

## Attachment 1: Spanish Questions to be cognitively tested

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) calculan que el tiempo que le llevará al público cumplir con este pedido de información es aproximadamente de 60 minutos por participante, incluyendo el tiempo que tomará revisar las instrucciones, la búsqueda de fuentes de datos/ información preexistentes, juntar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar el pedido de información. Ninguna agencia puede llevar a cabo o patrocinar un pedido de información a menos que tenga a la vista un número vigente de control de OMB, y a ninguna persona se le puede exigir que responda en ese caso. Envíe sus comentarios con respecto al cálculo de tiempo o de cualquier otro aspecto de este pedido de información, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo que toma, a CDC/ATSDR Information Collection Review Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, GA 30333, ATTN: PRA (0920-0222).

Nosotros tomamos su privacidad muy seriamente. Toda la información relacionada con características que permitan identificar a individuos, a una práctica o a un establecimiento será usada únicamente para propósitos estadísticos. El personal del Centro Nacional para Estadísticas de Salud (NCHS por sus siglas en inglés), sus contratistas y agentes, no revelarán ni divulgarán las respuestas de ninguna forma en que pudieran identificarlos, sin la autorización de la persona o del establecimiento, de conformidad con la sección 308(d) del Acta de Servicio de Salud Pública (42 Código de Leyes de los Estados Unidos 242m(d)) y el Acta de Protección de la Información Confidencial y Eficiencia Estadística del 2002 (CIPSEA, Título 5 de la Ley Pública 107-347).

### General Health

1. ¿Diría que su salud en general es?
  - Excelente
  - Muy buena
  - Buena
  - Regular
  - Mala
  
2. ¿ALGUNA VEZ le dijo un médico u otro profesional de la salud que tenía...
  - Hipertensión, también llamada presión arterial alta?
  - El colesterol alto?
  - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica o COPD (por sus siglas en inglés), enfisema o bronquitis crónica?
  - Asma?
  - Diabetes? Prediabetes?
  - Algún tipo de artritis, artritis reumatoide, gota, lupus o fibromialgia?
  - Demencia, incluyendo la enfermedad de Alzheimer?
  - Algún tipo de trastorno de ansiedad?
  - Algún tipo de depresión?
  - Cáncer o malignidad de cualquier tipo?
  
3. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia tuvo dolor?
  - Nunca
  - Algunos días
  - Casi todos los días
  - Todos los días

4. Durante los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha limitado su dolor en hacer las actividades de su vida o su trabajo?
- Nunca
  - Algunos días
  - Casi todos los días
  - Todos los días
5. Pensando en la última vez que tuvo dolor, ¿qué tanto dolor tuvo?
- Un poco
  - Mucho
  - Entre un poco y mucho

### **Access to Health Care**

6. Las siguientes preguntas son sobre el seguro de salud. Incluya el seguro de salud obtenido a través de su empleo o comprado directamente, así como programas del gobierno como Medicare, Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) que proporcionan cuidados médicos o ayudan a pagar las facturas médicas. ¿Está usted cubierto por algún tipo de seguro de salud u otro tipo de plan de cuidados de salud?
- Sí
  - No
7. ¿Tiene alguno de los siguientes tipos de seguro médico o de cobertura de salud? Incluya también los planes que pagan por un solo tipo de servicio, como por ejemplo, por atención en un centro de convalecientes o un hogar de ancianos, por accidentes, o por atención dental. No incluya ningún plan privado que solamente proporciona dinero extra en efectivo durante una hospitalización.
- Seguro privado de salud
  - Medicare
  - Medigap
  - Medicaid
  - Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés)
  - Cuidado de salud militar: TRICARE (CHAMPUS) / Cuidado de salud del VA / CHAMP-VA
  - Servicio de Salud Indígena
  - Plan de salud patrocinado por un estado
  - Otro programa del gobierno
8. ¿Hay algún lugar al que va USUALMENTE cuando está enfermo(a)?
- Sí
  - NO, no hay ningún lugar
  - Hay MAS DE UN lugar
9. ¿A qué tipo de lugar va?
- A un consultorio médico o centro de salud
  - Un centro de atención médica urgente o clínica dentro de una tienda como una farmacia o supermercado

- Una sala de emergencias
- Un centro médico o clínica para pacientes no hospitalizados del Departamento de Asuntos de Veteranos o V.A. (por sus siglas en inglés)
- A algún otro lugar

## Opioid Use

10. Las siguientes preguntas se refieren a cualquier uso de analgésicos que normalmente se venden con una receta médica y que se conocen como opiáceos u opioides. Al contestar estas preguntas, por favor no incluya analgésicos de “venta libre” tales como, aspirina, Tylenol, Advil o Aleve.

