

COVID-19 Participant Experience (COPE) Survey

¿Qué debo saber antes de participar?

El Programa Científico *All of Us* busca entender los cambios en sus experiencias y su salud durante la pandemia de la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19). Ayúdenos a saber más al completar esta encuesta. Su participación puede ayudar a investigadores científicos en todo el mundo a entender mejor el impacto de la pandemia COVID-19 durante estos tiempos difíciles. El Programa Científico All of Us repetirá esta encuesta a lo largo de la pandemia.

Las preguntas de esta encuesta pueden ser sensibles y pueden causar preocupación o ansiedad. Recuerde que su privacidad es muy importante para nosotros. Su nombre e identidad se separarán de sus respuestas antes de compartirlas con los investigadores científicos autorizados.

Mientras responde, nadie estará observando sus respuestas. Sin embargo, en base a sus respuestas el sistema automáticamente puede sugerirle una línea de apoyo telefónico gratuito para recibir ayuda inmediata.

Puede dejar de participar en esta encuesta en cualquier momento. Esta encuesta le tomará de 15 a 20 minutos aproximadamente para completarla.

- Sí, todavía quiero participar en la encuesta.
- No quiero participar en la encuesta.

Responda cada pregunta de la manera más honesta posible. Estamos buscando sus propias respuestas, no lo que usted piensa que su doctor, familiares o amigos quieren que responda.

No sienta que debe pasar mucho tiempo respondiendo cada pregunta. La primera respuesta que le viene a la mente normalmente es la mejor. Si no está seguro(a) sobre cómo responder una pregunta, elija la mejor respuesta de las opciones que se le presentan. Algunas preguntas también le permiten indicar si no sabe la respuesta o si prefiere no responder. Algunas de estas preguntas podrían ser delicadas. Puede decidir no responderlas.

Experiencias de distanciamiento social

Las siguientes preguntas son acerca de sus experiencias con el distanciamiento social. El distanciamiento social significa mantener espacio entre usted y otras personas que viven fuera de su casa.

En el último mes, ¿le han causado estrés las recomendaciones de distanciamiento social?¹

- Mucho
- Algo
- Un poco
- Nada

Piense en sus hábitos sociales actuales ... en los últimos 5 días, me he quedado en casa todo el día.²

- Ninguno de los días (0 días)
- Varios días (1-2 días)
- La mayoría de los días (3-4 días)
- Todos los días

Piense en sus hábitos sociales actuales ... en los últimos 5 días, he ido a mi lugar de trabajo (pagado o voluntario) que está fuera de mi casa.²

- Ninguno de los días (0 días)
- Varios días (1-2 días)
- La mayoría de los días (3-4 días)
- Todos los días

Piense en sus hábitos sociales actuales ... en los últimos 5 días, he asistido a reuniones sociales fuera de mi casa de MÁS de 10 personas.²

- Ninguno de los días (0 días)
- Varios días (1-2 días)
- La mayoría de los días (3-4 días)
- Todos los días

Piense en sus hábitos sociales actuales ... en los últimos 5 días, he asistido a reuniones sociales fuera de mi casa de MENOS de 10 personas.²

- Ninguno de los días (0 días)
- Varios días (1-2 días)
- La mayoría de los días (3-4 días)
- Todos los días

Piense en sus hábitos sociales actuales ... en los últimos 5 días, he ido de compras a un centro comercial u otro lugar, o he salido "solo por diversión".²

- Ninguno de los días (0 días)
- Varios días (1-2 días)
- La mayoría de los días (3-4 días)
- Todos los días

Piense en sus hábitos sociales actuales ... en los últimos 5 días, he visitado residencias para ancianos (asilos) o centros de cuidado a largo plazo (por motivos que no son de trabajo).²

- Ninguno de los días (0 días)
- Varios días (1-2 días)
- La mayoría de los días (3-4 días)
- Todos los días

Piense en sus hábitos sociales actuales ... en los últimos 5 días, he estado en contacto cercano con alguien que pertenece a un grupo de riesgo para el coronavirus (COVID-19) (adultos de 50 años o más, personas con enfermedades crónicas como enfermedades cardíacas, pulmonares, hepáticas o renales, diabetes, presión arterial alta o sistema inmunitario deficiente [defensas bajas]). Esto incluye a personas dentro y fuera de su vivienda.²

- Ninguno de los días (0 días)
- Varios días (1-2 días)
- La mayoría de los días (3-4 días)
- Todos los días

En relación a las actividades anteriores, en los últimos 5 días, mi interacción social con personas fuera de mi casa fue:²

- Mucho menos de lo normal
- Un poco menos de lo normal
- Casi normal
- Más de lo normal
- Mucho más de lo normal

Ahora, piense en las recomendaciones y las órdenes relacionadas al coronavirus (COVID-19)... En el último mes, ¿con qué frecuencia sigue las recomendaciones de higiene durante esta pandemia, por ejemplo, lavarse las manos frecuentemente, evitar tocarse la cara, cubrirse la boca al toser, usar una mascarilla/cubre bocas y evitar las superficies que se tocan frecuentemente en los espacios públicos?²

- Todo el tiempo
- La mayor parte del tiempo
- A veces
- Rara vez

Síntomas relacionados al coronavirus (COVID-19)

Las siguientes preguntas son acerca de sus experiencias con síntomas similares a los de COVID-19 o gripe (influenza).

