

Declaración de ley de reducción de papeleo: De conformidad con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, una agencia no puede conducir o patrocinar, y no se requiere que una persona responda a una compilación de información a no ser que muestre un número de control de la OMB (Oficina de Administración y Presupuesto) válido. El número de control válido de la OMB para esta compilación de información es 0910-0847. Se estima que el tiempo requerido para completar esta compilación de información es de un promedio de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, compilar y mantener la información necesaria y completar y revisar la compilación de información.

Envíe sus comentarios respecto a este estimado de tiempo o cualquier otro aspecto de esta compilación de información, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo a PRASStaff@fda.hhs.gov.

Multimorbilidad y medicamentos: La perspectiva desconocida de los adultos mayores

Introducción

Queremos saber cómo las personas toman la decisión de unirse a estudios de investigación en los cuales toman un medicamento. Este estudio se lleva a cabo en nombre de la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA). Si forma parte del estudio, recibirá una tarjeta de regalo de \$25 como una muestra de agradecimiento luego de llenar la encuesta. La encuesta tomará aproximadamente 15 minutos.

Sus respuestas se mantendrán seguras en la medida permitida por la ley.

Al continuar, usted estará de acuerdo en formar parte de este estudio. Desplácese hasta abajo y haga clic en el botón de flecha a continuación para ver si es elegible.

Derjung Mimi Tarn, Médico Especialista, PhD
Departamento de Medicina Familiar
Universidad de California, Los Angeles

Janice B. Schwartz, MD
Departamento de Medicina
Universidad de California, San Francisco

Fin del bloque: Introducción

Inicio del bloque: Preguntas de filtro

A continuación tenemos preguntas de filtro para ver si usted es elegible para la encuesta.

¿Cuál es su edad?

Un **medicamento recetado** es aquel que usted no puede adquirir por su cuenta. Un médico debe recetárselo o dárselo.

¿Cuántos medicamentos recetados distintos toma regularmente por vía oral o en inyección o parche?
(Ingrese el número)



Indique si alguna vez **ha sido diagnosticado** con las siguientes condiciones. (Marque **TODAS** las que apliquen)

- Colesterol alto
- Presión sanguínea alta
- Diabetes (no prediabetes)
- Artritis (problemas de articulaciones)
- Osteoporosis
- Ataques cardíacos, cirugía para stents o bypass
- Úlceras estomacales, úlcera gastroduodenal o acidez crónica
- Ataque cardíaco
- Fibrilación auricular
- Insuficiencia renal crónica
- Derrames
- Depresión
- Cáncer (distinto a cánceres de la piel)
- Asma o EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
- Problemas de la tiroides
- Insuficiencia hepática o cirrosis
- Ninguno de los anteriores

Mostrar esta pregunta:

Si indica que alguna vez ha sido diagnosticado con las siguientes condiciones. (Marque TODAS las que apliquen) = Cáncer (distinto a cánceres de la piel)



¿Qué tipo de cáncer? (Marque **TODAS** las que apliquen)

- Mamas
- Próstata
- Pulmón
- Colon o del recto
- Vejiga
- Linfoma, leucemia u otros cánceres de la sangre
- Riñón
- Cervical / uterino
- Otro
- No estoy seguro

Mostrar esta pregunta:

A continuación, tenemos preguntas de filtro para ver si usted es elegible para la encuesta. ¿Cuál es su edad? La respuesta textual es menor a 65 años

O un medicamento recetado es aquel que usted no puede adquirir por su cuenta. Un médico debe recetárselo o. La respuesta textual es menor a 5 años

O indique si alguna vez ha sido diagnosticado con las siguientes condiciones. (Marque TODAS las que apliquen) = Ninguna de las anteriores.



Lo sentimos, usted no es elegible para esta encuesta. ¡Gracias por su disposición a ayudarnos!

