

Experiencias sobre el COVID-19 (COVEX)

Prudence W. Fisher, PhD
Payal Desai, MPH
Jaimie Klotz, MPH
J. Blake Turner, PhD
Jazmin A. Reyes-Portillo, PhD
Isabel Ghisolfi, BA
Cristiane S. Duarte, PhD, MPH

El cuestionario de experiencias sobre el COVID-19 (COVEX) fue desarrollado por investigadores de la División de Psiquiatría Infantil y Adolescente de la Universidad de Columbia/Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York para uso en estudios de investigación actuales y nuevos estudios en el futuro, y por instituciones clínicas afiliadas para documentar las experiencias de participantes de investigación y pacientes durante la pandemia de COVID-19. El COVEX puede administrarse como una entrevista o como un auto-informe. Actualmente está siendo traducido a otros idiomas.

El cuestionario consta de nueve secciones:

- Sección 1: Síntomas y diagnósticos de COVID-19**
- Sección 2: Vulnerabilidad a COVID y exposición directa**
- Sección 3: Situación de vivienda**
- Sección 4: Empleo/Cambios escolares**
- Sección 5: Preocupaciones, cambios en la salud mental**
- Sección 6: Problemas y apoyo durante el brote de COVID-19**
- Sección 7: Habilidad para adaptarse**
- Sección 8: Preguntas relacionadas con el embarazo (*opcional*)**
- Sección 9: Uso de medios de información**

La Sección 5 incorpora las nueve preguntas sobre síntomas del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) y tres preguntas de la escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada 7 (TAG-7). También incluye preguntas sobre la soledad, el consumo de alcohol y drogas y preocupaciones a raíz del COVID-19. Esta sección termina con algunas "preguntas opcionales" que evalúan cambios en el estado emocional y comportamiento durante el brote.

Este trabajo está registrado bajo *Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License*. Todos los materiales asociados al COVEX son de libre acceso sin restricción en derechos de usos no-comerciales. Los investigadores o usuarios interesados pueden usar una o más de las secciones o preguntas del COVEX para satisfacer sus necesidades. Sin embargo, sugerimos que se cite esta referencia adecuadamente, y que se notifique por adelantado de cualquier uso, ya sea en los medios, auto-informes científicos, o publicaciones que utilicen todo o parte/s del COVEX, aunque no es obligatorio. También agradeceríamos el intercambio voluntario de datos con el fin de realizar estudios psicométricos del COVEX dirigidos por las doctoras Fisher y Duarte (prudence.fisher@nyspi.columbia.edu; cristiane.duarte@nyspi.columbia.edu)

Cita sugerida

Fisher, PW, Desai, P. , Klotz, J. , Turner, JB, Reyes-Portillo, JA, Ghisolfi, I. , Canino, G. , y Duarte, CS (2020) COVID-19 Experiencias (Covex) .

Experiencias sobre el COVID-19 (COVEX)

Estas preguntas son sobre sus experiencias durante la pandemia del coronavirus, también conocida como el brote de COVID-19.

Sección 1: Síntomas y diagnóstico de COVID-19

1. Desde que empezó el brote, ¿ha tenido síntomas de COVID-19? Es decir, ¿ha tenido fiebre, dificultad para respirar, dolor de garganta, dolor en el cuerpo, fatiga, gotereo nasal o congestión, diarrea, escalofríos, dolor muscular, dolor de cabeza o pérdida del sentido del gusto o del olfato?

- No
- Sí
- No estoy seguro(a)

2. ¿Cuál de los siguientes síntomas ha experimentado desde que empezó el brote de COVID-19 en su área (es decir, desde _____)? (Marque todos los que apliquen).

- Fiebre (mayor de 100° F o 37.8° C)
- Tos
- Gotereo nasal (“moquera”)
- Dificultad para respirar
- Temblores frecuentes con escalofríos
- Escalofríos (sin temblores)
- Dolor de garganta
- Dolor de cabeza
- Dolores musculares o dolor en el cuerpo
- Cosquilleo o sensación de quemazón
- Fatiga
- Mucho sueño
- Diarrea
- Náusea o vómito
- Pérdida del olfato
- Pérdida del gusto
- Ojos rojos/picazón en los ojos
- Cambios en el color de los dedos de los pies o las manos (se ven oscuros o morados)
- Sarpullido o erupciones (“rash”) en pies o manos
- Infarto
- Ninguna de las anteriores → **PASE A PREGUNTA 3**

2a. ¿Cómo evaluaría la gravedad de su enfermedad?

