

Formulario A1a: Determinantes Sociales de la Salud

ADRC: _____ PTID: _____ Fecha del Formulario (MM/DD/AAAA): ____/____/____ Visita #: _____ Iniciales del Examinador: _____

Idioma: <input type="checkbox"/> 1 Inglés <input type="checkbox"/> 2 Español	Administración: <input type="checkbox"/> 1 Autoadministrado <input type="checkbox"/> 2 Administrado por personal del estudio	Modo: <input type="checkbox"/> 1 En persona <input type="checkbox"/> 2 Remoto (razón): ____ <input type="checkbox"/> 1 Teléfono <input type="checkbox"/> 2 Video <input type="checkbox"/> 3 Correo <input type="checkbox"/> 4 Correo electrónico <input type="checkbox"/> 0 No completado (razón): ____	Clave (razón remoto): 1=Demasiado deterioro cognitivo 2=Demasiado deteriorado físicamente 3=Confinado en una casa o residencia de ancianos 4=Rechazó la visita en persona 5=Otra
			Clave (razón no completado): 93=Dudas respecto a la fiabilidad

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas han sido diseñadas para recolectar información sobre sus experiencias de vida actuales y pasadas que creemos pueden ser importantes para la salud cerebral. No hay respuestas correctas o incorrectas, y no tiene que contestar ninguna pregunta que le haga sentir incómodo/a. Si la pregunta no se aplica a su experiencia, marque "Prefiero no responder". Debe completar este formulario por su cuenta, sin ayuda de su co-participante o compañero/a de estudio.

Sección 1 — Transporte

En esta sección, queremos entender si la falta de un medio de transporte confiable y estable es una barrera para llevar a cabo actividades importantes, como ir al médico, salir de compras o recoger medicamentos (éstos son sólo ejemplos).

1. ¿Usted o alguien en su hogar es dueño de un carro, coche o auto actualmente?	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
2. ¿Tiene acceso consistente a un medio de transporte?	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar

Para llegar a los lugares que necesitan ir (es decir, para transportarse), las personas pueden caminar, andar en bicicleta, tomar un autobús, tren o taxi, conducir un automóvil o pedir que las lleven. Las siguientes tres preguntas intentan evaluar si recientemente ha tenido problemas de transporte.


3. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia no pudo salir de su casa cuando usted quería debido a problemas de transporte?	<input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 3 Nunca <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
4. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se preocupó de si iba a poder ir a algún lugar debido a problemas de transporte?	<input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 3 Nunca <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
5. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia la falta de transporte le ha impedido atender visitas médicas o hacer actividades necesarias de la vida diaria?	<input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 3 Nunca <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar

Sección 2 — Seguridad económica

Las siguientes preguntas están diseñadas para evaluar su situación económica actual y pasada. Si se siente incómodo/a con alguna pregunta en esta sección, puede responder "Prefiero no contestar".

6. ¿Cuáles de estos grupos de ingreso representa el ingreso de su hogar <u>en el año pasado</u> ? Incluya ingresos en dólares estadounidenses de todos sus recursos como salarios, beneficios del seguro social o pensiones de jubilación, ayuda de familiares, renta de propiedades, y otros. <i>Esta información es confidencial y no será compartida de forma que otra persona, organización o entidad del gobierno le pueda identificar.</i>	<input type="checkbox"/> 1 \$0 - \$14,999 <input type="checkbox"/> 2 \$15,000 - \$29,999 <input type="checkbox"/> 3 \$30,000 - \$74,999 <input type="checkbox"/> 4 \$75,000 o más <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> 9 No sé
7. ¿Qué tan satisfecho/a está con su situación económica personal actual?	<input type="checkbox"/> 1 Completamente satisfecho/a <input type="checkbox"/> 2 Satisfecho/a <input type="checkbox"/> 3 Un poco satisfecho/a <input type="checkbox"/> 4 No muy satisfecho/a <input type="checkbox"/> 5 No satisfecho/a <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar

Sección 2 — Seguridad económica**continuación...**

8.	¿Qué tan difícil es para usted pagar sus cuentas mensuales?	<input type="checkbox"/> 1 Para nada difícil <input type="checkbox"/> 2 Un poco difícil <input type="checkbox"/> 3 Moderadamente difícil <input type="checkbox"/> 4 Muy difícil <input type="checkbox"/> 5 Extremadamente difícil <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
9.	Si usted ha tenido problemas económicos que han durado 12 meses o más, ¿qué tanto le han molestado o le han hecho sentir mal?	<input type="checkbox"/> 1 No he tenido problemas económicos por 12 meses o más <input type="checkbox"/> 2 Sí, he tenido problemas económicos por 12 meses o más, pero no me han molestado <input type="checkbox"/> 3 Sí, he tenido problemas económicos por 12 meses o más, y me han molestado un poco <input type="checkbox"/> 4 Sí, he tenido problemas económicos por 12 meses o más, y me han molestado mucho <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
10.	En algún momento en su vida, ¿usted comió menos de lo que sentía que debía comer porque no había suficiente dinero para comprar comida?	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
11.	En los últimos 12 meses, ¿usted comió menos de lo que sentía que debía comer porque no había suficiente dinero para comprar comida?	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
12.	En algún momento en su vida, ha tomado menos medicamentos de los que se le recetaron porque eran muy caros?	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
13.	En los últimos 12 meses, ¿ha tomado menos medicamentos de los que se le recetaron porque eran muy caros?	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
14.	<p>Esta es una imagen de una escalera con 10 gradas, escalones o peldaños. Cada grada representa un nivel de estatus en cuanto a dinero, educación y empleo. La grada más alta es la grada 10, que representa a las personas con más dinero, más educación y los mejores empleos. La grada 1 es la más baja y representa a las personas con menos dinero, menos educación y los peores empleos o sin empleo. Las gradas intermedias (del 2 al 9) representan a las personas que se encuentran en algún lugar entre las personas que están mejor y las que están peor.</p> <p>¿Dónde se colocaría usted en esta escalera comparado/a con otras personas en su comunidad (o vecindario)? Lo más cercano que esté a 10, lo mejor que se considera estar. Por favor marque el número donde se colocaría usted.</p> <p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 88 Prefiero no contestar </p> <p>10 9 8 7 6 5 4 3 2 1</p>	<p>La mejor posición → 10</p>  <p>La peor posición ← 1</p>
15.	¿Cuál fue el nivel educativo más alto completado por su madre (o por la persona principal que le crió hasta que usted tuvo 18 años) mientras que le estaba criando?	<input type="checkbox"/> 1 Nunca fue a la escuela o sólo asistió el preescolar/kindergarten <input type="checkbox"/> 2 Asistió a la escuela primaria (completó primaria o cursó al menos un grado) <input type="checkbox"/> 3 Algo de secundaria/preparatoria/bachillerato (sin graduarse de la secundaria) <input type="checkbox"/> 4 Diploma de secundaria (graduado de secundaria/preparatoria/bachillerato, GED) <input type="checkbox"/> 5 Algo de universidad <input type="checkbox"/> 6 Grado o título universitario/licenciatura <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar/no aplica <input type="checkbox"/> 9 No sé

Sección 3 — Vida social: Relaciones, actividades y ambiente

El siguiente grupo de preguntas fueron diseñadas para captar su opinión sobre sus relaciones con otras personas, los tipos de actividades en las que pasa el tiempo, y cómo percibe su hogar y su vecindario.

A continuación se encuentran algunas oraciones que buscan entender cómo se percibe usted en general. Para cada oración, marque el número que mejor represente su opinión.

