

Attachment 4c.

Caregiver Survey (online, Spanish)

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average of 15 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-####).

For Caregivers of Patients With Breast Cancer

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Gracias por aceptar participar en este estudio y responder esta encuesta. Solo le tomará 15 minutos completar esta encuesta. Una vez que haya respondido y enviado la encuesta, recibirá un cheque o una tarjeta de regalo electrónica de \$40 dólares como muestra de agradecimiento por su tiempo.

Un objetivo de este estudio es recopilar información acerca de su experiencia como cuidador/a de una persona a quien le diagnosticaron cáncer. También nos interesa saber acerca de las dificultades o los obstáculos que el paciente puede haber enfrentado durante el tratamiento.

Esta encuesta incluye preguntas sobre varios temas. Por ejemplo, se le preguntará sobre dónde vive, su salud y el impacto de ser cuidador/a. Para responder algunas de estas preguntas, deberá recordar eventos o incidentes que pueden haber ocurrido hace algunos años.

Aunque probablemente sea difícil recordar las respuestas, haga lo mejor que pueda. No hay respuestas correctas ni incorrectas para ninguna de estas preguntas. Solo debe informar lo que ha pasado como cuidador/a.

La participación en este estudio es voluntaria. Las preguntas a las que responda no afectarán su atención médica. Puede saltar cualquier pregunta que no desee responder; simplemente pase a la siguiente pregunta. Puede abandonar la encuesta en cualquier momento. También puede responder la encuesta en varias sesiones, ya que se guardarán sus respuestas. Participar en este estudio tiene riesgos mínimos. Algunas de las preguntas de la encuesta pueden resultarle molestas, pero no tiene que responderlas. Existen medidas de protección para mantener sus datos lo más seguros posible.



Siguiente >

Barra de progreso  7%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuántos años tiene?

- ☐ Menos de 18 años
- ☐ Entre 18 y 20 años
- ☐ Entre 21 y 24 años
- ☐ Entre 25 y 29 años
- ☐ Entre 30 y 34 años
- ☐ Entre 35 y 39 años
- ☐ Entre 40 y 44 años
- ☐ Entre 45 y 49 años
- ☐ Entre 50 y 54 años
- ☐ Entre 55 y 59 años
- ☐ Entre 60 y 64 años
- ☐ Entre 65 y 69 años
- ☐ Entre 70 y 74 años
- ☐ 75 años o más

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



8%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál es su relación con el individuo, a quien se le diagnosticó cáncer de breast en 2021? Es su:

- ☐ cónyuge (esposa/o)
- ☐ pareja de hecho
- ☐ hija/o
- ☐ madre/padre
- ☐ hermana/o
- ☐ amiga/o
- ☐ Otro; por favor especifique:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



10%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Para el resto de la encuesta, nos referiremos a la persona a la que brindó atención durante su tratamiento contra el cáncer como "receptor de cuidado".

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



11%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Convive con el receptor de cuidado?

- ☐ Sí
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



12%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál es su sexo biológico? Es una categoría basada en su certificado de nacimiento original.

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ Prefiero no responder

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



14%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál es su raza y/o etnia? Seleccione todas las que correspondan.

- ☐ Indígena de las Américas o nativo/a de Alaska
- ☐ Asiático/a
- ☐ Negro/a o afroamericano/a
- ☐ Hispana o Latina o Latinx/e
- ☐ Del Medio Oriente o Norteafricano/a
- ☐ Nativo/a de Hawái u otra de las islas del Pacífico
- ☐ Blanco/a
- ☐ Otra; por favor especifique:
- ☐ Prefiero no responder

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



15%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál era su estado civil inmediatamente después de que al receptor de cuidado le diagnosticaran cáncer por primera vez?

- ☐ Nunca me casé
- ☐ Casada/o
- ☐ Convivía con una pareja sin estar casadas/os o cohabitaba
- ☐ Viuda/o
- ☐ Separada/o o divorciada/o

¿Cuál es su estado civil actualmente?

- ☐ Nunca me casé
- ☐ Casada/o
- ☐ Convivía con una pareja sin estar casadas/os o cohabitaba
- ☐ Viuda/o
- ☐ Separada/o o divorciada/o

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



19%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál era su situación laboral inmediatamente después del primer diagnóstico del receptor de cuidado?

- ☐ Trabajador/a remunerado/a (incluye trabajador/a independiente): 40 horas semanales o más
- ☐ Trabajador/a remunerado/a (incluye trabajador/a independiente): menos de 40 horas semanales
- ☐ Jubilada/o
- ☐ Responsable del hogar
- ☐ Estudiante
- ☐ Desempleada/o
- ☐ Incapacitada/o para trabajar (p. ej., debido a una discapacidad, permiso de trabajo)

¿Cuál es su situación laboral actualmente?

- ☐ Trabajador/a remunerado/a (incluye trabajador/a independiente): 40 horas semanales o más
- ☐ Trabajador/a remunerado/a (incluye trabajador/a independiente): menos de 40 horas semanales
- ☐ Jubilada/o
- ☐ Responsable del hogar
- ☐ Estudiante
- ☐ Desempleada/o
- ☐ Incapacitada/o para trabajar (p. ej., debido a una discapacidad, permiso de trabajo)

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



21%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuáles fueron sus ingresos familiares totales en 2021?

- ☐ Menos de \$20 000
- ☐ Entre \$20 001 y \$40 000
- ☐ Entre \$40 001 y \$60 000
- ☐ Entre \$60 001 y \$80 000
- ☐ Entre \$80 001 y \$100 000
- ☐ Entre \$100 001 y \$120 000
- ☐ Más de \$120 000

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



23%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Para las siguientes preguntas, por favor responda según su propia experiencia como individuo.

¿Cuál era su situación de seguro médico inmediatamente después del primer diagnóstico del receptor de cuidado? Por favor seleccione todas las que correspondan.

- ☐ Sin seguro
- ☐ Lapso sin cobertura
- ☐ Seguro médico privado (adquirido por mi cuenta o a través de mi empleo o del de mi cónyuge / pareja / madre o padre)
- ☐ Medicaid/Medi-Cal
- ☐ Medicare / Medicare Advantage
- ☐ Militar (Tricare, Champ-VA o algún otro seguro médico militar)
- ☐ Otra; [por favor especifique]:

¿Cuál es su situación actual de seguro médico? Por favor seleccione todas las que correspondan.

- ☐ Sin seguro
- ☐ Lapso sin cobertura
- ☐ Seguro médico privado (adquirido por mi cuenta o a través de mi empleo o del de mi cónyuge / pareja / madre o padre)
- ☐ Medicaid/Medi-Cal
- ☐ Medicare / Medicare Advantage
- ☐ Militar (Tricare, Champ-VA o algún otro seguro médico militar)
- ☐ Otra; [por favor especifique]:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



25%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál es el nivel educativo más alto que completó?

- ☐ Escuela primaria o intermedia
- ☐ 9.º a 12.º grado, pero no terminé la secundaria
- ☐ Graduada/o de la secundaria o con certificado GED
- ☐ Título terciario o escuela técnica
- ☐ Título universitario
- ☐ Título de posgrado o profesional

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  26%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál era su código postal durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado? Por favor introduzca un código postal de 5 dígitos.

- ☐ Tuve varios códigos postales durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado.
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  28%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor su vivienda mientras fue cuidador/a del receptor de cuidado?

- ☐ Una casa unifamiliar separada de otras casas (incluye casas rodantes)
- ☐ Una casa unifamiliar unida a una o más casas (p. ej., casa adosada, dúplex)
- ☐ Un edificio de apartamentos, un complejo de apartamentos o un condominio
- ☐ No tenía vivienda estable (me hospedaba en un hotel o un refugio, vivía en la calle o en un parque, etc.) mientras fui cuidador/a.
- ☐ Otro (por favor especifique):

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



34%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Piense en su casa, la cual incluye a todas las personas que viven con usted.

Por favor indique si las siguientes afirmaciones son ciertas generalmente, algunas veces o nunca.

“En los últimos 12 meses, nos preocupó quedarnos sin comida antes de tener dinero para comprar más”.

- ☐ Generalmente cierto
- ☐ Algunas veces cierto
- ☐ Nunca cierto

“En los últimos 12 meses, la comida que comprábamos simplemente no alcanzaba y no teníamos dinero para comprar más”.

- ☐ Generalmente cierto
- ☐ Algunas veces cierto
- ☐ Nunca cierto

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



37%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Para la siguiente pregunta, por favor responda según su propia experiencia como individuo.

¿Qué enfermedades le habían diagnosticado a usted antes del diagnóstico de cáncer breast del receptor de cuidado? Seleccione todas las que correspondan.

- ☐ Artritis / reumatismo / gota
- ☐ Tumores benignos o quistes
- ☐ Cáncer
- ☐ Dolor crónico
- ☐ Problemas circulatorios (incluidos los coágulos sanguíneos)
- ☐ Demencia / Alzheimer
- ☐ Depresión / ansiedad / problemas emocionales
- ☐ Diabetes
- ☐ Epilepsia o convulsiones
- ☐ Fibromialgia o lupus
- ☐ Enfermedades o trastornos gastrointestinales
- ☐ Problemas auditivos
- ☐ Problemas cardíacos
- ☐ Hernia
- ☐ Hipertensión o presión arterial alta
- ☐ Problemas de hígado, vejiga o riñón
- ☐ Problema pulmonar o respiratorio (por ejemplo, asma o enfisema)
- ☐ Migrañas o jaquecas (no cualquier dolor de cabeza)
- ☐ Esclerosis múltiple (EM) o distrofia muscular (DM)
- ☐ Osteoporosis o tendinitis
- ☐ Enfermedad de Parkinson u otros temblores
- ☐ Accidente cerebrovascular
- ☐ Problemas de tiroides o enfermedad de Graves
- ☐ Úlceras
- ☐ Problemas de la vista / dificultad para ver
- ☐ Problema de peso
- ☐ Otro deterioro / problema. Por favor especifique uno:
- ☐ Ninguna de las anteriores

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



38%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Las siguientes preguntas tratan sobre su experiencia durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado.

¿Usted era la persona cuidadora principal del receptor de cuidado, asumiendo la responsabilidad de la mayor parte del cuidado de las necesidades del receptor durante su tratamiento?

