



62342

Su salud y opciones acerca de la salud

COMIENCE AQUÍ:

1. ¿Es usted hombre o mujer?

- Hombre → Llame a Alex Scott, a la línea directa y gratuita 1-800-945-6377 antes de contestar.
 Mujer

2. Cuántos años tiene usted?

- Menos de 18 años
 Entre 18 y 34 años
 Entre 35 y 49 años
 50 años o más

3. En general, ¿diría que su salud es...?

- Excelente
 Muy buena
 Buena
 Regular
 Mala

4. Las siguientes preguntas son acerca de las actividades que podría hacer durante un día típico. ¿La limita su salud en este momento para hacer estas actividades? De ser así, ¿cuánto la limita?

a. **Actividades moderadas**, tales como mover una mesa, aspirar, jugar bolos o jugar golf

- Sí, me limita mucho
 Sí, me limita un poco
 No, no me limita en absoluto

b. Subir **varios** pisos por escalera

- Sí, me limita mucho
 Sí, me limita un poco
 No, no me limita en absoluto

"VR-12: "Cómo crear escalas VR-12 y resúmenes PCS/MCS © 2014 por Administradores de la Universidad de Boston. Se reservan todos los derechos.

(Las preguntas con respecto a VR-12 pueden dirigirse al Profesor Lewis E. Kazis, en su dirección de correo electrónico de la Universidad de Boston: lek@bu.edu)



5. En las **últimas 4 semanas**, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo o con otras actividades habituales diarias **como resultado de su salud física**?
- a. **Hizo menos** de lo que le gustaría hacer **como resultado de su salud física**
- No, nunca
 - Sí, un poco del tiempo
 - Sí, parte del tiempo
 - Sí, la mayoría del tiempo
 - Sí, todo el tiempo
- b. Estuvo limitada en el **tipo** de trabajo o en otras actividades **como resultado de su salud física**
- No, nunca
 - Sí, un poco del tiempo
 - Sí, parte del tiempo
 - Sí, la mayoría del tiempo
 - Sí, todo el tiempo
6. En las **últimas 4 semanas**, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo o con otras actividades habituales diarias **como resultado de algún problema emocional** (como sentirse deprimida o ansiosa)?
- a. **Hizo menos** de lo que le gustaría hacer **como resultado de algún problema emocional**
- No, nunca
 - Sí, un poco del tiempo
 - Sí, parte del tiempo
 - Sí, la mayoría del tiempo
 - Sí, todo el tiempo
- b. No trabajó ni hizo otras actividades **con tanto cuidado** como normalmente lo haría **como resultado de algún problema emocional**
- No, nunca
 - Sí, un poco del tiempo
 - Sí, parte del tiempo
 - Sí, la mayoría del tiempo
 - Sí, todo el tiempo
7. En las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto interfirió **el dolor** con su trabajo habitual (incluyendo el trabajo fuera de casa y la tareas del hogar)?
- Nada
 - Un poco
 - Moderadamente
 - Mucho
 - Demasiado



62342

Estas preguntas son acerca de cómo se siente y cómo le ha ido **en las últimas 4 semanas**. Dé una respuesta para cada pregunta que se asemeje más a como se ha estado sintiendo.

8. En las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto tiempo:

a. se ha sentido calmada y tranquila?

- Todo el tiempo
- La mayoría del tiempo
- Una buena parte del tiempo
- Parte del tiempo
- Un poco del tiempo
- Nunca

b. tuvo mucha energía?

- Todo el tiempo
- La mayoría del tiempo
- Una buena parte del tiempo
- Parte del tiempo
- Un poco del tiempo
- Nunca

c. se ha sentido desanimada y triste?

- Todo el tiempo
- La mayoría del tiempo
- Una buena parte del tiempo
- Parte del tiempo
- Un poco del tiempo
- Nunca

9. En las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto tiempo han interferido sus **problemas de salud o emocionales** con sus actividades sociales (como visitar a amigos, familiares, etc.)?

- Todo el tiempo
- La mayoría del tiempo
- Parte del tiempo
- Un poco del tiempo
- Nunca



10. Las siguientes preguntas son acerca de cómo se siente en los diferentes aspectos de su vida. Para cada una, marque con qué frecuencia se siente de esa manera.

a. Primero, ¿con qué frecuencia siente que le falta compañía?

- Nunca
 Casi nunca
 Algunas veces
 Frecuentemente

b. ¿Con qué frecuencia se siente excluida?

- Nunca
 Casi nunca
 Algunas veces
 Frecuentemente

c. ¿Con qué frecuencia se siente aislada de los demás?