En los últimos 12 meses, ¿ha tomado algún medicamento opiáceo u opioide contra el dolor, que se lo haya recetado un doctor o dentista? Algunos ejemplos son hidrocodona, Vicodin, Norco, Lortab, oxycodona, OxyContin, Percocet y Percodan.

- Sí
- No

11. [PR10] Por favor mire los nombres y las fotos de los analgésicos que se muestran a continuación. En los últimos 12 meses, ¿cuál de estos analgésicos ha usado, si es que ha usado alguno?

\_\_\_\_\_

12. [PRLANY] ¿Alguna vez ha usado algún analgésico que normalmente se vende con una receta médica, aunque haya sido solo una vez? Recuerde, no incluya analgésicos de “venta libre” tales como aspirina, Tylenol, Advil o Aleve.

- 1 Sí
- 2 No

13. [PRYMOTIV] Ahora piense acerca de la última vez que usó [FILL #11] de alguna manera que un doctor no le haya indicado. ¿Cuáles fueron las razones por las que usó [FILL #11] la última vez?

- 1 Para aliviar el dolor físico
- 2 Para relajarme o aliviar la tensión
- 3 Por la experiencia o la sensación que [“causan”/“causa”]
- 4 Para sentirme bien o para drogarme
- 5 Para poder dormir
- 6 Como ayuda con mis sentimientos o emociones
- 7 Para aumentar o disminuir los efectos de alguna otra droga o medicamento
- 8 Debido a mi adicción o porque necesito [“usarlos”/“usarlo”]
- 9 “Los”/“Lo”] usé por alguna otra razón

## Impairment

14. ¿Cuando toma opioides, siente algunos de los siguientes efectos secundarios?

- Somnolencia
- Mareos
- Confusión
- Calma
- Despreocupación
- Falta de concentración
- Visión borrosa
- Desconcertado
- Desequilibrado
- Irracional
- Paranoide

15. ¿Durante los últimos 30 días, ha ido al trabajo, en el que recibe paga, mientras presentaba esos efectos secundarios?

- Sí
  - 15a. [Si la respuesta es sí] ¿Cuántas veces en los últimos 30 días diría que ha sucedido esto? \_\_\_\_\_ veces
- No

16. ¿Durante los últimos 30 días, ha manejado un coche mientras presentaba esos efectos secundarios?

- Sí
  - 16a. [Si la respuesta es sí] ¿Cuántas veces en los últimos 30 días diría que ha sucedido esto? \_\_\_\_\_
- No

17. ¿Durante los últimos 30 días, ha tenido alguna lesión o se ha lastimado debido a los opioides u otros efectos secundarios?

- Sí
- No

18. [PRINTROLIF] La siguiente pregunta se refiere al uso de analgésicos que normalmente se venden con una receta médica de alguna manera que un doctor no le haya indicado. Cuando responda esta pregunta, por favor, piense solamente en el uso del medicamento de alguna manera que un doctor no le haya indicado, incluyendo:

- Usarlo sin tener su propia receta médica
- Usarlo en mayor cantidad, con más frecuencia o durante más tiempo del que le dijeron
- Usarlo de alguna otra manera que un doctor no le haya indicado

[PRL01] ¿Alguna vez ha usado algún analgésico que normalmente se vende con una receta médica de alguna manera que un doctor no le haya indicado, aunque haya sido solo una vez?

- 1 Sí
- 2 No

19. [PRM01] En los últimos 30 días, es decir, desde [DATEFILL] hasta hoy e incluyendo el día de hoy, ¿usó [NAMEFILL] de alguna manera que un doctor no le haya indicado?

- 1 Sí
- 2 No

20. [PRM02] Durante los últimos 30 días, ¿en cuántos días usó [NAMEFILL] de alguna manera que un doctor no le haya indicado?

\_\_\_\_\_

21. [PRM02DKRE] ¿Cuál es su mejor estimado para el número de días que usó [NAMEFILL] de alguna manera que un doctor no le haya indicado durante los últimos 30 días?

\_\_\_\_\_

22. [DRPR01] En los últimos 12 meses, ¿hubo un mes o más en que usted dedicó mucho tiempo para conseguir o usar analgésicos que normalmente se venden con una receta médica?

- 1 Sí
- 2 No

23. [DRPR02] En los últimos 12 meses, ¿hubo un mes o más en que usted pasó mucho tiempo recuperándose de los efectos de los analgésicos que normalmente se venden con una receta médica que había usado?

- 1 Sí
- 2 No

24. [DRPR04] En los últimos 12 meses, ¿trató de ponerse límites en la frecuencia o en la cantidad de analgésicos que normalmente se venden con una receta médica que usaría?

- 1 Sí
- 2 No

24a. [DRPR05] [If yes] ¿Logró mantener los límites que estableció, o usó con frecuencia más analgésicos que normalmente se venden con una receta médica de lo que había planeado?