- ☐ Sí
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso

39%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado, ¿qué tipo(s) de apoyo desempeñó? Seleccione todas las que correspondan.

- ☐ Brindé apoyo emocional
- ☐ Brindé asistencia económica
- ☐ Ayudé a gestionar las finanzas
- ☐ Acompañé al receptor de cuidado a sus citas médicas
- ☐ Ayudé en la toma de decisiones médicas
- ☐ Coordiné la atención médica (p. ej., buscar proveedores de salud, programar citas, ayudar con las recetas o medicamentos)
- ☐ Proporcioné transporte a las citas, para mandados, etc.
- ☐ Ayudé en las tareas cotidianas (p. ej., cocinar, limpiar, cuidar niños)
- ☐ Otra; por favor especifique:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso

41%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado, ¿usted recibió algún pago por sus funciones de cuidador/a?

- ☐ Sí
☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



42%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado, ¿cuáles eran las fuentes de ingresos de su hogar? Seleccione todas las que correspondan.

- ☐ Salario de su empleo
☐ Pensión o jubilación
☐ Asistencia gubernamental (por discapacidad, seguridad social)
☐ Licencia laboral remunerada
☐ Estipendio o ayuda económica de organizaciones benéficas o sin fines de lucro
☐ Otra; por favor especifique:

Actualmente, ¿cuáles son las fuentes de ingresos de su hogar? Seleccione todas las que correspondan.

- ☐ Salario de su empleo
☐ Pensión o jubilación
☐ Asistencia gubernamental (por discapacidad, seguridad social)
☐ Licencia laboral remunerada
☐ Estipendio o ayuda económica de organizaciones benéficas o sin fines de lucro
☐ Otra; por favor especifique:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



44%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado, ¿cuántas horas dedicaba por semana a cuidar de él/ella, en promedio (p. ej., asistir a citas médicas, ayudarla/o a lidiar con los efectos secundarios, ayudar con las tareas cotidianas como cocinar o limpiar, pasar tiempo juntos, rezar)?

- ☐ Menos de 5 horas
- ☐ Entre 5 y 10 horas
- ☐ Entre 11 y 15 horas
- ☐ Entre 16 y 20 horas
- ☐ Más de 20 horas
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  45%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado, ¿sus funciones de cuidador/a afectaron su empleo (p. ej., pasar de tiempo completo a medio tiempo, dejar un trabajo, cambiar de trabajo en busca de más flexibilidad)?

- ☐ Sí, mi horario de trabajo cambió (p. ej. pasé de tiempo completo a tiempo parcial, o mis horas se redujeron o aumentaron) .
- ☐ Sí, mi situación laboral cambió (p. ej., cambiar de empleo, dejar un trabajo, retirar, o consiguió un trabajo adicional).
- ☐ No (el trabajo se mantuvo igual, ya estaba jubilada/o)

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  47%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado, ¿debió dedicar parte de sus tiempos libres al cuidado de él/ella?

- ☐ Sí, tomé tiempo libre pagado.
- ☐ Sí, tomé tiempo libre no remunerado.
- ☐ Sí, tomé tiempo libre pagado y no remunerado.
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  48%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado, ¿sus funciones de cuidador/a afectaron sus ingresos?

- ☐ Sí, perdí mi fuente de ingresos (p. ej., dejo de trabajar o dejo el trabajo).
- ☐ Sí, mis ingresos bajaron. (p. ej., reducción de las horas de trabajo, cambio a un empleo con menor remuneración).
- ☐ Sí, mis ingresos aumentaron.
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  50%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Las siguientes preguntas tratan sobre el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado.

¿Alguna vez el receptor de cuidado conversó sobre el costo de su tratamiento contra el cáncer con sus médicos u otros proveedores de atención médica?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



51%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Cuando el receptor de cuidado elegía un ciclo de tratamiento contra el cáncer, ¿consideró los costos de los tratamientos específicos?

- ☐ Sí, en gran parte
- ☐ En cierto modo
- ☐ No, para nada
- ☐ No corresponde; el receptor de cuidado no recibió información sobre los costos del tratamiento.
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



52%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

En los últimos 12 meses, ¿cuánto dinero estima que el receptor de cuidado o el hogar del receptor de cuidado ha pagado de su bolsillo para gastos médicos relacionados con su cáncer de breast, lo que incluye copagos, facturas del hospital, deducibles y costos de medicamentos, lo que incluye, a su vez, el tratamiento hormonal y otros medicamentos para la prevención de la recurrencia del cáncer)?

Para responder esta pregunta, por favor tenga en cuenta los gastos de bolsillo y no el dinero otorgado por la compañía de seguros.

- ☐ Menos de \$500
- ☐ Entre \$500 y \$2000
- ☐ Entre \$2001 y \$5000
- ☐ Entre \$5001 y \$10 000
- ☐ Más de \$10 000
- ☐ No sé

En los últimos 12 meses, ¿cuánto dinero estima que el receptor de cuidado ha pagado de su bolsillo para otros gastos relacionados con su cáncer de breast, como gastos de transporte, estacionamiento, cuidado infantil/de ancianos, dieta/comida/bebida especial, etc.?

Para responder esta pregunta, por favor tenga en cuenta los gastos de bolsillo y no el dinero otorgado por la compañía de seguros.

- ☐ Menos de \$500
- ☐ Entre \$500 y \$2000
- ☐ Entre \$2001 y \$5000
- ☐ Entre \$5001 y \$10 000
- ☐ Más de \$10 000
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



55%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cómo describiría la reacción del receptor de cuidado ante la cantidad de dinero que gastó en su tratamiento contra el cáncer?

Ha gastado...

- ☐ ...más de lo que esperaba
- ☐ ...alrededor de lo que esperaba
- ☐ ...menos de lo que esperaba
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



56%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuáles fueron los principales problemas no médicos que enfrentó el receptor de cuidado durante su tratamiento contra el cáncer?

Puede seleccionar hasta 5 problemas.

- ☐ **Miedo de que el tratamiento sea demasiado doloroso o desagradable**
- ☐ **No poder pagar la atención médica** (p. ej., costos demasiado altos, otros gastos inevitables)
- ☐ **No poder comprar comida**
- ☐ **Falta de vivienda estable y permanente**
- ☐ **No tener cobertura de seguro médico, o que la compañía de seguro no apruebe, cubra o pague la atención médica**
- ☐ **Dificultad para conseguir transporte hasta el consultorio médico para recibir un tratamiento o que este se encuentre demasiado lejos**
- ☐ **No disponer de tiempo libre del trabajo para citas o atención médica** (p. ej., no disponer de licencia remunerada, horario laboral flexible ni licencia médica)
- ☐ **Desconocer dónde acudir para recibir atención médica** (p. ej., no contar con un médico de cabecera o una fuente de atención médica habitual que la/o remita; poco conocimiento de los proveedores de atención médica locales, que el centro especializado local se encuentre cerrado)
- ☐ **Que le nieguen la atención** (p. ej., que el proveedor de atención médica no pertenezca a la red de prestadores o no atienda pacientes nuevos)
- ☐ **Que resulte demasiado difícil conseguir citas médicas que se ajusten a su disponibilidad horaria**
- ☐ **Sufrir discriminación** (p. ej., discriminación racial o étnica, por género, peso, orientación sexual o discapacidad)
- ☐ **No entender el idioma del médico** (p. ej., porque hablan idiomas diferentes, y no tiene acceso a un intérprete)
- ☐ **Que le resulte demasiado difícil comprender la información médica**
- ☐ **No conseguir cuidado para una persona dependiente** (p. ej., para un niño, pariente anciano o pariente con alguna discapacidad)
- ☐ **Que ningún amigo o familiar pueda o quiera acompañarla/o a las citas médicas**
- ☐ **Otro**
- ☐ **No tuvo ningún problema / No tengo conocimiento de ningún problema que le haya surgido.**
- ☐ **No estaba al tanto de ningún problema.**

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



57%

If respondents select that they had problems, they will see:

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor ordene los problemas principales que seleccionó según el grado de importancia teniendo en cuenta que el "1" es el más importante.

- ☐ Miedo de que el tratamiento sea demasiado doloroso o desagradable
- ☐ Dificultad para conseguir transporte hasta el consultorio médico para recibir un tratamiento o que este se encuentre demasiado lejos
- ☐ No disponer de tiempo libre del trabajo para citas o atención médica (p. ej., no disponer de licencia remunerada, horario laboral flexible ni licencia médica)
- ☐ Que resulte demasiado difícil conseguir citas médicas que se ajusten a su disponibilidad horaria
- ☐ Que le resulte demasiado difícil comprender la información médica

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



60%

If respondents answer that they did not have any problems, they will see:

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor seleccione los 5 factores principales que facilitaron que el receptor de cuidados recibiera atención médica durante su tratamiento contra el cáncer.

- ☐ Trabajó con una enfermera/navegadora de pacientes que brindó apoyo adicional
- ☐ Tuvo apoyo de un cuidador
- ☐ Pudo tratar los efectos secundarios
- ☐ Pudo pagar por la atención médica
- ☐ Pudo cubrir los gastos no médicos, como la comida
- ☐ Tuvo una vivienda estable y permanente
- ☐ El seguro médico cubrió la mayor parte de los gastos médicos
- ☐ Acceso fácil a un medio de transporte
- ☐ Ubicación conveniente del proveedor de atención médica
- ☐ Pudo disponer de tiempo libre del trabajo para citas o atención médica (p. ej., dispuso de licencia remunerada, horario laboral flexible o licencia médica)
- ☐ Se conectó con un proveedor a través de un conocido (p. ej., médico, enfermero, familiar, amigo u otra persona a través de las redes sociales)
- ☐ Pudo conseguir una cita con un médico u especialista dentro de un período razonable
- ☐ Consiguió programar el cuidado de una persona dependiente (p. ej., para un niño, pariente anciano o pariente con alguna discapacidad)
- ☐ Recibió un trato respetuoso de parte del médico
- ☐ Logró comprender la información médica recibida
- ☒ Otra; por favor especifique:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso

61%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidados, ¿sus funciones de cuidador/a afectaron su salud?

