

## Attachment 4b

CICC Survey, Spanish

# Estudio de Investigación de Casos de Cáncer Cervical (CICC, por sus siglas en inglés)

Patrocinado por

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades

La carga pública de notificación para esta recolección de información se calcula que promedia los 15 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo que se toma en dar las instrucciones, hacer búsquedas en fuentes de datos, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede llevar a cabo ni patrocinar un estudio de recopilación de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB válido y vigente. Envíe comentarios sobre este cálculo de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-xxxx).

## Consejos para responder la encuesta

- Por favor, comparta opiniones sinceras. Todas sus respuestas se mantendrán en privado.
- Por favor, utilice una lapicera de tinta de color **NEGRO** o **AZUL OSCURO** para marcar sus respuestas.
- Asegúrese de leer todas las opciones de respuesta antes de marcar la suya.
- A veces, las indicaciones le dirán que salte una o más preguntas. Busque las notas que indican si debe saltar una pregunta. Si no hay nota alguna, entonces pase a la siguiente pregunta.
- Responda todas las preguntas colocando una "X" en la casilla al costado de su respuesta, así:

### Ejemplo

1. El mes pasado, ¿sintió dolor de cabeza?

- Sí  
 No → **Pase a la pregunta 3**  
 No sé → **Pase a la pregunta 3**

2. El mes pasado, ¿cuántas veces sintió dolor de cabeza?

- 1-2 veces  
 3-5 veces  
 6 veces o más  
 No sé

3.

Por favor, seleccione SÍ o NO en cada punto	<sub>1</sub> SÍ	<sub>2</sub> NO
¿Respondió esta pregunta?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es usted hombre?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

## A. HISTORIAL DE CÁNCER CERVICAL

A1. ¿Cuándo fue la primera vez que un médico u otro profesional médico le dijo que tenía cáncer cervical?

MES				AÑO					

A2. ¿Cuál de los siguientes enunciados describe mejor cómo es que le diagnosticaron cáncer cervical (invasivo) por primera vez? (Seleccione **UNA**)

- Me diagnosticaron como parte de exámenes de rutina (chequeos) o exámenes de evaluación (NO porque tuviera síntomas o problemas).
- Me diagnosticaron después de buscar atención médica para examinar problemas o síntomas que estaba sintiendo.
- Otro especificar): \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

Las siguientes preguntas serán sobre su historial de evaluación de Papanicolaou y VPH. Una evaluación de Papanicolaou examina su cérvix en busca de células anormales que podrían convertirse en cáncer cervical.

Durante un examen de Papanicolaou, se inserta un instrumento en la vagina. Este ensancha la vagina de forma tal que pueda verse la parte superior de la misma y la cérvix completa. Su médico utiliza una espátula o brocha pequeña para raspar cuidadosamente la superficie de la cérvix, a fin de recoger células, las cuales son luego examinadas bajo el microscopio.

Una evaluación de VPH examina su cérvix en busca del virus (VPH) que puede causar células anormales y llevar al cáncer cervical. El examen de VPH puede encontrar el virus de VPH evaluando las células recogidas al mismo tiempo que el examen de Papanicolaou.

A3. Antes de su diagnóstico, ¿qué tan a menudo se realizaba exámenes de evaluación de cáncer cervical (Papanicolaou o VPH)? (Seleccione **UNA**)

- Más de una vez al año
- Una vez al año
- Una vez cada 2 o 3 años
- De cada 3 a 5 años
- Menos de cada 5 años
- No se realiza evaluaciones regularmente
- No se había realizado Papanicolaou alguno antes del diagnóstico de cáncer cervical

Comentarios: \_\_\_\_\_

A4. En los cinco años antes de su diagnóstico de cáncer, ¿se realizó algún examen de evaluación de cáncer cervical (excluido el examen que llevó a su diagnóstico de cáncer cervical)?

No

Sí  **Pase a la pregunta A6 en la página 6**

A5. Quisiéramos entender mejor por qué usted **puede no haberse** evaluado dentro de los 5 años antes de su diagnóstico. Puede haber una variedad de razones. Por favor responda “De acuerdo”, “No estoy de acuerdo” o “No recuerdo/No sé” a los siguientes enunciados. Recuerde que esta pregunta se refiere a **ANTES** de su diagnóstico de cáncer cervical (no en la actualidad).

