

National Institutes of Health  
U.S. Department of Health and Human Services

OMB # 0925-0589  
Expiration Date: April 30, 2014



# Health Information National Trends Survey

*Encuesta Nacional de Tendencias Sobre  
Información de la Salud*





COMENZAR  
AQUI:

1. ¿Hay más de una persona mayor de 18 años viviendo en este hogar?

Si

No → **VAYA A LA PREGUNTA A1 en la próxima página**

2. ¿Incluyéndose a usted, cuantas personas mayores de 18 años viven en este hogar?

3. **El adulto con la fecha de cumpleaños más próxima debe completar el cuestionario.** Así, en todos los hogares, HINTS incluirá respuestas de personas de todas las edades.

4. Por favor escriba el primer nombre, apodo, o iniciales del adulto que va a cumplir años mas próximamente en este hogar. Esta es la persona que debe completar el cuestionario.

**If you prefer to receive the survey in English, please call 1-888-521-YYYY**

---

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD: La recopilación de esta información está autorizada por la Ley de Servicios Públicos de Salud, 411 (42 USC 285 a) y 412 (42 USC 285a-1.a y 285a1.3). Los derechos de los participantes del estudio son protegidos por La Regla de Privacidad de 1974. La participación es voluntaria y no hay penalidades por no participar o por retirarse del estudio en cualquier momento. El no participar no afectará sus beneficios de ninguna manera. La información recopilada en este estudio se mantendrá privada bajo la autoridad de la Regla de Privacidad y solo será vista por personas autorizadas para trabajar en este proyecto. El reporte que resume los resultados no contendrá nombres o información de identificación. La información de identificación será destruida cuando el estudio haya finalizado.

Se estima que el tiempo de reporte público para esta recopilación de información es un promedio de 90 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, investigar las fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. **Una agencia no puede hacer ni patrocinar, y no se requiere de ninguna persona que responda a ninguna recopilación de información a menos que muestre un número de control actualmente válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OBM por sus siglas en inglés).** Envíe los comentarios sobre el estimado de esta carga o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo, a: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-0589-XX). No devuelva el formulario completo a esta dirección.

B1. ¿Alguna vez usa el Internet para conectarse a la Red o para enviar y recibir correo electrónico?

- Sí  
 No → VAYA LA PREGUNTA C1

B2. Cuando usted usa el Internet, obtiene acceso a través de...

	Sí	No
a. Una línea telefónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Banda ancha tal como DSL, cable o FiOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Una red celular (p.ej., teléfono, 3G/4G)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Una red inalámbrica (Wi-Fi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B3. ¿Obtiene usted acceso al Internet de alguna otra manera?

- Sí – Especifique →   
 No

B4. En los últimos 12 meses, ¿ha usado el Internet para buscar información del cáncer para usted?

- Sí  
 No

B5. ¿Hay algún sitio de Internet en específico donde le guste buscar información del cáncer?

- Sí  
 No → VAYA A LA PREGUNTA C1

B6. Especifique qué sitio de Internet le gusta especialmente como fuente de información de cáncer:

B7. Por favor indique si usted tiene alguno de los siguientes:

Escoja  **todas las que apliquen.**

- Tableta computarizada como el iPad, Samsung Galaxy, Motorola Xoom, o Kindle Fire
- Teléfono inteligente como el iPhone, Android, Blackberry, o teléfono Windows
- Teléfono celular
- No tengo ninguno de los anteriores

VAYA A LA  
**PREGUNTA  
B10**

B10. Durante los últimos 12 meses ¿ha usado usted alguno de los siguientes para intercambiar información médica con un profesional de la salud?

Escoja  **todas las que apliquen.**

- E-mail
- Mensaje de texto
- App en un teléfono inteligente o dispositivo móvil
- Videoconferencia ( por ejemplo Skype, Facetime, etc.)
- Medios sociales (por ejemplo Facebook, Google+, CaringBridge, etc.)
- Fax
- Nada

B8. Ahora nos ponemos a pensar en cómo usted usaría su tableta, smartphone, o teléfono celular para controlar su salud.