Ingrese su información de contacto preferida a continuación si desea que lo contactemos para estudios en el futuro. (Escriba **TODAS** las que apliquen)

- Correo electrónico _____
- Teléfono _____
- Correo _____

Fin del bloque: Preguntas de filtro

Inicio del bloque: Preguntas de la encuesta

¡Felicitaciones! Usted es elegible para la encuesta. ¡Comencemos!

Las siguientes preguntas son acerca de usted.

¿Cuál de los siguientes es su mejor descripción? (Marque **TODAS** las que apliquen)

- Indio americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico
- Blanco
- Llenar aquí _____
- Prefiero no responder _____

¿Se considera a sí mismo hispano/latino o no hispano/latino?

- Hispánico o latino
- No hispánico o latino



¿Cuál es su género actual?

- Femenino
- Masculino
- Prefiero no responder



¿Cuál es el nivel de educación académica más alto que ha completado?

- Diploma de secundaria o inferior
 - Algún título universitario o asociado
 - Título universitario
 - Maestría o título superior
-



¿Cuál es su código postal?

Espacio de
página



¿Alguna vez se ha unido a un estudio de investigación o prueba clínica en la cual se le haya pedido **tomar un medicamento**?

- No
- Sí

Pasar a la: P19 Si alguna vez se unió a un estudio de investigación o prueba clínica en la cual se le haya pedido tomar un medicamento. = No

Mostrar esta pregunta:

Si alguna vez se unió a un estudio de investigación o prueba clínica en la cual se le haya pedido tomar un medicamento. = Sí



¿Por qué se unió al estudio de investigación o prueba clínica? (Marque **TODAS** las que apliquen)

- Mi médico me lo recomendó
 - Un miembro familiar o amigo me lo recomendó
 - Para obtener un medicamento gratuito
 - Para ayudar a otros
 - Para promover los avances de la ciencia y/o beneficios para la sociedad
 - Para obtener un pago
 - Para intentar un tratamiento distinto
 - Otro (escríbalo) _____
-

Mostrar esta pregunta:

Si alguna vez se unió a un estudio de investigación o prueba clínica en la cual se le haya pedido tomar un medicamento. = No



¿Alguna vez **se le pidió** unirse a un estudio de investigación en la cual se le haya pedido tomar un medicamento?

- No
- No estoy seguro
- Sí

Mostrar esta pregunta:

Si alguna vez se le pidió unirse a un estudio de investigación en la cual se le haya pedido tomar un medicamento... = Sí



De los estudios a los cuales se le pidió unirse, ¿**consideró** unirse a alguno de ellos?

- No
- Sí

Mostrar esta pregunta:

Si de los estudios a los cuales se le pidió unirse, consideró unirse a alguno de ellos = Sí

¿**Calificó** para cualquiera de los estudios que consideró?

- No
- Sí
- No estoy seguro

Espacio de
página

Las siguientes preguntas son acerca de sus opiniones.

¿Qué tan importante o no importante es comprobar medicamentos en personas de 65 años de edad en adelante antes de que los médicos los receten a los pacientes?

- No es importante
- Moderadamente importante
- Muy importante



Qué tan probable o improbable sería que usted **considerara** unirse a un estudio de investigación que involucre tomar un medicamento si el estudio fue recomendado por: (Marque **uno** por cada ítem)

	Improbable	Ni probable o improbable	Probablemente
Su médico	0	0	0
Su farmacéutico	0	0	0
Un amigo de confianza o un miembro familiar	0	0	0
Una persona en el estudio (un participante)	0	0	0

Qué tan probable o improbable sería que usted **considerara** unirse a un estudio de investigación que involucre tomar un medicamento si recibiera una invitación de: (Marque **uno** por cada ítem)

	Improbable	Ni probable o improbable	Probablemente
Una universidad o sistema de cuidados de salud	0	0	0
Una farmacia (por ejemplo, CVS o Walgreens)	0	0	0
Una compañía farmacéutica	0	0	0
Un laboratorio (por ejemplo, Quest o LabCorp)	0	0	0
Una organización sin fines de lucro enfocada en una condición de salud específica	0	0	0