- ☐ Sí, fue afectado negativamente.
- ☐ Sí, fue afectado positivamente.
- ☐ No, mi salud no se vio afectada.

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso

62%

If respondents select that they were affected negatively, they will see:

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor indique qué dolencias tuvo como consecuencia de sus funciones de cuidador/a. Seleccione todas las que correspondan.

- ☐ Estrés
- ☐ Ansiedad
- ☐ Depresión
- ☐ Fatiga
- ☐ Mala alimentación
- ☐ Agotamiento físico
- ☐ Aislamiento
- ☐ Sueño deficiente
- ☐ Otra; por favor especifique:
- ☐ Prefiero no responder

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



64%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado, ¿cuánto apoyo recibió de su familia?

- ☐ Todo el apoyo que necesitaba
- ☐ Parte del apoyo que necesitaba
- ☐ Ningún apoyo
- ☐ Prefiero no responder

Durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado, ¿cuánto apoyo recibió de sus amistades?

- ☐ Todo el apoyo que necesitaba
- ☐ Parte del apoyo que necesitaba
- ☐ Ningún apoyo
- ☐ Prefiero no responder

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



66%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Las siguientes tres preguntas indagan sobre cómo se ha sentido usted más recientemente, la semana pasada.

A continuación, hay una lista de afirmaciones que otras personas que atravesaron enfermedades reconocieron como importantes. Por favor seleccione su respuesta a la siguiente afirmación teniendo en cuenta los últimos 7 días.

	1 – No en absoluto	2	3	4	5 – En gran medida
Me falta energía.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo náuseas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Debido a mi estado físico, se me dificulta satisfacer las necesidades de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo dolor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puedo disfrutar la vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me veo obligada/o a estar en cama.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



69%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Está tomando algún medicamento o recibiendo algún tratamiento médico actualmente?

- ☐ No
☐ Sí

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



70%

If respondents are taking medication, they will see:

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor seleccione su respuesta a la siguiente afirmación teniendo en cuenta los últimos 7 días.

	1 – No en absoluto	2	3	4	5 – En gran medida
Los efectos secundarios del tratamiento me producen malestar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



71%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

A continuación, hay una lista de afirmaciones que otras personas que atravesaron enfermedades reconocieron como importantes.

Por favor seleccione su respuesta a la siguiente afirmación teniendo en cuenta los últimos 7 días.

	1 – No en absoluto	2	3	4	5 – En gran medida
Estoy conforme con la forma en la que llevo la enfermedad de mi ser querido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy perdiendo las esperanzas respecto de la lucha contra la enfermedad de mi ser querido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy nerviosa/o.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me preocupa que mi ser querido muera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me preocupa que la enfermedad de mi ser querido empeorara.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



73%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

A continuación, hay una lista de afirmaciones que otras personas que atravesaron enfermedades reconocieron como importantes.

Por favor seleccione su respuesta a la siguiente afirmación teniendo en cuenta los últimos 7 días.

	No en absoluto	Un poco	En cierta medida	Bastante	En gran medida
Puedo trabajar (incluye el trabajo doméstico)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El trabajo (incluye el trabajo doméstico) me resulta gratificante.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puedo disfrutar la vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He aceptado la enfermedad de mi ser querido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Duermo bien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disfruto las actividades que hago por gusto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy conforme con mi calidad de vida en este momento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso 74%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado, ¿se le proporcionó información o recursos específicos para cuidadores? Seleccione todas las que correspondan.

- ☐ Sí, de parte del médico o equipo de salud de mi receptor de cuidado
- ☒ Sí, de parte de una organización sin fines de lucro (p. ej., American Cancer Society)
- ☒ Sí, de otra fuente. Por favor especifique:
- ☐ No
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso 75%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuán informada/o se sintió acerca de los posibles efectos secundarios del tratamiento del receptor de cuidado?

- ☐ Muy
- ☐ Un poco
- ☐ Para nada

¿Cuán informada/o se sintió acerca de las posibles complicaciones (p. ej., obstrucción del tubo de drenaje, heridas que no se curan) del tratamiento del receptor de cuidado?

- ☐ Muy
- ☐ Un poco
- ☐ Para nada

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  78%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Con qué frecuencia los médicos u otros proveedores de atención médica del receptor de cuidado le proporcionaron toda la información relacionada con el cáncer que usted solicitaba?

- ☐ Nunca
- ☐ Algunas veces
- ☐ Generalmente
- ☐ Siempre
- ☐ No corresponde (no solicité información relacionada con el cáncer).

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  80%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Con qué frecuencia los médicos u otros proveedores de atención médica del receptor de cuidado fueron respetuosos con sus aportes?

- ☐ Nunca
- ☐ Algunas veces
- ☐ Generalmente
- ☐ Siempre
- ☐ No corresponde (no solicité información relacionada con el cáncer).

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



83%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Con qué frecuencia los familiares o amigos del receptor de cuidado fueron respetuosos o apreciaron su labor (ayuda en la toma de decisiones, con las tareas del hogar, el apoyo emocional, el transporte, etc.)?

- ☐ Nunca
- ☐ Algunas veces
- ☐ Generalmente
- ☐ Siempre
- ☐ No corresponde (no hablé con otros familiares o amigos).

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



85%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

En agradecimiento por haber respondido esta encuesta, la/o recompensaremos con USD 40. ¿Prefiere recibir una tarjeta de regalo electrónica VISA por correo electrónico o un cheque por correo en su domicilio?

- ☐ Tarjeta de regalo electrónica enviada a mi correo electrónico
- ☐ Cheque enviado a mi domicilio

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  87%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor introduzca su correo electrónico a fin de enviarle la tarjeta de regalo electrónica:

Por favor vuelva a escribir su correo electrónico para confirmarlo:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  91%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor introduzca su información de contacto a fin de que podamos enviarle el cheque de \$40.

Nombre completo:	<input type="text"/>
Dirección postal línea 1:	<input type="text"/>
Dirección postal línea 2:	<input type="text"/>
Ciudad:	<input type="text"/>
Estado:	<input type="text"/>
Código postal	<input type="text"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  88%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Realizaremos entrevistas telefónicas / en línea de 1 hora de duración con un subconjunto de cuidadores que haya respondido esta encuesta y esté dispuesto a participar.

¿Le gustaría participar en una entrevista telefónica / en línea de 1 hora de duración?

- ☐ Sí
☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  93%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor introduzca su número de teléfono:

Por favor introduzca su correo electrónico:

Por favor vuelva a escribir su correo electrónico para confirmarlo:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  97%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

¡Gracias!

Ante cualquier pregunta acerca de la encuesta, no dude en llamarnos a nuestra línea gratuita (833) 997-2714 o en escribirnos a CDC_CancerSurvey@rti.org.

Haga clic en ENVIAR para enviar sus respuestas.

Enviar

Barra de progreso  100%

For Caregivers of Patients with Cervical Cancer

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Gracias por aceptar participar en este estudio y responder esta encuesta. Solo le tomará 15 minutos completar esta encuesta. Una vez que haya respondido y enviado la encuesta, recibirá un cheque o una tarjeta de regalo electrónica de \$40 dólares como muestra de agradecimiento por su tiempo.

Un objetivo de este estudio es recopilar información acerca de su experiencia como cuidador/a de una persona a quien le diagnosticaron cáncer. También nos interesa saber acerca de las dificultades o los obstáculos que el paciente puede haber enfrentado durante el tratamiento.

Esta encuesta incluye preguntas sobre varios temas. Por ejemplo, se le preguntará sobre dónde vive, su salud y el impacto de ser cuidador/a. Para responder algunas de estas preguntas, deberá recordar eventos o incidentes que pueden haber ocurrido hace algunos años.

Aunque probablemente sea difícil recordar las respuestas, haga lo mejor que pueda. No hay respuestas correctas ni incorrectas para ninguna de estas preguntas. Solo debe informar lo que ha pasado como cuidador/a.

La participación en este estudio es voluntaria. Las preguntas a las que responda no afectarán su atención médica. Puede saltar cualquier pregunta que no desee responder; simplemente pase a la siguiente pregunta. Puede abandonar la encuesta en cualquier momento. También puede responder la encuesta en varias sesiones, ya que se guardarán sus respuestas. Participar en este estudio tiene riesgos mínimos. Algunas de las preguntas de la encuesta pueden resultarle molestas, pero no tiene que responderlas. Existen medidas de protección para mantener sus datos lo más seguros posible.



Siguiente >

Barra de progreso  7%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuántos años tiene?

- ☐ Menos de 18 años
- ☐ Entre 18 y 20 años
- ☐ Entre 21 y 24 años
- ☐ Entre 25 y 29 años
- ☐ Entre 30 y 34 años
- ☐ Entre 35 y 39 años
- ☐ Entre 40 y 44 años
- ☐ Entre 45 y 49 años
- ☐ Entre 50 y 54 años
- ☐ Entre 55 y 59 años
- ☐ Entre 60 y 64 años
- ☐ Entre 65 y 69 años
- ☐ Entre 70 y 74 años
- ☐ 75 años o más

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



8%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál es su relación con el individuo, a quien se le diagnosticó cáncer de cervical en 2021? Es su:

- ☐ cónyuge (esposa/o)
- ☐ pareja de hecho
- ☐ hija/o
- ☐ madre/padre
- ☐ hermana/o
- ☐ amiga/o
- ☐ Otro; por favor especifique:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



10%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Para el resto de la encuesta, nos referiremos a la persona a la que brindó atención durante su tratamiento contra el cáncer como "receptor de cuidado".

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



11%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Convive con el receptor de cuidado?

- ☐ Sí
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



12%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál es su sexo biológico? Es una categoría basada en su certificado de nacimiento original.

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ Prefiero no responder

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



14%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál es su raza y/o etnia? Seleccione todas las que correspondan.

- ☐ Indígena de las Américas o nativo/a de Alaska
- ☐ Asiático/a
- ☐ Negro/a o afroamericano/a
- ☐ Hispana o Latina o Latinx/e
- ☐ Del Medio Oriente o Norteafricano/a
- ☐ Nativo/a de Hawái u otra de las islas del Pacífico
- ☐ Blanco/a
- ☐ Otra; por favor especifique:
- ☐ Prefiero no responder

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



15%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál era su estado civil inmediatamente después de que al receptor de cuidado le diagnosticaran cáncer por primera vez?