¿Tiene o no usted software o aplicaciones en su tableta, Smartphone, o teléfono celular que le ayuden a estar pendiente o controlar su salud?

- Sí
- No
- No sé

B11. ¿Cuán dispuesto estaría usted a intercambiar los siguientes tipos de información médica con un profesional de la salud mediante su teléfono celular o su tableta computarizada?

B9. ¿Ha afectado de alguna de las siguientes maneras su rutina de cuidado médico el usar una aplicación que le ayude a estar pendiente o controlar su salud en su tableta, Smartphone, o teléfono celular?  
¿Le ha...

**Sí**   **No**

- |    |  |                          |                          |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| a. | ayudado a lograr una meta de salud como dejar de fumar, perder peso, o aumentar su actividad física? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | afectado su decisión de cómo tratar una enfermedad o condición?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | cambiado en general su acercamiento al cuidado de su salud?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | motivado a hacerle preguntas nuevas a su doctor o a obtener una segunda opinión de otro doctor?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Nada*   *Un poco*   *Algo*   *Mucho*

- |    | <i>Nada</i>              | <i>Un poco</i>           | <i>Algo</i>              | <i>Mucho</i>             |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## C: El cuidado de su salud

C1. ¿Sin incluir siquiátras y otros profesionales de la salud mental, hay algún médico, enfermera, u otro profesional de la salud en particular que usted visite más a menudo?

- Sí  
 No

C2. ¿Tiene usted algún tipo de cobertura para el cuidado de la salud, incluyendo seguro de salud, planes pre-pagados como HMO, o planes del gobierno como Medicare?

- Sí  
 No → **VAYA A LA PREGUNTA C6**

C3. ¿Obtuvo esa cobertura a través de un intercambio o mercado de seguros de salud como healthcare.gov?

- Sí  
 No → **VAYA A LA PREGUNTA C6**

C4. ¿Tiene una prima mensual este plan?

- Sí  
 No → **VAYA A LA PREGUNTA C6**

C5. ¿Está subvencionado el costo de la prima en base a su ingreso familiar?

- Sí  
 No

C6. Aproximadamente ¿hace cuánto tiempo tuvo su última visita a un médico para un examen de rutina? Un examen de rutina es un examen físico general y no un examen para una lesión, enfermedad o condición específica.

- Durante el año pasado (cualquier momento hace menos de 12 meses)  
 Dentro de los 2 últimos años (hace más de 1 año pero menos de 2 años)  
 Dentro de los 5 últimos años (hace más de 2 años pero menos de 5 años)  
 Hace 5 o más años  
 No lo sé  
 Nunca

C7. En los últimos 12 meses, sin contar las veces que fue a emergencia, ¿cuántas veces fue al médico, enfermera, u otro profesional de la salud para su propio cuidado?

- Ninguna → **VAYA A LA PREGUNTA D1**  
 1 vez  
 2 veces  
 3 veces  
 4 veces  
 5-9 veces  
 10 o más veces

C8. Las siguientes preguntas son acerca de su comunicación con todos los médicos, enfermeras, u otros profesionales del cuidado de salud que usted vió durante los últimos 12 meses...

¿Con qué recencia hicieron lo siguiente?



- |  | Siempre                  | Por lo general           | A veces                  | Nunca                    |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Le dieron la oportunidad de hacer todas las preguntas que usted tenía sobre su salud?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Le dieron la atención necesaria a sus emociones y sentimientos?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Le involucraron en decisiones sobre su salud tanto como usted quiso?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Se cercioraron de que usted comprendía todo lo que tiene que hacer para cuidar su salud?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ¿Le explicaron las cosas de una manera que usted podía comprender?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. ¿Le dedicaron suficiente tiempo?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. ¿Le ayudaron a manejar sus sentimientos de incertidumbre acerca de su salud y cuidado médico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C9. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia sintió que pudo confiar en sus médicos, enfermeras, u otros profesionales del cuidado de la salud para cuidar de sus necesidades de atención médica?

