input type="checkbox"/> | | ⁵ No sé |

Las siguientes preguntas tienen solo una respuesta correcta. Solo marque la respuesta que piense que es correcta.

12. ¿De qué tamaño es una porción de verduras cocidas?

- 1 Media taza (½ taza)
- 2 Una taza (1 taza)
- 3 Una taza y media (1 ½ taza)
- 4 Dos tazas (2 tazas)
- 6 No sé

13. En una mujer, una medida de cintura de 38 pulgadas (96 cm) es:

- 1 Saludable
- 2 Grande
- 6 No sé

14. En un hombre, una medida de cintura de 38 pulgadas (96 cm) es:

- 1 Saludable
- 2 Grande
- 6 No sé

15. ¿Cuál es la menor cantidad de tiempo que los adultos deben dedicar a la actividad física casi todos los días de la semana para disminuir el riesgo de tener enfermedades del corazón?

- 1 20 minutos
- 2 30 minutos
- 3 40 minutos
- 4 60 minutos
- 6 No sé

16. Una presión arterial de 140 sobre 90 (140/90 mmHg) significa que:

- 1 Su presión arterial es **normal**
- 2 Usted tiene **prehipertensión**
- 3 Usted tiene presión arterial alta o **hipertensión**
- 6 No sé

17. Un nivel total de colesterol en la sangre de 240 mg/dL significa que:

- 1 Su nivel de colesterol es **normal**
- 2 Su nivel de colesterol **está en el límite superior del valor normal**
- 3 Su nivel de colesterol es **alto**
- 6 No sé

18. Un nivel de 126 mg/dL de glucosa o azúcar en la sangre en ayunas significa que:

- 1 Su nivel es **normal**
- 2 Usted tiene **prediabetes**
- 3 Usted tiene **diabetes**
- 6 No sé

19. ¿Tomar demasiado alcohol (más de un trago al día si es mujer o más de dos tragos al día si es hombre) puede elevar la presión arterial?

- 1 Sí
- 2 No
- 6 No sé

20. ¿Es posible que las personas que **NO** fuman estén en peligro de sufrir enfermedades del corazón o de los pulmones por estar cerca de personas que sí fuman?

- 1 Sí
2 No
6 No sé

22. A la presión arterial alta se le conoce como el “asesino silencioso” porque, por lo general, la mayoría de las personas no reconocen los síntomas.

- 1 Sí, es verdad
2 No, no es verdad
6 No sé

Un Día Con la Familia Ramírez (SC 1)

Las personas se comportan de diferentes maneras cuando se enteran de que tienen que hacer cambios en su estilo de vida para disminuir su riesgo de padecer enfermedades del corazón. Lea cómo reaccionan los miembros de la familia Ramírez ante la noticia de estar en riesgo de padecer enfermedades del corazón. Luego ponga una equis (X) al lado del nombre de la persona de la familia con quien usted se identifica más.

1 **Mariano: “A mí no me importa.” [El incrédulo]**

Mariano se entera de que está en riesgo de tener enfermedades del corazón, pero eso no le preocupa. Se molesta cuando le recuerdan que cambie sus hábitos poco saludables. No tiene la intención de hacer cambios en su estilo de vida para mejorar su salud. “No me va a pasar nada”, dice Mariano.

2 **Carmencita: “Necesito hacer cambios, pero no logro dar el primer paso.” [La frustrada]**

Carmencita está frustrada porque está consciente de sus factores de riesgo de las enfermedades del corazón pero no ha podido controlarlos. Se siente atrapada por situaciones de su vida y se pregunta si podrá superar los obstáculos que le impiden mantener un estilo de vida saludable para el corazón. “A veces puedes intentarlo con todas tus fuerzas, pero ¿qué haces si te topas con una pared?” dice Carmencita.

3 **Virginia: “Estoy haciendo planes.” [La que tiene buenas intenciones]**

Virginia se entera de que está en riesgo de tener enfermedades del corazón y se propone hacer algo. Ya comenzó a hacer planes para mejorar su salud después de haber aplazado los cambios. Se siente culpable porque sabe que debe tomar decisiones para mejorar su salud. “Del dicho al hecho hay mucho trecho”, dice Virginia, pero está haciendo planes para ser más saludable.