- ☐ Nunca me casé
- ☐ Casada/o
- ☐ Convivía con una pareja sin estar casadas/os o cohabitaba
- ☐ Viuda/o
- ☐ Separada/o o divorciada/o

¿Cuál es su estado civil actualmente?

- ☐ Nunca me casé
- ☐ Casada/o
- ☐ Convivía con una pareja sin estar casadas/os o cohabitaba
- ☐ Viuda/o
- ☐ Separada/o o divorciada/o

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



19%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál era su situación laboral inmediatamente después del primer diagnóstico del receptor de cuidado?

- ☐ Trabajador/a remunerado/a (incluye trabajador/a independiente): 40 horas semanales o más
- ☐ Trabajador/a remunerado/a (incluye trabajador/a independiente): menos de 40 horas semanales
- ☐ Jubilada/o
- ☐ Responsable del hogar
- ☐ Estudiante
- ☐ Desempleada/o
- ☐ Incapacitada/o para trabajar (p. ej., debido a una discapacidad, permiso de trabajo)

¿Cuál es su situación laboral actualmente?

- ☐ Trabajador/a remunerado/a (incluye trabajador/a independiente): 40 horas semanales o más
- ☐ Trabajador/a remunerado/a (incluye trabajador/a independiente): menos de 40 horas semanales
- ☐ Jubilada/o
- ☐ Responsable del hogar
- ☐ Estudiante
- ☐ Desempleada/o
- ☐ Incapacitada/o para trabajar (p. ej., debido a una discapacidad, permiso de trabajo)

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



21%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuáles fueron sus ingresos familiares totales en 2021?

- ☐ Menos de \$20 000
- ☐ Entre \$20 001 y \$40 000
- ☐ Entre \$40 001 y \$60 000
- ☐ Entre \$60 001 y \$80 000
- ☐ Entre \$80 001 y \$100 000
- ☐ Entre \$100 001 y \$120 000
- ☐ Más de \$120 000

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



23%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Para las siguientes preguntas, por favor responda según su propia experiencia como individuo.

¿Cuál era su situación de seguro médico inmediatamente después del primer diagnóstico del receptor de cuidado? Por favor seleccione todas las que correspondan.

- ☐ Sin seguro
- ☐ Lapso sin cobertura
- ☐ Seguro médico privado (adquirido por mi cuenta o a través de mi empleo o del de mi cónyuge / pareja / madre o padre)
- ☐ Medicaid/Medi-Cal
- ☐ Medicare / Medicare Advantage
- ☐ Militar (Tricare, Champ-VA o algún otro seguro médico militar)
- ☐ Otra; [por favor especifique]:

¿Cuál es su situación actual de seguro médico? Por favor seleccione todas las que correspondan.

- ☐ Sin seguro
- ☐ Lapso sin cobertura
- ☐ Seguro médico privado (adquirido por mi cuenta o a través de mi empleo o del de mi cónyuge / pareja / madre o padre)
- ☐ Medicaid/Medi-Cal
- ☐ Medicare / Medicare Advantage
- ☐ Militar (Tricare, Champ-VA o algún otro seguro médico militar)
- ☐ Otra; [por favor especifique]:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



25%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál es el nivel educativo más alto que completó?

- ☐ Escuela primaria o intermedia
- ☐ 9.º a 12.º grado, pero no terminé la secundaria
- ☐ Graduada/o de la secundaria o con certificado GED
- ☐ Título terciario o escuela técnica
- ☐ Título universitario
- ☐ Título de posgrado o profesional

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  26%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál era su código postal durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado? Por favor introduzca un código postal de 5 dígitos.

- ☐ Tuve varios códigos postales durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado.
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  28%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor su vivienda mientras fue cuidador/a del receptor de cuidado?

- ☐ Una casa unifamiliar separada de otras casas (incluye casas rodantes)
- ☐ Una casa unifamiliar unida a una o más casas (p. ej., casa adosada, dúplex)
- ☐ Un edificio de apartamentos, un complejo de apartamentos o un condominio
- ☐ No tenía vivienda estable (me hospedaba en un hotel o un refugio, vivía en la calle o en un parque, etc.) mientras fui cuidador/a.
- ☐ Otro (por favor especifique):

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



34%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Piense en su casa, la cual incluye a todas las personas que viven con usted.

Por favor indique si las siguientes afirmaciones son ciertas generalmente, algunas veces o nunca.

“En los últimos 12 meses, nos preocupó quedarnos sin comida antes de tener dinero para comprar más”.

- ☐ Generalmente cierto
- ☐ Algunas veces cierto
- ☐ Nunca cierto

“En los últimos 12 meses, la comida que comprábamos simplemente no alcanzaba y no teníamos dinero para comprar más”.

- ☐ Generalmente cierto
- ☐ Algunas veces cierto
- ☐ Nunca cierto

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



37%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Para la siguiente pregunta, por favor responda según su propia experiencia como individuo.

¿Qué enfermedades le habían diagnosticado a usted antes del diagnóstico de cáncer cervical del receptor de cuidado? Seleccione todas las que correspondan.

- ☐ Artritis / reumatismo / gota
- ☐ Tumores benignos o quistes
- ☐ Cáncer
- ☐ Dolor crónico
- ☐ Problemas circulatorios (incluidos los coágulos sanguíneos)
- ☐ Demencia / Alzheimer
- ☐ Depresión / ansiedad / problemas emocionales
- ☐ Diabetes
- ☐ Epilepsia o convulsiones
- ☐ Fibromialgia o lupus
- ☐ Enfermedades o trastornos gastrointestinales
- ☐ Problemas auditivos
- ☐ Problemas cardíacos
- ☐ Hernia
- ☐ Hipertensión o presión arterial alta
- ☐ Problemas de hígado, vejiga o riñón
- ☐ Problema pulmonar o respiratorio (por ejemplo, asma o enfisema)
- ☐ Migrañas o jaquecas (no cualquier dolor de cabeza)
- ☐ Esclerosis múltiple (EM) o distrofia muscular (DM)
- ☐ Osteoporosis o tendinitis
- ☐ Enfermedad de Parkinson u otros temblores
- ☐ Accidente cerebrovascular
- ☐ Problemas de tiroides o enfermedad de Graves
- ☐ Úlceras
- ☐ Problemas de la vista / dificultad para ver
- ☐ Problema de peso
- ☐ Otro deterioro / problema. Por favor especifique uno:
- ☐ Ninguna de las anteriores

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  37%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Las siguientes preguntas tratan sobre su experiencia durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado.

¿Usted era la persona cuidadora principal del receptor de cuidado, asumiendo la responsabilidad de la mayor parte del cuidado de las necesidades del receptor durante su tratamiento?

- ☐ Sí
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso

39%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado, ¿qué tipo(s) de apoyo desempeñó? Seleccione todas las que correspondan.

- ☐ Brindé apoyo emocional
- ☐ Brindé asistencia económica
- ☐ Ayudé a gestionar las finanzas
- ☐ Acompañé al receptor de cuidado a sus citas médicas
- ☐ Ayudé en la toma de decisiones médicas
- ☐ Coordiné la atención médica (p. ej., buscar proveedores de salud, programar citas, ayudar con las recetas o medicamentos)
- ☐ Proporcioné transporte a las citas, para mandados, etc.
- ☐ Ayudé en las tareas cotidianas (p. ej., cocinar, limpiar, cuidar niños)
- ☐ Otra; por favor especifique:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso

41%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado, ¿usted recibió algún pago por sus funciones de cuidador/a?

- ☐ Sí
☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



42%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado, ¿cuáles eran las fuentes de ingresos de su hogar? Seleccione todas las que correspondan.

- ☐ Salario de su empleo
☐ Pensión o jubilación
☐ Asistencia gubernamental (por discapacidad, seguridad social)
☐ Licencia laboral remunerada
☐ Estipendio o ayuda económica de organizaciones benéficas o sin fines de lucro
☐ Otra; por favor especifique:

Actualmente, ¿cuáles son las fuentes de ingresos de su hogar? Seleccione todas las que correspondan.

- ☐ Salario de su empleo
☐ Pensión o jubilación
☐ Asistencia gubernamental (por discapacidad, seguridad social)
☐ Licencia laboral remunerada
☐ Estipendio o ayuda económica de organizaciones benéficas o sin fines de lucro
☐ Otra; por favor especifique:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



44%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado, ¿cuántas horas dedicaba por semana a cuidar de él/ella, en promedio (p. ej., asistir a citas médicas, ayudarla/o a lidiar con los efectos secundarios, ayudar con las tareas cotidianas como cocinar o limpiar, pasar tiempo juntos, rezar)?

- ☐ Menos de 5 horas
- ☐ Entre 5 y 10 horas
- ☐ Entre 11 y 15 horas
- ☐ Entre 16 y 20 horas
- ☐ Más de 20 horas
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  45%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado, ¿sus funciones de cuidador/a afectaron su empleo (p. ej., pasar de tiempo completo a medio tiempo, dejar un trabajo, cambiar de trabajo en busca de más flexibilidad)?

- ☐ Sí, mi horario de trabajo cambió (p. ej. pasé de tiempo completo a tiempo parcial, o mis horas se redujeron o aumentaron) .
- ☐ Sí, mi situación laboral cambió (p. ej., cambiar de empleo, dejar un trabajo, retirar, o consiguió un trabajo adicional).
- ☐ No (el trabajo se mantuvo igual, ya estaba jubilada/o)

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  47%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado, ¿debió dedicar parte de sus tiempos libres al cuidado de él/ella?

- ☐ Sí, tomé tiempo libre pagado.
- ☐ Sí, tomé tiempo libre no remunerado.
- ☐ Sí, tomé tiempo libre pagado y no remunerado.
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  48%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado, ¿sus funciones de cuidador/a afectaron sus ingresos?

- ☐ Sí, perdí mi fuente de ingresos (p. ej., dejo de trabajar o dejo el trabajo).
- ☐ Sí, mis ingresos bajaron. (p. ej., reducción de las horas de trabajo, cambio a un empleo con menor remuneración).
- ☐ Sí, mis ingresos aumentaron.
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  50%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Las siguientes preguntas tratan sobre el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado.