En el último mes, ¿ha estado enfermo(a) por más de un día a causa de una nueva enfermedad relacionada al coronavirus (COVID-19) o síntomas de influenza (gripe)?¹

- Sí
 - *If 'Sí'*
Fecha aproximada del inicio de síntomas [mm/dd/yyyy]¹

- No

¿Cuáles de los siguientes síntomas presentó? Elija todos los que correspondan. (deslice hacia abajo para ver las opciones)¹

- Fiebre
- Tos
- Dolor de garganta
- Goteo (moqueo) o congestión nasal
- Dificultad para respirar o falta de aire/aliento
- Fatiga inusual
- Dolores musculares más fuertes de lo normal
- Dolor de cabeza
- Mareos o aturdimiento
- Pérdida del olfato o del gusto
- Dolor o molestia inusual en los ojos (p. ej., sensibilidad a la luz o lagrimeo excesivo)
- Voz más ronca de lo normal
- Dolor en el pecho u opresión en el pecho inusuales
- Dolor abdominal o dolor de estómago inusuales
- Diarrea
- Náuseas
- Falta de apetito (saltarse comidas)

¿Alguna vez ha estado cerca de alguien que sabe o sospecha que ha tenido coronavirus (COVID-19), ya sean compañeros de trabajo, familiares u otros? Elija todas las opciones que correspondan.³

- Sí, con personas que sé que han tenido coronavirus (COVID-19).
- Sí, con personas que sospecho que han tenido coronavirus (COVID-19).
- No que yo sepa.

¿Usted cree que ha tenido coronavirus (COVID-19)?³

- No

- Sí
- Tal vez

Pruebas relacionadas al coronavirus (COVID-19)

Las siguientes preguntas son acerca de sus experiencias con pruebas relacionadas a síntomas del coronavirus (COVID-19) en el último mes.

En el último mes, ¿se le ha hecho la prueba del coronavirus (COVID-19)?^{1 & 3}

- Sí

○ *If 'Sí'*

¿Cuántas veces se le ha realizado la prueba del coronavirus (COVID-19)?²⁵

¿El resultado de la prueba de coronavirus (COVID-19) fue positivo?²⁵

- Sí
- No
- No sé
- Estoy esperando los resultados

¿Cómo se le realizó la prueba? Elija todas las opciones que correspondan.²⁵

- Muestra nasal
- Muestra faríngea (de la garganta)
- Muestra de sangre
- No
- No sé

Tratamientos relacionados con el coronavirus (COVID-19)

Las siguientes preguntas son acerca de tratamientos que podría haber recibido en el último mes y que están relacionados al coronavirus (COVID-19).

Si se le diagnosticaron síntomas de coronavirus (COVID-19) en el último mes, ¿cómo recibió su tratamiento? Elija todas las opciones que correspondan.³

- No recibí tratamiento, no estaba enfermo(a)
- Me recuperé en casa
- Hablé con un proveedor de servicios de la salud y no ingresé al hospital
- Ingresé al hospital por lo menos una noche

○ *If 'Ingresé al hospital por lo menos una noche'*

¿Qué tratamiento respiratorio recibió? Elija todas las opciones que correspondan.³

- No recibí tratamiento respiratorio

- Oxígeno (por medio de una máscara de oxígeno o tubos nasales, sin presión de aire)
- Oxígeno (por medio de una máscara de oxígeno que empuja el oxígeno hacia los pulmones)
- Un respirador artificial (ventilador mecánico) con un tubo que entra por la boca
- Otro tratamiento respiratorio
 - *If 'Otro tratamiento respiratorio'*
Qué tratamiento respiratorio recibió? Por favor, especifique:³

Impacto relacionado al coronavirus (COVID-19)

Indique cuánto ha sentido cada una de las siguientes cosas en el transcurso de la semana pasada. Elija las respuestas que mejor correspondan a su situación.

En los últimos 7 días, he pensado en el coronavirus (COVID-19) cuando no quería hacerlo:⁴

- Para nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Excesivamente

En los últimos 7 días, me he sentido en alerta o atento (pendiente):⁴

- Para nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Excesivamente

En los últimos 7 días, ha habido cosas que me mantienen pensando en el coronavirus (COVID-19):⁴

- Para nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Excesivamente

En los últimos 7 días, he sido consciente de que todavía tengo muchas emociones sobre el coronavirus (COVID-19), pero no he hecho nada al respecto:⁴

- Para nada
- Un poco
- Moderadamente

- Bastante
- Excesivamente

En los últimos 7 días, he intentado no pensar en el coronavirus (COVID-19).⁴

- Para nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Excesivamente

En los últimos 7 días, he tenido problemas para concentrarme.⁴

- Para nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Excesivamente

¿Cómo lo ha afectado el brote de coronavirus (COVID-19) en el último mes?

Elija todas las opciones que correspondan. (deslice hacia abajo para ver las opciones)¹

- Trabajé de forma remota (a distancia) o desde casa con mayor frecuencia
- Trabajé más horas de lo normal
- Trabajé menos horas
- No pude trabajar debido a una enfermedad relacionada con el coronavirus (COVID-19)
- Quedé desempleado(a)
- Tuve dificultades para organizar el cuidado de los niños
- Aumentaron mis gastos relacionados al cuidado de los niños
- Trabajé con niños que estaban en casa conmigo
- Mis ingresos o salarios se han reducido
- No he tenido ingresos o salarios en absoluto
- Tuve graves problemas financieros

En el último mes, ¿ha experimentado alguna de las siguientes como resultado del coronavirus (COVID-19)? Elija todas las opciones que correspondan.¹

- No tuve suficiente dinero para pagar la renta (alquiler)
- No tuve suficiente dinero para comprar gasolina
- No tuve suficiente dinero para comprar comida
- No tuve suficiente dinero para comprar medicamentos
- No tuve un lugar fijo para dormir o en donde quedarme