- Siempre
- Por lo general
- A veces
- Nunca

C10. En general, ¿cómo calificaría la calidad del cuidado de la salud que ha recibido durante los últimos 12 meses?

- Excelente
- Muy bueno
- Bueno
- Aceptable
- Malo

C11. Durante los últimos 12 meses, ¿ha hablado con un médico, enfermero u otro profesional de la salud acerca de cualquier información sobre la salud que usted ha obtenido en el Internet?

- Sí
- No → **VAYA A LA PREGUNTA C13**

C12. Durante los últimos 12 meses, cuando habló con un profesional del cuidado de la salud, ¿qué tan interesado estuvo en la información que encontró usando el Internet?

- Muy interesado
- Interesado
- Un poco interesado
- No estaba interesado

C13. ¿Cuán frecuentemente ha sentido usted que le han discriminado, le han impedido hacer algo o le han molestado o hecho sentir inferior en cualquiera de las siguientes situaciones?

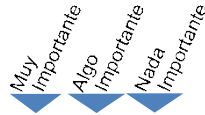
	<i>Nada</i>	<i>Un poco</i>	<i>Algo</i>	<i>Mucho</i>	<i>No aplicable</i>
a. ¿En la escuela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Al contratarlo u obtener un trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿En el trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Al buscar vivienda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Al buscar cuidado médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Al buscar servicio en una tienda o restaurante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿Al buscar crédito, préstamos bancarios, o una hipoteca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ¿En la calle o un lugar público?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ¿De la policía o en las cortes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## D: Registros Médicos

D1. Hasta donde usted sabe, ¿mantiene alguno de sus médicos u otros proveedores de cuidado de la salud su información médica en un sistema computarizado?

- Sí  
 No

D2. Por favor indique qué tan importantes son las siguientes afirmaciones para usted.



- a. Los médicos y otros proveedores de cuidado de la salud deberían de poder compartir su información médica entre ellos electrónicamente
- b. Usted debería poder obtener su propia información médica electrónicamente

D4. ¿Qué seguridad siente usted de que exista protección (incluyendo el uso de tecnología) para proteger su historial médico de ser visto por personas que no estén permitidas para hacerlo?

Tener seguridad de protección (incluyendo el uso de tecnología) tiene que ver con la seguridad de su historial clínico.

- Mucha seguridad  
 Algo de seguridad  
 Ninguna seguridad

D5. ¿Qué seguridad siente de que usted tiene voz y voto en relación a quién puede recolectar, usar y compartir su información médica?

Tener voz y voto en quién puede recolectar, usar y compartir su información médica, tiene que ver con la privacidad de su historial clínico.

- Mucha seguridad  
 Algo de seguridad  
 Ninguna seguridad

D6. ¿Alguna vez ha dejado de darle información a su proveedor de cuidado de la salud porque le preocupa la privacidad o seguridad de su historial clínico?

- Sí  
 No

D7. Si su información médica se envía por fax de un proveedor de cuidado de la salud a otro, ¿cuánto le preocupa que una persona no autorizada la vea?

- Me preocupa mucho  
 Me preocupa algo  
 No me preocupa

D8. Si su información médica se envía electrónicamente de un proveedor de cuidado de la salud a otro, ¿cuánto le preocupa que una persona no autorizada la vea?

Electrónicamente significa de computadora a computadora en lugar de usar el teléfono, correo o una máquina de fax.

- Me preocupa mucho  
 Me preocupa algo  
 No me preocupa

D9. En los últimos 12 meses, cuando le atendieron por un problema médico, ¿le dieron a usted en algún momento cualquiera de sus proveedores de cuidado médico acceso a cualquier parte de su expediente médico por Internet?

- Sí  
 No

D10. ¿Cuánto está usted de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente declaración?

Hoy en día, los proveedores de servicios de salud tienen medidas establecidas que proveen un nivel razonable de protección para los expedientes médicos.