¿Alguna vez el receptor de cuidado conversó sobre el costo de su tratamiento contra el cáncer con sus médicos u otros proveedores de atención médica?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



51%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Cuando el receptor de cuidado elegía un ciclo de tratamiento contra el cáncer, ¿consideró los costos de los tratamientos específicos?

- ☐ Sí, en gran parte
- ☐ En cierto modo
- ☐ No, para nada
- ☐ No corresponde; el receptor de cuidado no recibió información sobre los costos del tratamiento.
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



52%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

En los últimos 12 meses, ¿cuánto dinero estima que el receptor de cuidado o el hogar del receptor de cuidado ha pagado de su bolsillo para gastos médicos relacionados con su cáncer de cervical, lo que incluye copagos, facturas del hospital, deducibles y costos de medicamentos, lo que incluye, a su vez, el tratamiento hormonal y otros medicamentos para la prevención de la recurrencia del cáncer)?

Para responder esta pregunta, por favor tenga en cuenta los gastos de bolsillo y no el dinero otorgado por la compañía de seguros.

- ☐ Menos de \$500
- ☐ Entre \$500 y \$2000
- ☐ Entre \$2001 y \$5000
- ☐ Entre \$5001 y \$10 000
- ☐ Más de \$10 000
- ☐ No sé

En los últimos 12 meses, ¿cuánto dinero estima que el receptor de cuidado ha pagado de su bolsillo para otros gastos relacionados con su cáncer de cervical, como gastos de transporte, estacionamiento, cuidado infantil/de ancianos, dieta/comida/bebida especial, etc.?

Para responder esta pregunta, por favor tenga en cuenta los gastos de bolsillo y no el dinero otorgado por la compañía de seguros.

- ☐ Menos de \$500
- ☐ Entre \$500 y \$2000
- ☐ Entre \$2001 y \$5000
- ☐ Entre \$5001 y \$10 000
- ☐ Más de \$10 000
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



54%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cómo describiría la reacción del receptor de cuidado ante la cantidad de dinero que gastó en su tratamiento contra el cáncer?

Ha gastado...

- ☐ ...más de lo que esperaba
- ☐ ...alrededor de lo que esperaba
- ☐ ...menos de lo que esperaba
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



56%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuáles fueron los principales problemas no médicos que enfrentó el receptor de cuidado durante su tratamiento contra el cáncer?

Puede seleccionar hasta 5 problemas.

- ☐ **Miedo de que el tratamiento sea demasiado doloroso o desagradable**
- ☐ **No poder pagar la atención médica** (p. ej., costos demasiado altos, otros gastos inevitables)
- ☐ **No poder comprar comida**
- ☐ **Falta de vivienda estable y permanente**
- ☐ **No tener cobertura de seguro médico, o que la compañía de seguro no apruebe, cubra o pague la atención médica**
- ☐ **Dificultad para conseguir transporte hasta el consultorio médico para recibir un tratamiento o que este se encuentre demasiado lejos**
- ☐ **No disponer de tiempo libre del trabajo para citas o atención médica** (p. ej., no disponer de licencia remunerada, horario laboral flexible ni licencia médica)
- ☐ **Desconocer dónde acudir para recibir atención médica** (p. ej., no contar con un médico de cabecera o una fuente de atención médica habitual que la/o remita; poco conocimiento de los proveedores de atención médica locales, que el centro especializado local se encuentre cerrado)
- ☐ **Que le nieguen la atención** (p. ej., que el proveedor de atención médica no pertenezca a la red de prestadores o no atienda pacientes nuevos)
- ☐ **Que resulte demasiado difícil conseguir citas médicas que se ajusten a su disponibilidad horaria**
- ☐ **Sufrir discriminación** (p. ej., discriminación racial o étnica, por género, peso, orientación sexual o discapacidad)
- ☐ **No entender el idioma del médico** (p. ej., porque hablan idiomas diferentes, y no tiene acceso a un intérprete)
- ☐ **Que le resulte demasiado difícil comprender la información médica**
- ☐ **No conseguir cuidado para una persona dependiente** (p. ej., para un niño, pariente anciano o pariente con alguna discapacidad)
- ☐ **Que ningún amigo o familiar pueda o quiera acompañarla/o a las citas médicas**
- ☐ **Otro**
- ☐ **No tuvo ningún problema / No tengo conocimiento de ningún problema que le haya surgido.**
- ☐ **No estaba al tanto de ningún problema.**

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



57%

If respondents select that they had problems, they will see:

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor ordene los problemas principales que seleccionó según el grado de importancia teniendo en cuenta que el "1" es el más importante.

- ☐ Miedo de que el tratamiento sea demasiado doloroso o desagradable
- ☐ Dificultad para conseguir transporte hasta el consultorio médico para recibir un tratamiento o que este se encuentre demasiado lejos
- ☐ No disponer de tiempo libre del trabajo para citas o atención médica (p. ej., no disponer de licencia remunerada, horario laboral flexible ni licencia médica)
- ☐ Que resulte demasiado difícil conseguir citas médicas que se ajusten a su disponibilidad horaria
- ☐ Que le resulte demasiado difícil comprender la información médica

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



60%

If respondents answer that they did not have any problems, they will see:

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor seleccione los 5 factores principales que facilitaron que el receptor de cuidados recibiera atención médica durante su tratamiento contra el cáncer.

- ☐ Trabajó con una enfermera/navegadora de pacientes que brindó apoyo adicional
- ☐ Tuvo apoyo de un cuidador
- ☐ Pudo tratar los efectos secundarios
- ☐ Pudo pagar por la atención médica
- ☐ Pudo cubrir los gastos no médicos, como la comida
- ☐ Tuvo una vivienda estable y permanente
- ☐ El seguro médico cubrió la mayor parte de los gastos médicos
- ☐ Acceso fácil a un medio de transporte
- ☐ Ubicación conveniente del proveedor de atención médica
- ☐ Pudo disponer de tiempo libre del trabajo para citas o atención médica (p. ej., dispuso de licencia remunerada, horario laboral flexible o licencia médica)
- ☐ Se conectó con un proveedor a través de un conocido (p. ej., médico, enfermero, familiar, amigo u otra persona a través de las redes sociales)
- ☐ Pudo conseguir una cita con un médico u especialista dentro de un período razonable
- ☐ Consiguió programar el cuidado de una persona dependiente (p. ej., para un niño, pariente anciano o pariente con alguna discapacidad)
- ☐ Recibió un trato respetuoso de parte del médico
- ☐ Logró comprender la información médica recibida
- ☒ Otra; por favor especifique:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso

61%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidados, ¿sus funciones de cuidador/a afectaron su salud?

- ☐ Sí, fue afectado negativamente.
- ☐ Sí, fue afectado positivamente.
- ☐ No, mi salud no se vio afectada.

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso

62%

If respondents select that they were affected negatively, they will see:

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

**Por favor indique qué dolencias tuvo como consecuencia de sus funciones de cuidador/a.
Seleccione todas las que correspondan.**

- ☐ Estrés
- ☐ Ansiedad
- ☐ Depresión
- ☐ Fatiga
- ☐ Mala alimentación
- ☐ Agotamiento físico
- ☐ Aislamiento
- ☐ Sueño deficiente
- ☐ Otra; por favor especifique:
- ☐ Prefiero no responder

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



64%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado, ¿cuánto apoyo recibió de su familia?

- ☐ Todo el apoyo que necesitaba
- ☐ Parte del apoyo que necesitaba
- ☐ Ningún apoyo
- ☐ Prefiero no responder

Durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado, ¿cuánto apoyo recibió de sus amistades?

- ☐ Todo el apoyo que necesitaba
- ☐ Parte del apoyo que necesitaba
- ☐ Ningún apoyo
- ☐ Prefiero no responder

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



66%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Las siguientes tres preguntas indagan sobre cómo se ha sentido usted más recientemente, la semana pasada.

A continuación, hay una lista de afirmaciones que otras personas que atravesaron enfermedades reconocieron como importantes. Por favor seleccione su respuesta a la siguiente afirmación teniendo en cuenta los últimos 7 días.

	1 – No en absoluto	2	3	4	5 – En gran medida
Me falta energía.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo náuseas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Debido a mi estado físico, se me dificulta satisfacer las necesidades de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo dolor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puedo disfrutar la vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me veo obligada/o a estar en cama.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



69%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Está tomando algún medicamento o recibiendo algún tratamiento médico actualmente?

- ☐ No
☐ Sí

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



70%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Está tomando algún medicamento o recibiendo algún tratamiento médico actualmente?

- ☐ No
☐ Sí

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



70%

If respondents are taking medication, they will see:

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor seleccione su respuesta a la siguiente afirmación teniendo en cuenta los últimos 7 días.

	1 – No en absoluto	2	3	4	5 – En gran medida
Los efectos secundarios del tratamiento me producen malestar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



71%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

A continuación, hay una lista de afirmaciones que otras personas que atravesaron enfermedades reconocieron como importantes.

Por favor seleccione su respuesta a la siguiente afirmación teniendo en cuenta los últimos 7 días.

	1 – No en absoluto	2	3	4	5 – En gran medida
Estoy conforme con la forma en la que llevo la enfermedad de mi ser querido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy perdiendo las esperanzas respecto de la lucha contra la enfermedad de mi ser querido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy nerviosa/o.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me preocupa que mi ser querido muera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me preocupa que la enfermedad de mi ser querido empeorara.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



73%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

A continuación, hay una lista de afirmaciones que otras personas que atravesaron enfermedades reconocieron como importantes.

Por favor seleccione su respuesta a la siguiente afirmación teniendo en cuenta los **últimos 7 días**.

	No en absoluto	Un poco	En cierta medida	Bastante	En gran medida
Puedo trabajar (incluye el trabajo doméstico)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El trabajo (incluye el trabajo doméstico) me resulta gratificante.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puedo disfrutar la vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He aceptado la enfermedad de mi ser querido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Duermo bien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disfruto las actividades que hago por gusto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy conforme con mi calidad de vida en este momento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  74%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado, ¿se le proporcionó información o recursos específicos para cuidadores? Seleccione todas las que correspondan.