Consideraría unirme a un estudio de investigación que involucre tomar un medicamento para un problema de salud que: (Marque **TODAS** las que apliquen)

- Tengo actualmente
 - Quiero prevenir (por ejemplo, un ataque cardiaco, derrame o diabetes)
 - Está en mi familia
 - Podría ayudar a otras personas
 - Podría promover los avances de la ciencia y/o beneficiar a la sociedad
 - Otro (escribir): _____
 - No consideraría unirme a un grupo de investigación que involucre tomar un medicamento.
 - No estoy seguro si me uniría o no.
-

Consideraría unirme a un grupo de investigación que involucre tomar un medicamento para: (Marque **TODAS** las que apliquen)

- Obtener un medicamento gratuito
 - Intentar un tratamiento distinto
 - Obtener un pago
 - Ninguno de los anteriores
-

Mostrar esta pregunta:

Consideraría unirme a un estudio de investigación que involucre tomar un medicamento para un problema de salud que... = Tenga actualmente

¿Consideraría unirse a un estudio de investigación **para una condición que usted tenga** si pudiera ser asignado a un grupo que no reciba la medicina que se está probando?

No

Sí

Mostrar esta pregunta:

Consideraría unirme a un estudio de investigación que involucre tomar un medicamento para un problema de salud que... = Tenga actualmente

¿Consideraría unirse a un estudio de investigación **para una condición que usted tenga** si pudiera ser asignado inmediatamente a un grupo que no reciba la medicina que se está probando, pero que la recibirá después de una espera?

No

Sí

X→

¿Cuáles de los siguientes **dificultaría** que usted se una a un estudio de investigación que involucre tomar un medicamento? (Marque **TODAS** las que apliquen)

- Mala audición
- Mala visión
- Necesidad de estar cerca de un baño
- Problemas al caminar o deambular
- Olvidar cosas o problemas de memoria
- Problemas de transportación para hacer visitas en persona
- Ninguno de los anteriores

Mostrar esta pregunta:

Si alguna vez se unió a un estudio de investigación o prueba clínica en la cual se le haya pedido tomar un medicamento. = No

¿Cuáles de los siguientes ítems haría que fuera menos probable que usted se una a un estudio de investigación que involucre tomar un medicamento? (Marque **TODAS** las que apliquen)

- Mis condiciones de salud impiden unirme
- Tengo miedo de los efectos secundarios
- Ya estoy tomando demasiados medicamentos
- No tengo tiempo para unirme
- El estudio no paga lo suficiente
- No quiero ser un conejillo de indias
- Mis amigos y familia no querrían que me una
- Cuido de alguien a quien no puedo dejar solo
- Otro (escríbalo) _____
- Ninguno de los anteriores

Espacio de
página

Mostrar esta pregunta:

Si alguna vez se unió a un estudio de investigación o prueba clínica en la cual se le haya pedido tomar un medicamento. = SÍ

X→

¿Cuáles de los siguientes ítems impedirían **actualmente** que usted se una a un estudio de investigación que involucre tomar un medicamento? (Marque **TODAS** las que apliquen)

- Mis condiciones de salud impiden unirme
- Tengo miedo de los efectos secundarios
- Ya estoy tomando demasiados medicamentos
- No tengo tiempo para unirme
- El estudio no paga lo suficiente
- No quiero ser un conejillo de indias
- Mis amigos y familia no querrían que me una
- Cuido de alguien a quien no puedo dejar solo
- Otro (escríbalo) _____
- Ninguno de los anteriores

Espacio de
página



Si se uniera a una prueba clínica, qué tan difícil o fácil sería recibir visitas en persona: (Marque **uno** por cada ítem)