- Muy de acuerdo  
 Algo de acuerdo  
 Algo en desacuerdo  
 Muy en desacuerdo

D11. ¿Le han informado a usted alguna vez sus proveedores de servicios de salud o de seguros de salud que usted podría obtener acceso a su información médica a través de un sitio seguro en Internet?

- Sí  
 No → **VAYA A LA PREGUNTA D14**

D12. ¿Le han ofrecido acceso a su expediente médico por Internet su...

- |  | <b>Sí</b>                | <b>No</b>                |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. ...proveedor de servicios de salud? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ...compañía del seguro de salud?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D13. ¿Cuántas veces en los últimos doce meses revisó usted su expediente médico electrónico a través del sitio en el Internet?

- 1 a 2 veces  
 3 a 5 veces  
 6 a 9 veces  
 10 veces o más  
 Ninguna vez

D14. ¿Le dieron a usted acceso a través de Internet al expediente médico de algún miembro de su familia?

- Sí  
 No → **VAYA A LA PREGUNTA E1**

D15. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses revisó usted el expediente médico de algún miembro de su familia?

- 1 a 2 veces  
 3 a 5 veces  
 6 a 9 veces  
 10 veces o más  
 Ninguna vez

## G: Investigación médica

E1. Los ensayos clínicos son estudios de investigación realizados con personas. Están diseñados para probar la seguridad y la eficacia de tratamientos nuevos y para comparar tratamientos nuevos con el cuidado estándar que reciben las personas actualmente. ¿Ha oído hablar alguna vez de un ensayo clínico?

- Sí  
 No → **VAYA A LA PREGUNTA E4**  
 No lo sé

E2. ¿Escuchó acerca de los ensayos clínicos por medio de ...

	Sí ↓	No ↓
a. Un médico, una enfermera u otro profesional médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Un familiar o amigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Internet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Una organización específica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Periódicos, televisión o radio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Un programa de televisión de ficción, una película o un libro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Un anuncio comercial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Una feria de la salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Alguna otra fuente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. No conozco la fuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E3. ¿Ha participado alguna vez en un ensayo clínico?

- Sí  
 No  
 No lo sé

E4. Si usted fuese diagnosticado con cáncer, ¿cuán probable es que usted participara en un estudio de investigación de un nuevo tratamiento?

- Muy probable  
 Probable  
 Ni poco probable ni probable  
 Poco probable  
 Muy poco probable

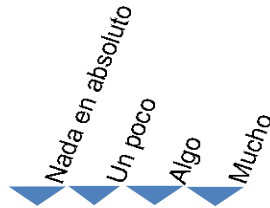
E5. Las pruebas genéticas que analizan su ADN, su dieta y estilo de vida para detectar riesgos potenciales de salud, se están comercializando directamente a los consumidores. ¿Ha leído o escuchado algo acerca de estas pruebas genéticas?

- Sí  
 No

E6. ¿Cuánto cree usted que los comportamientos relacionados con la salud como seguir una dieta, hacer ejercicio y fumar determinan si una persona desarrollará o no cada una de las siguientes condiciones?

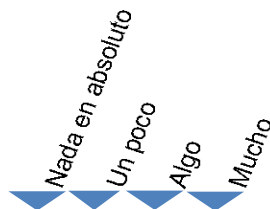
	Nada en absoluto ↓	Un poco ↓	Algo ↓	Mucho ↓
a. Diabetes/Alto contenido de azúcar en la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Presión alta de la sangre /Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E7. ¿Cuánto cree usted que la genética, es decir, las características que pasan de una generación a la siguiente, determina si una persona desarrollará o no cada una de las siguientes condiciones?



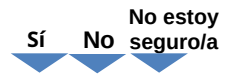
- a. Diabetes/Alto contenido de azúcar en la sangre
- b. Obesidad
- c. Enfermedad del corazón
- d. Presión alta de la sangre /Hipertensión
- e. Cáncer

E8. Hay muchas clases de investigación médica. ¿Cuán útiles piensa usted que son las siguientes clases de investigación para orientar las decisiones médicas que usted toma?



