

Módulo 2: Medicamentos, salud reproductiva, ejercicio y sueño

[INTROM2] Esta serie de preguntas trata sobre algunos temas que le afectan la salud, los cuales incluyen su consumo actual y pasado de medicamentos, su actividad física (incluso el ejercicio) y sus hábitos de sueño.

También le haremos algunas preguntas sobre su salud reproductiva. Estas preguntas se centrarán sobre todo en sus períodos menstruales, en los embarazos y en si ha usado algún medicamento hormonal.

Medicamentos [SECTION 1]

En primer lugar, le preguntaremos sobre su consumo actual y pasado de distintos medicamentos. Esta información nos ayudará a entender sus antecedentes médicos y su estado de salud actual.

Cuando le pidamos que nos diga una cantidad exacta de pastillas, dé su mejor aproximación si no está seguro. Si toma media pastilla, cuéntela como una pastilla.

[PAINREL1] Analgésicos (medicamentos para el dolor)

1. ¿Ha tomado alguna vez cualquiera de estos medicamentos por lo menos **cuatro veces al mes por seis meses o más**? Seleccione todas las opciones que correspondan.
 - 0 Aspirina (ácido acetilsalicílico) infantil u otra aspirina de dosis baja (de 81 mg o menos)
 - 1 Aspirina ordinaria o de mayor concentración (*extra strength*) (como Bufferin® o Anacin®)
 - 2 Ibuprofeno (como Motrin® o Advil®)
 - 3 Paracetamol (como Tylenol®)
 - 4 Naproxeno (como Naprosyn®, Anaprox® o Aleve®)
 - 5 Celebrex® (celecoxib)
 - 6 Analgésicos de venta con receta que contienen opioides, como hidrocodona (p. ej., Vicodin®, Lorcet®, Lortab® o Norco®), oxicodona (p. ej., OxyContin® o Percocet®), morfina (p. ej., Kadian® o Avinza®), fentanilo, codeína, tramadol, metadona, oximorfona, hidromorfona (Dilaudid®) o meperidina (Demerol®).
 - 88 Ninguna de las anteriores
2. [PAINREL2] Durante las veces que estuvo tomando [MED], ¿aproximadamente cuántos **días por semana O por mes** lo tomó? Anote, ya sea, los días por semana o los días por mes.

|__|__| Núm. de días por semana

O

|__|__| Núm. de días por mes
3. [PAINREL3] Los días en que tomó [MED], ¿aproximadamente cuántas pastillas se tomó **por día**, la mayoría de los días?

|__|__| Núm. de pastillas por día

77 No sé

4. [PAINREL4] ¿Aproximadamente cuántos años tomó [MED]?

|_|_| Núm. de años

5. [PAINREL5] ¿Cuándo fue **la última vez** que tomó [MED]?

- 0 En el último mes
- 1 Hace más de un mes, pero en el último año
- 2 Hace más de 1 año

6. [PAINREL6] ¿Hace cuántos años tomó [MED] **por última vez**?

Hace |_|_| años

7. [PAINREL7] ¿Por qué tomó [MED]? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 0 Artritis
- 1 Dolor de espalda
- 2 Cólicos menstruales
- 3 Prevención de enfermedades
- 4 Dolor de cabeza o migraña
- 5 Enfermedad, resfriado, gripe, fiebre
- 6 Dolor muscular o articular, lesiones articulares u óseas, esguinces o torceduras
- 7 Dolor de muela

8. [PAINREL8] ¿Tomó alguna vez analgésicos de venta con receta que contienen opioides de alguna forma no indicada por un médico? Esto podría incluir tomarlos sin receta, tomar más de lo indicado, o con más frecuencia o durante más tiempo de lo indicado. No se olvide de que protegemos su privacidad. Eliminamos de sus respuestas al cuestionario la información que pueda identificarlo antes de dárselas a los investigadores.

- 0 No
- 1 A veces
- 2 A menudo
- 99 Prefiero no responder

[CHOLHTN] Medicamentos para el colesterol y la presión arterial (hipertensión)

9. ¿Ha tomado alguna vez cualquiera de estos medicamentos por lo menos **cuatro veces al mes por seis meses o más**? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 0 Medicamentos para disminuir el colesterol o los lípidos, como las estatinas (p. ej., atorvastatina [Lipitor®], fluvastatina [como Lescol® o Lescol® XL], lovastatina [como Mevacor® o Altoprev®], pravastatina [Pravachol®], rosuvastatina [Crestor®], simvastatina [Zocor] o pitavastatina [Livalo®])
- 1 Medicamentos para tratar la presión arterial alta (hipertensión) (como bumetanida [Bumex®], clortalidona [Hygroton®], clorotiazida [Diuril®], etacrinato [Edecrin®], furosemida [Lasix®], hidroclorotiazida HCTZ [como Esidrix®, Hydrodiuril® o

Microzide[®]], indapamida [Lozol[®]], metilcotiazida [Enduron[®]], metolazona [como Mykroz[®] o Zaroxolyn[®]] o torsemida [Demadex[®]])

88 Ninguno de los anteriores

10. [CHOLHTN2] Durante las veces que estuvo tomando [MED], ¿aproximadamente cuántos **días por semana O por mes** lo tomó? Anote, ya sea, los días por semana o los días por mes.

|__|__| Núm. de días por semana

O

|__|__| Núm. de días por mes

11. [CHOLHTN3] Los días en que tomó [MED], ¿aproximadamente cuántas pastillas se tomó **por día**, la mayoría de los días?

|__|__| Núm. de pastillas por día

77 No sé

12. [CHOLHTN4] ¿Aproximadamente cuántos años tomó [MED]?

|__|__| Núm. de años

13. [CHOLHTN5] ¿Cuándo fue **la última vez** que tomó [MED]?

0 En el último mes

1 Hace más de un mes, pero en el último año

2 Hace más de 1 año

14. [CHOLHTN6] ¿Hace cuántos años tomó [MED] **por última vez**?

Hace |__|__| años

[METFOR] Metformina

15. ¿Ha tomado alguna vez **metformina** (como Glucophage[®], Glumetza[®], Riomet[®], Fortamet[®] o Glucophage[®] XR) al menos **cuatro veces al mes por seis meses o más**?

1 Sí

0 No

16. [METFOR2] Durante las veces que estuvo tomando metformina, ¿aproximadamente cuántos **días por semana O por mes** la tomó? Anote, ya sea, los días por semana o los días por mes.

|__|__| Núm. de días por semana

O

|__|__| Núm. de días por mes

17. [METFOR3] Los días en que tomaba metformina, ¿aproximadamente cuántos miligramos tomaba por día, la mayoría de los días?

|__|__| Núm. de miligramos por día

77 No sé

18. [METFOR4] ¿Aproximadamente cuántos años tomó metformina?

|__|__| Núm. de años

19. [METFOR5] ¿Cuándo fue **la última vez** que tomó metformina?

0 En el último mes

1 Hace más de un mes, pero en el último año

2 Hace más de 1 año

20. [METFOR6] ¿Hace cuántos años tomó metformina **por última vez**?

Hace |__|__| años

[INSULIN] Insulina

21. ¿Se ha inyectado alguna vez **insulina** al menos **cuatro veces al mes por seis meses o más**?

1 Sí

0 No

22. [INSULIN2A] Durante las veces que se estuvo inyectando insulina, ¿aproximadamente cuántos **días por semana O por mes** se la inyectó? Anote, ya sea, los días por semana o los días por mes.

|__|__| Núm. de días por semana

O

|__|__| Núm. de días por mes

23. [INSULIN3] Los días en que se inyectó insulina, ¿aproximadamente cuántas unidades se inyectó **por día**, la mayoría de los días?

|__|__| Núm. de unidades por día

77 No sé

24. [INSULIN4] Los días en que se inyectó insulina, ¿qué concentración se puso?

0 100 unidades por ml

1 500 unidades por ml

55 Otra: describa [text box]

77 No sé

25. [INSULIN5] ¿Aproximadamente cuántos años tomó insulina?

|__|__| Núm. de años

26. [INSULIN6] ¿Cuándo fue **la última vez** que tomó insulina?

- 0 En el último mes
- 1 Hace más de un mes, pero en el último año
- 2 Hace más de 1 año

27. [INSULIN7] ¿Hace cuántos años tomó insulina **por última vez**?