- ☐ Sí, de parte del médico o equipo de salud de mi receptor de cuidado
- ☒ Sí, de parte de una organización sin fines de lucro (p. ej., American Cancer Society)
- ☒ Sí, de otra fuente. Por favor especifique:
- ☐ No
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  75%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuán informada/o se sintió acerca de los posibles efectos secundarios del tratamiento del receptor de cuidado?

- ☐ Muy
- ☐ Un poco
- ☐ Para nada

¿Cuán informada/o se sintió acerca de las posibles complicaciones (p. ej., obstrucción del tubo de drenaje, heridas que no se curan) del tratamiento del receptor de cuidado?

- ☐ Muy
- ☐ Un poco
- ☐ Para nada

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  78%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Con qué frecuencia los médicos u otros proveedores de atención médica del receptor de cuidado le proporcionaron toda la información relacionada con el cáncer que usted solicitaba?

- ☐ Nunca
- ☐ Algunas veces
- ☐ Generalmente
- ☐ Siempre
- ☐ No corresponde (no solicité información relacionada con el cáncer).

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  80%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Con qué frecuencia los médicos u otros proveedores de atención médica del receptor de cuidado fueron respetuosos con sus aportes?

- ☐ Nunca
- ☐ Algunas veces
- ☐ Generalmente
- ☐ Siempre
- ☐ No corresponde (no solicité información relacionada con el cáncer).

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



83%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Con qué frecuencia los familiares o amigos del receptor de cuidado fueron respetuosos o apreciaron su labor (ayuda en la toma de decisiones, con las tareas del hogar, el apoyo emocional, el transporte, etc.)?

- ☐ Nunca
- ☐ Algunas veces
- ☐ Generalmente
- ☐ Siempre
- ☐ No corresponde (no hablé con otros familiares o amigos).

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



85%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

En agradecimiento por haber respondido esta encuesta, la/o recompensaremos con USD 40. ¿Prefiere recibir una tarjeta de regalo electrónica VISA por correo electrónico o un cheque por correo en su domicilio?

- ☐ Tarjeta de regalo electrónica enviada a mi correo electrónico
- ☐ Cheque enviado a mi domicilio

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  87%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor introduzca su correo electrónico a fin de enviarle la tarjeta de regalo electrónica:

Por favor vuelva a escribir su correo electrónico para confirmarlo:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  91%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor introduzca su información de contacto a fin de que podamos enviarle el cheque de \$40.

Nombre completo:	<input type="text"/>
Dirección postal línea 1:	<input type="text"/>
Dirección postal línea 2:	<input type="text"/>
Ciudad:	<input type="text"/>
Estado:	<input type="text"/>
Código postal	<input type="text"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  88%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Realizaremos entrevistas telefónicas / en línea de 1 hora de duración con un subconjunto de cuidadores que haya respondido esta encuesta y esté dispuesto a participar.

¿Le gustaría participar en una entrevista telefónica / en línea de 1 hora de duración?

- ☐ Sí
☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  93%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor introduzca su número de teléfono:

Por favor introduzca su correo electrónico:

Por favor vuelva a escribir su correo electrónico para confirmarlo:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  97%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

¡Gracias!

Ante cualquier pregunta acerca de la encuesta, no dude en llamarnos a nuestra línea gratuita (833) 997-2714 o en escribirnos a CDC_CancerSurvey@rti.org.

Haga clic en ENVIAR para enviar sus respuestas.

Enviar

Barra de progreso  100%

For Caregivers of Patients with Colorectal Cancer

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Gracias por aceptar participar en este estudio y responder esta encuesta. Solo le tomará 15 minutos completar esta encuesta. Una vez que haya respondido y enviado la encuesta, recibirá un cheque o una tarjeta de regalo electrónica de \$40 dólares como muestra de agradecimiento por su tiempo.

Un objetivo de este estudio es recopilar información acerca de su experiencia como cuidador/a de una persona a quien le diagnosticaron cáncer. También nos interesa saber acerca de las dificultades o los obstáculos que el paciente puede haber enfrentado durante el tratamiento.

Esta encuesta incluye preguntas sobre varios temas. Por ejemplo, se le preguntará sobre dónde vive, su salud y el impacto de ser cuidador/a. Para responder algunas de estas preguntas, deberá recordar eventos o incidentes que pueden haber ocurrido hace algunos años.

Aunque probablemente sea difícil recordar las respuestas, haga lo mejor que pueda. No hay respuestas correctas ni incorrectas para ninguna de estas preguntas. Solo debe informar lo que ha pasado como cuidador/a.

La participación en este estudio es voluntaria. Las preguntas a las que responda no afectarán su atención médica. Puede saltar cualquier pregunta que no desee responder; simplemente pase a la siguiente pregunta. Puede abandonar la encuesta en cualquier momento. También puede responder la encuesta en varias sesiones, ya que se guardarán sus respuestas. Participar en este estudio tiene riesgos mínimos. Algunas de las preguntas de la encuesta pueden resultarle molestas, pero no tiene que responderlas. Existen medidas de protección para mantener sus datos lo más seguros posible.



Siguiente >

Barra de progreso  7%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuántos años tiene?

- ☐ Menos de 18 años
- ☐ Entre 18 y 20 años
- ☐ Entre 21 y 24 años
- ☐ Entre 25 y 29 años
- ☐ Entre 30 y 34 años
- ☐ Entre 35 y 39 años
- ☐ Entre 40 y 44 años
- ☐ Entre 45 y 49 años
- ☐ Entre 50 y 54 años
- ☐ Entre 55 y 59 años
- ☐ Entre 60 y 64 años
- ☐ Entre 65 y 69 años
- ☐ Entre 70 y 74 años
- ☐ 75 años o más

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



8%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál es su relación con el individuo, a quien se le diagnosticó cáncer de colonrectal en 2021? Es su:

- ☐ cónyuge (esposa/o)
- ☐ pareja de hecho
- ☐ hija/o
- ☐ madre/padre
- ☐ hermana/o
- ☐ amiga/o
- ☐ Otro; por favor especifique:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



10%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Para el resto de la encuesta, nos referiremos a la persona a la que brindó atención durante su tratamiento contra el cáncer como "receptor de cuidado".

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



11%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Convive con el receptor de cuidado?

- ☐ Sí
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



12%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál es su sexo biológico? Es una categoría basada en su certificado de nacimiento original.

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ Prefiero no responder

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



14%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál es su raza y/o etnia? Seleccione todas las que correspondan.

- ☐ Indígena de las Américas o nativo/a de Alaska
- ☐ Asiático/a
- ☐ Negro/a o afroamericano/a
- ☐ Hispana o Latina o Latinx/e
- ☐ Del Medio Oriente o Norteafricano/a
- ☐ Nativo/a de Hawái u otra de las islas del Pacífico
- ☐ Blanco/a
- ☐ Otra; por favor especifique:
- ☐ Prefiero no responder

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



15%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál era su estado civil inmediatamente después de que al receptor de cuidado le diagnosticaran cáncer por primera vez?

- ☐ Nunca me casé
- ☐ Casada/o
- ☐ Convivía con una pareja sin estar casadas/os o cohabitaba
- ☐ Viuda/o
- ☐ Separada/o o divorciada/o

¿Cuál es su estado civil actualmente?

- ☐ Nunca me casé
- ☐ Casada/o
- ☐ Convivía con una pareja sin estar casadas/os o cohabitaba
- ☐ Viuda/o
- ☐ Separada/o o divorciada/o

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



19%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál era su situación laboral inmediatamente después del primer diagnóstico del receptor de cuidado?

- ☐ Trabajador/a remunerado/a (incluye trabajador/a independiente): 40 horas semanales o más
- ☐ Trabajador/a remunerado/a (incluye trabajador/a independiente): menos de 40 horas semanales
- ☐ Jubilada/o
- ☐ Responsable del hogar
- ☐ Estudiante
- ☐ Desempleada/o
- ☐ Incapacitada/o para trabajar (p. ej., debido a una discapacidad, permiso de trabajo)

¿Cuál es su situación laboral actualmente?

- ☐ Trabajador/a remunerado/a (incluye trabajador/a independiente): 40 horas semanales o más
- ☐ Trabajador/a remunerado/a (incluye trabajador/a independiente): menos de 40 horas semanales
- ☐ Jubilada/o
- ☐ Responsable del hogar
- ☐ Estudiante
- ☐ Desempleada/o
- ☐ Incapacitada/o para trabajar (p. ej., debido a una discapacidad, permiso de trabajo)

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



21%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuáles fueron sus ingresos familiares totales en 2021?

- ☐ Menos de \$20 000
- ☐ Entre \$20 001 y \$40 000
- ☐ Entre \$40 001 y \$60 000
- ☐ Entre \$60 001 y \$80 000
- ☐ Entre \$80 001 y \$100 000
- ☐ Entre \$100 001 y \$120 000
- ☐ Más de \$120 000

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



23%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Para las siguientes preguntas, por favor responda según su propia experiencia como individuo.

¿Cuál era su situación de seguro médico inmediatamente después del primer diagnóstico del receptor de cuidado? Por favor seleccione todas las que correspondan.

- ☐ Sin seguro
- ☐ Lapso sin cobertura
- ☐ Seguro médico privado (adquirido por mi cuenta o a través de mi empleo o del de mi cónyuge / pareja / madre o padre)
- ☐ Medicaid/Medi-Cal
- ☐ Medicare / Medicare Advantage
- ☐ Militar (Tricare, Champ-VA o algún otro seguro médico militar)
- ☐ Otra; [por favor especifique]:

¿Cuál es su situación actual de seguro médico? Por favor seleccione todas las que correspondan.

- ☐ Sin seguro
- ☐ Lapso sin cobertura
- ☐ Seguro médico privado (adquirido por mi cuenta o a través de mi empleo o del de mi cónyuge / pareja / madre o padre)
- ☐ Medicaid/Medi-Cal
- ☐ Medicare / Medicare Advantage
- ☐ Militar (Tricare, Champ-VA o algún otro seguro médico militar)
- ☐ Otra; [por favor especifique]:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



25%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál es el nivel educativo más alto que completó?