- a. ¿Investigaciones donde los pacientes prueban un nuevo medicamento experimental?
- b. ¿Investigaciones donde se comparan dos o más medicamentos para ver cuál funciona mejor?

E9. Cada vez, más y más personas están participando en la investigación de nuevas maneras que van más allá del ser un objeto de investigación. Ellas están colaborando con investigadores médicos para ayudar a decidir qué tipo de investigación se hace y cómo se hace. Por ejemplo, las personas pueden sugerir temas importantes para estudiar o cómo comunicar los resultados al público. Esto a veces se llama “participación de los pacientes” en la investigación.



- a. ¿Alguna vez ha oído acerca de la “participación de los pacientes” en la investigación médica?
- b. ¿Ha participado alguna vez en una investigación médica de esta manera?
- c. ¿Estaría interesado alguna vez en participar en la investigación de esta manera?

E10. ¿Cuánto está usted de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente declaración?

“Envolver al paciente” en la investigación médica hará que las conclusiones de los estudios sean más útiles en la toma de decisiones médicas

- Muy de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Algo en desacuerdo
- Muy en desacuerdo

E11. Otra tendencia en aumento es la de que trabajen juntos personas que no son investigadores en nuevas investigaciones médicas que les interesen. Por ejemplo, personas que reciben el mismo tratamiento médico podrían desarrollar una manera de documentar y compartir sus experiencias o podrían conseguir a un investigador que estudie los problemas que les afectan. A esto se le llama a veces “investigaciones dirigidas por ciudadanos.”.

	Sí	No	No sé
a. ¿Ha escuchado usted alguna vez de “investigaciones dirigidas por ciudadanos”?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Ha trabajado usted alguna vez en “investigaciones dirigidas por ciudadanos”?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Estaría usted interesado/a en trabajar “investigaciones dirigidas por ciudadanos”?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E12. ¿Cuánto está usted de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente declaración?

Las “investigaciones dirigidas por ciudadanos” harán que las investigaciones sean útiles para la toma de decisiones médicas..

- Muy de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Algo en desacuerdo
- Muy en desacuerdo

E13. Las investigaciones médicas pueden examinar una variedad de resultados relacionados con distintas opciones de tratamiento. ¿Cuán útiles son los estudios sobre los siguientes resultados para guiar sus decisiones médicas?

	<i>Nada en absoluto</i>	<i>Un poco</i>	<i>Algo</i>	<i>Mucho</i>
a. Mortalidad o muerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Indicadores fisiológicos, como el ritmo cardíaco, la presión arterial, o el índice de masa corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. La habilidad de funcionar en la vida diaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E14. ¿Alguna vez ha participado en un estudio de investigación médica donde recibió uno de dos tratamientos tal como medicamentos o procedimientos quirúrgicos?

- Sí
- No

## L: Exploración del cáncer

- L1. Existe una vacuna para prevenir la infección VPH (HPV, en inglés) que se llama inyección VPH (HPV, en inglés), vacuna contra el cáncer cervical, GARDASIL® o Cervarix®.

¿Ha hablado un médico u otro profesional del cuidado de la salud con usted acerca de la inyección o vacuna VPH (HPV, en inglés)?

- Sí  
 No

- L2. Existen diferentes exámenes para detectar el cáncer de colon. Entre estos se incluyen:

**Una colonoscopia** – Para esta prueba se inserta un tubo en el recto y le dan un medicamento que puede hacerle sentir sueño. Después del procedimiento, necesitará que alguien lo conduzca a su casa.

**Una sigmoidoscopia** – Para este examen, usted estará despierto cuando le insertan el tubo en el recto. Después del examen usted puede conducir solo a casa.

**Una prueba de sangre en la materia fecal** – Para esta prueba, se colecta una muestra de heces en casa y después se envía a un médico o laboratorio para su análisis.