Hace |__|__| años

[ACIDSUP] Antiácidos

28. ¿Ha tomado alguna vez cualquiera de estos medicamentos por lo menos **cuatro veces al mes por seis meses o más**? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 0 Inhibidores de la bomba de protones de venta con receta (como omeprazol [p. ej., Prilosec® o Zegerid®], esomeprazol [Nexium®], lansoprazol [Prevacid®], rabeprazol [AcipHex], pantoprazol [Protonix®] o dexlansoprazol [Dexilant®])
- 1 Inhibidores de la bomba de protones de venta libre (como esomeprazol [Nexium®], omeprazol [Prilosec® OTC], omeprazol con bicarbonato de sodio [Zegerid®] o lansoprazol [Prevacid® 24HR])
- 2 Antagonistas de los receptores H₂ de venta libre (como la famotidina [Pepcid®, Zantac® o Tagamet®])
- 88 Ninguno de los anteriores

29. [ACIDSUP2] Durante las veces que estuvo tomando [MED], ¿aproximadamente cuántos **días por semana O por mes** lo tomó? Anote, ya sea, los días por semana o los días por mes.

|__|__| Núm. de días por semana

O

|__|__| Núm. de días por mes

30. [ACIDSUP3] Los días en que tomó [MED], ¿aproximadamente cuántas pastillas tomó **por día**, la mayoría de los días?

|__|__| Núm. de pastillas por día

No sé

31. [ACIDSUP4] ¿Aproximadamente cuántos años tomó [MED]?

|__|__| Núm. de años

32. [ACIDSUP5] ¿Cuándo fue **la última vez** que tomó [MED]?

- 0 En el último mes
- 1 Hace más de un mes, pero en el último año
- 2 Hace más de 1 año

33. [ACIDSUP6] ¿Hace cuántos años tomó [MED] **por última vez**?

Hace |__|__| años

Salud reproductiva [SECTION 2]

Las siguientes preguntas tratan sobre la salud reproductiva. No se olvide de que protegemos su privacidad. Eliminamos de sus respuestas al cuestionario la información que pueda identificarlo antes de dárselas a los investigadores.

[INTRONONCISWOM] Las siguientes preguntas tratan sobre su uso de hormonas.

34. [HORNONCISWOM] ¿Ha usado alguna vez hormonas u otros medicamentos para que su cuerpo refleje mejor su sexo (por ejemplo, estrógenos o antagonistas de la testosterona)?

- 0 No
- 1 Sí, en el pasado usé hormonas u otros medicamentos para que mi cuerpo tuviera un aspecto más femenino.
- 2 Sí, actualmente uso hormonas u otros medicamentos para que mi cuerpo tenga un aspecto más femenino.

[INTROWH] En esta sección, se le pregunta sobre sus antecedentes menstruales, embarazos pasados o actuales y el uso de medicamentos hormonales.

Cuando le pidamos que nos diga una fecha, una edad o un número exacto, dé su mejor aproximación si no está seguro.

[INTROMENSHIS] Antecedentes de salud menstrual

Para empezar, le haremos algunas preguntas sobre su salud menstrual.

35. [MENSHIS] ¿Qué edad tenía cuando le llegó la **primera** menstruación? Si no está segura, dé su mejor aproximación.

|__|__| Edad

44 Nunca he tenido la menstruación

36. [MENSHIS2] ¿Cuánto tiempo transcurrió desde su primera menstruación hasta que sus períodos se volvieron regulares? Por “regulares”, nos referimos a que podía predecir el inicio de su próximo período menstrual con una precisión que variaba pocos días.

- 44 Nunca tuve períodos regulares
- 0 No más de 1 año
- 1 De 1 a 2 años
- 2 De más de 2 años a 3 años
- 3 De más de 3 años a 4 años
- 4 Más de 4 años
- 77 No sé

37. [MENSHIS3] Una vez que sus períodos menstruales se volvieron regulares, ¿cuál era la duración habitual de su ciclo menstrual? La duración de un ciclo menstrual es el número de días que pasan desde el primer día de un período menstrual hasta el primer día de la siguiente menstruación.

- 0 Era demasiado irregular para estimar o usaba un medicamento hormonal o un dispositivo (como un dispositivo intrauterino [DIU]) para controlar el ciclo menstrual.

- 1 Menos de 21 días
- 2 21 días o más

38. [MENSHIS4] Aproximadamente, ¿cuántos días dura su ciclo menstrual habitual?

|__|__| Núm. de días

39. [MENSHIS5] Solo **en los últimos 12 meses**, ¿cuál fue la duración habitual de su ciclo menstrual?

- 0 No he menstruado en los últimos 12 meses.
- 1 Tuve al menos una menstruación en los últimos 12 meses, pero la frecuencia de mi período cambió (por ejemplo, cesó, se volvió irregular o difícil de predecir).
- 2 Era demasiado irregular para estimar o usaba un medicamento hormonal o un dispositivo (como un dispositivo intrauterino [DIU]) para controlar el ciclo menstrual.
- 3 Menos de 21 días
- 4 21 días o más

40. [MENSHIS6] En los **últimos 12 meses**, ¿aproximadamente cuántos días duraba su ciclo menstrual habitual?

|__|__| Núm. de días

41. [MENSHIS7] Elija la opción que mejor describa por qué **no** ha tenido una menstruación en los **últimos 12 meses**:

- 0 Mis períodos cesaron de forma natural por la menopausia.
- 1 Mis períodos cesaron porque empecé a tomar hormonas femeninas durante la transición menopáusica (perimenopausia) o la menopausia.
- 2 Mis períodos cesaron después de una extirpación quirúrgica del útero o ambos ovarios.
- 3 Mis períodos cesaron después de la ablación endometrial (extirpación del endometrio, es decir, el revestimiento del útero).
- 4 Utilizo actualmente un medicamento hormonal o un dispositivo (como un dispositivo intrauterino [DIU]) para evitar el embarazo, controlar los síntomas del ciclo menstrual o tratar afecciones como la endometriosis o el síndrome del ovario poliquístico (SOP).
- 5 Estuve embarazada o lactando durante el último año.
- 6 Mis períodos cesaron después de recibir radioterapia o quimioterapia.
- 55 Mis períodos cesaron por otros motivos: describa [text box]

42. [MENSHIS8] ¿Qué edad tenía cuando tuvo su **última** menstruación?

|__|__| Edad

43. [MENSHIS9] En los **últimos 12 meses**, ¿tuvo algo de lo siguiente? **Marque todas las opciones que correspondan.**

- 0 Sangrado o goteo y manchado entre un período y otro.
- 1 Sangrado o goteo y manchado después de las relaciones sexuales.
- 2 Sangrado abundante durante la menstruación.
- 3 Períodos irregulares en los que la duración del ciclo varía por más de 7 a 9 días.

- 4 Sangrado después de la menopausia.
88 **No** tuve nada de lo anterior.

[PREG] Embarazos

A continuación, le haremos algunas preguntas sobre los embarazos que haya tenido, si alguno.

44. [PREG1] ¿Está embarazada actualmente?

- 1 Sí
0 No

45. [PREG2] ¿Ha estado embarazada alguna vez?

- 1 Sí
0 No

46. [PREG3] ¿Cuántas veces ha estado embarazada? Incluya todos los embarazos en los que los niños nacieron vivos, en los que los niños nacieron muertos o que terminaron en abortos espontáneos. Los gemelos, los trillizos o los embarazos múltiples superiores a tres cuentan como un solo embarazo.

|__|__| Núm. de embarazos

[PREGCONFIRM] Nos dijo que ha estado embarazada [|] [vez/veces], lo cual incluye todos los embarazos en los que los niños nacieron vivos, en los que los niños nacieron muertos o que terminaron en abortos espontáneos.

Si esto **no** es correcto, seleccione el botón “Atrás” [“Back”] para actualizar su respuesta. Si esto es correcto, seleccione el botón “Siguiente” [“Next”] para avanzar.

47. [PREG4] ¿Qué edad tenía cuando comenzó su [1^{er}, 2^o, 3^{er}, 4^o, etc.] embarazo?

|__|__| Edad

48. [PREG5] ¿Cuál fue el desenlace de este embarazo?

- 0 Nacimiento de un niño vivo: un solo bebé
1 Nacimiento de niños vivos: gemelos, trillizos o parto múltiple superior a tres
2 Nacimiento de niño(s) vivo(s) y muerte de uno o más de los bebés de un parto múltiple
3 Aborto espontáneo antes de las 20 semanas
4 Aborto espontáneo después de las 20 semanas
99 Prefiero no responder

49. [PREG6] ¿A cuántos bebés dio a luz? ¿A cuántos bebés dio a luz? En su respuesta, incluya los bebés nacidos vivos y los nacidos muertos.

- 0 Dos (gemelos o mellizos)
1 Tres (trillizos)
2 Cuatro o más

50. [PREG7] ¿Qué tipo de parto fue?

- 0 Por cesárea
- 1 Vaginal

[Texto informativo que se incluirá con ambas preguntas cuando se seleccione la palabra “amamantó”: El uso de un sacaleches para extraer la leche materna, lo que a veces se conoce como “extracción exclusiva”, cuenta como amamantamiento o lactancia.]