- Nunca
 Casi nunca
 Algunas veces
 Frecuentemente

11. Las siguientes preguntas son acerca de cómo se ha estado sintiendo en **los últimos 30 días**. Para cada pregunta, marque el recuadro que describa mejor la frecuencia con la que ha sentido esto.

En los últimos 30 días, aproximadamente, ¿con qué frecuencia se sintió...

	Todo el tiempo	La mayoría del tiempo	Parte del tiempo	Un poco del tiempo	Nunca
a. nerviosa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. sin esperanzas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. preocupada o inquieta?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. tan triste que nada la podía animar?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. que todo le costó bastante esfuerzo?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. que usted no valía nada?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



12. Las siguientes dos preguntas son acerca de cómo se ha estado sintiendo en **las últimas 2 semanas**.

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha preocupado alguno de los siguientes problemas?

	Casi todos los días	Más de la mitad de días	Varios días	Nunca
a. Tener poco interés o placer al hacer las cosas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sentirse triste, deprimida o sin esperanzas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. En los **últimos 30 días**, ¿con qué frecuencia experimentó dificultad para dormirse o quedarse dormida?

- Nunca
- Una vez al mes
- Varias veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Casi todos los días

14. En los **últimos 30 días**, además de las actividades que realizó para el trabajo, en promedio, ¿cuántos días a la semana hizo ejercicio moderado (como caminar rápido, correr, trotar, bailar, nadar, andar en bicicleta u otras actividades similares)?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

15. En promedio, ¿cuántos minutos se ejercitó a este nivel en uno de esos días?

- 0
- 10
- 20
- 30
- 40
- 50
- 60



62342

Consumo de alcohol

16. Piense en su consumo de alcohol en los últimos 12 meses. Una bebida significa una cerveza, una copa pequeña de vino (5 onzas), o una bebida combinada que contiene 1.5 onzas de licor.

¿Con qué frecuencia consume alguna bebida que contiene alcohol?

- Nunca → **Si contestó nunca, pase a la pregunta 19**
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- De 2 a 3 veces a la semana
- De 4 a 6 veces a la semana
- Diariamente

17. ¿Cuántas bebidas que contienen alcohol consume usted en un día normal cuando toma? Una bebida significa una cerveza, una copa pequeña de vino (5 onzas), o una bebida combinada que contiene 1.5 onzas de licor.

- 1 bebida
- 2 bebidas
- 3 bebidas
- 4 bebidas
- 5 a 6 bebidas
- 7 a 9 bebidas
- 10 o más bebidas

18. ¿Con qué frecuencia toma usted 4 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión? Una bebida significa una cerveza, una copa pequeña de vino (5 onzas), o una bebida combinada que contiene 1.5 onzas de licor.

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- De 2 a 3 veces a la semana
- De 4 a 6 veces a la semana
- Diariamente



62342

19. En los últimos 12 meses, ¿le ha preguntado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud cuánto alcohol toma y con qué frecuencia lo hace? Es posible que haya contestado en persona, por escrito o por computadora.

Sí

No

20. En los últimos 12 meses, ¿le ha aconsejado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud que tome menos alcohol o que lo deje de tomar?

Sí

No



62342

Consejería y tratamiento

21. Las personas pueden ir a consejería, seguir un tratamiento o recibir medicamentos por muchas razones diferentes, como por ejemplo:

- Por sentirse deprimida, ansiosa o “estresada”
- Por problemas personales (como cuando un ser querido muere o cuando hay problemas en el trabajo)
- Por problemas familiares (como problemas en el matrimonio o cuando padres e hijos tienen problemas para llevarse bien)
- Por necesitar ayuda por un problema con el consumo de drogas o de alcohol
- Por una enfermedad mental o emocional

En los últimos 12 meses, ¿fue a consejería, siguió un tratamiento o recibió medicamentos por alguna de estas razones?

- Sí
 No

22. En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en que sintió que **necesitaba** consejería o tratamiento para usted **pero no lo recibió**?

- Sí
 No

23. En los últimos 12 meses, ¿qué tan problemático fue (si es que lo fue), obtener la consejería o tratamiento que usted pensaba que necesitaba?

- Un gran problema
 Un problema menor
 Ningún problema
 No buscó consejería en los últimos 12 meses

24. ¿Le ha preocupado alguna vez la estabilidad financiera de su familia debido a su salud mental, el tratamiento o las secuelas o efectos duraderos de ese tratamiento?