¿Alguna vez le ha dicho a usted un médico que usted puede elegir si desea o no hacerse un examen para detectar cáncer de colon?

- Sí  
 No

- L3. ¿Se ha hecho alguna vez uno de estos exámenes para detectar cáncer de colon?

- Sí  
 No

- L4. ¿Le ha dicho a usted alguna vez un doctor que hay diferentes pruebas para detectar el cáncer colorectal y ha discutido sus pros y sus contras con usted?

- Sí  
 No



**Hombres: continúe a la pregunta L5**  
**Mujeres: VAYA A LA PREGUNTA L10**

- L5. Las preguntas siguientes se refieren a conversaciones que los médicos u otros profesionales de la salud podrían haber tenido con sus pacientes acerca de la prueba APE (antígeno prostático específico, o PSA en inglés) que se utiliza para detectar el cáncer de la próstata.

¿Alguna vez le han hecho una prueba APE?

- Sí  
 No

- L6. ¿Alguna vez un médico ha hablado con usted acerca de si debería o no hacerse la prueba APE (PSA en inglés)?

- Sí  
 No → **VAYA A LA PREGUNTA L8 en la próxima página**

- L7. En esa conversación, ¿le preguntó el médico si usted quería o no hacerse la prueba APE (PSA en inglés)?

- Sí  
 No

- L8. ¿Le ha dicho un médico alguna vez que algunos expertos están en desacuerdo sobre si los hombres deberían hacerse pruebas APE (PSA en inglés)?

- Sí  
 No

L9. ¿Le ha dicho alguna vez un médico u otro profesional de la salud que...

	Sí	No
a. La prueba APE no siempre es exacta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Algunos tipos de cáncer de la próstata tienen crecimiento lento y no necesitan tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. El tratamiento para cualquier tipo de cáncer de la próstata puede causar efectos secundarios graves, como problemas al orinar o al tener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L10. ¿Cuánto confiaría usted en las siguientes fuentes cuando hacen recomendaciones acerca de si debe hacerse pruebas y exámenes médicos como colonoscopías, mamogramas y el Papanicolao para detectar si tiene síntomas prematuros de cáncer?

	<i>Nada en absoluto</i>	<i>Un poco</i>	<i>Algo</i>	<i>Mucho</i>
a. Grupos de abogacía sobre el cáncer como la Sociedad Americana del Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Un comité de expertos nombrados por el gobierno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Un miembro de la familia o un amigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Las noticias y los medios noticiosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Su médico principal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Una organización de profesionales de la medicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L11. Que usted sepa, ¿cuáles de las siguientes declaraciones son ciertas o falsas sobre las pruebas o exámenes médicos que buscan detectar si una persona tiene síntomas prematuros de cáncer?...

	Cierto	Falso	No sé
a. Estas pruebas pueden indicar definitivamente que una persona tiene cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Cuando una prueba encuentra algo anormal, hacen falta más pruebas para saber si es cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Cuando una prueba encuentra algo anormal, es muy probable que sea cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Los daños de estas pruebas o exámenes a veces sobrepasan los beneficios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## M: Su historial de cáncer

M1. ¿Le han diagnosticado un cáncer alguna vez?

- Sí  
 No → **VAYA A LA PREGUNTA L4 más abajo**

M2. ¿Qué tipo de cáncer tuvo usted?

Marque  **en todo lo que le aplique.**

- Cáncer cervical (cáncer del cuello uterino)
- Cáncer de colon
- Cáncer de estómago
- Cáncer de la cabeza y del cuello
- Cáncer de la faringe (garganta)
- Cáncer de la piel, no Melanoma
- Cáncer de los huesos
- Cáncer de próstata
- Cáncer de seno
- Cáncer del vejiga
- Cáncer del hígado
- Cáncer del pulmón
- Cáncer endometrial (cáncer del útero)
- Cáncer oral
- Cáncer ovárico
- Cáncer pancreático
- Cáncer rectal
- Cáncer renal (riñón)
- Leucemia (cáncer de la sangre)
- Linfoma de Hodgkin
- Linfoma no de Hodgkin
- Melanoma
- Otro-Especifique →

M3. ¿A qué edad le dijeron por primera vez que tenía cáncer?