51. [PREG8] ¿Amamantó a [este niño o estos niños]? Si amamanta (da el pecho) actualmente, seleccione sí. ¿Amamantó (dio el pecho)? Si amamanta (da el pecho) actualmente, seleccione sí.

- 1 Sí
- 0 No

52. [PREG9] ¿Cuántos meses amamantó a [este niño o estos niños]? Si amamanta actualmente, díganos el número de meses que lleva amamantando hasta ahora. ¿Cuántos meses amamantó? Si amamanta actualmente, díganos el número de meses que lleva amamantando hasta ahora.

|__|__| Núm. de meses que amamantó

53. [PREG10] ¿Le dijo algún médico u otro profesional de la salud que tiene o tuvo **diabetes gestacional** durante este embarazo?

- 1 Sí
- 0 No

54. [PREG11] ¿Le dijo algún médico u otro profesional de la salud que tiene o tuvo **eclampsia o preeclampsia** durante este embarazo? [Una afección médica relacionada es el síndrome HELLP. Si un médico u otro profesional de la salud le dijo alguna vez que tiene síndrome HELLP, responda que “sí”.]

- 1 Sí
- 0 No

[PREGSUMMARY] El siguiente es un resumen de la información que nos dio sobre este embarazo. Si alguna parte de la información es incorrecta, seleccione el botón “Atrás” [“Back”] para actualizar sus respuestas. Si toda la información es correcta, seleccione el botón “Siguiente” [“Next”] para avanzar.

Edad en la que comenzó el embarazo: [Respuesta de la PREG4]

Desenlace del embarazo: [Respuesta de la PREG5]

Número de bebés: [Respuesta de la PREG6]*

Tipo de parto: [Respuesta de la PREG7]*

¿Amamantó (dio el pecho)? [Respuesta de la PREG8]*

Número de meses que amamantó: [Respuesta de la PREG9]*

¿Tuvo diabetes gestacional?: [Respuesta de la PREG10]*

¿Tuvo preeclampsia o eclampsia?: [Respuesta de la PREG11]*

[FERT1] Fertilidad

A continuación, le haremos algunas preguntas sobre sus intentos para quedar embarazada y su uso de medicamentos diseñados para ayudarla a lograrlo.

55. ¿Alguna vez intentó por más de un año quedar embarazada, pero no lo consiguió durante ese tiempo?

- 1 Sí
- 0 No

56. [FERT2] ¿Qué edad tenía cuando intentó durante más de un año quedar embarazada **por primera vez**?

|_|_| Edad

57. [FERT3] ¿Alguna vez buscó asesoría médica cuando intentó por más de un año quedar embarazada?

- 1 Sí
- 0 No

58. [FERT4] Cuando intentó durante más de un año quedar embarazada, ¿sabe cuál fue el problema que le impidió lograrlo? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 0 Obstrucción tubárica
- 1 Problema ovárico u hormonal
- 2 Endometriosis
- 3 Factor de moco cervical
- 4 Infertilidad del cónyuge o pareja
- 5 No se investigó la causa de la infertilidad
- 6 No se encontró ninguna causa
- 55 Otro motivo: describa [text box]

59. [FERT5] ¿Ha usado alguna vez medicamentos para la fertilidad?

- 1 Sí
- 0 No
- 99 Prefiero no responder

60. [FERT6] ¿Ha usado alguna vez cualquiera de los siguientes medicamentos para la fertilidad? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 0 Clomid® (clomifeno)
- 1 Gonadotrofinas, que se suelen llamar “inyectables” u “hormonas inyectables” (como Follistim®, Menopur®, Bravelle® o Gonal-F®)
- 2 Danazol
- 3 Danocrine®
- 4 Gonadotropina coriónica humana (hCG)
- 5 Milophene®
- 6 Lupron Depot®

- 7 Nolvadex® (tamoxifeno)
- 8 Pergonal®
- 9 Serophene®
- 10 Solución nasal de Synarel®
- 55 Otro(s) medicamento(s): describa [text box]
- 88 Ninguno de los anteriores

61. [FERT17] En total, ¿durante cuántos meses o ciclos tomó [MED]?

|__|__| Núm. de meses o ciclos

62. [FERT8] ¿Tuvo alguna vez una **fecundación in vitro (FIV)**?

- 1 Sí
- 0 No

63. [FERT9] En total, ¿cuántas veces o ciclos tuvo **fecundación in vitro (FIV)**?

|__|__| Núm. de veces o ciclos

[HORMED] Medicamentos hormonales o dispositivos anticonceptivos

Las siguientes preguntas tratan sobre su uso de medicamentos hormonales o dispositivos anticonceptivos, como “la píldora” o un anillo vaginal.

64. [HORMED] ¿Ha usado alguna vez cualquiera de los siguientes medicamentos hormonales o dispositivos? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 0 Anticonceptivo oral mixto que incluye una combinación de hormonas (tanto estrógeno como progesterona o gestágeno), que se suele llamar “la píldora”
- 1 Anticonceptivo oral que contiene solo progesterona o solo gestágeno, que se suele llamar “la minipíldora”
- 2 Norplant® (un implante que se introduce debajo de la piel de la parte superior del brazo; dura varios años)
- 3 Depo-Provera® (inyección anticonceptiva que se administra una vez cada tres meses)
- 4 Anillo vaginal (como NuvaRing®, que se introduce por vía vaginal cada mes)
- 5 Parche anticonceptivo (como Ortho Evra, aplicado sobre la piel)
- 6 Dispositivo intrauterino (DIU) de cobre (como Paraguard®)
- 7 DIU hormonal (como Mirena®)
- 55 Otro
- 88 Ninguno de los anteriores

65. [HORMED2] ¿Cuántos años tenía **la primera vez** que usó [MED]?

|__|__| Edad

66. [HORMED3] ¿Usa actualmente [MED]?

- 1 Sí
- 0 No

67. [HORMED4] ¿Cuántos años tenía **la última vez** que usó [MED]?

|__|__| Edad

68. [HORMED5] En total, ¿cuántos meses O años ha usado [MED]?

|__|__| Núm. de meses

O

|__|__| Núm. de años

[MENOHOR] Tratamiento hormonal

La siguiente serie de preguntas trata sobre su uso de hormonas. Algunas razones habituales para usar estas hormonas son el tratamiento de los síntomas de la menopausia, los períodos menstruales irregulares o el sangrado posmenopáusico, y la prevención de enfermedades como la osteoporosis. Incluya todas las hormonas que haya usado por cualquier motivo.

69. ¿Ha usado alguna vez una hormona recetada por un médico u otro profesional de la salud?

1 Sí

0 No

70. [ESTROHOR] ¿Ha tomado alguna vez cualquiera de estos tipos de **hormonas recetadas que contienen solo estrógeno (estrógeno sin oposición)**? Seleccione todas las opciones que correspondan.

0 Medicamento oral que contiene solo estrógeno (como Cenestin®, Estrace®, Femtrace®, Menest®, Ogen® o Premarin®)

1 Parche de medicamento que contiene solo estrógeno (como Estraderm®, Alora® o Climara®)

2 Anillo vaginal (Femring®), crema vaginal (Estrace®) u óvulo vaginal (Vagifem®) que contiene solo estrógeno

3 Medicamento en gel, crema o aerosol para la piel que contiene solo estrógeno (como Divigel®, Elestrin® o EstroGel®)

55 Cualquier otro tipo de medicamento que contiene solo estrógeno: describa [text box]

88 Ninguno de los anteriores

71. [ESTROHOR2] ¿Cuántos años tenía **la primera vez** que usó [MED]?

|__|__| Edad

72. [ESTROHOR3] ¿Usa actualmente [MED]?

1 Sí

0 No

73. [ESTROHOR4] ¿Cuántos años tenía **la última vez** que usó [MED]?

|__|__| Edad

74. [ESTROHOR5] En total, ¿cuántos meses O años ha usado [MED]?

|_|_| Núm. de meses

O

|_|_| Núm. de años

75. [PROGHOR] ¿Ha tomado alguna vez cualquiera de estos tipos de **hormonas recetadas que contienen solo gestágeno**? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 0 Medicamento oral que contiene solo gestágeno (como Provera® o Prometrium®)
- 55 Cualquier otro tipo de medicamento que contiene solo gestágeno o progesterona: describa [text box]
- 88 Ninguno de los anteriores

76. [PROGHOR2] ¿Cuántos años tenía **la primera vez** que usó [MED]?

|_|_| Edad

77. [PROGHOR3] ¿Usa actualmente [MED]?