En los 5 años antes de su diagnóstico, ¿por qué <b>NO</b> se evaluó?	De acuerdo	No estoy de acuerdo	No recuerdo/ No sé
a. No sabía para qué era una evaluación de cáncer cervical (examen de Papanicolaou o VPH).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Nunca me imaginé que desarrollaría cáncer cervical.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Pensé que los exámenes de evaluación eran únicamente para mujeres que tenían síntomas de cáncer cervical.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tenía miedo de que el examen de evaluación pudiera causar cáncer cervical.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ya me habían evaluado por cáncer cervical anteriormente y no pensé que tuviera que hacerlo de nuevo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Tenía miedo de que me doliera o me incomodara.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Me daba vergüenza el proceso de realizarme una evaluación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Realizarme exámenes de evaluación de cáncer cervical iba en contra de mis creencias religiosas o culturales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Me daba miedo de que pudieran diagnosticarme cáncer cervical.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Tenía otras inquietudes de salud que eran más importantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. El horario de la clínica no me era conveniente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Simplemente nunca me decidí a hacerla. Estaba ocupada y no tenía tiempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>En los cinco años antes de su diagnóstico, ¿por qué <u>NO</u> se evaluó?</b>		<b>De acuerdo</b>	<b>No estoy de acuerdo</b>	<b>No recuerdo/ No sé</b>
m.	Necesitaba que otra persona fuera conmigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n.	Me olvidé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o.	Mi proveedor de atención médica no me dijo que debía realizarme un examen de evaluación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p.	Sabía que tenía que realizarme un examen de evaluación, pero mi proveedor de atención médica no realizaba exámenes de evaluación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q.	No tenía un proveedor de atención médica regular.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r.	No confiaba en los proveedores de atención médica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s.	No tenía seguro de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t.	No podía darme el lujo de faltar a mi trabajo para hacerme el examen de evaluación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u.	El examen de evaluación era muy costoso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v.	El transporte para llegar al lugar del examen de evaluación era muy costoso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w.	No podía pagar los servicios de cuidado infantil para ir a la clínica y realizarme el examen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x.	Tenía miedo, ya que a una amiga o familiar le habían diagnosticado cáncer cervical.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y.	No tenía historial familiar de cáncer cervical.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
z.	No tenía historial familiar de cáncer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aa.	No me siento cómoda hablando en inglés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bb.	Ya no era sexualmente activa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cc.	No pensé que estuviera previsto regresar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dd.	No quería que me pesaran en el consultorio médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros motivos o comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Por favor, pase a la pregunta A8 en la página 5

A6. Quisiéramos entender mejor por qué usted **sí** se evaluó dentro de los 5 años antes de su diagnóstico. Puede haber una variedad de razones. Por favor responda “De acuerdo”, “No estoy de acuerdo” o “No recuerdo/No sé” a los siguientes enunciados. Recuerde que esta pregunta se refiere a **ANTES** de su diagnóstico de cáncer cervical (no en la actualidad).

En los 5 años antes de su diagnóstico, ¿por qué <b>SÍ</b> se evaluó?	De acuerdo	No estoy de acuerdo	No recuerdo/No sé
a. Me realizaron un examen de evaluación de cáncer cervical (examen de Papanicolaou o VPH) durante mi examen anual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Me realizaron un examen de evaluación anteriormente y sabía a qué atenerme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Mi proveedor de atención médica me dijo que debía realizarme una evaluación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Una amiga o familiar me recomendó que me realizara un examen de evaluación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Conozco a una amiga o familiar a quien diagnosticaron cáncer cervical.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Entendí la importancia de los exámenes de evaluación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Quería cuidar mi cuerpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Las evaluaciones estaban cubiertas por mi seguro (en su totalidad o en parte).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Tuve un examen anormal en el pasado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otras razones o comentarios: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

A7. Por favor, indique el año de cada examen de Papanicolaou o VPH que se realizó durante los 5 años antes de su diagnóstico de cáncer y sus resultados (normal, anormal o no sé).