- 1 Por lo general mantuvo los límites establecidos
- 2 Por lo general los usó más de lo planeado

25. [DRPR06] En los últimos 12 meses, ¿tuvo que usar más analgésicos que normalmente se venden con una receta médica de lo que acostumbraba usar, para poder conseguir el efecto que deseaba?

- 1 Sí
- 2 No

26. [DRPR07] En los últimos 12 meses, ¿notó que usar la misma cantidad de analgésicos que normalmente se venden con una receta médica le causaba menos efecto que antes?

- 1 Sí
- 2 No

27. [DRPR08] En los últimos 12 meses, ¿quiso o trató de usar menos analgésicos que se venden con receta o de dejar de usarlos?

- 1 Sí
- 2 No

27a. [DRPR09] [If yes] En los últimos 12 meses, ¿logró usar menos analgésicos que se venden con receta, o de dejar de usarlos todas las veces que quiso o trató de hacerlo?

- 1 Sí
- 2 No

28. [DRPR10] En los últimos 12 meses, ¿usó menos analgésicos que normalmente se venden con una receta médica o dejó de usarlos por lo menos una vez?

- 1 Sí
- 2 No

29. [DRPR11] Por favor mire la siguiente lista de síntomas. En los últimos 12 meses, ¿tuvo 3 o más de estos síntomas después de usar menos o dejar de usar analgésicos que normalmente se venden con una receta médica?

- Se sintió algo deprimido o decaído
- Vomitó o sintió náuseas
- Tuvo calambres o dolores musculares
- Tuvo los ojos lagrimosos o le goteaba la nariz
- Sudó o tenía las pupilas dilatadas, o se le erizaban los pelos
- Tuvo diarrea
- Bostezaba
- Tuvo fiebre
- Tuvo problemas para dormir

- 1 Sí
- 2 No

30. [DRPR12] Por favor mire la siguiente lista de síntomas. En los últimos 12 meses, ¿tuvo 3 o más de estos síntomas a la vez, que hayan durado más de un día, después de usar menos o dejar de usar analgésicos que normalmente se venden con una receta médica?

- Se sintió algo deprimido o decaído
- Vomitó o sintió náuseas
- Tuvo calambres o dolores musculares
- Tuvo los ojos lagrimosos o le goteaba la nariz
- Sudó o tenía las pupilas dilatadas, o se le erizaban los pelos
- Tuvo diarrea
- Bostezaba
- Tuvo fiebre
- Tuvo problemas para dormir

- 1 Sí
- 2 No

31. [DRPR13] En los últimos 12 meses, ¿tuvo algún problema emocional, de nervios o de la salud mental que quizá haya sido causado o empeorado por su uso de analgésicos que normalmente se venden con una receta médica?

- 1 Sí
- 2 No

31a. [DRPR14] [If yes] ¿Continuó usando analgésicos que normalmente se venden con una receta médica aún cuando pensaba que le estaba causando problemas emocionales, de nervios o de la salud mental?

- 1 Sí
- 2 No

32. [DRPR15] En los últimos 12 meses, ¿tuvo algún problema de salud física que quizá haya sido causado o empeorado por su uso de analgésicos que normalmente se venden con una receta médica?

- 1 Sí
- 2 No

32a. [DRPR16] [If yes] ¿Continuó usando analgésicos que normalmente se venden con una receta médica aún cuando pensaba que le estaba causando problemas de salud física?

- 1 Sí
- 2 No

33. [DRPR17] Esta pregunta se trata de actividades importantes como trabajar, ir a estudiar, cuidar niños o hacer cosas divertidas como pasatiempos, jugar deportes y pasar el tiempo con amigos y con la familia.

En los últimos 12 meses, ¿el usar analgésicos que normalmente se venden con una receta médica le hizo abandonar o dedicar menos tiempo a hacer estos tipos de actividades importantes?

- 1 Sí
- 2 No

34. [DRPR18] A veces las personas que usan analgésicos que normalmente se venden con una receta médica tienen problemas serios en su hogar, en el trabajo o en la escuela, como:

- descuidar de sus hijos
- faltar al trabajo o a la escuela
- desempeñarse mal en el trabajo o en los estudios
- perder su trabajo o abandonar los estudios

En los últimos 12 meses, ¿el usar analgésicos que normalmente se venden con una receta médica le causó problemas serios como esos, en su hogar, en el trabajo o en la escuela?

- 1 Sí
- 2 No

35. [DRPR19] En los últimos 12 meses, ¿usaba analgésicos que normalmente se venden con una receta médica en forma regular y luego hacía algo que lo hubiera expuesto al peligro físico porque estaba usando analgésicos?