- 1 Sí
- 0 No

78. [PROGHOR4] ¿Cuántos años tenía **la última vez** que usó [MED]?

|_|_| Edad

79. [PROGHOR5] En total, ¿cuántos meses O años ha usado [MED]?

|_|_| Núm. de meses

O

|_|_| Núm. de años

80. [PROGHOR6_1] ¿Cuántos **días por ciclo** usó esta hormona oral que contiene solo gestágeno?

- 0 Menos de 10 días al mes
- 1 De 10 a 14 días al mes
- 2 De 15 a 19 días al mes
- 3 De 20 a 25 días al mes
- 4 Todos los días

81. [PROGHOR6_2] ¿Cuántos **días por ciclo** usó esta hormona recetada que contiene solo gestágeno o progesterona?

- 0 Menos de 10 días al mes
- 1 De 10 a 14 días al mes
- 2 De 15 a 19 días al mes
- 3 De 20 a 25 días al mes
- 4 Todos los días

82. [COMBHOR] ¿Ha tomado alguna vez cualquiera de estos tipos de **hormonas mixtas recetadas que contienen tanto estrógeno como gestágeno**? Seleccione todas las opciones que correspondan.
- 0 Anticonceptivo oral mixto (píldora) que contiene tanto estrógeno como gestágeno (p. ej., Prempro®, Activella®, Femhrt® o PREFEST®)
 - 1 Dos píldoras individuales, una de estrógeno y otra de gestágeno
 - 55 Cualquier otro tipo de hormonas mixtas recetadas que contienen estrógeno y gestágeno (como el parche [Climara-Pro®], otras pastillas o cremas): describa [text box]
 - 88 Ninguno de los anteriores
83. [COMBHOR2] ¿Cuántos años tenía **la primera vez** que usó [MED]?
- |_|_| Edad
84. [COMBHOR3] ¿Usa actualmente [MED]?
- 1 Sí
 - 0 No
85. [COMBHOR4] ¿Cuántos años tenía **la última vez** que usó [MED]?
- |_|_| Edad
86. [COMBHOR5] En total, ¿cuántos meses O años ha usado [MED]?
- |_|_| Núm. de meses
- O
- |_|_| Núm. de años
87. [COMBHOR6] ¿Cuántos **días por ciclo** tomó un **anticonceptivo oral mixto (píldora) que contiene tanto estrógeno como gestágeno**?
- 0 Menos de 10 días al mes
 - 1 De 10 a 14 días al mes
 - 2 De 15 a 19 días al mes
 - 3 De 20 a 25 días al mes
 - 4 Todos los días
88. [SEPHOR] ¿Cuántos **días por ciclo** tomó **dos píldoras individuales**, una de estrógeno y otra de gestágeno?
- 0 Menos de 10 días al mes
 - 1 De 10 a 14 días al mes
 - 2 De 15 a 19 días al mes
 - 3 De 20 a 25 días al mes
 - 4 Todos los días
89. [SEPHOR2] ¿Cuántos **días por ciclo** usó este otro tipo de hormonas mixtas recetadas que contienen estrógeno y gestágeno?

- 0 Menos de 10 días al mes
- 1 De 10 a 14 días al mes
- 2 De 15 a 19 días al mes
- 3 De 20 a 25 días al mes
- 4 Todos los días

[TESTHER_INTRO] Testosterona y otros tratamientos hormonales

90. [TESTTHER] ¿Ha usado alguna vez un **tratamiento con testosterona** (p. ej., Depo-Testosterone®, Androgel®, Testim®, Fortesta®, Axiron®, Androderm®, Striant®)?

- 1 Sí
- 0 No

91. [TESTTHER2] ¿Qué formulaciones de testosterona ha usado? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 0 Gel o crema
- 1 Inyección
- 2 Parche cutáneo
- 3 Pastillas
- 4 Chicle o parche en el interior de la mejilla
- 5 Implante de liberación lenta (cilindros de testosterona)

92. [TESTTHER3] ¿Cuántos años tenía **la primera vez** que usó un tratamiento con testosterona?

|_|_| Edad

93. [TESTTHER4] ¿Con qué frecuencia usó el tratamiento con testosterona? Si actualmente usa tratamiento con testosterona, ¿con qué frecuencia lo usa?

- 0 Varias veces al día
- 1 A diario
- 2 Cada unos cuantos días
- 3 Una vez a la semana
- 4 Pocas veces al mes
- 5 Rara vez

94. [TESTTHER5] ¿Cuántos años tenía la **última vez** que usó tratamiento con testosterona? Si recibe tratamiento con testosterona actualmente, anote su edad actual.

|_|_| Edad

95. [PRESHOR] ¿Ha tomado alguna vez otro(s) tipo(s) de hormonas (como las bioidénticas) con receta o de venta libre?

- 1 Sí
- 0 No

96. [PRESHOR2] ¿Qué otro(s) tipo(s) de hormonas tomó?

Edad	Sexo	Profesión	Religión	Estado Civil	Formación	Idioma	Residencia	Forma de Vida	Forma de Pensamiento	Forma de Sentimiento	Forma de Acción
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

1	Sí
0	No

Edad	Sexo	Profesión	Religión	Estado Civil	Forma de Vida	Forma de Pensamiento	Forma de Sentimiento	Forma de Acción
1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21	21	21	21
22	22	22	22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24	24	24	24
25	25	25	25	25	25	25	25	25
26	26	26	26	26	26	26	26	26
27	27	27	27	27	27	27	27	27
28	28	28	28	28	28	28	28	28
29	29	29	29	29	29	29	29	29
30	30	30	30	30	30	30	30	30
31	31	31	31	31	31	31	31	31
32	32	32	32	32	32	32	32	32
33	33	33	33	33	33	33	33	33
34	34	34	34	34	34	34	34	34
35	35	35	35	35	35	35	35	35
36	36	36	36	36	36	36	36	36
37	37	37	37	37	37	37	37	37
38	38	38	38	38	38	38	38	38
39	39	39	39	39	39	39	39	39
40	40	40	40	40	40	40	40	40
41	41	41	41	41	41	41	41	41
42	42	42	42	42	42	42	42	42
43	43	43	43	43	43	43	43	43
44	44	44	44	44	44	44	44	44
45	45	45	45	45	45	45	45	45
46	46	46	46	46	46	46	46	46
47	47	47	47	47	47	47	47	47
48	48	48	48	48	48	48	48	48
49	49	49	49	49	49	49	49	49
50	50	50	50	50	50	50	50	50
51	51	51	51	51	51	51	51	51
52	52	52	52	52				

|_|_| Núm. de meses

O

		Núm. de años
1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12
13	14	15
16	17	18
19	20	21
22	23	24
25	26	27
28	29	30
31	32	33
34	35	36
37	38	39
40	41	42
43	44	45
46	47	48
49	50	51
52	53	54
55	56	57
58	59	60
61	62	63
64	65	66
67	68	69
70	71	72
73	74	75
76	77	78
79	80	81
82	83	84
85	86	87
88	89	90
91	92	93
94	95	96
97	98	99
100	101	102
103	104	105
106	107	108
109	110	111
112	113	114
115	116	117
118	119	120
121	122	123
124	125	126
127	128	129
130	131	132
133	134	135
136	137	138
139	140	141
142	143	144
145	146	147
148	149	150
151	152	153
154	155	156
157	158	159
160	161	162
163	164	165
166	167	168
169	170	171
172	173	174
175	176	177
178	179	180
181	182	183
184	185	186
187	188	189
190	191	192
193	194	195
196	197	198
199	200	201
202	203	204
205	206	207
208	209	210
211	212	213
214	215	216
217	218	219
220	221	222
223	224	225
226	227	228
229	230	231
232	233	234
235	236	237
238	239	240
241	242	243
244	245	246
247	248	249
250	251	252
253	254	255
256	257	258
259	260	261
262	263	264
265	266	267
268	269	270
271	272	273
274	275	276
277	278	279
280	281	282
283	284	285
286	287	288
289	290	291
292	293	294
295	296	297
298	299	300
301	302	303
304	305	306
307	308	309
310	311	312
313	314	315
316	317	318
319	320	321
322	323	324
325	326	327
328	329	330
331	332	333
334	335	336
337	338	339
340	341	342
343	344	345
346	347	348
349	350	351
352	353	354
355	356	357
358	359	360
361	362	363
364	365	366
367		

A continuación, le haremos preguntas sobre distintos tipos de actividades físicas. Nos interesan las actividades que realiza durante un día habitual, incluso en el trabajo o en el hogar. También nos interesan las actividades que realiza en específico para hacer ejercicio o por diversión.

[WORKACT] Actividad física en el trabajo

[illegible]

[illegible]

[INTROSITTING] Estar sentado

Las siguientes preguntas tratan sobre el tiempo que pasó fuera del trabajo en los **últimos 12 meses**.