En el último mes, ¿se han incrementado los siguientes comportamientos en su casa? Elija todas las opciones que correspondan.¹

- Conflicto interpersonal (peleas, discusiones) con familiares o seres queridos
- Perder el control o gritar a familiares

- Conflicto interpersonal (peleas, discusiones) con amigos o compañeros de trabajo

En el último mes, ¿ha realizado alguna de las siguientes actividades para afrontar el distanciamiento social y el aislamiento? Elija todas las opciones que correspondan. (deslice hacia abajo para ver las opciones)¹

- A veces dejó de ver, leer o escuchar las noticias, incluidas las redes sociales
- Aumentó la cantidad de noticias que veía, leía o escuchaba, incluidas las redes sociales
- Cuidó de su salud, por ejemplo, hacer respiraciones profundas, estiramientos o meditación
- Practicó comportamientos saludables, por ejemplo, tratar de comer comidas saludables y bien balanceadas, hacer ejercicio de manera regular, dormir lo suficiente, o evitar el alcohol y las drogas
- Tomó tiempo para relajarse
- Se comunicó con otros, incluyendo hablar con personas de su confianza sobre sus inquietudes y cómo se siente
- Contactó a un proveedor de servicios de salud
- Tardó en buscar atención médica para un problema de salud no relacionado al coronavirus (COVID19)
- Fumó más cigarrillos o consumió más cigarrillos electrónicos de lo usual
- Bebió alcohol más de lo usual
- Usó medicamentos que requieren receta (como Valium, etc.) más de lo usual
- Usó medicamentos que no requieren receta más de lo usual
- Usó cannabis o marihuana más de lo usual
- Comió alimentos ricos en grasas o azúcar más de lo usual
- Se cortó o autolesionó más de lo usual
- Hizo ejercicio en exceso más de lo usual.
- Comió más comida de lo normal
- Comió menos comida de lo normal

¿Conoce usted personalmente a alguien que haya muerto a causa del coronavirus (COVID-19)?²⁴

- Sí

- *If 'Sí'*

¿A quién conoce que haya muerto a causa del coronavirus (COVID-19)? Seleccione todas las opciones que correspondan.²⁴

- Esposo(a), pareja, novio(a)
- Padre o madre
- Abuelo(a)
- Hijo(a)
- Compañero de trabajo
- Hermano(a)
- Amigo

- Vecino
- Otro
 - *If 'Otro'*
Por favor, especifique.²⁴

- No

Bienestar general

Nos gustaría saber cómo se siente sobre las cosas en general.

Elija la respuesta que mejor describe cómo se ha sentido en el último mes.

En momentos de duda, normalmente espero lo mejor.⁵

- Estoy de acuerdo completamente
- Estoy de acuerdo parcialmente
- No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Estoy parcialmente en desacuerdo
- Estoy completamente en desacuerdo

Elija la respuesta que mejor describe cómo se ha sentido en el último mes.

En general, ¿qué tan feliz es usted?⁶

- Extremadamente feliz
- Muy feliz
- Moderadamente feliz
- Moderadamente infeliz
- Muy infeliz
- Extremadamente infeliz
- No sé
- Prefiero no responder

Elija la respuesta que mejor describe cómo se ha sentido en el último mes.

¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?⁶

- Para nada
- Un poco
- Una cantidad moderada
- Mucho
- Una cantidad extrema
- No sé
- Prefiero no responder

Información básica

Las siguientes preguntas son sobre circunstancias que afectan su salud en general.

Sin contarse usted, ¿cuántas personas viven con usted en su casa?⁷

If 1 or more is entered in response,

Entre las personas que viven con usted, ¿cuántos son menores de 18 años?⁷

¿En qué tipo de vivienda reside usted?⁸

- Apartamento tipo estudio
- Apartamento de una habitación
- Apartamento de dos habitaciones
- Apartamento de tres habitaciones (o más)
- Casa adosada (townhouse)
- Casa independiente
- Residencia para ancianos (asilo) o centro de rehabilitación
- No tengo vivienda (indigente)
- Otro (especifique)
 - *If 'Otro (especifique)'*
Por favor, especifique.
- Prefiero no responder

¿Cuál es su situación de trabajo actual? Elija todas las opciones que correspondan.⁷

- Empleado(a) asalariado(a) (tiempo parcial o tiempo completo)
- Trabajador(a) independiente
- Desempleado(a) por 1 año o más
- Desempleado(a) por menos de 1 año
- Soy una mujer u hombre que me ocupo de tareas de la casa/ ama de casa
- Estudiante
- Jubilado(a)
- No puede trabajar (por discapacidad)
- Prefiero no responder

¿Tiene usted seguro médico o algún tipo de plan para el cuidado de su salud?⁹

- Sí
 - *If 'Sí'*
Actualmente ¿está cubierto por alguno de los siguientes tipos de seguro médico o planes de cobertura médica? Elija todas las opciones que correspondan. (deslice hacia abajo para ver las opciones).¹⁰

- Seguro comprado directamente a una compañía de seguros (de parte de usted u otro familiar)
- Seguro a través de su trabajo previo o actual o a través de una asociación de trabajadores (de parte de usted u otro familiar)
- Medicare para personas de 65 años o más o con ciertas discapacidades
- Medicaid, ayuda médica o algún tipo de plan de ayuda del gobierno para personas con bajos ingresos o discapacidades
- TRICARE o alguna otra atención médica para militares
- Departamento de Asuntos para Veteranos (VA, por sus siglas en inglés) (incluye los que alguna vez ha usado o se ha inscrito para la atención médica de VA)
- Servicio Médico para Indio Americano
- Otro tipo de seguro médico o plan de cobertura médica
 - *If 'Otro tipo de seguro médico o plan de cobertura médica'*
Por favor, especifique.