- ☐ Escuela primaria o intermedia
- ☐ 9.º a 12.º grado, pero no terminé la secundaria
- ☐ Graduada/o de la secundaria o con certificado GED
- ☐ Título terciario o escuela técnica
- ☐ Título universitario
- ☐ Título de posgrado o profesional

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  26%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál era su código postal durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado? Por favor introduzca un código postal de 5 dígitos.

- ☐ Tuve varios códigos postales durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado.
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  28%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor su vivienda mientras fue cuidador/a del receptor de cuidado?

- ☐ Una casa unifamiliar separada de otras casas (incluye casas rodantes)
- ☐ Una casa unifamiliar unida a una o más casas (p. ej., casa adosada, dúplex)
- ☐ Un edificio de apartamentos, un complejo de apartamentos o un condominio
- ☐ No tenía vivienda estable (me hospedaba en un hotel o un refugio, vivía en la calle o en un parque, etc.) mientras fui cuidador/a.
- ☐ Otro (por favor especifique):

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



34%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Piense en su casa, la cual incluye a todas las personas que viven con usted.

Por favor indique si las siguientes afirmaciones son ciertas generalmente, algunas veces o nunca.

“En los últimos 12 meses, nos preocupó quedarnos sin comida antes de tener dinero para comprar más”.

- ☐ Generalmente cierto
- ☐ Algunas veces cierto
- ☐ Nunca cierto

“En los últimos 12 meses, la comida que comprábamos simplemente no alcanzaba y no teníamos dinero para comprar más”.

- ☐ Generalmente cierto
- ☐ Algunas veces cierto
- ☐ Nunca cierto

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



37%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Para la siguiente pregunta, por favor responda según su propia experiencia como individuo.

¿Qué enfermedades le habían diagnosticado a usted antes del diagnóstico de cáncer colorectal del receptor de cuidado? Seleccione todas las que correspondan.

- ☐ Artritis / reumatismo / gota
- ☐ Tumores benignos o quistes
- ☐ Cáncer
- ☐ Dolor crónico
- ☐ Problemas circulatorios (incluidos los coágulos sanguíneos)
- ☐ Demencia / Alzheimer
- ☐ Depresión / ansiedad / problemas emocionales
- ☐ Diabetes
- ☐ Epilepsia o convulsiones
- ☐ Fibromialgia o lupus
- ☐ Enfermedades o trastornos gastrointestinales
- ☐ Problemas auditivos
- ☐ Problemas cardíacos
- ☐ Hernia
- ☐ Hipertensión o presión arterial alta
- ☐ Problemas de hígado, vejiga o riñón
- ☐ Problema pulmonar o respiratorio (por ejemplo, asma o enfisema)
- ☐ Migrañas o jaquecas (no cualquier dolor de cabeza)
- ☐ Esclerosis múltiple (EM) o distrofia muscular (DM)
- ☐ Osteoporosis o tendinitis
- ☐ Enfermedad de Parkinson u otros temblores
- ☐ Accidente cerebrovascular
- ☐ Problemas de tiroides o enfermedad de Graves
- ☐ Úlceras
- ☐ Problemas de la vista / dificultad para ver
- ☐ Problema de peso
- ☐ Otro deterioro / problema. Por favor especifique uno:
- ☐ Ninguna de las anteriores

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



37%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Las siguientes preguntas tratan sobre su experiencia durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado.

¿Usted era la persona cuidadora principal del receptor de cuidado, asumiendo la responsabilidad de la mayor parte del cuidado de las necesidades del receptor durante su tratamiento?

- ☐ Sí
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso

39%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado, ¿qué tipo(s) de apoyo desempeñó? Seleccione todas las que correspondan.

- ☐ Brindé apoyo emocional
- ☐ Brindé asistencia económica
- ☐ Ayudé a gestionar las finanzas
- ☐ Acompañé al receptor de cuidado a sus citas médicas
- ☐ Ayudé en la toma de decisiones médicas
- ☐ Coordiné la atención médica (p. ej., buscar proveedores de salud, programar citas, ayudar con las recetas o medicamentos)
- ☐ Proporcioné transporte a las citas, para mandados, etc.
- ☐ Ayudé en las tareas cotidianas (p. ej., cocinar, limpiar, cuidar niños)
- ☐ Otra; por favor especifique:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso

41%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado, ¿usted recibió algún pago por sus funciones de cuidador/a?

- ☐ Sí
☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



42%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado, ¿cuáles eran las fuentes de ingresos de su hogar? Seleccione todas las que correspondan.

- ☐ Salario de su empleo
☐ Pensión o jubilación
☐ Asistencia gubernamental (por discapacidad, seguridad social)
☐ Licencia laboral remunerada
☐ Estipendio o ayuda económica de organizaciones benéficas o sin fines de lucro
☐ Otra; por favor especifique:

Actualmente, ¿cuáles son las fuentes de ingresos de su hogar? Seleccione todas las que correspondan.

- ☐ Salario de su empleo
☐ Pensión o jubilación
☐ Asistencia gubernamental (por discapacidad, seguridad social)
☐ Licencia laboral remunerada
☐ Estipendio o ayuda económica de organizaciones benéficas o sin fines de lucro
☐ Otra; por favor especifique:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



44%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado, ¿cuántas horas dedicaba por semana a cuidar de él/ella, en promedio (p. ej., asistir a citas médicas, ayudarla/o a lidiar con los efectos secundarios, ayudar con las tareas cotidianas como cocinar o limpiar, pasar tiempo juntos, rezar)?

- ☐ Menos de 5 horas
- ☐ Entre 5 y 10 horas
- ☐ Entre 11 y 15 horas
- ☐ Entre 16 y 20 horas
- ☐ Más de 20 horas
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  45%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado, ¿sus funciones de cuidador/a afectaron su empleo (p. ej., pasar de tiempo completo a medio tiempo, dejar un trabajo, cambiar de trabajo en busca de más flexibilidad)?

- ☐ Sí, mi horario de trabajo cambió (p. ej. pasé de tiempo completo a tiempo parcial, o mis horas se redujeron o aumentaron) .
- ☐ Sí, mi situación laboral cambió (p. ej., cambiar de empleo, dejar un trabajo, retirar, o consiguió un trabajo adicional).
- ☐ No (el trabajo se mantuvo igual, ya estaba jubilada/o)

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  47%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado, ¿debió dedicar parte de sus tiempos libres al cuidado de él/ella?

- ☐ Sí, tomé tiempo libre pagado.
- ☐ Sí, tomé tiempo libre no remunerado.
- ☐ Sí, tomé tiempo libre pagado y no remunerado.
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  48%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado, ¿sus funciones de cuidador/a afectaron sus ingresos?

- ☐ Sí, perdí mi fuente de ingresos (p. ej., dejo de trabajar o dejo el trabajo).
- ☐ Sí, mis ingresos bajaron. (p. ej., reducción de las horas de trabajo, cambio a un empleo con menor remuneración).
- ☐ Sí, mis ingresos aumentaron.
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  50%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Las siguientes preguntas tratan sobre el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado.

¿Alguna vez el receptor de cuidado conversó sobre el costo de su tratamiento contra el cáncer con sus médicos u otros proveedores de atención médica?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



51%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Cuando el receptor de cuidado elegía un ciclo de tratamiento contra el cáncer, ¿consideró los costos de los tratamientos específicos?

- ☐ Sí, en gran parte
- ☐ En cierto modo
- ☐ No, para nada
- ☐ No corresponde; el receptor de cuidado no recibió información sobre los costos del tratamiento.
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



52%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

En los últimos 12 meses, ¿cuánto dinero estima que el receptor de cuidado o el hogar del receptor de cuidado ha pagado de su bolsillo para gastos médicos relacionados con su cáncer de colorectal, lo que incluye copagos, facturas del hospital, deducibles y costos de medicamentos, lo que incluye, a su vez, el tratamiento hormonal y otros medicamentos para la prevención de la recurrencia del cáncer)?

Para responder esta pregunta, por favor tenga en cuenta los gastos de bolsillo y no el dinero otorgado por la compañía de seguros.

- ☐ Menos de \$500
- ☐ Entre \$500 y \$2000
- ☐ Entre \$2001 y \$5000
- ☐ Entre \$5001 y \$10 000
- ☐ Más de \$10 000
- ☐ No sé

En los últimos 12 meses, ¿cuánto dinero estima que el receptor de cuidado ha pagado de su bolsillo para otros gastos relacionados con su cáncer de colorectal, como gastos de transporte, estacionamiento, cuidado infantil/de ancianos, dieta/comida/bebida especial, etc.?

Para responder esta pregunta, por favor tenga en cuenta los gastos de bolsillo y no el dinero otorgado por la compañía de seguros.

- ☐ Menos de \$500
- ☐ Entre \$500 y \$2000
- ☐ Entre \$2001 y \$5000
- ☐ Entre \$5001 y \$10 000
- ☐ Más de \$10 000
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  54%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cómo describiría la reacción del receptor de cuidado ante la cantidad de dinero que gastó en su tratamiento contra el cáncer?

Ha gastado...

- ☐ ...más de lo que esperaba
- ☐ ...alrededor de lo que esperaba
- ☐ ...menos de lo que esperaba
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



56%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuáles fueron los principales problemas no médicos que enfrentó el receptor de cuidado durante su tratamiento contra el cáncer?

Puede seleccionar hasta 5 problemas.