16.	Tengo una sensación general de vacío	<input type="checkbox"/> 1 Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo <input type="checkbox"/> 3 No estoy de acuerdo o en desacuerdo <input type="checkbox"/> 4 De acuerdo <input type="checkbox"/> 5 Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
17.	Extraño tener personas a mi alrededor	<input type="checkbox"/> 1 Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo <input type="checkbox"/> 3 No estoy de acuerdo o en desacuerdo <input type="checkbox"/> 4 De acuerdo <input type="checkbox"/> 5 Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
18.	Siento que no tengo suficientes amigos/as	<input type="checkbox"/> 1 Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo <input type="checkbox"/> 3 No estoy de acuerdo o en desacuerdo <input type="checkbox"/> 4 De acuerdo <input type="checkbox"/> 5 Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
19.	A menudo me siento abandonado/a	<input type="checkbox"/> 1 Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo <input type="checkbox"/> 3 No estoy de acuerdo o en desacuerdo <input type="checkbox"/> 4 De acuerdo <input type="checkbox"/> 5 Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
20.	Extraño tener un/a amigo/a cercano/a	<input type="checkbox"/> 1 Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo <input type="checkbox"/> 3 No estoy de acuerdo o en desacuerdo <input type="checkbox"/> 4 De acuerdo <input type="checkbox"/> 5 Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar

Las siguientes cuatro preguntas son acerca de cómo pasa su tiempo.

21.	Si sus padres o suegros siguen vivos, ¿con qué frecuencia se comunica con ellos (incluyendo madre, padre, suegra, y suegro) ya sea en persona, por teléfono, o correo electrónico (por ej., cualquier interacción en línea)?	<input type="checkbox"/> 0 Padres no están vivos <input type="checkbox"/> 1 Una vez al año o menos <input type="checkbox"/> 2 Varias veces al año <input type="checkbox"/> 3 Varias veces al mes <input type="checkbox"/> 4 Varias veces a la semana <input type="checkbox"/> 5 Todos los días o casi todos los días <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
22.	Si tiene hijos, ¿con qué frecuencia se comunica con ellos (incluyendo hijos/hijas, yernos, nueras e hijastros/as) ya sea en persona, por teléfono, o correo electrónico (por ej., cualquier interacción en línea)?	<input type="checkbox"/> 0 No tengo hijos <input type="checkbox"/> 1 Una vez al año o menos <input type="checkbox"/> 2 Varias veces al año <input type="checkbox"/> 3 Varias veces al mes <input type="checkbox"/> 4 Varias veces a la semana <input type="checkbox"/> 5 Todos los días o casi todos los días <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar

Sección 3 — Vida social: Relaciones, actividades y ambiente*continuación...*

23.	¿Con qué frecuencia se comunica con amistades cercanas ya sea en persona, por teléfono, o correo electrónico (por ej., cualquier interacción en línea)?	<input type="checkbox"/> 0 No tengo amistades cercanas <input type="checkbox"/> 1 Una vez al año o menos <input type="checkbox"/> 2 Varias veces al año <input type="checkbox"/> 3 Varias veces al mes <input type="checkbox"/> 4 Varias veces a la semana <input type="checkbox"/> 5 Todos los días o casi todos los días <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
24.	¿Con qué frecuencia participa en actividades fuera de su hogar (por ej., actividades religiosas o educativas, voluntariado, trabajo o actividades grupales o con organizaciones)?	<input type="checkbox"/> 0 No participo en actividades fuera de mi hogar <input type="checkbox"/> 1 Una vez al año o menos <input type="checkbox"/> 2 Varias veces al año <input type="checkbox"/> 3 Varias veces al mes <input type="checkbox"/> 4 Varias veces a la semana <input type="checkbox"/> 5 Todos los días o casi todos los días <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar

Las siguientes preguntas son acerca de que tan seguro/a o a salvo se siente en diferentes entornos.