4 **Doña Fela: “Estoy haciendo algo.” [La activa]**

Doña Fela se entera de que está en riesgo de tener enfermedades del corazón y rápidamente traza un plan de acción. Consigue información y toma clases para saber cómo mejorar su salud. Practica lo que aprende y se siente optimista y llena de entusiasmo. Hace cambios saludables en su estilo de vida, se pone metas razonables y ayuda a los demás a hacer lo mismo. “Cuando estás más informado, tienes la obligación de mejorar”, dice doña Fela.

5 **Néstor: “Yo voy por el camino de la salud.” [El convencido]**

Néstor está muy motivado para hacer cambios que mejoren su salud. Sabe que es fácil volver a los viejos hábitos. Hace planes para evitar contratiempos y vuelve a empezar cuando es necesario. Néstor cree que él y su familia pueden practicar un estilo de vida saludable para el corazón. Tiene una actitud positiva frente a la vida, pide ayuda cuando la necesita y no se da por vencido. “Si estoy convencido, ¡puedo lograrlo!”, dice Néstor.

SOBRE USTED (Y)

1. ¿Le ha dicho algún doctor o profesional de salud que usted tiene diabetes?

- 1 No
- 2 Sí, estoy en el límite o soy prediabético
- 3 Sí, tengo diabetes
- 4 Sí, pero sólo cuando estaba embarazada
- 6 No sé

2. ¿Le ha dicho algún doctor o profesional de salud que usted tiene una enfermedad del corazón?

- 1 Sí
- 2 No
- 6 No sé

3. ¿En su familia hay personas con enfermedades del corazón?

- 1 Sí
- 2 No
- 6 No sé

4. ¿Cuántos años tiene?

Tengo |__|__| años

5. ¿Cuál es su sexo?

- 1 Masculino
- 2 Femenino

6. ¿Hasta qué punto llegó en sus estudios?

[MARQUE SOLAMENTE UNA RESPUESTA]

- 1 No terminé la preparatoria (bachillerato)
- 2 Me gradué de la preparatoria (bachillerato) o tengo un GED
- 3 Tomé cursos universitarios
- 4 Me gradué de la universidad
- 5 Tengo un posgrado (maestría o doctorado) u otro grado superior

7. Contándose usted, ¿cuántas personas viven en su casa?

|__|__|

8. ¿Viven en su casa niños o personas menores de 18 años?

- 1 Sí
- 2 No

9. ¿Cuál es su situación laboral?

[MARQUE SOLAMENTE UNA RESPUESTA]

- 1 Trabajo de tiempo completo
- 2 Trabajo de tiempo parcial
- 3 No estoy empleado (estoy jubilado)
- 4 No estoy empleado
- 5 No estoy empleado (me dedico de tiempo completo al hogar)

10. ¿A qué raza pertenece?

[MARQUE UNA O MÁS RESPUESTAS]

- 1 ¹ Asiática
- 1 ² Negra o afroamericana
- 1 ³ Nativa de Hawái u otra de las islas del Pacífico
- 1 ⁴ Blanca
- 1 ⁵ Indígena americana o nativa de Alaska

^{5a} ¿Con qué tribu(s) se identifica más?

- 1 ⁶ Otra raza

^{6a} (especifique):

11. ¿Se considera latino o hispano?

- 1 Sí
- 2 No

12. Además del español, ¿habla algún otro idioma en su casa?

- 1 Sí

^a ¿Qué idioma?

- 2 No

El Programa de Promotores de Salud en la Comunidad (CP)

1. **¿Qué tan satisfecho está con las sesiones presentadas por los promotores?**
 - 1 No estoy satisfecho
 - 2 Algo satisfecho
 - 3 Satisfecho
 - 4 Muy satisfecho

2. **¿Ha compartido la información que le dieron con su familia o sus amigos?**
 - 1 Sí
 - 2 No

Muchas gracias por responder a la encuesta "Mis hábitos de salud". Las respuestas que recibamos de usted y de otras personas nos sirven para crear programas más adecuados para comunidades como la suya.