- Sí
 No



62342

Bienestar económico

25. ¿Hubo algún momento en los **últimos 12 meses**, en que en su hogar no pudieron pagar el importe completo de alquiler o hipoteca, o lo pagaron tarde porque no podían afrontar el gasto?
- Sí
 No
 No Sabe
26. ¿Hubo algún momento en los **últimos 12 meses**, en que en su hogar no pudieron pagar a tiempo el importe completo de las facturas del gas, combustible para calefacción, agua o electricidad?
- Sí
 No
 No Sabe
27. En los **últimos 12 meses**, ¿no pudo hacer un pago de la tarjeta de crédito o no pudo pagar una cuota de un préstamo (no incluya cuotas no pagadas de una hipoteca)?
- Sí
 No
28. En los **últimos 12 meses**, ¿se puso en contacto con usted una agencia de cobro de deudas?
- Sí
 No
29. ¿Qué tanto confía en que podría reunir \$400 si se le presentara un gasto imprevisto el mes que viene?
- Nada
 No mucho
 Algo
 Mucho



62342

Sus opciones acerca de su salud

30. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido consejos o información acerca de los métodos anticonceptivos por parte de un médico u otro profesional de cuidados de salud?
- Sí
 No
31. ¿Cuándo fue la última vez que fue al consultorio médico para un chequeo, visita de seguimiento por una enfermedad o por una preocupación de salud que tenía? No incluya las veces que estuvo hospitalizada ni las veces que fue a la sala de emergencias del hospital.
- En los últimos 12 meses
 En el último año o en los últimos dos años
 En los últimos dos a cinco años
 Hace más de cinco años
 Nunca
32. En los últimos 12 meses, ¿le aplicaron la vacuna contra la gripe (directamente en el brazo o en la piel) o se la aplicaron en forma de espray nasal?
- Sí
 No
33. En los últimos 12 meses, ¿la ha pesado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud?
- Sí
 No
34. Aproximadamente, ¿cuánto pesa usted sin zapatos?
- Peso (libras)**
35. Aproximadamente, ¿cuánto mide usted sin zapatos?
- Pies** **Pulgadas**

36. En los últimos 12 meses, ¿le ha aconsejado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud acerca de cómo controlar su peso, le ha hablado sobre cuánto peso quiere perder o la ha enviado a un programa para bajar de peso para ayudarle con su alimentación y ejercicio?
- Sí
 No
37. Alguna vez, ¿le ha preguntado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud si usted fuma o consume tabaco? Es posible que haya contestado en persona, por escrito o por computadora.
- Sí
 No
38. En los últimos 12 meses, aproximadamente, ¿diría que usted ha fumado o consumido tabaco todos los días, algunos días o nunca?
- Todos los días
 Algunos días
 Nunca → **Si contestó nunca, pase a la pregunta 42**
39. En los últimos 12 meses, ¿le ha aconsejado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud que deje de fumar o consumir tabaco?
- Sí
 No
40. En los últimos 12 meses, ¿le ha aconsejado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud que tome medicamentos para ayudarle a dejar de fumar o consumir tabaco? Algunos de los medicamentos que se pueden usar son: chicles de nicotina, parches, espráis nasales, inhaladores o medicamentos recetados.
- Sí
 No
41. En los últimos 12 meses, ¿le ha dicho o dado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud métodos o estrategias, aparte de medicamentos, para ayudarle a dejar de fumar o consumir tabaco? Ejemplo de métodos o estrategias son: línea directa de ayuda, consejería individual o grupal, o programas para ayudarle a dejar de fumar.
- Sí
 No



62342

42. En los últimos 12 meses, ¿le ha preguntado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud acerca de su estado de ánimo, por ejemplo, si ha sentido ansiedad o depresión? Es posible que haya contestado en persona, por escrito o por computadora.

Sí

No

43. ¿Le ha chequeado su presión arterial un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud **en los últimos 24 meses?**

Sí

No

44. ¿Le ha chequeado su colesterol un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud **en los últimos 5 años?**

Sí

No

45. ¿Le han hecho una histerectomía o alguna vez ha tenido cáncer cervical?

Sí → **Si contestó sí, pase a la página siguiente**

No



46. ¿Le han hecho una citología o prueba de Papanicolaou o una prueba del virus del papiloma humano (HPV) **en los últimos 5 años?** La citología o prueba de Papanicolaou o “Pap” es una prueba de rutina en la que el médico toma una muestra de células con un pequeño cepillo o hisopo, y la envía al laboratorio.

