# 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

1. [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

1. [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

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

|\_\_|\_\_| Núm. de años

1. [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

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

Hace |\_\_|\_\_| años

1. [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

1. [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)

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 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

1. [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

1. [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

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

|\_\_|\_\_| Núm. de años

1. [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

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

Hace |\_\_|\_\_| años

## [METFOR] Metformina

1. ¿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

1. [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

1. [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

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

|\_\_|\_\_| Núm. de años

1. [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

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

Hace |\_\_|\_\_| años

## [INSULIN] Insulina

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

1 Sí

0 No

1. [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

1. [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

1. [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

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

|\_\_|\_\_| Núm. de años

1. [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

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

Hace |\_\_|\_\_| años

## [ACIDSUP] Antiácidos

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 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

1. [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

1. [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

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

|\_\_|\_\_| Núm. de años

1. [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

1. [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.

1. [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.

1. [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

1. [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

1. [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

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

|\_\_|\_\_| Núm. de días

1. [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

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

|\_\_|\_\_| Núm. de días

1. [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]

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

|\_\_|\_\_| Edad

1. [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.

1. [PREG1] ¿Está embarazada actualmente?

1 Sí

0 No

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

1 Sí

0 No

1. [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.

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

|\_\_|\_\_| Edad

1. [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

1. [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

1. [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.]

1. [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

1. [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

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

1 Sí

0 No

1. [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.

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

1 Sí

0 No

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

|\_\_|\_\_| Edad

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

1 Sí

0 No

1. [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]

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

1 Sí

0 No

99 Prefiero no responder

1. [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

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

|\_\_|\_\_| Núm. de meses o ciclos

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

1 Sí

0 No

1. [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.

1. [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

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

|\_\_|\_\_| Edad

1. [HORMED3] ¿Usa actualmente[MED]?

1 Sí

0 No

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

|\_\_|\_\_| Edad

1. [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.

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

1 Sí

0 No

1. [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

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

|\_\_|\_\_| Edad

1. [ESTROHOR3] ¿Usa actualmente[MED]?

1 Sí

0 No

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

|\_\_|\_\_| Edad

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

|\_\_|\_\_| Núm. de meses

O

|\_\_|\_\_| Núm. de años

1. [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

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

|\_\_|\_\_| Edad

1. [PROGHOR3] ¿Usa actualmente [MED]?

1 Sí

0 No

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

|\_\_|\_\_| Edad

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

|\_\_|\_\_| Núm. de meses

O

|\_\_|\_\_| Núm. de años

1. [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

1. [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

1. [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

1. [COMBHOR2] ¿Cuántos años tenía **la primera vez** que usó [MED]?

|\_\_|\_\_| Edad

1. [COMBHOR3] ¿Usa actualmente [MED]?

1 Sí

0 No

1. [COMBHOR4] ¿Cuántos años tenía **la última vez** que usó [MED]?

|\_\_|\_\_| Edad

1. [COMBHOR5] En total, ¿cuántos meses O años ha usado [MED]?

|\_\_|\_\_| Núm. de meses

O

|\_\_|\_\_| Núm. de años

1. [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

1. [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

1. [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

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

1 Sí

0 No

1. [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)

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

|\_\_|\_\_| Edad

1. [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

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

|\_\_|\_\_| Edad

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

1 Sí

0 No

1. [PRESHOR2] ¿Qué otro(s) tipo(s) de hormonas tomó?
2. [PRESHOR3] ¿Cuántos años tenía **la primera vez** que usó [MED]?

|\_\_|\_\_| Edad

1. [PRESHOR4] ¿Usa actualmente [MED]?

1 Sí

0 No

1. [PRESHOR5] ¿Cuántos años tenía **la última vez** que usó [MED]?

|\_\_|\_\_| Edad

1. [PRESHOR6] En total, ¿cuántos meses O años ha usado [MED]?

|\_\_|\_\_| Núm. de meses

O

|\_\_|\_\_| Núm. de años

# Actividad física [SECTION 3]

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.

En muchas de las preguntas de esta sección, se le pide que diga cuánto tiempo pasa haciendo actividades específicas. Si no está seguro de la cantidad exacta de tiempo, dé su mejor aproximación.

