



18433

Formulario aprobado  
OMB# 0935-0118  
Fecha de vencimiento: 11/30/2022

2021

## Experiencias sociales y de salud

### ¡Sus comentarios importan!



Muchas influencias sociales, ambientales y de comportamiento afectan su salud. Esta encuesta se centra en su bienestar, capacidad para satisfacer las necesidades básicas y sus experiencias sociales y familiares. Esta información ayudará a comprender mejor cómo estas influencias externas afectan la salud. Su participación es importante para aumentar esta comprensión.

### Instrucciones de la encuesta

- ◆ Por favor, conteste cada pregunta marcando un recuadro "☒." Si no está seguro(a) de cómo responder a una pregunta, por favor, denos la mejor respuesta que pueda.
- ◆ Su participación es voluntaria y todas sus respuestas se mantendrán de manera confidencial hasta donde lo permita la ley. Dado que algunas de las preguntas son de naturaleza personal, sugerimos que conteste la encuesta en un lugar privado. Algunas de las preguntas son acerca de temas sensibles y a algunas personas podrían resultarle incómodas. Hay una lista de recursos al final del cuestionario en caso de que desee hablar con alguien. Si tiene preguntas acerca de cómo completar este folleto, comuníquese con Alex Scott en el 1-800-945-MEPS (6377).

**Este Folleto  
Debe Ser  
Completado  
Por**

REGION:

RUID:

PID:

NOMBRE: \_\_\_\_\_

---

DOB:  /  /

Mes

día

año

Esta encuesta está autorizada por el Título 42, artículo 299a del Código de Estados Unidos [42 U.S.C. 299a]. Protegen la privacidad la Ley de Privacidad y el artículo 308(d) de la Ley de Servicio de Salud Pública [42 U.S.C. 299c-3(c) y 42 U.S.C. 242m(d)]. Protege la confidencialidad de sus respuestas el Artículo 944(c) de la Ley de Servicio de Salud Pública. No se divulgará información que le pudiera identificar a usted salvo que usted haya dado su consentimiento a tal divulgación. Se calcula que el promedio de tiempo necesario para esta recolección de información es de 7 minutos por entrevista, el tiempo necesario para responder esta entrevista. Una agencia no puede realizar ni auspiciar una recolección de información y una persona no está obligada a responder a dicha recolección a menos que esta tenga un número OMB vigente. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo necesario o cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluyendo sugerencias sobre cómo reducirlo a: AHRQ Reports Clearance Officer Attention: PRA, Paperwork Reduction Project (0935-0118) AHRQ, 5600 Fishers Lane, Room #07W42, Rockville, MD 20857.



La Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud del Departamento de Salud y Servicios Humanos



18433

COMIENCE AQUÍ

**1. En general, ¿qué tan satisfecho(a) está usted con su vida estos días?**

- Completamente satisfecho(a)  
 Muy satisfecho(a)  
 Algo satisfecho(a)  
 Un poco satisfecho(a)  
 Nada satisfecho(a)

**2. ¿Qué tan satisfecho(a) está con la casa o apartamento donde usted vive?**

- Completamente satisfecho(a)  
 Muy satisfecho(a)  
 Algo satisfecho(a)  
 Un poco satisfecho(a)  
 Nada satisfecho(a)

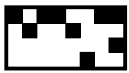
**3. ¿Cómo calificaría a su vecindario respecto a las siguientes características?**

	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo
a. Disponibilidad de lugares para recibir atención médica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Disponibilidad de parques y juegos infantiles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Disponibilidad de lugares para comprar alimentos saludables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Seguridad contra el delito y la violencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Acceso al transporte público.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Disponibilidad de viviendas a precios económicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



18433

4. ¿En los últimos 12 meses, la falta de un medio de transporte confiable le ha impedido acudir a citas médicas, reuniones, trabajo u obtener cosas necesarias para la vida diaria?
- Sí  
 No
5. ¿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
6. ¿Hubo algún momento en los últimos 12 meses, en que en su hogar no pudieron pagar el importe completo a tiempo de las facturas del gas, combustible para calefacción o electricidad?
- Sí  
 No  
 No Sabe
7. ¿En los últimos 12 meses la compañía de electricidad, gas, combustible o agua amenazó con cancelar los servicios en su hogar?
- Sí  
 No  
 Están cancelados  
 No Sabe
8. Piense en el lugar donde vive. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas?
- MARQUE  TODAS LAS RESPUESTAS QUE CORRESPONDAN
- Pestes como insectos, hormigas o ratas  
 Moho  
 Pintura o tuberías con plomo  
 Falta de calefacción  
 Horno o cocina que no funciona  
 Falta de detectores de humo o no funcionan  
 Filtración de agua o gotera  
 Ninguna de las anteriores



18433

9. Algunas personas han declarado lo siguiente con respecto a su situación alimentaria. Responda si las declaraciones fueron verdaderas frecuentemente, a veces o nunca para usted en los últimos 12 meses.