	Muy difícil	Difícil	Ni difícil ni fácil	Fácil	Muy fácil
En su hogar	<input type="radio"/>				
En el consultorio de su médico	<input type="radio"/>				
En un hospital o centro médico cercano (el estudio pagará por el estacionamiento)	<input type="radio"/>				
En un lugar público como un centro para adultos mayores o farmacia	<input type="radio"/>				
Que incluya pasar la noche en un hospital	<input type="radio"/>				



Qué tan difícil o fácil sería para usted: (Marque **uno** por cada ítem)

	Muy difícil	Difícil	Ni difícil ni fácil	Fácil	Muy fácil
Viajar más de 1 hora de ida o vuelta a un sitio de investigación	0	0	0	0	0
Conectarse a una visita por video	0	0	0	0	0
Verificar su presión sanguínea en casa	0	0	0	0	0
Utilizar un dispositivo que controle su actividad física, como un reloj o anillo	0	0	0	0	0
No comer durante 8 horas antes de una prueba de sangre en la mañana	0	0	0	0	0
Hacer que le entreguen en su hogar suministros para el estudio	0	0	0	0	0

Espacio de
página



Si se uniera a un estudio de investigación que durara **1 año o más**, ¿con qué frecuencia estaría dispuesto a hacer cada uno de los siguientes? (Marque **uno** por cada ítem)

	Mensualmente	Cada 3-4 meses	Dos veces al año	Una vez al año	No en lo absoluto
Someterse a un examen físico	0	0	0	0	0
Hacerse pruebas de sangre	0	0	0	0	0
Recoger muestras de su orina	0	0	0	0	0
Recoger muestras de sus heces	0	0	0	0	0
Tomarse rayos X	0	0	0	0	0
Viajar menos de 30 minutos de ida o vuelta para visitas en persona	0	0	0	0	0
Viajar 1 hora o más de ida o vuelta para visitas en persona	0	0	0	0	0

Espacio de página

Si se uniera a un estudio de investigación que involucre tomar un medicamento, preferiría visitas que fueran: (Marque **uno**)

- Solo en persona
- Solo por video (por ejemplo, por tele-citas o por Zoom)
- Solo por teléfono
- Tanto en persona como por video
- Tanto en persona como por teléfono

Consideraría unirse a un estudio de investigación que involucre tomar un medicamento si las visitas de salud se dan a lugar: (Marque **uno** por cada ítem)

	Sí	No	Tal vez
Solo en persona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Solo por video (por ejemplo, por tele-citas o por Zoom)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Solo por teléfono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tanto en persona como por video	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tanto en persona como por teléfono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si forma parte en un estudio de investigación que involucre tomar un medicamento, y una visita le toma la mitad de un día, incluyendo la transportación, ¿se le debería pagar? (el estacionamiento es gratuito)

- Sí
- No
- No estoy seguro



Unas cuantas preguntas acerca de usted

¿Tiene actualmente acceso al internet en su hogar?

- Sí
- No
- No estoy seguro



¿Qué tan confiado se siente al llenar formularios médicos por su cuenta?

- Extremadamente
- Muy confiado
- Algo confiado
- Poco confiado
- No confiado en lo absoluto



En general, diría que su salud es:

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Deficiente



¿Alguien le ayudó a llenar esta encuesta?

- Sí
- No

Fin del bloque: Preguntas de la encuesta

Inicio del bloque: Bloque 7 - Fin de la encuesta



Gracias por su participación.

Escoja de las opciones a continuación.

- Una tarjeta de regalo de \$25
- No deseo recibir una tarjeta de regalo.

Mostrar esta pregunta:

Gracias por su participación. Escoja de las opciones a continuación = Una tarjeta de regalo de \$25

Ingrese su **dirección de correo electrónico** para recibir su tarjeta de regalo. Puede que las tarjetas de regalo tomen de 6 a 8 semanas en entregarse.



¿Desearía que lo contacten para estudios en el futuro?

- Sí
- No

Espacio de
página

Fin del bloque: Bloque 7 - Fin de la encuesta