Resultados del examen de Papanicolaou (seleccione UNA)			Resultados del examen de VPH (seleccione UNA)				
Año	Normal	Anormal	No sé	Año	Normal	Anormal	No sé
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentarios: \_\_\_\_\_

A8. Si tuvo un resultado anormal del examen de Papanicolaou o VPH durante los 5 años previos o que llevaron a su diagnóstico, ¿hizo seguimiento con su médico sobre este resultado según lo recomendado? (Seleccione **UNA**)

- Sí, según lo recomendado por mi médico.  **Pase a la pregunta A10 en la página 8**
- Sí, pero esperé más del tiempo recomendado.
- No, no hice seguimiento.
- No tuve un resultado anormal en un examen de Papanicolaou o VPH.  **Pase a la pregunta A10 en la página 8**

A9. Si no hizo seguimiento con su médico o esperó más de lo recomendado después de un examen anormal, por favor responda “de acuerdo”, “no estoy de acuerdo” o “no recuerdo/no sé” a los siguientes enunciados.

**Si tuvo un resultado anormal en su examen, ¿por qué NO hizo seguimiento con su médico o esperó más de lo recomendado?**

	De acuerdo	No estoy de acuerdo	No recuerdo/ No sé
a. Me daba vergüenza el resultado anormal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tenía miedo de escuchar lo que significaba el resultado anormal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. No confiaba en los resultados anormales del examen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. No me di cuenta de que el resultado anormal podía indicar cáncer cervical.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Mi proveedor de atención médica no me dijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



que necesitaba seguimiento.				
f.	El horario de la clínica no me era conveniente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Quería que otra persona fuera conmigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	No tenía transporte para llegar a la clínica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Me olvidé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Estaba ocupada y no tenía tiempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Me preocupaba el costo de la consulta de seguimiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	Me preocupaba el costo de un futuro tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m.	El transporte para llegar al lugar del examen de evaluación era demasiado costoso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n.	No podía pagar los servicios de cuidado infantil para ir a la clínica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o.	Faltar a mi trabajo para hacerme el examen de evaluación era muy costoso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p.	No tenía seguro de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q.	No tenía un seguro de salud que cubriera los procedimientos adicionales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r.	No me siento cómoda hablando en inglés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s.	Me sentía incómoda con mi proveedor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otras razones u otros comentarios: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

A10. En los cinco años antes de su diagnóstico de cáncer, ¿qué otra atención preventiva recibió)?

	Sí	No	* No era necesario/requerido
a. Examen colorrectal (esto es, análisis de sangre oculta en materia fecal [FOBT, por sus siglas en inglés], sigmoidoscopia, colonoscopia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mamografía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Vacuna contra la influenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Si no tenía la edad apropiada, por favor marque no era necesario/requerido.

A11. Antes de su diagnóstico de cáncer, ¿le ligaron o esterilizaron las trompas (esto es, atadura, corte o extirpación de ambas trompas)?

- Sí
- No

## B. SEGURO MÉDICO

B1. Al momento de su diagnóstico de cáncer, ¿qué tipo de seguro de salud tenía? (Seleccione todas las opciones que apliquen).

- Seguro privado (Kaiser, Blue Cross, Aetna, de trabajo, grupal, etc.)
- Medicare (incluida atención administrada por Medicare)
- Administración militar o de veteranos
- Seguro público (Medicaid, otro seguro público estatal o del condado)
- Sin seguro (pago por cuenta propia de todos los gastos de atención médica)
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

B2. a. Durante los cinco años antes de su diagnóstico de cáncer cervical, ¿tenía cobertura de seguro de salud que pagaba toda o parte de su atención médica?

- Sí
- No  **Pase a la pregunta B3 más abajo**

B2b. Durante los cinco años previos a su diagnóstico de cáncer cervical, ¿hubo alguna vez en que su seguro de salud no le haya brindado la cobertura adecuada para sus necesidades médicas?