-
- No tengo seguro médico, yo pago por mi cuenta
 - No
 - No sé
 - Prefiero no responder

¿Está usted recibiendo quimioterapia o inmunoterapia actualmente?³

- Sí
- No

¿Toma medicamentos inmunosupresores (incluyendo esteroides, metotrexato, agentes biológicos) de manera regular?³

- Sí
- No

¿Cuál es su estado civil actual?⁷

- Casado(a)
- Divorciado(a)
- Viudo(a)
- Separado(a)
- Nunca estuvo casado(a)
- Vive en pareja sin estar casado(a) / unión libre
- Prefiero no responder

¿Está usted embarazada actualmente?¹¹

- No
- Sí
- No estoy segura

- Prefiero no responder

Apoyo social

Las personas a veces buscan a otros para recibir amistad y apoyo. Queremos saber de qué manera el apoyo social afecta su salud. Cada pregunta a continuación describe un tipo de apoyo social.

Elija la respuesta que mejor describe con qué frecuencia ha podido encontrar ese tipo de apoyo en el último mes. ¿Tiene usted a alguien que lo ayude en caso de que estuviera confinado(a) a una cama?¹²

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- La mayor parte del tiempo
- Todo el tiempo

Elija la respuesta que mejor describe con qué frecuencia ha podido encontrar ese tipo de apoyo en el último mes. ¿Tiene usted a alguien que lo lleve al doctor en caso de que lo requiriera?¹²

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- La mayor parte del tiempo
- Todo el tiempo

Elija la respuesta que mejor describe con qué frecuencia ha podido encontrar ese tipo de apoyo en el último mes. ¿Tiene usted a alguien que le prepare comidas en caso de que usted no pudiera hacerlo por su cuenta?¹²

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- La mayor parte del tiempo
- Todo el tiempo

Elija la respuesta que mejor describe con qué frecuencia ha podido encontrar ese tipo de apoyo en el último mes. ¿Tiene usted a alguien que lo ayude con las labores cotidianas en caso de que se enfermara?¹²

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- La mayor parte del tiempo
- Todo el tiempo

Elija la respuesta que mejor describe con qué frecuencia ha podido encontrar ese tipo de apoyo en el último mes. ¿Tiene usted a alguien con quien pasar un tiempo agradable?¹²

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- La mayor parte del tiempo
- Todo el tiempo

Elija la respuesta que mejor describe con qué frecuencia ha podido encontrar ese tipo de apoyo en el último mes. ¿Tiene usted a alguien a quien acudir para recibir consejos sobre cómo lidiar con un problema personal?¹²

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- La mayor parte del tiempo
- Todo el tiempo

Elija la respuesta que mejor describe con qué frecuencia ha podido encontrar ese tipo de apoyo en el último mes. ¿Tiene usted a alguien que entienda sus problemas?¹²

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- La mayor parte del tiempo
- Todo el tiempo

Elija la respuesta que mejor describe con qué frecuencia ha podido encontrar ese tipo de apoyo en el último mes. ¿Tiene usted a alguien a quien querer/amar y que lo haga sentirse querido?¹²

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- La mayor parte del tiempo
- Todo el tiempo

Elija la respuesta que mejor describe con qué frecuencia ha podido encontrar ese tipo de apoyo en el último mes. ¿Tiene usted a alguien en quien confiar o con quien hablar sobre su vida o sus problemas?¹²

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- La mayor parte del tiempo
- Todo el tiempo

Elija la respuesta que mejor describe con qué frecuencia ha podido encontrar ese tipo de apoyo en el último mes. ¿Tiene usted a alguien con quien hacer cosas que lo ayuden a distraerse?¹²

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- La mayor parte del tiempo
- Todo el tiempo

La ansiedad

Las siguientes preguntas son sobre la frecuencia con que le preocupan las cosas.

**En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado el siguiente problema?
Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta¹³**

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

**En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado el siguiente problema?
No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación¹³**

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

**En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado el siguiente problema?
Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes¹³**

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

**En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado el siguiente problema?
Ha tenido dificultad para relajarse¹³**

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

**En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado el siguiente problema?
Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)¹³**

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

**En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado el siguiente problema?
Se ha molestado o irritado fácilmente.¹³**

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

**En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado el siguiente problema?
Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar.¹³**

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

Estado de ánimo

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?

**En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado el siguiente problema?
Poco interés o placer al hacer cosas.¹⁴**

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

**En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado el siguiente problema?
Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas.¹⁴**

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

**En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado el siguiente problema?
Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado.¹⁴**

- Ningún día
- Varios días

- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

**En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado el siguiente problema?
Se ha sentido cansado(a) o con poca energía.¹⁴**

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

**En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado el siguiente problema?
Sin apetito o ha comido en exceso.¹⁴**

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

**En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado el siguiente problema?
Se ha sentido mal con usted mismo(a), o ha sentido que ha fallado o que ha quedado mal con
usted mismo(a) o con su familia.¹⁴**

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

**En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado el siguiente problema?
Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver
la televisión.¹⁴**

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

**En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado el siguiente problema?
¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? O lo contrario:
muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal.¹⁴**

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

**En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado el siguiente problema?
Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera.¹⁴**

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

Si se siente de esta manera, considere pedir ayuda. Hay personas que le pueden ayudar las 24 horas del día, cualquier día de la semana.