25.	¿Qué tan seguro/a se siente en su hogar y comunidad (o vecindario/barrio)?	
25a.	Hogar	<input type="checkbox"/> 1 Muy seguro/a <input type="checkbox"/> 2 Mayormente seguro/a <input type="checkbox"/> 3 A veces inseguro/a <input type="checkbox"/> 4 Muy inseguro/a <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
25b.	Comunidad (o vecindario/barrio)	<input type="checkbox"/> 1 Muy seguro/a <input type="checkbox"/> 2 Mayormente seguro/a <input type="checkbox"/> 3 A veces inseguro/a <input type="checkbox"/> 4 Muy inseguro/a <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar

Sección 4 — Experiencias con el sistema de salud

Las siguientes cinco preguntas son sobre su experiencia con el sistema de salud durante este último año. Al responder las preguntas, por favor piense en sus médicos o doctores habituales (no en los médicos que ve para este estudio de investigación).

26.	Durante el año pasado, ¿con qué frecuencia pospuso buscar atención médica para algún problema que le molestaba?	<input type="checkbox"/> 1 Siempre <input type="checkbox"/> 2 La mayoría de las veces <input type="checkbox"/> 3 A veces <input type="checkbox"/> 4 Ninguna o casi ninguna vez <input type="checkbox"/> 5 No aplica <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
27.	Durante el año pasado, ¿con qué frecuencia tuvo problemas para obtener medicamentos que le recetaron o formularon?	<input type="checkbox"/> 1 Siempre <input type="checkbox"/> 2 La mayoría de las veces <input type="checkbox"/> 3 A veces <input type="checkbox"/> 4 Ninguna o casi ninguna vez <input type="checkbox"/> 5 No aplica <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
28.	Durante el año pasado, ¿con qué frecuencia faltó a una cita médica de seguimiento que estaba agendada?	<input type="checkbox"/> 1 Siempre <input type="checkbox"/> 2 La mayoría de las veces <input type="checkbox"/> 3 A veces <input type="checkbox"/> 4 Ninguna o casi ninguna vez <input type="checkbox"/> 5 No aplica <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar

Sección 4 — Experiencias con el sistema de salud**continuación...**

29.	Durante el año pasado, ¿con qué frecuencia siguió las recomendaciones del médico o plan de tratamiento cuando se le indicó?	<input type="checkbox"/> 1 Siempre <input type="checkbox"/> 2 La mayoría de las veces <input type="checkbox"/> 3 A veces <input type="checkbox"/> 4 Ninguna o casi ninguna vez <input type="checkbox"/> 5 No aplica <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
30.	En general, ¿cuál de estas opciones describe su seguro médico, acceso a servicios de cuidado de la salud, y acceso a medicamentos?	<input type="checkbox"/> 1 No disponible en ninguna medida <input type="checkbox"/> 2 Debajo del nivel de mis necesidades <input type="checkbox"/> 3 Capaz de satisfacer mis necesidades <input type="checkbox"/> 4 Excede mis necesidades <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar

Sección 5 — Experiencias de discriminación

Las investigaciones han demostrado que las experiencias de trato injusto en la vida diaria, por cualquier motivo, pueden afectar negativamente la salud. Por favor, responda a las siguientes preguntas acerca de si usted ha experimentado algún trato injusto en su vida diaria.