--	--	--

Edad

M4. ¿Ha tenido cáncer algún miembro de su familia?

- Sí  
 No  
 No estoy seguro/a

M5. ¿Alguna vez recibió algún tratamiento para su cáncer?

- Sí  
 No → **VAYA A LA PREGUNTA M9**

M6. ¿Cuál de los siguientes tratamientos para el cáncer ha recibido en el pasado?

	Sí	No
a. Quimioterapia (intravenosa o pastillas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Radiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M7. ¿Aproximadamente hace cuánto tiempo recibió usted su último tratamiento para el cáncer?

- Todavía está recibiendo tratamiento → **VAYA A LA PREGUNTA M10**  
 Hace menos de 1 año  
 Hace 1 año o más pero menos de 5 años  
 Hace 5 años o más pero menos de 10 años  
 10 años o más

M8. ¿Alguna vez recibió de un médico u otro profesional de la salud un resumen escrito de todos los tratamientos para el cáncer que le hicieron?

- Sí  
 No

M9. ¿Ha recibido alguna vez instrucciones de un médico u otro profesional de la salud acerca de dónde debe regresar o a quién debe ver para exámenes rutinarios del cáncer, después de terminar su tratamiento del cáncer?

- Sí  
 No

M10. ¿Alguna vez le han negado cobertura de seguro de salud a causa de su cáncer?

- Sí
- No

M11. Recordando desde la primera vez que le diagnosticaron el cáncer, ¿cuánto han dañado el cáncer y su tratamiento su situación financiera?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho

M12. ¿Ha participado alguna vez en un ensayo clínico para el tratamiento de su cáncer?

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

M13. ¿Ha discutido su médico u otro miembro de su equipo médico ensayos clínicos como opción de tratamiento para su cáncer?

- Sí
- No

M14. Desde el momento en que le diagnosticaron con cáncer, ¿conversó con usted alguna vez algún doctor u otro proveedor de servicios de salud sobre el impacto del cáncer o de su tratamiento en su habilidad de trabajar?

- Lo conversaron conmigo en detalle
- Lo conversaron conmigo brevemente
- No lo conversaron conmigo en ningún momento
- No recuerdo
- No he trabajado por compensación en un trabajo o negocio desde que me diagnosticaron con cáncer

M15. Suponga que usted tiene un cáncer en su etapa inicial, ¿cuál sería el papel que usted preferiría jugar en la decisión de escoger el tratamiento para el cáncer?

- Prefiero hacer la selección final de cuál tratamiento para el cáncer voy a recibir.
- Prefiero hacer la selección final de mi tratamiento para el cáncer después de considerar seriamente la opinión de mi doctor.
- Prefiero que mi doctor y yo compartamos la responsabilidad de decidir cuál tratamiento para el cáncer es el mejor para mí.
- Prefiero que mi doctor tome la decisión final de cuál tratamiento para el cáncer voy a tener, pero considere seriamente mi opinión.
- Prefiero dejar todas las decisiones relacionadas con mi tratamiento para el cáncer a mi doctor.

M16. Suponga que usted tiene un cáncer en su etapa inicial, ¿cuál piensa usted que sería el nivel deseable de involucramiento familiar en decidir su tratamiento para el cáncer?


- Yo tomo la decisión de tratamiento por mi cuenta.
- Yo tomo la decisión de tratamiento después de escuchar la opinión de mi familia.
- Mi familia toma la decisión de tratamiento después de escuchar la opinión del paciente.
- Mi familia toma la decisión de tratamiento por su cuenta.

M17. Suponga que usted tiene un cáncer avanzado, ¿cuál sería su papel preferido en tomar una decisión sobre la selección de un tratamiento del cáncer?