102. [SITTING] Durante **los últimos 12 meses**, ¿aproximadamente cuántas **horas pasó al día** habitualmente realizando cada una de las siguientes actividades fuera del trabajo?

[illegible]

películas u otros tipos de video en un televisor, una tableta electrónica, un teléfono o una computadora										
[SITTINGC] Sentarse y navegar en Internet, jugar videojuegos, usar las redes sociales o cualquier otra aplicación o programa en una tableta electrónica, un teléfono, una computadora o un televisor	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
[SITTINGD] Otros momentos de estar sentado fuera del trabajo (como para leer, hacer manualidades y pasatiempos)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

[HOUSE1] Tareas domésticas, cuidado de otras personas y compras

103. Durante **los últimos 12 meses**, ¿con qué frecuencia realizó cada una de las siguientes actividades domésticas o de compra fuera del trabajo?

	Nunca	Una vez al mes o menos	De 2 a 3 días al mes	De 1 a 2 días por semana	De 3 a 4 días por semana	De 5 a 6 días por semana	Todos los días
	44	0	1	2	3	4	5
[HOUSE1A] Tareas domésticas ligeras (como cocinar, poner las cosas en su lugar, lavar la ropa o quitar el polvo)	■	■	■	■	■	■	■
[HOUSE1B] Tareas domésticas de moderadas a enérgicas (como pasar la aspiradora o barrer)	■	■	■	■	■	■	■
[HOUSE1C] Cuidar mascotas (alimentarlas, jugar con ellas, asearlas o cepillarlas, pasear perros)	■	■	■	■	■	■	■
[HOUSE1D] Cuidar de niños o adultos (cargarlos, bañarlos, empujar un cochecito, una carriola o una silla de ruedas)	■	■	■	■	■	■	■

[HOUSE1E] Caminar mientras hace las compras o los mandados (no cuente caminar para hacer ejercicio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

104. [HOUSE2] Los días en que realizó [esta(s)] [actividad(es)] doméstica(s) o de compras, ¿aproximadamente cuánto **tiempo** pasó **al día** haciendo [esta actividad o cada actividad]?

	15 minutos o menos	De 16 a 30 minutos	De 31 a 44 minutos	De 45 a 59 minutos	1 hora	2 horas	3 horas o más
	0	1	2	3	4	5	6
[HOUSE2A] Tareas domésticas ligeras (como cocinar, poner las cosas en su lugar, lavar la ropa o quitar el polvo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[HOUSE2B] Tareas domésticas de moderadas a energéticas (como pasar la aspiradora o barrer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[HOUSE2C] Cuidar mascotas (alimentarlas, jugar con ellas, asearlas o cepillarlas, pasear perros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[HOUSE2D] Cuidar de niños o adultos (cargarlos, bañarlos, empujar un cochecito, una carriola o una silla de ruedas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[HOUSE2E] Caminar mientras hace las compras o los mandados (no cuente caminar para hacer ejercicio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[LAWN] Césped, jardín y reparaciones en el hogar

105. [LAWN1] Durante **los últimos 12 meses**, ¿hizo alguna de las siguientes actividades fuera del trabajo? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 0 Tareas moderadas al aire libre (como deshierbar, barrer hojas o cortar el césped)
- 1 Tareas energéticas al aire libre (como cavar, acarrear madera o palear nieve)
- 2 Reparaciones en el hogar (como pintar, hacer trabajos de plomería o cambiar alfombras)
- 88 **No** he realizado ninguna de estas actividades

106. [LAWN2A] ¿En qué estación(es) del año realizó estas **tareas moderadas al aire libre (como deshierbar, barrer hojas o cortar el césped)**? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 0 Invierno
- 1 Primavera
- 2 Verano
- 3 Otoño

107. [LAWN3A] Durante la(s) estación(es) de los **últimos 12 meses** en que realizó estas tareas moderadas al aire libre (como deshierbar, barrer hojas o cortar el césped), ¿aproximadamente con qué frecuencia realizó estas tareas fuera del trabajo?
- 0 Una vez al mes o menos
 - 1 De 2 a 3 días al mes
 - 2 De 1 a 2 días por semana
 - 3 De 3 a 4 días por semana
 - 4 De 5 a 6 días por semana
 - 5 Todos los días
108. [LAWN4A] Los días en que realizó estas tareas moderadas al aire libre (como deshierbar, barrer hojas o cortar el césped) fuera del trabajo, ¿aproximadamente **cuánto tiempo** pasó **al día** haciendo estas tareas?
- 0 15 minutos o menos
 - 1 De 16 a 30 minutos
 - 2 De 31 a 44 minutos
 - 3 De 45 a 59 minutos
 - 4 1 hora
 - 5 2 horas
 - 6 3 horas o más
109. [LAWN2B] ¿En qué estación(es) del año realizó estas **tareas enérgicas al aire libre (como cavar, acarrear madera o palear nieve)**? Seleccione todas las opciones que correspondan.
- 0 Invierno
 - 1 Primavera
 - 2 Verano
 - 3 Otoño
110. [LAWN3B] Durante la(s) estación(es) de los **últimos 12 meses** en que realizó estas tareas enérgicas al aire libre (como cavar, acarrear madera o palear nieve), ¿aproximadamente con qué frecuencia realizó estas tareas fuera del trabajo?
- 0 Una vez al mes o menos
 - 1 De 2 a 3 días al mes
 - 2 De 1 a 2 días por semana
 - 3 De 3 a 4 días por semana
 - 4 De 5 a 6 días por semana
 - 5 Todos los días
111. [LAWN4B] Los días en que realizó estas tareas enérgicas al aire libre (como cavar, acarrear madera o palear nieve) fuera del trabajo, ¿aproximadamente **cuánto tiempo** pasó **al día** haciendo estas tareas?
- 0 15 minutos o menos
 - 1 De 16 a 30 minutos
 - 2 De 31 a 44 minutos
 - 3 De 45 a 59 minutos
 - 4 1 hora
 - 5 2 horas

6 3 horas o más

112. [LAWN2C] ¿En qué estación(es) del año realizó estas **reparaciones en el hogar (como pintar, hacer trabajos de plomería o cambiar alfombras)**? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 0 Invierno
- 1 Primavera
- 2 Verano
- 3 Otoño

113. [LAWN3C] Durante la(s) estación(es) del año de los **últimos 12 meses** en que realizó estas reparaciones en el hogar (como pintar, hacer trabajos de plomería o cambiar alfombras), ¿aproximadamente con qué frecuencia realizó estas reparaciones fuera del trabajo?

- 0 Una vez al mes o menos
- 1 De 2 a 3 días al mes
- 2 De 1 a 2 días por semana
- 3 De 3 a 4 días por semana
- 4 De 5 a 6 días por semana
- 5 Todos los días

114. [LAWN4C] Los días en que hizo estas reparaciones en el hogar (como pintar, hacer trabajos de plomería o cambiar alfombras) fuera del trabajo, ¿aproximadamente **cuánto tiempo pasó al día** haciendo estas reparaciones?

- 0 15 minutos o menos
- 1 De 16 a 30 minutos
- 2 De 31 a 44 minutos
- 3 De 45 a 59 minutos
- 4 1 hora
- 5 2 horas
- 6 3 horas o más

[EXEREC1] Ejercicio y recreación (ocio)

115. Durante **los últimos 12 meses**, ¿hizo alguno de los siguientes ejercicios o actividades recreativas? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 0 Caminar o hacer senderismo como ejercicio
- 1 Trotar o correr
- 2 Jugar al tenis, *squash* o ráquetbol
- 3 Jugar al golf
- 4 Hacer vueltas de natación (largos de piscina)
- 5 Montar en bicicleta (incluso una bicicleta fija)
- 6 Ejercicios de fortalecimiento, como levantamiento de pesas, uso de máquinas de pesas o calistenia (como abdominales o lagartijas [flexión de brazos])
- 7 Yoga, pilates o taichí
- 8 Artes marciales (como el karate o el yudo)
- 9 Danza

- 10 Esquí alpino o *snowboarding*
- 11 Esquí de fondo
- 12 Surfear o *bodyboarding*
- 13 Entrenamiento en circuito de alta intensidad (como P90x® o CrossFit®)
- 55 Otro ejercicio
- 88 **No** he realizado ninguna de estas actividades

116. [EXEREC2A] ¿En qué estación(es) del año **caminó o hizo senderismo como ejercicio**?
Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 0 Invierno
- 1 Primavera
- 2 Verano
- 3 Otoño

117. [EXEREC3A] Durante la(s) estación(es) de los **últimos 12 meses** en que caminó o hizo senderismo como ejercicio, ¿aproximadamente con qué frecuencia realizó esta actividad?