31.	En su vida diaria, ¿con qué frecuencia le tratan con menos cortesía o respeto que a otras personas?	<input type="checkbox"/> 1 Todos los días o casi todos los días <input type="checkbox"/> 2 Por lo menos una vez a la semana <input type="checkbox"/> 3 Varias veces al mes <input type="checkbox"/> 4 Varias veces al año <input type="checkbox"/> 5 Menos de una vez al año <input type="checkbox"/> 6 Nunca <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
32.	En su vida diaria, ¿con qué frecuencia recibe un servicio peor que otras personas en los restaurantes o en las tiendas?	<input type="checkbox"/> 1 Todos los días o casi todos los días <input type="checkbox"/> 2 Por lo menos una vez a la semana <input type="checkbox"/> 3 Varias veces al mes <input type="checkbox"/> 4 Varias veces al año <input type="checkbox"/> 5 Menos de una vez al año <input type="checkbox"/> 6 Nunca <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
33.	En su vida diaria, ¿con qué frecuencia la gente actúa como si pensara que usted no es inteligente?	<input type="checkbox"/> 1 Todos los días o casi todos los días <input type="checkbox"/> 2 Por lo menos una vez a la semana <input type="checkbox"/> 3 Varias veces al mes <input type="checkbox"/> 4 Varias veces al año <input type="checkbox"/> 5 Menos de una vez al año <input type="checkbox"/> 6 Nunca <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
34.	En su vida diaria, ¿con qué frecuencia la gente actúa como si le tuvieran miedo?	<input type="checkbox"/> 1 Todos los días o casi todos los días <input type="checkbox"/> 2 Por lo menos una vez a la semana <input type="checkbox"/> 3 Varias veces al mes <input type="checkbox"/> 4 Varias veces al año <input type="checkbox"/> 5 Menos de una vez al año <input type="checkbox"/> 6 Nunca <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
35.	En su vida diaria, ¿con qué frecuencia es amenazado/a o acosado/a?	<input type="checkbox"/> 1 Todos los días o casi todos los días <input type="checkbox"/> 2 Por lo menos una vez a la semana <input type="checkbox"/> 3 Varias veces al mes <input type="checkbox"/> 4 Varias veces al año <input type="checkbox"/> 5 Menos de una vez al año <input type="checkbox"/> 6 Nunca <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar

Sección 5 — Experiencias de discriminación**continuación...**

36.	¿Con qué frecuencia recibe un servicio o tratamiento de peor calidad por parte de doctores u hospitales comparado con otras personas?	<input type="checkbox"/> 1 Todo el tiempo <input type="checkbox"/> 2 La mayor parte del tiempo <input type="checkbox"/> 3 A veces <input type="checkbox"/> 4 Ninguna o casi ninguna vez <input type="checkbox"/> 5 No aplica <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar
37.	Al reflexionar sobre las experiencias en su vida diaria en las preguntas 31 a 36, ¿cuáles cree que son las razones principales de estas experiencias? <i>(Marque todas las que apliquen)</i>	<div>37a1. <input type="checkbox"/> 1 Mi ascendencia u origen nacional</div> <div>37a2. <input type="checkbox"/> 1 Mi género</div> <div>37a3. <input type="checkbox"/> 1 Mi raza</div> <div>37a4. <input type="checkbox"/> 1 Mi edad</div> <div>37a5. <input type="checkbox"/> 1 Mi religión</div> <div>37a6. <input type="checkbox"/> 1 Mi altura</div> <div>37a7. <input type="checkbox"/> 1 Mi peso</div> <div>37a8. <input type="checkbox"/> 1 Algún aspecto de mi apariencia física</div> <div>37a9. <input type="checkbox"/> 1 Mi orientación sexual</div> <div>37a10. <input type="checkbox"/> 1 Mi educación o estatus económico</div> <div>37a11. <input type="checkbox"/> 1 Discapacidad física</div> <div>37a12. <input type="checkbox"/> 1 Mi tono de color de piel</div> <div>37a13. <input type="checkbox"/> 1 Otro</div> <div>37a14. <input type="checkbox"/> 1 No aplica - No tengo ninguna de estas experiencias en el día al día (TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ)</div> <div>37a15. <input type="checkbox"/> 1 Prefiero no contestar</div>
38.	En ocasiones donde usted ha tenido experiencias en su vida diaria como las descritas en las preguntas 31 al 36, ¿diría que han sido muy estresantes, moderadamente estresantes o no estresantes?	<input type="checkbox"/> 1 Muy estresantes <input type="checkbox"/> 2 Moderadamente estresantes <input type="checkbox"/> 3 No estresantes <input type="checkbox"/> 9 No sé <input type="checkbox"/> 8 Prefiero no contestar