	Frecuente- mente	A veces	Nunca
a. En los últimos 12 meses, se preocupó porque su alimentación se acabaría antes de que tuviera dinero para comprar más.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. En los últimos 12 meses, los alimentos que compró simplemente no alcanzaron y no tenía dinero para comprar más.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. ¿Cuán difícil es para usted pagar las necesidades básicas como alimentos, vivienda, atención médica o calefacción? Usted diría que es...

- Muy difícil
- Un poco difícil
- Para nada difícil

11. ¿Qué tanto confía en que podría reunir \$400 si se le presentara un gasto imprevisto el mes que viene?

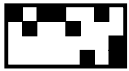
- Nada
- No mucho
- Algo
- Mucho

12. 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

13. En los últimos 12 meses, ¿se puso en contacto con usted una agencia de cobro de deudas?

- Sí
- No



18433

## Comportamiento y comunidad

14. En los últimos 30 días, además de las actividades que realizó para el trabajo, en promedio, ¿cuántos días a la semana realizó 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

16. El estrés es una situación en que la persona se siente tensa, inquieta, nerviosa o ansiosa, o no puede dormir en la noche debido a que está preocupada todo el tiempo. ¿Siente este tipo de estrés actualmente?

- Para nada
- Un poco
- Algo
- Bastante
- Mucho



18433

17. Si tuviera un problema para el que necesitara ayuda (por ejemplo, una enfermedad o una mudanza), ¿cuánta ayuda esperaría recibir...?

	Toda la ayuda necesaria	Mucha de la ayuda necesaria	Muy poca de la ayuda necesaria	Ninguna ayuda
a. De la familia (incluyendo a parientes suyos o de su cónyuge/pareja, si corresponde, independientemente de que vivan con usted o no)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. De sus amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. De otras personas de su comunidad que no sean familiares ni amigos, como un organismo de asistencia social o una iglesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. En una semana normal, ¿cuántas veces habla por teléfono (o video llamada) con familiares, amigos o vecinos?

- Nunca
- 1 vez
- 2 veces
- 3 veces
- 4 veces
- 5 veces
- 6 veces o más

19. En una semana normal, ¿con qué frecuencia se reúne con amigos o familiares (por ejemplo, salir juntos o ir a la casa de uno de ellos)?

- Nunca
- 1 vez
- 2 veces
- 3 veces
- 4 veces
- 5 veces
- 6 veces o más

**20. ¿Con qué frecuencia asiste a una iglesia o a servicios religiosos (en persona o en Internet)?**

- Nunca
- De 1 a 3 veces en el año
- De 4 a 6 veces en el año
- De 7 a 9 veces en el año
- De 10 a 12 veces en el año
- De 13 a 15 veces en el año
- 16 veces o más por año

**21. ¿Con qué frecuencia asiste a las reuniones de los clubes u organizaciones a las que pertenece (en persona o en Internet)?**

- Nunca
- De 1 a 3 veces en el año
- De 4 a 6 veces en el año
- De 7 a 9 veces en el año
- De 10 a 12 veces en el año
- De 13 a 15 veces en el año
- 16 veces o más por año

**22. 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 excluido(a)?**

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente

**c. ¿Con qué frecuencia se siente aislado(a) de los demás?**

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente



18433

**23. ¿Alguna vez ha consumido un producto electrónico con nicotina, incluso una o dos veces? (Los productos electrónicos con nicotina incluyen cigarrillos electrónicos, cigarros electrónicos, vaporizadores personales, vapeadores y mods, puros electrónicos, pipas electrónicas, hookahs electrónicas y plumas hookah.)**

Sí

No

**24. ¿Alguna vez sufrió personalmente discriminación en alguna de las siguientes situaciones?**

**a. ¿En un consultorio médico, una clínica o un hospital?**

Sí

No

**b. ¿En el trabajo?**

Sí

No

**c. ¿Cuando se postulaba para un empleo?**

Sí

No

**d. ¿Cuando intentaba alquilar una habitación o un apartamento, o comprar una casa?**

Sí

No

**e. ¿Al interactuar con la policía o algún agente del orden público?**

Sí

No

**f. ¿Al solicitar servicios sociales o asistencia pública?**

Sí

No

**g. ¿En un restaurante o una tienda?**

Sí

No





18433

## Circunstancias adversas

**25. Muchas personas sufren la violencia y el abuso y es posible que le afecten la salud. Las siguientes preguntas son acerca de sus experiencias con la violencia física y el abuso para ayudarnos a comprender mejor cómo esto afecta la salud.**