- 0 Una vez al mes o menos
- 1 De 2 a 3 días al mes
- 2 De 1 a 2 días por semana
- 3 De 3 a 4 días por semana
- 4 De 5 a 6 días por semana
- 5 Todos los días

118. [EXEREC4A] Los días en que caminó o hizo senderismo como ejercicio, ¿aproximadamente **cuánto tiempo** pasó **al día** realizando esta actividad?

- 0 15 minutos o menos
- 1 De 16 a 30 minutos
- 2 De 31 a 44 minutos
- 3 De 45 a 59 minutos
- 4 1 hora
- 5 2 horas
- 6 3 horas o más

119. [EXEREC2B] ¿En qué estación(es) del año **trotó o corrió**? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 0 Invierno
- 1 Primavera
- 2 Verano
- 3 Otoño

120. [EXEREC3B] Durante la(s) estación(es) de los **últimos 12 meses** en que trotó o corrió, ¿aproximadamente con qué frecuencia realizó esta actividad?

- 0 Una vez al mes o menos
- 1 De 2 a 3 días al mes
- 2 De 1 a 2 días por semana

- 3 De 3 a 4 días por semana
- 4 De 5 a 6 días por semana
- 5 Todos los días

121. [EXEREC4B] Los días en que trotó o corrió, ¿aproximadamente **cuánto tiempo** pasó **al día** realizando esta actividad?

- 0 15 minutos o menos
- 1 De 16 a 30 minutos
- 2 De 31 a 44 minutos
- 3 De 45 a 59 minutos
- 4 1 hora
- 5 2 horas
- 6 3 horas o más

122. [EXEREC2C] ¿En qué estación(es) del año **jugó al tenis, squash o ráquetbol**? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 0 Invierno
- 1 Primavera
- 2 Verano
- 3 Otoño

123. [EXEREC3C] Durante la(s) estación(es) de los **últimos 12 meses** en que jugó al tenis, *squash* o ráquetbol, ¿aproximadamente con qué frecuencia realizó esta actividad?

- 0 Una vez al mes o menos
- 1 De 2 a 3 días al mes
- 2 De 1 a 2 días por semana
- 3 De 3 a 4 días por semana
- 4 De 5 a 6 días por semana
- 5 Todos los días

124. [EXEREC4C] Los días en que jugó al tenis, *squash* o ráquetbol, ¿aproximadamente **cuánto tiempo** pasó **al día** realizando esta actividad?

- 0 15 minutos o menos
- 1 De 16 a 30 minutos
- 2 De 31 a 44 minutos
- 3 De 45 a 59 minutos
- 4 1 hora
- 5 2 horas
- 6 3 horas o más

125. [EXEREC2D] ¿En qué estación(es) del año **jugó al golf**? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 0 Invierno
- 1 Primavera

- 2 Verano
- 3 Otoño

126. [EXEREC3D] Durante la(s) estación(es) de los **últimos 12 meses** en que jugó al golf, ¿aproximadamente con qué frecuencia realizó esta actividad?

- 0 Una vez al mes o menos
- 1 De 2 a 3 días al mes
- 2 De 1 a 2 días por semana
- 3 De 3 a 4 días por semana
- 4 De 5 a 6 días por semana
- 5 Todos los días

127. [EXEREC4D] Los días en que jugó al golf, ¿aproximadamente **cuánto tiempo** pasó **al día** realizando esta actividad?

- 0 15 minutos o menos
- 1 De 16 a 30 minutos
- 2 De 31 a 44 minutos
- 3 De 45 a 59 minutos
- 4 1 hora
- 5 2 horas
- 6 3 horas o más

128. [EXEREC2E] ¿En qué estación(es) del año **dio vueltas de natación (hizo largos de piscina)**?
Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 0 Invierno
- 1 Primavera
- 2 Verano
- 3 Otoño

129. [EXEREC3E] Durante la(s) estación(es) de los **últimos 12 meses** en que dio vueltas de natación (hizo largos de piscina), ¿aproximadamente con qué frecuencia realizó esta actividad?

- 0 Una vez al mes o menos
- 1 De 2 a 3 días al mes
- 2 De 1 a 2 días por semana
- 3 De 3 a 4 días por semana
- 4 De 5 a 6 días por semana
- 5 Todos los días

130. [EXEREC4E] Los días en que dio vueltas de natación (hizo largos de piscina), ¿aproximadamente **cuánto tiempo** pasó **al día** realizando esta actividad?

- 0 15 minutos o menos
- 1 De 16 a 30 minutos
- 2 De 31 a 44 minutos
- 3 De 45 a 59 minutos

- 4 1 hora
- 5 2 horas
- 6 3 horas o más

131. [EXEREC2F] ¿En qué estación(es) del año **montó en bicicleta (incluso la bicicleta fija)**?

Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 0 Invierno
- 1 Primavera
- 2 Verano
- 3 Otoño

132. [EXEREC3F] Durante la(s) estación(es) de los **últimos 12 meses** en que montó en bicicleta (incluso la bicicleta fija), ¿aproximadamente con qué frecuencia realizó esta actividad?

- 0 Una vez al mes o menos
- 1 De 2 a 3 días al mes
- 2 De 1 a 2 días por semana
- 3 De 3 a 4 días por semana
- 4 De 5 a 6 días por semana
- 5 Todos los días

133. [EXEREC4F] Los días en que montó en bicicleta (incluso la bicicleta fija), ¿aproximadamente **cuánto tiempo** pasó **al día** realizando esta actividad?

- 0 15 minutos o menos
- 1 De 16 a 30 minutos
- 2 De 31 a 44 minutos
- 3 De 45 a 59 minutos
- 4 1 hora
- 5 2 horas
- 6 3 horas o más

134. [EXEREC2G] ¿En qué estación(es) del año realizó **ejercicios de fortalecimiento, como levantamiento de pesas, uso de máquinas de pesas o calistenia (como abdominales o lagartijas [flexión de brazos])**? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 0 Invierno
- 1 Primavera
- 2 Verano
- 3 Otoño

135. [EXEREC3G] Durante la(s) estación(es) de los **últimos 12 meses** en que hizo ejercicios de fortalecimiento, como levantamiento de pesas, uso de máquinas de pesas o calistenia (como abdominales o lagartijas [flexión de brazos]), ¿aproximadamente con qué frecuencia realizó esta actividad?

- 0 Una vez al mes o menos

- 1 De 2 a 3 días al mes
- 2 De 1 a 2 días por semana
- 3 De 3 a 4 días por semana
- 4 De 5 a 6 días por semana
- 5 Todos los días

136. [EXEREC4G] Los días en que realizó ejercicios de fortalecimiento, como levantamiento de pesas, uso de máquinas de pesas o calistenia (como abdominales o lagartijas [flexión de brazos]), ¿aproximadamente **cuánto tiempo** pasó **al día** realizando esta actividad?

- 0 15 minutos o menos
- 1 De 16 a 30 minutos
- 2 De 31 a 44 minutos
- 3 De 45 a 59 minutos
- 4 1 hora
- 5 2 horas
- 6 3 horas o más

137. [EXEREC2H] ¿En qué estación(es) del año hizo **yoga, pilates o taichí**? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 0 Invierno
- 1 Primavera
- 2 Verano
- 3 Otoño

138. [EXEREC3H] Durante la(s) estación(es) de los **últimos 12 meses** en que hizo yoga, pilates o taichí, ¿aproximadamente con qué frecuencia realizó esta actividad?

- 0 Una vez al mes o menos
- 1 De 2 a 3 días al mes
- 2 De 1 a 2 días por semana
- 3 De 3 a 4 días por semana
- 4 De 5 a 6 días por semana
- 5 Todos los días

139. [EXEREC4H] Los días en que hizo yoga, pilates o taichí, ¿aproximadamente **cuánto tiempo** pasó **al día** realizando esta actividad?

- 0 15 minutos o menos
- 1 De 16 a 30 minutos
- 2 De 31 a 44 minutos
- 3 De 45 a 59 minutos
- 4 1 hora
- 5 2 horas
- 6 3 horas o más

140. [EXEREC2I] ¿En qué estación(es) del año practicó **artes marciales (como el karate o el yudo)**?

Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 0 Invierno
- 1 Primavera
- 2 Verano
- 3 Otoño

141. [EXEREC3I] Durante la(s) estación(es) de los **últimos 12 meses** en que practicó artes marciales (como el karate o el yudo), ¿aproximadamente con qué frecuencia realizó esta actividad?

- 0 Una vez al mes o menos
- 1 De 2 a 3 días al mes
- 2 De 1 a 2 días por semana
- 3 De 3 a 4 días por semana
- 4 De 5 a 6 días por semana
- 5 Todos los días

142. [EXEREC4I] Los días en que practicó artes marciales (como el karate, yudo, etc.), ¿aproximadamente **cuánto tiempo** pasó **al día** realizando esta actividad?

