



54752

Su salud y opciones acerca de la salud

COMIENCE AQUÍ:

1. ¿Es usted hombre o mujer?

Hombre

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

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.

¿Lo limita su salud en este momento para hacer estas actividades? De ser así, ¿cuánto lo 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



54752

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 limitado 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 deprimido o ansioso)?
- 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 las tareas del hogar)?
- Nada
 - Un poco
 - Moderadamente
 - Mucho
 - Demasiado



54752

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 calmado y tranquilo?

- 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 desanimado 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 excluido?

- Nunca
 Casi nunca
 Algunas veces
 Frecuentemente

c. ¿Con qué frecuencia se siente aislado 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. nervioso?.....	<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. preocupado o inquieto?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. tan triste que nada lo 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, deprimido 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 dormido?

- 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



54752

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 5 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



54752

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



54752

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 deprimido, ansioso o “estresado”
- 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



54752

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



54752

36. 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
37. 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 41**
38. 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
39. En los últimos 12 meses, ¿le ha aconsejado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud que tome medicamentos para ayudarlo 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
40. 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 ayudarlo a dejar de fumar o consumir tabaco? Ejemplo de métodos o estrategias son: línea directa de ayuda, consejería individual o grupal, o programas para ayudarlo a dejar de fumar.
- Sí
 No



54752

41. 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

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

- Sí
- No

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

- Sí
- No



Si tiene 50 años o más, continúe con las preguntas. Si tiene menos de 50 años, pase a la contraportada del folleto.

44. Alguna vez, ¿lo 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

45. Alguna vez, ¿lo 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



54752

46. ¿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 48

No

47. 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

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

Sí → Si contestó sí, pase a la pregunta 52

No

49. ¿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 lo 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

50. ¿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



54752

51. ¿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

52. ¿Ha tenido cáncer de próstata?

Sí → **Si contestó sí, vaya al recuadro "Fecha en que contestó" en la contraportada del folleto**

No

53. ¿Cuántos años tenía la última vez que le hicieron la prueba del APE? La prueba del "A-P-E" es una prueba de sangre para detectar el cáncer de próstata. También se le llama la prueba antígeno prostático específico.

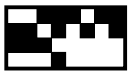
Nunca me han hecho la prueba del APE

Menor de 50 años

Entre 51 y 64 años

Entre 65 y 74 años

75 años o más



54752

► **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 no está disponible, ponga la encuesta en el sobre de envío que le dio 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.M