Llame a la Red Nacional de Prevención del Suicidio al 1-888-628-9454

Estrés

Las próximas 10 preguntas son para saber con qué frecuencia se estresó el mes pasado. Aquí se incluye el estrés por los eventos que no esperaba, o que no podía anticipar o controlar, y cuánto se preocupa usted por su vida. Sus respuestas nos ayudarán a entender la frecuencia con la que el estrés afecta su vida diaria.

En el último mes, ¿cuántas veces ha estado molesto por algo que sucedió inesperadamente?¹⁵

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Con frecuencia
- Muy seguido

En el último mes, ¿con qué frecuencia sintió que no pudo controlar los aspectos importantes de su vida?¹⁵

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Con frecuencia
- Muy seguido

En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso y "estresado?"¹⁵

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Con frecuencia
- Muy seguido

En el último mes, ¿con qué frecuencia se sintió con la confianza de poder controlar sus problemas personales?¹⁵

- Nunca

- Casi nunca
- Algunas veces
- Con frecuencia
- Muy seguido

En el último mes, ¿con qué frecuencia sintió que las cosas le estaban saliendo bien?¹⁵

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Con frecuencia
- Muy seguido

En el último mes, ¿con qué frecuencia notó que no podía lidiar con todas las cosas que tenía que hacer?¹⁵

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Con frecuencia
- Muy seguido

En el último mes, ¿con qué frecuencia pudo controlar las situaciones que le molestan en su vida?¹⁵

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Con frecuencia
- Muy seguido

En el último mes, ¿con qué frecuencia sintió que tenía todo bajo control?¹⁵

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Con frecuencia
- Muy seguido

En el último mes, ¿cuántas veces se ha enojado por cosas que estaban fuera de su control?¹⁵

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Con frecuencia
- Muy seguido

En el último mes, ¿con qué frecuencia sintió que las dificultades se estaban acumulando tanto que no podría superarlas?¹⁵

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Con frecuencia
- Muy seguido

Actividad física

A continuación le haremos siete preguntas sobre su actividad física en los últimos 7 días.

Piense en todas aquellas actividades vigorosas que usted realizó en los últimos 7 días. Las actividades vigorosas son las que requieren un esfuerzo físico fuerte y lo hacen respirar mucho más de lo normal. Piense solamente en las actividades físicas que usted realizó durante al menos 10 minutos continuos.

Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividades físicas vigorosas como levantar objetos pesados, excavar, ejercicios aeróbicos o pedalear rápido en bicicleta?¹⁶

- Sí
 - *If 'Sí'*

¿Cuántos días por semana?¹⁶

En los días que realizó actividades físicas vigorosas, ¿cuánto tiempo pasó usualmente realizándolas? (horas por día)¹⁶

En los días que realizó actividades físicas vigorosas, ¿cuánto tiempo pasó usualmente realizándolas? (minutos por día)¹⁶

- No

Piense en todas aquellas actividades moderadas que usted realizó en los últimos 7 días. Las actividades moderadas son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado y lo hacen respirar un poco más fuerte que lo normal. Piense solamente en esas actividades que usted realizó durante por lo menos 10 minutos continuos.

Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividades físicas moderadas tales como cargar objetos livianos, pedalear en bicicleta a paso regular o jugar dobles de tenis? No incluya caminatas.¹⁶

- Sí

- *If 'Sí'*
¿Cuántos días por semana?¹⁶

En los días que realizó actividades físicas vigorosas, ¿cuánto tiempo pasó usualmente realizándolas? (horas por día)¹⁶

En los días que realizó actividades físicas vigorosas, ¿cuánto tiempo pasó usualmente realizándolas? (minutos por día)¹⁶

- No

Piense acerca del tiempo que usted dedicó a caminar en los últimos 7 días. Esto incluye en el trabajo y la casa, caminatas para ir de un sitio a otro, o cualquier otra caminata que usted hizo únicamente por recreación, deporte, ejercicio, o placer.

Durante los últimos 7 días, ¿caminó al menos 10 minutos continuos?¹⁶

- Sí

- *If 'Sí'*
¿Cuántos días por semana?¹⁶

¿Cuánto tiempo pasó usualmente caminando en esos días? (horas por día)¹⁶

¿Cuánto tiempo pasó usualmente caminando en esos días? (minutos por día)¹⁶

- No

La última pregunta se refiere al tiempo que usted pasó sentado(a) de lunes a viernes, durante la última semana. Incluya el tiempo sentado(a), en el trabajo, la casa, estudiando, y en su tiempo libre. Esto puede incluir el tiempo que pasó sentado(a) en un escritorio, visitando amigos(as), leyendo o sentado(a) o acostado(a) viendo televisión.

Durante la última semana, ¿cuánto tiempo pasó sentado(a) de lunes a viernes?¹⁶

- Escriba la cantidad de tiempo
 - *If 'Escriba la cantidad de tiempo'*
Horas por día

Minutos por día

- No sabe

Soledad

Las siguientes preguntas son acerca de sus relaciones con otras personas en la actualidad.

Elija la respuesta que corresponda a su situación en el último mes.

No tengo compañía.¹⁷

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- A menudo

Elija la respuesta que corresponda a su situación en el último mes.

No tengo a nadie en quién apoyarme.¹⁷

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- A menudo

Elija la respuesta que corresponda a su situación en el último mes.

Soy una persona sociable.¹⁷

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- A menudo

Elija la respuesta que corresponda a su situación en el último mes.

Me siento excluido.¹⁷

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- A menudo

Elija la respuesta que corresponda a su situación en el último mes.

Me siento aislado del resto.¹⁷

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- A menudo

Elija la respuesta que corresponda a su situación en el último mes.