- 0 15 minutos o menos
- 1 De 16 a 30 minutos
- 2 De 31 a 44 minutos
- 3 De 45 a 59 minutos
- 4 1 hora
- 5 2 horas
- 6 3 horas o más

143. [EXEREC2J] ¿En qué estación(es) del año **practicó danza**? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 0 Invierno
- 1 Primavera
- 2 Verano
- 3 Otoño

144. [EXEREC3J] Durante la(s) estación(es) de los **últimos 12 meses** en que practicó danza, ¿aproximadamente con qué frecuencia realizó esta actividad?

- 0 Una vez al mes o menos
- 1 De 2 a 3 días al mes
- 2 De 1 a 2 días por semana
- 3 De 3 a 4 días por semana
- 4 De 5 a 6 días por semana
- 5 Todos los días

145. [EXEREC4J] Los días en que practicó danza, ¿aproximadamente **cuánto tiempo** pasó **al día** realizando esta actividad?

- 0 15 minutos o menos
- 1 De 16 a 30 minutos
- 2 De 31 a 44 minutos
- 3 De 45 a 59 minutos
- 4 1 hora
- 5 2 horas
- 6 3 horas o más

146. [EXEREC2K] ¿En qué estación(es) del año practicó **esquí alpino o snowboarding**? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 0 Invierno
- 1 Primavera
- 2 Verano
- 3 Otoño

147. [EXEREC3K] Durante la(s) estación(es) de los **últimos 12 meses** en que practicó esquí alpino o *snowboarding*, ¿aproximadamente con qué frecuencia realizó esta actividad?

- 0 Una vez al mes o menos
- 1 De 2 a 3 días al mes
- 2 De 1 a 2 días por semana
- 3 De 3 a 4 días por semana
- 4 De 5 a 6 días por semana
- 5 Todos los días

148. [EXEREC4K] Los días en que practicó esquí alpino o *snowboarding*, ¿aproximadamente **cuánto tiempo** pasó **al día** realizando esta actividad?

- 0 15 minutos o menos
- 1 De 16 a 30 minutos
- 2 De 31 a 44 minutos
- 3 De 45 a 59 minutos
- 4 1 hora
- 5 2 horas
- 6 3 horas o más

149. [EXEREC2L] ¿En qué estación(es) del año practicó **esquí de fondo**? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 0 Invierno
- 1 Primavera
- 2 Verano
- 3 Otoño

150. [EXEREC3L] Durante la(s) estación(es) de los **últimos 12 meses** en que practicó el esquí de fondo, ¿aproximadamente con qué frecuencia realizó esta actividad?

- 0 Una vez al mes o menos
- 1 De 2 a 3 días al mes
- 2 De 1 a 2 días por semana
- 3 De 3 a 4 días por semana
- 4 De 5 a 6 días por semana
- 5 Todos los días

151. [EXEREC4L] Los días en que practicó esquí de fondo, ¿aproximadamente **cuánto tiempo** pasó **al día** realizando esta actividad?

- 0 15 minutos o menos
- 1 De 16 a 30 minutos
- 2 De 31 a 44 minutos
- 3 De 45 a 59 minutos
- 4 1 hora
- 5 2 horas
- 6 3 horas o más

152. [EXEREC2M] ¿En qué estación(es) del año **surfeó o practicó *bodyboarding***? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 0 Invierno
- 1 Primavera
- 2 Verano
- 3 Otoño

153. [EXEREC3M] Durante la(s) estación(es) de los **últimos 12 meses** en que surfeó o practicó *bodyboarding*, ¿aproximadamente con qué frecuencia realizó esta actividad?

- 0 Una vez al mes o menos
- 1 De 2 a 3 días al mes
- 2 De 1 a 2 días por semana
- 3 De 3 a 4 días por semana
- 4 De 5 a 6 días por semana
- 5 Todos los días

154. [EXEREC4M] Los días en que surfeó o practicó *bodyboarding*, ¿aproximadamente **cuánto tiempo** pasó **al día** realizando esta actividad?

- 0 15 minutos o menos
- 1 De 16 a 30 minutos
- 2 De 31 a 44 minutos
- 3 De 45 a 59 minutos
- 4 1 hora
- 5 2 horas

6 3 horas o más

155. [EXEREC2N] ¿En qué estación(es) del año **entrenó en circuito de alta intensidad (como P90x® o CrossFit®)**? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 0 Invierno
- 1 Primavera
- 2 Verano
- 3 Otoño

156. [EXEREC3N] Durante la(s) estación(es) de los **últimos 12 meses** en que entrenó en circuito de alta intensidad (como P90x® o CrossFit®), ¿aproximadamente con qué frecuencia realizó esta actividad?

- 0 Una vez al mes o menos
- 1 De 2 a 3 días al mes
- 2 De 1 a 2 días por semana
- 3 De 3 a 4 días por semana
- 4 De 5 a 6 días por semana
- 5 Todos los días

157. [EXEREC4N] Los días en que entrenó en circuito de alta intensidad (como P90x®, CrossFit®, etc.), ¿aproximadamente **cuánto tiempo** pasó **al día** realizando esta actividad?

- 0 15 minutos o menos
- 1 De 16 a 30 minutos
- 2 De 31 a 44 minutos
- 3 De 45 a 59 minutos
- 4 1 hora
- 5 2 horas
- 6 3 horas o más

158. [EXEREC2O] ¿En qué estación(es) del año hizo **otro ejercicio**? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 0 Invierno
- 1 Primavera
- 2 Verano
- 3 Otoño

159. [EXEREC3O] Durante la(s) estación(es) de los **últimos 12 meses** en que hizo otro ejercicio, ¿aproximadamente con qué frecuencia realizó esta actividad?

- 0 Una vez al mes o menos
- 1 De 2 a 3 días al mes
- 2 De 1 a 2 días por semana
- 3 De 3 a 4 días por semana
- 4 De 5 a 6 días por semana

5 Todos los días

160. [EXEREC4O] Los días en que hizo otro ejercicio, ¿aproximadamente **cuánto tiempo** pasó **al día** realizando esta actividad?

- 0 15 minutos o menos
- 1 De 16 a 30 minutos
- 2 De 31 a 44 minutos
- 3 De 45 a 59 minutos
- 4 1 hora
- 5 2 horas
- 6 3 horas o más

Sueño [SECTION 4]

Por último, le haremos algunas preguntas sobre el sueño, incluso sobre su horario habitual de sueño y sus hábitos de sueño.

Si está embarazada actualmente o lo estuvo el año pasado, responda a las siguientes preguntas con información del tiempo **anterior a que estuviera embarazada**.

[SLEEPSCHA] Horario de sueño

161. Durante una semana habitual, ¿determina su horario de sueño según su trabajo, la escuela u otras actividades?

- 1 Sí
- 0 No

162. [SLEEPSCHB] ¿Cuántos **días a la semana** determina su horario de sueño según su trabajo, la escuela u otras actividades?

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

[INTROSLESCH1] Horario habitual de sueño en días laborables

Nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre su horario de sueño en días laborables, los cuales incluyen los días en los que realiza cualquier tipo de trabajo que tiene un horario, como el trabajo remunerado fuera de casa o el trabajo de ama de casa.

Nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre su horario de sueño. Responda a estas preguntas al pensar en su día habitual.

163. [SLEEP1A] ¿A qué hora suele irse a acostar en [las noches anteriores a los días laborables o en la mayoría de los días]? Díganos a qué hora se suele meter en la cama, **no a qué hora suele quedarse dormido**. Si está usando un teléfono o una tableta, pulse el recuadro gris para poner su respuesta.

HH:MM A. M. / P. M.

164. [SLEEP1D] En [las noches anteriores a los días laborables o en la mayoría de las noches], ¿cuánto tiempo suele tardarse en quedarse dormido?

|__|__| Núm. de horas |__|__| Núm. de minutos

165. [SLEEP1F] ¿A qué hora suele despertarse en [los días laborables o en la mayoría de los días]? Seleccione su respuesta al usar las opciones de la lista desplegable a continuación. Si está usando un teléfono o una tableta, pulse el recuadro gris para poner su respuesta.

HH:MM A. M. / P. M.

166. [SLEEP1I] En [los días laborables o en la mayoría de los días], ¿cuánto tiempo suele quedarse en la cama después de despertarse antes de levantarse?

|__|__| Núm. de horas |__|__| Núm. de minutos

167. [SLEEP1K] ¿Usa un despertador para despertarse en [los días laborables o en la mayoría de los días]?

1 Sí
0 No

168. [SLEEP1L] En [los días laborables o en la mayoría de los días], ¿se despierta antes de que suene el despertador?