Sí

No

47. ¿Cuántos años tenía la última vez que le hicieron una citología o prueba de Papanicolaou o la prueba de HPV?

Menos de 35 años

Entre 35 y 44 años

Entre 45 y 54 años

Entre 55 y 64 años

Entre 65 y 74 años

75 años o más

Nunca me han hecho una prueba de Papanicolaou o de HPV



62342



**Si tiene 50 años o más, continúe con las preguntas.
Si tiene menos de 50 años, vaya al recuadro “Fecha en que contestó” en la última página.**

48. Alguna vez, ¿la han vacunado contra la neumonía? Normalmente la vacuna contra el neumococo o la neumonía se aplica solamente una o dos veces en la vida.

- Sí
- No. Me la ofreció un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud, pero preferí no recibirla
- No. Por otra razón

49. Alguna vez, ¿la han vacunado contra la culebrilla (herpes zóster)? Hay dos vacunas disponibles contra la culebrilla: Zostavax® y Shingrix®. El virus de la varicela ocasiona la culebrilla. Zostavax® ha estado disponible desde el 2006 y Shingrix® desde el 2017.

- Sí
- No. Me la ofreció un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud, pero preferí no recibirla
- No. Por otra razón

50. ¿Hay alguna razón médica que le impide tomar aspirina, tal como una alergia, otro medicamento o efecto secundario?

- Sí → **Si contestó sí, pase a la pregunta 52**
- No



51. Alguna vez, ¿le ha hablado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud acerca del uso de la aspirina para prevenir un ataque cardíaco o derrame cerebral?

- Sí
- No



62342

52. Alguna vez, ¿le ha dicho un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud que usted tiene osteoporosis? La osteoporosis es una enfermedad en la que los huesos se vuelven frágiles y se rompen con facilidad.

Sí → Si contestó sí, pase a la pregunta 54

No

53. Hay muchas pruebas que se hacen para determinar la densidad del hueso y detectar la osteoporosis en fase inicial, incluyendo la densitometría. ¿Alguna vez se ha hecho una densitometría?

Sí

No

54. ¿Le han extirpado ambos senos o alguna vez ha tenido cáncer de mama?

Sí → Si contestó sí, pase a la pregunta 56

No

55. ¿Le han hecho una mamografía **en los últimos 2 años**? Una mamografía es una radiografía que se toma solamente del seno con una máquina que se oprime contra el seno.

Sí

No

56. ¿Ha tenido cáncer de colon o le han extirpado todo el colon?

Sí → Si contestó sí, vaya al recuadro “Fecha en que contestó” en la siguiente página

No

57. ¿Le han hecho una colonoscopia **en los últimos 10 años**? Una colonoscopia examina el intestino al introducir un tubo en el recto. Después de una colonoscopia, se siente cansancio y normalmente uno necesita que una persona la lleve a su casa.

Sí

No. Me la ofreció un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud, pero preferí no recibirla

No. Por otra razón

58. ¿Le han hecho una sigmoidoscopia **en los últimos 5 años**? Una sigmoidoscopia también examina el intestino al introducir un tubo en el recto. Uno está despierto durante este examen y puede manejar a casa.

Sí

No. Me la ofreció un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud, pero preferí no recibirla

No. Por otra razón



62342

59. ¿Ha hecho una prueba de sangre en las heces en casa, **en los últimos 12 meses**? Un médico, enfermera u otro profesional de la salud le da un paquete especial o una tarjeta para usar en casa y determinar si las heces contienen o no sangre.

- Sí
- No. Me la ofreció un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud, pero preferí no recibirla
- No. Por otra razón

► Fecha en que contestó:

		/			/				
MES			DÍA			AÑO			

► ¿Quién completó este formulario?

- La persona que aparece en la portada de este formulario
- Otra persona



En caso de ser otra persona, ¿cuál es el parentesco o la relación de esa otra persona con la persona que aparece en la portada de este formulario?

- Esposo o esposa
- Pareja sin casarse
- Madre, padre o tutor
- Hijo o hija
- Otro familiar
- Persona que no es un familiar

¡GRACIAS POR CONTESTAR EL CUESTIONARIO!

- Por favor, ponga este encuesta en el sobre que le entregaron y dáselo al entrevistador de MEPS.
- Si el entrevistador ya no está disponible, ponga la encuesta en el sobre de envío que le entregó el entrevistador. Si no tiene el sobre, por favor, envíe la encuesta por correo a:

MEPS
c/o Westat
1600 Research Blvd, Room GA51
Rockville, MD 20850

22-233S.F