**a. ¿Con qué frecuencia alguien, incluyendo su familia y amigos, lo/la lastiman físicamente?**

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Bastante a menudo
- Frecuentemente

**b. ¿Con qué frecuencia alguien, incluyendo su familia y amigos, lo/la insulta o le habla con menosprecio?**

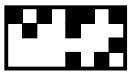
- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Bastante a menudo
- Frecuentemente

**c. ¿Con qué frecuencia alguien, incluyendo su familia y amigos, lo/la amenaza con lastimarla/o?**

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Bastante a menudo
- Frecuentemente

**d. ¿Con qué frecuencia alguien, incluyendo su familia y amigos, le grita o le dice palabrotas?**

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Bastante a menudo
- Frecuentemente



18433

## Experiencias durante la infancia

Las siguientes preguntas son acerca de acontecimientos que ocurrieron durante su infancia. Esta información nos permitirá comprender mejor los problemas que pueden ocurrir temprano en la vida y puede ayudar a otros en el futuro. Este es un tema delicado y es posible que a algunas personas les incomoden estas preguntas. La página 11 incluye números de teléfono de organizaciones que pueden proporcionar información y remisiones para estos problemas. Recuerde que puede dejar de contestar cualquier pregunta que no desee contestar. Todas las preguntas son acerca del período antes de tener 18 años.

26. Ahora, recuerde la época anterior a que cumpliera los 18 años: ¿Vivió con alguien que tenía depresión, una enfermedad mental o tendencias suicidas?

Sí

No

27. ¿Vivió con alguien que tenía problemas con la bebida o que era alcohólico?

Sí

No

28. ¿Vivió con alguien que consumía drogas ilícitas o que abusara de medicamentos recetados?

Sí

No

29. ¿Vivió con alguien que estuvo preso o que fue sentenciado a pasar tiempo en la cárcel, prisión o algún otro centro correccional?

Sí

No

30. ¿Sus padres estaban separados o divorciados?

Sí

No

Los padres no estaban casados

31. ¿Con qué frecuencia sus padres o adultos en la casa se pegaban, cacheteaban, golpeaban, pateaban o azotaban entre ellos? ¿Fue...?

Nunca

Una vez

Más de una vez



18433

32. Sin incluir palmadas, antes de que usted cumpliera los 18 años, ¿con qué frecuencia sus padres o un adulto en la casa le pegaron, golpearon, patearon o lastimaron físicamente de alguna forma? ¿Fue...?
- Nunca  
 Una vez  
 Más de una vez
33. ¿Con qué frecuencia uno de sus padres o un adulto en su casa lo/la maldecía, insultaba o humillaba? ¿Fue...?
- Nunca  
 Una vez  
 Más de una vez
34. ¿Con qué frecuencia alguna persona al menos 5 años mayor que usted, o un adulto, lo/la tocó sexualmente? ¿Fue...?
- Nunca  
 Una vez  
 Más de una vez
35. ¿Con qué frecuencia alguna persona al menos 5 años mayor que usted, o un adulto, intentó hacer que usted la tocara sexualmente? ¿Fue...?
- Nunca  
 Una vez  
 Más de una vez
36. ¿Con qué frecuencia alguna persona al menos 5 años mayor que usted, o un adulto, lo/la forzó a tener relaciones sexuales? ¿Fue...?
- Nunca  
 Una vez  
 Más de una vez

→ Por favor, vaya al recuadro "Fecha en que contestó " en la contraportada.

### Ayuda y apoyo

Le agradecemos su tiempo y reconocemos la importante aportación que usted ha hecho al participar en esta encuesta. Somos conscientes de la naturaleza personal de algunos de los temas tratados y que puede haber sido difícil pensar en ellos. A veces cuando las personas participan en una encuesta como esta, se dan cuenta de que quisieran hablar más al respecto con un profesional capacitado. Los siguientes son números gratuitos de recursos que pueden proporcionar información adicional y remisiones que usted puede usar ahora o en el futuro si desea hablar con alguien.

- La línea directa nacional contra la violencia doméstica en el 1-800-799-SAFE (7233).
- La línea directa nacional contra la agresión sexual en el 1-800-656-HOPE (4673).
- La línea directa nacional de abuso infantil en el 1-800-4-A-Child (1-800-422-4453).
- La Línea Nacional de Prevención del Suicidio en el 1-800-273-TALK (8255).



18433

Fecha en que contestó:

MES

DÍA

AÑO

¿Quién contestó este formulario?

La persona que aparece en la portada de este formulario

Otra persona



En caso de ser **otra persona**, indique 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

### Le agradecemos por tomarse el tiempo para contestar esta encuesta.

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

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