1 Sí
0 No

169. [SLEEP1M] La exposición a la luz solar natural puede afectar sus patrones del sueño. Durante un [día laborable o un día] habitual, ¿cuánto tiempo pasa al aire libre bajo la luz directa del sol?

|__|__| Núm. de horas |__|__| Núm. de minutos

[INTROSLESCH2] Días no laborables

A continuación, le haremos preguntas sobre su horario de sueño en los días no laborables, que son los días en los que no sigue su horario habitual de día de trabajo.

170. [SLEEP2A] ¿A qué hora suele irse a acostar en las noches anteriores a los días no laborables? Díganos la hora a la que suele meterse en la cama, **no la hora a la que suele quedarse dormido**. Si está usando un teléfono o una tableta, pulse el recuadro gris para poner su respuesta.

HH:MM A. M. / P. M.

171. [SLEEP2D] En las noches anteriores a los días no laborables, ¿cuánto tiempo suele tardarse en quedarse dormido?

|__|__| Núm. de horas |__|__| Núm. de minutos

172. [SLEEP2F] ¿A qué hora suele despertarse en los días no laborables? Si está usando un teléfono o una tableta, pulse el recuadro gris para poner su respuesta.

HH:MM A. M. / P. M.

173. [SLEEP2I] En los días no laborables, ¿cuánto tiempo suele quedarse en la cama después de despertarse, antes de levantarse?

|__|__| Núm. de horas |__|__| Núm. de minutos

174. [SLEEP2K] ¿Usa un despertador para despertarse en los días no laborables?

1 Sí
0 No

175. [SLEEP2L] En los días no laborables, ¿se despierta antes de que suene el despertador?

1 Sí
0 No

176. [SLEEP2M] En los días no laborables, ¿puede elegir la hora a la que se va a dormir y a la que se despierta? Algunas de las razones por las que tal vez no pueda elegir la hora de irse a dormir y la hora de despertarse son los niños, las mascotas u otras actividades no laborales.

1 Sí
0 No

177. [SLEEP2N] La exposición a la luz solar natural puede afectar sus patrones del sueño. Durante un día no laborable habitual, ¿cuánto tiempo pasa al aire libre bajo la luz solar directa?

|__|__| Núm. de horas |__|__| Núm. de minutos

[SLEEPHABITS] Hábitos del sueño

Las siguientes preguntas tratan sobre sus hábitos de sueño generales.

178. [SLHABIT1] Al pensar en las **últimas cuatro semanas**, elija las respuestas que mejor describan su sueño.

	0 No	1 Sí, menos de 1 vez por semana	2 Sí, 1 o 2 veces por semana	3 Sí, 3 o 4 veces por semana	4 Sí, 5 o más veces por semana
[SLHABIT1A] ¿Se le dificultó conciliar el sueño (quedarse dormido)?	■	■	■	■	■
[SLHABIT1B] ¿Se despertó varias veces por noche?	■	■	■	■	■
[SLHABIT1C] ¿Se despertó antes de lo que tenía previsto?	■	■	■	■	■
[SLHABIT1D] ¿Se le dificultó volver a quedarse dormido después de despertarse antes de lo previsto?	■	■	■	■	■
[SLHABIT1E] ¿Tomó pastillas para dormir (somníferos) con receta o de venta libre para conciliar el sueño?	■	■	■	■	■
[SLHABIT1F] ¿Tuvo problemas para dormir que lo hicieron sentir irritable (que se molestara fácilmente)?	■	■	■	■	■
[SLHABIT1G] ¿Se sintió muy cansado durante el día?	■	■	■	■	■

179. [SLHABIT2] En general, ¿cómo fue su sueño en una noche habitual durante las **últimas cuatro semanas**?

- 0 Muy profundo o tranquilo
- 1 Profundo y tranquilo
- 2 De calidad promedio
- 3 No dormí bien
- 4 Dormí muy mal

180. [SLHABIT3] ¿Cuál es la probabilidad de que cabecee o se quede dormido (no solo de que “se sienta cansado”) en cada una de las siguientes situaciones? Si nunca o casi nunca se encuentra en esa situación, dé su mejor aproximación de lo que ocurriría.

	0 Ninguna probabilidad	1 Una probabilidad baja	2 Una probabilidad moderada	3 Una probabilidad alta
[SLHABIT3A] Sentarse y leer	■	■	■	■
[SLHABIT3B] Ver la televisión	■	■	■	■
[SLHABIT3C] Sentarse inactivo en un lugar público (como en un teatro o en una reunión)	■	■	■	■
[SLHABIT3D] Viajar como pasajero en un automóvil durante una hora sin parar	■	■	■	■
[SLHABIT3E] Acostarse a descansar por la tarde	■	■	■	■
[SLHABIT3F] Sentarse y hablar con alguien	■	■	■	■
[SLHABIT3G] Sentarse tranquilo después de un almuerzo en el que no tomó bebidas alcohólicas	■	■	■	■
[SLHABIT3H] En un automóvil, mientras está parado unos minutos en el tráfico	■	■	■	■

[SLHABIT31] En la mesa durante la cena	■	■	■	■
--	---	---	---	---

181. [SLHABIT4] ¿Alguna vez ha cabeceado o se ha quedado dormido mientras conducía un vehículo?

- 1 Sí
- 0 No

[SNORING1] Roncar

182. ¿Ronca?

- 1 Sí
- 0 No
- 77 No sé

183. [SNORING2] ¿Cómo describiría sus ronquidos?

- 0 Ligeramente más fuertes que mi respiración
- 1 Tan fuertes como cuando hablo
- 2 Más fuertes que cuando hablo
- 77 No sé

184. [SNORING3] ¿Con qué frecuencia ronca?

- 0 Casi todos los días
- 1 De 3 a 4 veces por semana
- 2 De 1 a 2 veces por semana
- 3 De 1 a 2 veces al mes
- 4 Menos de 1 a 2 veces al mes
- 77 No sé

185. [SNORING4] ¿Sus ronquidos han molestado alguna vez a otras personas?

- 1 Sí
- 0 No
- 77 No sé

186. [SNORING5] ¿Con qué frecuencia deja de respirar mientras duerme?

- 0 Casi todos los días
- 1 De 3 a 4 veces por semana
- 2 De 1 a 2 veces por semana
- 3 De 1 a 2 veces al mes
- 4 Menos de 1 a 2 veces al mes
- 44 Nunca
- 77 No sé

[SLRPOB1] Problemas del sueño

187. ¿Le ha dicho alguna vez un médico u otro profesional de la salud que tiene alguna de estas afecciones? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 0 Apnea del sueño (o apnea obstructiva del sueño, AOS)
- 1 Insomnio
- 2 Piernas inquietas
- 3 Narcolepsia
- 88 Ninguno de los anteriores

188. [SLPROB2] ¿Cuál de estos tratamientos usa o usó alguna vez para el **apnea del sueño**? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 0 Sistema de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP) o de bipresión positiva en las vías respiratorias (BIPAP)
- 1 Dispositivo dental (oral)
- 2 Cirugía de garganta o úvula
- 55 Otro: describa [text box]
- 88 No recibí tratamiento

[SHIFTWORK] Trabajo por turnos

189. ¿Ha trabajado por turnos? [El trabajo por turnos es el que se realiza en un horario diferente al tradicional de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Los empleadores que necesitan cobertura las 24 horas del día suelen depender del trabajo por turnos].

- 0 No
- 1 Sí, en los últimos tres meses
- 2 Sí, hace más de tres meses

190. [SHIFTWORK2] Cuando trabajaba por turnos, ¿a qué hora empezaba su turno laboral habitual? Si está usando un teléfono o una tableta, pulse el recuadro gris para poner su respuesta.

HH:MM A. M. / P. M.

191. [SHIFTWORK5] Cuando trabajaba por turnos, ¿a qué hora terminaba su turno laboral habitual? Si está usando un teléfono o una tableta, pulse el recuadro gris para poner su respuesta.

HH:MM A. M. / P. M.

192. [SHIFTWORK8] Cuando trabajaba por turnos, ¿qué tan flexible era su horario de trabajo?

- 0 Sumamente flexible
- 1 Muy flexible
- 2 Algo flexible
- 3 Un poco flexible
- 4 Nada flexible

193. [SHIFTWORK9] ¿Cuántos años en total trabajó o ha trabajado por turnos?

|_|_|_|_| Años

194. [SHIFTWORK10] ¿Cuántos años tenía la última vez que trabajó por turnos?

|_|_| Edad

O, si le es más fácil recordar en qué año, anótelo aquí:

|_|_|_|_| Años

Ha respondido a todas las preguntas de este cuestionario. Para enviar sus respuestas, seleccione el botón “Enviar cuestionario” [“Submit Survey”].