## [WORKACT] Actividad física en el trabajo

1. Durante **los últimos 12 meses**, ¿cuánto tiempo ha dedicado habitualmente a estas actividades mientras está **en el trabajo**? Para sus respuestas, piense en el tiempo que pasa en su trabajo, **sin contar lo que tarda en ir y venir del trabajo**. Si hace ejercicio durante su jornada laboral (como salir a caminar o hacer rutinas de ejercicio durante sus descansos), **incluya** esas actividades.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Tiempo usual por DÍA LABORAL** | | | | | | | | | |
| Seleccione una respuesta para **cada fila** a continuación: | Nada | Menos de 30 minutos | 30 minutos | 45 minutos | 1 hora | 2 horas | De 3 a 4 horas | De 5 a 6 horas | De 7 a 8 horas | 9 horas o más |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| [WORKACTA] Estar sentado, haciendo movimientos pequeños de los brazos (por ejemplo, trabajo de escritorio o con computadora, ensamblaje ligero, conducir un vehículo, etc.) | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| [WORKACTB] Estar de pie, con un poco de caminata (por ejemplo, como empleado de una tienda, al hacer tareas de archivo, sacar copias, caminar de una reunión a otra, trabajar en una cadena de ensamble, etc.) | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| [WORKACTC] Caminar y cargar materiales que pesen menos de 50 libras (por ejemplo, entregar correo, servir mesas, hacer tareas ligeras de construcción, trabajos de limpieza, etc.) | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| [WORKACTD] Caminar y realizar trabajos manuales pesados, a menudo, con materiales que pesan más de 50 libras (por ejemplo, cavar y palear, cortar leña, colocar ladrillos, apilar heno u otros trabajos manuales pesados, etc.) | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |

## [INTROSITTING] Estar sentado

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Horas habituales por DÍA** | | | | | | | | | |
|  | Ninguna | Menos de 30 minutos | 30 minutos | 45 minutos | 1 hora | 2 horas | De 3 a 4 horas | De 5 a 6 horas | De 7 a 8 horas | 9 horas o más |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| [SITTINGA] Conducir o sentarse en un automóvil, autobús o tren. [Esto incluye ir y venir del trabajo]. | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| [SITTINGB] Sentarse y ver programas de televisión, 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

1. 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) | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |

1. [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) | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| [HOUSE2B] Tareas domésticas de moderadas a enérgicas (como pasar la aspiradora o barrer) | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| [HOUSE2C] Cuidar mascotas (alimentarlas, jugar con ellas, asearlas o cepillarlas, pasear perros) | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| [HOUSE2D] Cuidar de niños o adultos (cargarlos, bañarlos, empujar un cochecito, una carriola o una silla de ruedas) | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| [HOUSE2E] Caminar mientras hace las compras o los mandados (no cuente caminar para hacer ejercicio) | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |

## [LAWN] Césped, jardín y reparaciones en el hogar

1. [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 enérgicas 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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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)

1. 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

1. [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

1. [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

1. [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

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

0 Invierno

1 Primavera

2 Verano

3 Otoño

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

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

0 Invierno

1 Primavera

2 Verano

3 Otoño

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

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

0 Invierno

1 Primavera

2 Verano

3 Otoño

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

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

0 Invierno

1 Primavera

2 Verano

3 Otoño

1. [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

1. [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

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

1 Sí

0 No

1. [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.

1. [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.

1. [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

1. [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.

1. [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

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

1 Sí

0 No

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

1 Sí

0 No

1. [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.

1. [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.

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

|\_\_|\_\_| Núm. de horas |\_\_|\_\_| Núm. de minutos

1. [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.

1. [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

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

1 Sí

0 No

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

1 Sí

0 No

1. [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

1. [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.

1. [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? | □ | □ | □ | □ | □ |

1. [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

1. [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 | □ | □ | □ | □ |
| [SLHABIT3I] En la mesa durante la cena | □ | □ | □ | □ |

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

1 Sí

0 No

## [SNORING1] Roncar

1. ¿Ronca?

1 Sí

0 No

77 No sé

1. [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

1. [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

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

1 Sí

0 No

77 No sé

1. [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

1. ¿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

1. [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**

1. ¿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

1. [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.

1. [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.

1. [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

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

|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Años

1. [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”].**