- 1 Sí
- 2 No

36. [DRPR20] En los últimos 12 meses, ¿el usar analgésicos que normalmente se venden con una receta médica le causó hacer cosas que lo metieron en problemas con la ley una y otra vez?

- 1 Sí
- 2 No

37. [DRPR21] En los últimos 12 meses, ¿tuvo algún problema con la familia o los amigos que probablemente fue causado por su uso de analgésicos que normalmente se venden con una receta médica?

- 1 Sí
- 2 No

37a. [DRPR22] [If yes] ¿Continuó usando analgésicos que normalmente se venden con una receta médica aún cuando pensaba que le causaba problemas con la familia o los amigos?

- 1 Sí
- 2 No



## Perceived Risk of Prescription Opioid Pain Relievers

Estamos interesados en saber su opinión respecto a los efectos que resultan del uso de ciertas drogas y sustancias, así como saber si para usted sería fácil o difícil conseguir drogas, y en qué medida están disponibles las drogas en su vecindario.

Por favor indique, en su opinión, cuánto riesgo corren las personas de hacerse daño físico y de otro tipo, cuando hacen cada una de las siguientes actividades.

Si no está seguro, escoja la respuesta que se acerque más a la cantidad de riesgo que piensa que puede ser cierta para dicha actividad.

38. [RK01a] ¿Cuánto riesgo corren las personas de hacerse daño físico y de otro tipo cuando fuman una o más cajetillas de cigarrillos al día?

- 1 Ningún riesgo
- 2 Poco riesgo
- 3 Riesgo moderado
- 4 Mucho riesgo

DK/REF

39. [RK01b] ¿Cuánto riesgo corren las personas de hacerse daño físico y de otro tipo cuando fuman marihuana una vez al mes?

- 1 Ningún riesgo
- 2 Poco riesgo
- 3 Riesgo moderado
- 4 Mucho riesgo

DK/REF

40. [RK01c] ¿Cuánto riesgo corren las personas de hacerse daño físico y de otro tipo cuando fuman marihuana una o dos veces a la semana?

- 1 Ningún riesgo
- 2 Poco riesgo
- 3 Riesgo moderado
- 4 Mucho riesgo

DK/REF

41. [RK01d] ¿Cuánto riesgo corren las personas de hacerse daño físico y de otro tipo cuando prueban LSD o ácido una o dos veces?

- 1 Ningún riesgo
- 2 Poco riesgo
- 3 Riesgo moderado
- 4 Mucho riesgo

DK/REF

42. [RK01e] ¿Cuánto riesgo corren las personas de hacerse daño físico y de otro tipo cuando usan LSD o ácido una o dos veces a la semana?

- 1 Ningún riesgo
  - 2 Poco riesgo
  - 3 Riesgo moderado
  - 4 Mucho riesgo
- DK/REF

43. [RK01f] ¿Cuánto riesgo corren las personas de hacerse daño físico y de otro tipo cuando usan heroína una o dos veces?

- 1 Ningún riesgo
  - 2 Poco riesgo
  - 3 Riesgo moderado
  - 4 Mucho riesgo
- DK/REF

44. [RK01g] ¿Cuánto riesgo corren las personas de hacerse daño físico y de otro tipo cuando usan heroína una o dos veces a la semana?

- 1 Ningún riesgo
  - 2 Poco riesgo
  - 3 Riesgo moderado
  - 4 Mucho riesgo
- DK/REF

45. [RK01h] ¿Cuánto riesgo corren las personas de hacerse daño físico y de otro tipo cuando usan cocaína una vez al mes?

- 1 Ningún riesgo
  - 2 Poco riesgo
  - 3 Riesgo moderado
  - 4 Mucho riesgo
- DK/REF

46. [RK01i] ¿Cuánto riesgo corren las personas de hacerse daño físico y de otro tipo cuando usan cocaína una o dos veces a la semana?

- 1 Ningún riesgo
  - 2 Poco riesgo
  - 3 Riesgo moderado
  - 4 Mucho riesgo
- DK/REF

47. [RK01j] ¿Cuánto riesgo corren las personas de hacerse daño físico y de otro tipo cuando toman cuatro o cinco bebidas alcohólicas casi todos los días?

- 1 Ningún riesgo
  - 2 Poco riesgo
  - 3 Riesgo moderado
  - 4 Mucho riesgo
- DK/REF

48. [RK01k] ¿Cuánto riesgo corren las personas de hacerse daño físico y de otro tipo cuando toman cinco o más bebidas alcohólicas una o dos veces a la semana?

- 1 Ningún riesgo
  - 2 Poco riesgo
  - 3 Riesgo moderado
  - 4 Mucho riesgo
- DK/REF

**(FOR QUESTION 11) Por favor mire los nombres y las fotos de los analgésicos que se muestran a continuación.**