Puedo encontrar compañía cuando quiero.¹⁷

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- A menudo

**Elija la respuesta que corresponda a su situación en el último mes.
Me siento infeliz por estar tan aislado.¹⁷**

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- A menudo

**Elija la respuesta que corresponda a su situación en el último mes.
Tengo personas a mi alrededor, pero no conmigo.¹⁷**

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- A menudo

Consumo de sustancias

Las siguientes preguntas son acerca de su consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias en el último mes.

En el último mes:

¿Fumó tabaco/nicotina (puede incluir cigarrillos, cigarrillos, puros, pipas, hookah) todos los días, algunos días o nunca?^{3 & 18}

- Sí. Todos los días
- Sí. Algunos días
- No ahora, pero sí en el pasado
- No, nunca

¿Cuándo fue la última vez que lo consumió?³

- Semanas
 - *If 'Semanas'*
Escriba el número de semanas.

- Meses
 - *If 'Meses'*
Escriba el número de meses.

- Años

- *If 'Años'*
Escriba el número de años.
-

En el último mes:

¿Alguien en su casa fumó tabaco/nicotina (cigarrillos, cigarros, puros, pipa, hookah) todos los días, algunos días o nunca?¹⁸

- Sí. Todos los días
- Sí. Algunos días
- No ahora, pero sí en el pasado
- No, nunca
- Prefiero no responder

En el último mes:

¿Usted usó algún tipo de producto electrónico con nicotina? Esto incluye cigarrillos electrónicos, cigarrillos a vapor, hookah, vaporizadores y módulos personales, puros electrónicos, pipas electrónicas y hookahs electrónicos.¹⁹

- Sí. Todos los días
- Sí. Algunos días
- No ahora, pero sí en el pasado
- No, nunca
- Prefiero no responder

Cuándo fue la última vez que lo usó?¹⁹

- Semanas
 - *If 'Semanas'*
Escriba el número de semanas.
-

- Meses
 - *If 'Meses'*
Escriba el número de meses.
-

- Años
 - *If 'Años'*
Escriba el número de años.
-

En el último mes:

¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?²⁰

- Nunca
- Una vez al mes o menos
- De dos a cuatro veces al mes
- De dos a tres veces a la semana

- Cuatro veces o más a la semana
- Prefiero no responder

En el último mes:

¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en un día común?²⁰

- 1 o 2
- 3 o 4
- 5 o 6
- 7 a 9
- 10 o más

En el último mes:

¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas en una ocasión?²⁰

- Menos de una vez al mes
- Una vez al mes
- Una vez a la semana
- A diario o casi todos los días
- Prefiero no responder

En el último mes, ¿consumió alguna de las siguientes drogas? Elija todas las que correspondan. (deslice hacia abajo para ver las opciones)²¹

- Cannabis (también llamado marihuana, hierba, mota, hachís, etc.). No incluya productos de CBD o cáñamo.

○ If 'Cannabis (también llamado marihuana, hierba, mota, hachís, etc.). No incluya productos de CBD o cáñamo.'

¿Con qué frecuencia consumió cannabis?²¹

- Solo algunas veces
- 1-3 veces por mes
- 1-5 veces por semana
- A diario

¿Su consumo de cannabis incluyó fumarla?²¹

- Sí
- No

¿Piensa usted que ha consumido más o menos cannabis en el mes pasado de lo que es normal?²¹

- Menos que lo usual
- Igual que lo usual
- Más que lo usual

- Marihuana sintética o falsa (también llamada K2 o especia)

○ If 'Marihuana sintética o falsa (también llamada K2 o especia)'

¿Con qué frecuencia consumió marihuana sintética o falsa?²¹

- Solo algunas veces
- 1-3 veces por mes
- 1-5 veces por semana
- A diario

¿Su consumo de marihuana sintética o falsa incluyó fumarla?²¹

- Sí
- No

¿Piensa usted que ha consumido más o menos marihuana sintética o falsa en el mes pasado de lo que es normal?²¹

- Menos que lo usual
- Igual que lo usual
- Más que lo usual

Cocaína (coca, crac, etc.)

○ *If 'Cocaína (coca, crac, etc.)'*

¿Con qué frecuencia consumió cocaína?²¹

- Solo algunas veces
- 1-3 veces por mes
- 1-5 veces por semana
- A diario

¿Su consumo de cocaína incluyó fumarla?²¹

- Sí
- No

¿Piensa usted que ha consumido más o menos cocaína en el mes pasado de lo que es normal?²¹

- Menos que lo usual
- Igual que lo usual
- Más que lo usual

Estimulantes recetados (como Ritalina, Concerta, Dexedrina, Adderall, Focalin, Didrex, etc.)

○ *If 'Estimulantes recetados (como Ritalina, Concerta, Dexedrina, Adderall, Focalin, Didrex, etc.)'*

¿Con qué frecuencia consumió estimulantes recetados?²¹

- Solo algunas veces
- 1-3 veces por mes
- 1-5 veces por semana
- A diario

Consumió algún estimulante que requiere prescripción médica sin seguir las direcciones de su médico?²¹

- Sí
- No

¿Piensa usted que ha consumido más o menos estimulantes que requiere prescripción médica en el mes pasado de lo que es normal?²¹

- Menos que lo usual
- Igual que lo usual
- Más que lo usual

Metanfetamina (también llamada meta, cristal, etc.)