- Prefiero hacer la selección final de cuál tratamiento para el cáncer voy a recibir.
- Prefiero hacer la selección final de mi tratamiento para el cáncer después de considerar seriamente la opinión de mi doctor.
- Prefiero que mi doctor y yo compartamos la responsabilidad de decidir cuál tratamiento para el cáncer es el mejor para mí.
- Prefiero que mi doctor tome la decisión final de cuál tratamiento para el cáncer voy a tener, pero considere seriamente mi opinión.
- Prefiero dejar todas las decisiones relacionadas con mi tratamiento para el cáncer a mi doctor.

M18. Suponga que usted tiene un cáncer avanzado, ¿cuál piensa usted sería el nivel deseable de involucramiento familiar en decidir su tratamiento para el cáncer?

- Yo tomo la decisión de tratamiento por mi cuenta.
- Yo tomo la decisión de tratamiento después de escuchar la opinión de mi familia.
- Mi familia toma la decisión de tratamiento después de escuchar la opinión del paciente.
- Mi familia toma la decisión de tratamiento por su cuenta.

 **Si ha sido diagnosticado con cáncer alguna vez en su vida, por favor VAYA A N5**

**N: Creencias respecto al cáncer**

► Piense acerca del cáncer en general al contestar las preguntas de esta sección.

N1. ¿Qué probabilidad tiene usted de que se le desarrolle cáncer en el transcurso de su vida?

- Muy poco probable
- Poco probable
- Ni poco probable ni probable
- Probable
- Muy probable

N2. Comparado con otras personas de su edad, ¿cuán probable es que usted contraiga cáncer en el transcurso de su vida?

- Mucho menos probable
- Menos probable
- Casi igual
- Más probable
- Mucho más probable

N3. ¿Cuánto está usted de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes frases?

	<i>Totalmente de acuerdo</i>	<i>Algo de acuerdo</i>	<i>Algo en desacuerdo</i>	<i>Totalmente en desacuerdo</i>
a. Parece que todo causa cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. No hay mucho que uno pueda hacer para disminuir las probabilidades de contraer cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hay tantas diferentes recomendaciones sobre la prevención del cáncer que es difícil saber cuáles seguir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. En los adultos, el cáncer es más común que las enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N4. ¿Qué tan probable es que una persona promedio de su edad desarrolle cáncer durante su vida?

- Muy improbable
- Improbable
- Ni probable ni improbable
- Probable
- Muy probable

N5. ¿Cuán de acuerdo o en desacuerdo está con la frase?: “Yo prefiero no saber mi probabilidad de contraer cáncer.”

- Muy de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Algo en desacuerdo
- Muy en desacuerdo

N6. Algunas personas evitan visitar al doctor cuando sospechan que deben hacerlo. ¿Diría usted que esto es cierto o no es cierto para usted?

- Es cierto
- No es cierto

N7. ¿Cuánto le preocupa que usted vaya a desarrollar cáncer?

- Nada
- Un poco
- Algo
- Moderadamente
- Mucho

N8. ¿Cómo cambiarán sus probabilidades de desarrollar cáncer a medida en que envejezca?

- Aumentarán
- Disminuirán
- Se mantendrán igual

N9. ¿Cuánto está usted de acuerdo o en desacuerdo con ésta declaración?  
“Si los expertos tuvieran opiniones en conflicto sobre una prueba o tratamiento médico, yo aún así estaría dispuesto a tratarlo”

- Muy de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Algo en desacuerdo
- Muy en desacuerdo

N10. ¿Ha escuchado usted alguna vez del 2-1-1, búsqueda de información y referidos?

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

N11. ¿Ha usado usted alguna vez el 2-1-1, búsqueda de información y referidos?

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

## ¡Gracias!

- ▶ Por favor devuelva este cuestionario dentro del sobre con la estampilla pagada en un plazo de 2 semanas.
- ▶ Si se le ha perdido el sobre, mande su cuestionario completado a:

HINTS Study, TC 1046F  
Westat  
1600 Research Boulevard  
Rockville, MD 20850