- Sí
- No

B3. Durante los cinco años previos a su diagnóstico de cáncer cervical, ¿había un consultorio médico, clínica, centro de salud u otro lugar en particular al cual iba normalmente cuando se enfermaba o necesitaba atención? (Seleccione **UNA**)

- Sí, en un consultorio médico, clínica o centro de salud
- Sí, en una clínica de urgencias o sala de emergencias
- No

### C. OTRAS CONDICIONES MÉDICAS

C1. Antes de su diagnóstico de cáncer cervical, ¿alguna vez le dijo un médico o profesional de salud que tenía alguno de los siguientes problemas médicos?

Diagnóstico		Sí	No	Si la respuesta es sí, año del diagnóstico
a.	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b.	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c.	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d.	Enfisema o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
e.	Problemas renales o insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
f.	Afección hepática crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
g.	Problemas cardíacos (ataque al corazón, enfermedad de las arterias coronarias/enfermedad cardíaca, apoplejía, ritmo cardíaco irregular, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
h.	Hipertensión o presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
i.	Depresión (tristeza) que requirió tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
j.	Ansiedad (nerviosismo) que requirió tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
k.	Problemas graves con la memoria o la concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
l.	Osteoporosis (huesos frágiles o blandos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
m.	Problemas estomacales y/o intestinales (enfermedad de Crohn, úlceras, enfermedad intestinal inflamatoria, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
n.	Otro (especifique): _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
o.	Otro (especifique): _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
p.	Otro (especifique): _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

## D. DEMOGRAFÍA

D1. ¿Es usted de origen hispano o latino?

- Sí
- No

D2. ¿Cuál es su raza o herencia racial? Por favor, seleccione todas las que apliquen.

- Blanca o caucásica
- Negra o afroamericana
- Asiática
- Indígena americana o nativa de Alaska
- Nativa hawaiana o nativa de otras islas del Pacífico

D3. Al momento de su diagnóstico de cáncer cervical, ¿cuál era su estado civil? Por favor seleccione **UNA**.

- Casada
- Viuda
- Divorciada
- Separada
- Nunca estuvo casada
- Vive con su pareja

D4. Al momento de su diagnóstico de cáncer cervical, ¿cuál de las siguientes categorías describe mejor los ingresos anuales de su hogar?

- Menos de \$10,000
- \$10,000 a \$19,999
- \$20,000 a \$29,999
- \$30,000 a \$39,999
- \$40,000 a \$49,999
- \$50,000 a \$69,999
- \$70,000 a \$89,999
- \$90,000 o más
- No sé

D4b.

Al momento de su diagnóstico de cáncer cervical, ¿cuántas personas eran mantenidas con los ingresos totales de su hogar, incluida usted misma?  
(Seleccione **UNA**)

- 1 (solo usted)
- 2
- 3
- 4 o más

D5. ¿Nació en la isla de Puerto Rico, en los Estados Unidos o en otro país?

- EE.UU.  **Pase a la pregunta D7**
- Puerto Rico
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

D6. ¿Cuántos años ha vivido en los Estados Unidos de manera continua?

Años

D7. ¿Se siente cómoda hablando en inglés?

- Sí
- No

## E. AUTOMUESTREO y VACUNA CONTRA EL VPH

E1. Pronto estarán disponibles exámenes que le permitirán a una mujer tomar una muestra para la evaluación de cáncer cervical en casa o en una clínica de atención médica, un procedimiento llamado automuestreo. Antes de su diagnóstico de cáncer cervical, ¿habría estado dispuesta a realizar un automuestreo si le hubieran dado las indicaciones sobre cómo tomar la muestra?

- Sí
- No
- No estoy segura

E2. ¿Ha recibido la vacuna contra el cáncer cervical (vacuna contra el VPH)?

- Sí
- No
- No estoy segura

E3a. Si tiene hijos elegibles para la vacuna contra el VPH, ¿hizo que los vacunaran?

- Sí, todos mis hijos elegibles han sido vacunados.
- Sí, algunos pero no todos mis hijos elegibles han sido vacunados.
- No
- No estoy segura
- No tengo hijos o no fueron elegibles. **Pase a la pregunta E3b**

**Diríjase a la  
Pregunta E4**

E3b. Si tuviera hijos, ¿los haría vacunar contra el VPH?

- Sí
- No
- No estoy segura

E4. Antes de su diagnóstico de cáncer, ¿era consciente del VPH?

- Sí
- No
- No estoy segura