○ *If 'Metanfetamina (también llamada meta, cristal, etc.)'*

¿Con qué frecuencia consumió metanfetamina?²¹

- Solo algunas veces
- 1-3 veces por mes
- 1-5 veces por semana
- A diario

¿Su consumo de metanfetamina incluyó fumarla?²¹

- Sí
- No

¿Piensa usted que ha consumido más o menos metanfetamina en el mes pasado de lo que es normal?²¹

- Menos que lo usual
- Igual que lo usual
- Más que lo usual

Estimulantes sintéticos (también llamados flakka, bath salts)

○ *If 'Estimulantes sintéticos (también llamados flakka, bath salts)'*

¿Con qué frecuencia consumió estimulantes sintéticos?²¹

- Solo algunas veces
- 1-3 veces por mes
- 1-5 veces por semana
- A diario

¿Su consumo de estimulantes sintéticos incluyó fumarlos?²¹

- Sí
- No

¿Piensa usted que ha consumido más o menos estimulantes sintéticos en el mes

pasado de lo que es normal?²¹

- Menos que lo usual
- Igual que lo usual
- Más que lo usual

- Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gas, thinner o diluyente de pintura, etc.)
○ *If 'Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gas, thinner o diluyente de pintura, etc.)'*

¿Con qué frecuencia consumió inhalantes?²¹

- Solo algunas veces
- 1-3 veces por mes
- 1-5 veces por semana
- A diario

¿Piensa usted que ha consumido más o menos inhalantes en el mes pasado de lo que es normal?²¹

- Menos que lo usual
- Igual que lo usual
- Más que lo usual

- Sedantes o píldoras para dormir para fines no médicos (Valium, Ambien, Serepax, Ativan, Xanax, Librium, Rohypnol, GHB, etc.)

- *If 'Sedantes o píldoras para dormir para fines no médicos (Valium, Ambien, Serepax, Ativan, Xanax, Librium, Rohypnol, GHB, etc.)'*

¿Con qué frecuencia consumió sedantes o píldoras para dormir recetados?²¹

- Solo algunas veces
- 1-3 veces por mes
- 1-5 veces por semana
- A diario

¿Consumió algún sedantes o píldoras para dormir recetados sin seguir las direcciones de su médico?²¹

- Sí
- No

¿Piensa usted que ha consumido más o menos sedantes o píldoras para dormir recetados en el mes pasado de lo que es normal?²¹

- Menos que lo usual
- Igual que lo usual
- Más que lo usual

- Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, PCP, K especial, éxtasis, etc.)

- *If 'Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, PCP, K especial, éxtasis, etc.)'*

¿Con qué frecuencia consumió alucinógenos?²¹

- Solo algunas veces
- 1-3 veces por mes
- 1-5 veces por semana
- A diario

¿Su consumo de alucinógenos incluyó fumarlos?²¹

- Sí
- No

¿Piensa usted que ha consumido más o menos alucinógenos en el mes pasado de lo que es normal?²¹

- Menos que lo usual
- Igual que lo usual
- Más que lo usual

Heroína

o If 'Heroína'

¿Con qué frecuencia consumió heroína?²¹

- Solo algunas veces
- 1-3 veces por mes
- 1-5 veces por semana
- A diario

¿Su consumo de heroína incluyó fumarla?²¹

- Sí
- No

¿Piensa usted que ha consumido más o menos heroína en el mes pasado de lo que es normal?²¹

- Menos que lo usual
- Igual que lo usual
- Más que lo usual

Opioides recetados para fines no médicos (fentanilo, oxicodona [OxyContin, Percocet], hidrocodona [Vicodin], metadona, buprenorfina, etc.)

o If 'Opioides recetados para fines no médicos (fentanilo, oxicodona [OxyContin, Percocet], hidrocodona [Vicodin], metadona, buprenorfina, etc.)'

¿Consumió algún opioide que requiere prescripción médica sin seguir las direcciones de su médico?²¹

- Sí
- No

¿Su consumo de opioides recetados incluyó fumarlos?²¹

- Sí
- No

¿Piensa usted que ha consumido más o menos opioides recetados en el mes pasado de lo que es normal?²¹

- Menos que lo usual
- Igual que lo usual
- Más que lo usual

¿Con qué frecuencia consumió opioides recetados para fines no médicos?²¹

- Solo algunas veces
- 1-3 veces por mes
- 1-5 veces por semana
- A diario

Ninguno

Otro

○ *If 'Otro'*

Otra droga - por favor, especifique²¹

¿Con qué frecuencia consumió esa droga?²¹

- Solo algunas veces
- 1-3 veces por mes
- 1-5 veces por semana
- A diario

¿Su consumo de esta otra droga incluyó fumarla?²¹

- Sí
- No

¿Piensa usted que ha consumido más o menos de esta otra droga en el mes pasado de lo que es normal?²¹

- Menos que lo usual
- Igual que lo usual
- Más que lo usual

Resiliencia

Las próximas cuatro preguntas son acerca de su comportamiento y sus acciones.

Seleccione la respuesta que mejor refleja su comportamiento en el último mes.

Busco maneras creativas para cambiar situaciones difíciles.²²

- No me describe para nada
- No me describe
- Neutral
- Me describe
- Me describe muy bien

Seleccione la respuesta que mejor refleja su comportamiento en el último mes.

A pesar de lo que me pasa, yo creo que puedo controlar mi reacción.²²

- No me describe para nada
- No me describe
- Neutral
- Me describe
- Me describe muy bien

Seleccione la respuesta que mejor refleja su comportamiento en el último mes.

Creo que puedo crecer de manera positiva al enfrentar situaciones difíciles.²²

- No me describe para nada
- No me describe
- Neutral
- Me describe
- Me describe muy bien

Seleccione la respuesta que mejor refleja su comportamiento en el último mes.

Busco de forma activa maneras para reemplazar las pérdidas en mi vida.²²

- No me describe para nada
- No me describe
- Neutral
- Me describe
- Me describe muy bien

Discriminación

Los siguientes enunciados describen maneras en las que otros pueden tratarlo.