- ☐ **Miedo de que el tratamiento sea demasiado doloroso o desagradable**
- ☐ **No poder pagar la atención médica** (p. ej., costos demasiado altos, otros gastos inevitables)
- ☐ **No poder comprar comida**
- ☐ **Falta de vivienda estable y permanente**
- ☐ **No tener cobertura de seguro médico, o que la compañía de seguro no apruebe, cubra o pague la atención médica**
- ☐ **Dificultad para conseguir transporte hasta el consultorio médico para recibir un tratamiento o que este se encuentre demasiado lejos**
- ☐ **No disponer de tiempo libre del trabajo para citas o atención médica** (p. ej., no disponer de licencia remunerada, horario laboral flexible ni licencia médica)
- ☐ **Desconocer dónde acudir para recibir atención médica** (p. ej., no contar con un médico de cabecera o una fuente de atención médica habitual que la/o remita; poco conocimiento de los proveedores de atención médica locales, que el centro especializado local se encuentre cerrado)
- ☐ **Que le nieguen la atención** (p. ej., que el proveedor de atención médica no pertenezca a la red de prestadores o no atienda pacientes nuevos)
- ☐ **Que resulte demasiado difícil conseguir citas médicas que se ajusten a su disponibilidad horaria**
- ☐ **Sufrir discriminación** (p. ej., discriminación racial o étnica, por género, peso, orientación sexual o discapacidad)
- ☐ **No entender el idioma del médico** (p. ej., porque hablan idiomas diferentes, y no tiene acceso a un intérprete)
- ☐ **Que le resulte demasiado difícil comprender la información médica**
- ☐ **No conseguir cuidado para una persona dependiente** (p. ej., para un niño, pariente anciano o pariente con alguna discapacidad)
- ☐ **Que ningún amigo o familiar pueda o quiera acompañarla/o a las citas médicas**
- ☐ **Otro**
- ☐ **No tuvo ningún problema / No tengo conocimiento de ningún problema que le haya surgido.**
- ☐ **No estaba al tanto de ningún problema.**

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



57%

If respondents select that they had problems, they will see:

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor ordene los problemas principales que seleccionó según el grado de importancia teniendo en cuenta que el "1" es el más importante.

- ☐ Miedo de que el tratamiento sea demasiado doloroso o desagradable
- ☐ Dificultad para conseguir transporte hasta el consultorio médico para recibir un tratamiento o que este se encuentre demasiado lejos
- ☐ No disponer de tiempo libre del trabajo para citas o atención médica (p. ej., no disponer de licencia remunerada, horario laboral flexible ni licencia médica)
- ☐ Que resulte demasiado difícil conseguir citas médicas que se ajusten a su disponibilidad horaria
- ☐ Que le resulte demasiado difícil comprender la información médica

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



60%

If respondents answer that they did not have any problems, they will see:

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor seleccione los 5 factores principales que facilitaron que el receptor de cuidados recibiera atención médica durante su tratamiento contra el cáncer.

- ☐ Trabajó con una enfermera/navegadora de pacientes que brindó apoyo adicional
- ☐ Tuvo apoyo de un cuidador
- ☐ Pudo tratar los efectos secundarios
- ☐ Pudo pagar por la atención médica
- ☐ Pudo cubrir los gastos no médicos, como la comida
- ☐ Tuvo una vivienda estable y permanente
- ☐ El seguro médico cubrió la mayor parte de los gastos médicos
- ☐ Acceso fácil a un medio de transporte
- ☐ Ubicación conveniente del proveedor de atención médica
- ☐ Pudo disponer de tiempo libre del trabajo para citas o atención médica (p. ej., dispuso de licencia remunerada, horario laboral flexible o licencia médica)
- ☐ Se conectó con un proveedor a través de un conocido (p. ej., médico, enfermero, familiar, amigo u otra persona a través de las redes sociales)
- ☐ Pudo conseguir una cita con un médico u especialista dentro de un período razonable
- ☐ Consiguió programar el cuidado de una persona dependiente (p. ej., para un niño, pariente anciano o pariente con alguna discapacidad)
- ☐ Recibió un trato respetuoso de parte del médico
- ☐ Logró comprender la información médica recibida
- ☒ Otra; por favor especifique:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso

61%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidados, ¿sus funciones de cuidador/a afectaron su salud?

- ☐ Sí, fue afectado negativamente.
- ☐ Sí, fue afectado positivamente.
- ☐ No, mi salud no se vio afectada.

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso

62%

If respondents select that they were affected negatively, they will see:

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor indique qué dolencias tuvo como consecuencia de sus funciones de cuidador/a. Seleccione todas las que correspondan.

- ☐ Estrés
- ☐ Ansiedad
- ☐ Depresión
- ☐ Fatiga
- ☐ Mala alimentación
- ☐ Agotamiento físico
- ☐ Aislamiento
- ☐ Sueño deficiente
- ☐ Otra; por favor especifique:
- ☐ Prefiero no responder

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



64%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado, ¿cuánto apoyo recibió de su familia?

- ☐ Todo el apoyo que necesitaba
- ☐ Parte del apoyo que necesitaba
- ☐ Ningún apoyo
- ☐ Prefiero no responder

Durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado, ¿cuánto apoyo recibió de sus amistades?

- ☐ Todo el apoyo que necesitaba
- ☐ Parte del apoyo que necesitaba
- ☐ Ningún apoyo
- ☐ Prefiero no responder

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



66%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Las siguientes tres preguntas indagan sobre cómo se ha sentido usted más recientemente, la semana pasada.

A continuación, hay una lista de afirmaciones que otras personas que atravesaron enfermedades reconocieron como importantes. Por favor seleccione su respuesta a la siguiente afirmación teniendo en cuenta los últimos 7 días.

	1 – No en absoluto	2	3	4	5 – En gran medida
Me falta energía.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo náuseas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Debido a mi estado físico, se me dificulta satisfacer las necesidades de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo dolor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puedo disfrutar la vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me veo obligada/o a estar en cama.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



69%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Está tomando algún medicamento o recibiendo algún tratamiento médico actualmente?

- ☐ No
☐ Sí

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



70%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Está tomando algún medicamento o recibiendo algún tratamiento médico actualmente?

- ☐ No
☐ Sí

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



70%

If respondents are taking medication, they will see:

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor seleccione su respuesta a la siguiente afirmación teniendo en cuenta los **últimos 7 días**.

	1 – No en absoluto	2	3	4	5 – En gran medida
Los efectos secundarios del tratamiento me producen malestar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



71%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

A continuación, hay una lista de afirmaciones que otras personas que atravesaron enfermedades reconocieron como importantes.

Por favor seleccione su respuesta a la siguiente afirmación teniendo en cuenta los últimos 7 días.

	1 – No en absoluto	2	3	4	5 – En gran medida
Estoy conforme con la forma en la que llevo la enfermedad de mi ser querido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy perdiendo las esperanzas respecto de la lucha contra la enfermedad de mi ser querido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy nerviosa/o.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me preocupa que mi ser querido muera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me preocupa que la enfermedad de mi ser querido empeorara.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



73%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

A continuación, hay una lista de afirmaciones que otras personas que atravesaron enfermedades reconocieron como importantes.

Por favor seleccione su respuesta a la siguiente afirmación teniendo en cuenta los últimos 7 días.

	No en absoluto	Un poco	En cierta medida	Bastante	En gran medida
Puedo trabajar (incluye el trabajo doméstico)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El trabajo (incluye el trabajo doméstico) me resulta gratificante.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puedo disfrutar la vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He aceptado la enfermedad de mi ser querido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Duermo bien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disfruto las actividades que hago por gusto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy conforme con mi calidad de vida en este momento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso 74%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Durante el tratamiento contra el cáncer del receptor de cuidado, ¿se le proporcionó información o recursos específicos para cuidadores? Seleccione todas las que correspondan.

- ☐ Sí, de parte del médico o equipo de salud de mi receptor de cuidado
- ☒ Sí, de parte de una organización sin fines de lucro (p. ej., American Cancer Society)
- ☒ Sí, de otra fuente. Por favor especifique:
- ☐ No
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso 75%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuán informada/o se sintió acerca de los posibles efectos secundarios del tratamiento del receptor de cuidado?

- ☐ Muy
- ☐ Un poco
- ☐ Para nada

¿Cuán informada/o se sintió acerca de las posibles complicaciones (p. ej., obstrucción del tubo de drenaje, heridas que no se curan) del tratamiento del receptor de cuidado?

- ☐ Muy
- ☐ Un poco
- ☐ Para nada

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  78%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Con qué frecuencia los médicos u otros proveedores de atención médica del receptor de cuidado le proporcionaron toda la información relacionada con el cáncer que usted solicitaba?

- ☐ Nunca
- ☐ Algunas veces
- ☐ Generalmente
- ☐ Siempre
- ☐ No corresponde (no solicité información relacionada con el cáncer).

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  80%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Con qué frecuencia los médicos u otros proveedores de atención médica del receptor de cuidado fueron respetuosos con sus aportes?

- ☐ Nunca
- ☐ Algunas veces
- ☐ Generalmente
- ☐ Siempre
- ☐ No corresponde (no solicité información relacionada con el cáncer).

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



83%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Con qué frecuencia los familiares o amigos del receptor de cuidado fueron respetuosos o apreciaron su labor (ayuda en la toma de decisiones, con las tareas del hogar, el apoyo emocional, el transporte, etc.)?

- ☐ Nunca
- ☐ Algunas veces
- ☐ Generalmente
- ☐ Siempre
- ☐ No corresponde (no hablé con otros familiares o amigos).

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



85%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

En agradecimiento por haber respondido esta encuesta, la/o recompensaremos con USD 40. ¿Prefiere recibir una tarjeta de regalo electrónica VISA por correo electrónico o un cheque por correo en su domicilio?

- ☐ Tarjeta de regalo electrónica enviada a mi correo electrónico
- ☐ Cheque enviado a mi domicilio

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  87%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor introduzca su correo electrónico a fin de enviarle la tarjeta de regalo electrónica:

Por favor vuelva a escribir su correo electrónico para confirmarlo:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  91%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor introduzca su información de contacto a fin de que podamos enviarle el cheque de \$40.

Nombre completo:	<input type="text"/>
Dirección postal línea 1:	<input type="text"/>
Dirección postal línea 2:	<input type="text"/>
Ciudad:	<input type="text"/>
Estado:	<input type="text"/>
Código postal	<input type="text"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  88%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Realizaremos entrevistas telefónicas / en línea de 1 hora de duración con un subconjunto de cuidadores que haya respondido esta encuesta y esté dispuesto a participar.

¿Le gustaría participar en una entrevista telefónica / en línea de 1 hora de duración?

- ☐ Sí
☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  93%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor introduzca su número de teléfono:

Por favor introduzca su correo electrónico:

Por favor vuelva a escribir su correo electrónico para confirmarlo:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  97%

CDC Barriers Caregiver Survey

Spanish ▼

¡Gracias!

Ante cualquier pregunta acerca de la encuesta, no dude en llamarnos a nuestra línea gratuita (833) 997-2714 o en escribirnos a CDC_CancerSurvey@rti.org.

Haga clic en ENVIAR para enviar sus respuestas.

Enviar

Barra de progreso  100%