En su vida diaria, ¿con qué frecuencia ocurrieron estas cosas en el último mes?

Lo tratan con menos cortesía que al resto de las personas.²³

- Casi a diario
- Al menos una vez a la semana
- Algunas veces al mes
- Nunca

En su vida diaria, ¿con qué frecuencia ocurrieron estas cosas en el último mes?

Lo tratan con menos respeto que al resto de las personas.²³

- Casi a diario
- Al menos una vez a la semana
- Algunas veces al mes
- Nunca

En su vida diaria, ¿con qué frecuencia ocurrieron estas cosas en el último mes?

Recibe un servicio más deficiente que otras personas en los restaurantes o tiendas.²³

- Casi a diario
- Al menos una vez a la semana
- Algunas veces al mes
- Nunca

En su vida diaria, ¿con qué frecuencia ocurrieron estas cosas en el último mes?

Las personas actúan como si pensarán que usted no es inteligente.²³

- Casi a diario
- Al menos una vez a la semana
- Algunas veces al mes
- Nunca

En su vida diaria, ¿con qué frecuencia ocurrieron estas cosas en el último mes?

Las personas actúan como si le tuvieran miedo.²³

- Casi a diario
- Al menos una vez a la semana
- Algunas veces al mes
- Nunca

En su vida diaria, ¿con qué frecuencia ocurrieron estas cosas en el último mes?

Las personas actúan como si pensarán que usted es deshonesto.²³

- Casi a diario
- Al menos una vez a la semana
- Algunas veces al mes
- Nunca

En su vida diaria, ¿con qué frecuencia ocurrieron estas cosas en el último mes?

Las personas actúan como si fueran mejores que usted.²³

- Casi a diario
- Al menos una vez a la semana
- Algunas veces al mes
- Nunca

En su vida diaria, ¿con qué frecuencia ocurrieron estas cosas en el último mes?

Le hacen burlas o lo insultan.²³

- Casi a diario
- Al menos una vez a la semana
- Algunas veces al mes
- Nunca

En su vida diaria, ¿con qué frecuencia ocurrieron estas cosas en el último mes?

Lo amenazan o acosan.²³

- Casi a diario
- Al menos una vez a la semana
- Algunas veces al mes
- Nunca

If 'Casi a diario', 'Al menos una vez a la semana', or 'Algunas veces al mes'

¿Cuál piensa que es el motivo principal de estas experiencias? (deslice hacia abajo para ver las opciones)²⁰

- Su ascendencia o nacionalidad
- Su género
- Su raza
- Su edad
- Su religión
- Su estatura
- Su peso
- Algún otro aspecto de su apariencia física
- Su orientación sexual
- Su nivel de educación o de ingresos
- Otro

If 'Otro'

Por favor, especifique:

Para aprender más acerca de COVID-19: <https://www.cdc.gov/spanish/> y <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index-sp.html>

Para más información sobre temas de salud mental e investigación científica visite Medline Plus Salud Mental: <https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html> o el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés): <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/spanish-listing.shtml>

Si usted o un ser querido necesita ayuda, comuníquese con expertos del NIMH que hablan español, llamando al 1-866-615-6464, o envíe un correo electrónico a nimhinfo@nih.gov.

Si necesita ayuda inmediata, visite la Red Nacional de Prevención del Suicidio: <https://suicidepreventionlifeline.org/help-yourself/en-espanol/> o llame al 1-888-628-9545.

¡Gracias! Nuestras experiencias compartidas nos unen.

Gracias por responder estas preguntas. Su información ayudará a que los investigadores científicos entiendan mejor las experiencias en general y la salud durante la pandemia. Su privacidad es muy importante para nosotros. Su nombre e identidad se separarán de sus respuestas antes de que la información se comparta con los investigadores científicos autorizados. La información se utiliza con fines de investigación solamente y no se compartirá con las autoridades.

En tiempos de estrés, es importante que usted se cuide. Tomarse unos cuantos minutos durante el día para respirar aire fresco y conectar con seres queridos (siempre practicando el distanciamiento social) es bueno para su salud mental y bienestar.

Los siguientes recursos le podrían ser de gran ayuda.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades

WebMD

Sources

1. [CDC/NIH Common Data Element Bank](#)
2. [Michigan Social Distancing Survey](#)
3. [COPE Consortium Tool](#)
4. [IES-R-6](#)
5. [Optimism: Life Orientation Test-Revised](#)
6. [UK Biobank Mental Health Questionnaire](#)
7. [Behavioral Risk Factor Surveillance System Survey Questionnaire](#) (2016)
8. [National Health Care for the Homeless Council \(NHCHC\)](#)
9. [National Health and Nutrition Examination Survey \(NHANES\)](#)
10. [U.S. 2020 Census](#)
11. [UK Biobank](#) (also in [Overall Health](#))
12. [RAND MOS Social Support Survey Instrument](#)
13. [GAD-7](#)
14. [PHQ-9](#)
15. [Cohen's Perceived Stress Scale](#)
16. [International Physical Activity Questionnaires \(IPAQ\)](#)
17. [UCLA Loneliness Scale](#)
18. Developed for use in *All of Us* – [Lifestyle](#) (modified)
19. [Population Assessment of Tobacco and Health Study \(PATH\)](#)
20. [AUDIT-C](#)
21. [TCU DRUG SCREEN 5](#)
22. [Brief Resilient Coping Scale](#)
23. [Everyday Discrimination Scale](#)
24. [Nurses' Health Study COVID-19 supplement](#)
25. Developed for use in *All of Us* – COPE surveys (beginning July 2020)