- Enfermedad leve (tos seca, dolor de cabeza, náusea/diarrea, malestares y dolores, fiebre leve – no fue necesario ir a un médico ni hospitalización).
- Enfermedad moderada (tos, fiebre alta (más de 100.0° F o 37.8° C), escalofríos, no podía levantarse de la cama, tenía dificultad para respirar).
- Enfermedad grave (falta de respiración, complicaciones que terminaron en pulmonía).
- Enfermedad crítica (insuficiencia respiratoria, shock séptico y/o fallo de órganos vitales).
- No sabe

2b. ¿Cuál de las siguientes situaciones ocurrió como resultado de sus síntomas?

(Marque todas las que apliquen).

- Tuvo que quedarse durante la noche en un hospital. → **PASE A PREGUNTA 2C**
- Visitó un proveedor de salud en una clínica, consultorio médico o sala de emergencias.
- Se comunicó con un proveedor de salud por teléfono, por correo electrónico o por internet.
- Se aisló o estuvo en cuarentena en su casa.
- Ninguna de las anteriores.

SI TUVO QUE QUEDARSE DURANTE LA NOCHE EN UN HOSPITAL; PREGUNTE:

2c. ¿Cuántas noches estuvo en el hospital _____?

3. ¿Alguna vez un proveedor de salud le ha dicho que tiene o probablemente (tiene o tuvo) COVID-19 (Coronavirus)?

- No
- Sí

4. ¿Le han hecho la prueba de COVID-19?

- No
- Sí, el resultado fue positivo
- Sí, pero el resultado nunca dio positivo
- Sí, pero todavía no tengo los resultados

SI CONTESTÓ "SÍ", PREGUNTE:

4a. ¿Qué tipo de prueba le hicieron?

- Prueba molecular nasal
- Prueba de sangre para infección activa
- Prueba de sangre para anticuerpos (serológica o prueba rápida)
- Prueba de saliva
- Otro: _____

Sección 2: Vulnerabilidad a COVID y exposición directa

1. Antes del brote de coronavirus, ¿tenía usted alguna condición de salud preexistente que pudiera causarle que se enfermara gravemente si tuviera COVID-19 (p. ej., asma, problema respiratorio o pulmonar, sistema inmunológico debilitado, diabetes, hipertensión, obesidad u otro problema de salud importante)?

- No → PASE A PREGUNTA 2
 Sí

SI CONTESTÓ "SÍ", PREGUNTE:

1.a. ¿Qué condición de salud tenía? _____

2. Antes o durante el brote de coronavirus, ¿fue fumador(a) o usó vaporizadores (vaping)? [Marque todas las que apliquen].

- No → PASE A PREGUNTA 3
 Sí, fumador(a)
 Si, usó vaporizadores

SI FUE FUMADOR(A), PREGUNTE:

2a. ¿Cuánto fumó?

- Un paquete o más al día (un paquete tiene 20 cigarrillos)
 10-19 cigarrillos diarios
 4-9 cigarrillos diarios
 1-3 cigarrillos diarios
 Menos de un cigarrillo al día

SI USÓ VAPORIZADORES, PREGUNTE:

2b. ¿Con qué frecuencia usó vaporizadores?

- Más de una vez al día
 Diariamente o casi todos los días
 3-4 días a la semana
 1-2 días a la semana
 Menos de un día a la semana

3. Durante o después de que comenzara el brote del COVID-19, ¿estaba embarazada?

- No
 Sí

4. Durante el brote del COVID-19, ¿vivió con alguien que estaba enfermo con COVID-19?

- No → PASE A PREGUNTA 5
 Sí
 No estoy seguro(a), creo que alguien que vivía conmigo podría haber tenido COVID-19

SI CONTESTÓ "SI" O "NO SABE", PREGUNTE:

4a. ¿Quién es esa persona? [marque todas las que apliquen]

- Pareja
- Padre/Madre
- Hijo(a)
- Hermano(a)
- Abuelo(a)
- Otro miembro de la familia (por ejemplo, un tío, primo, tía)
- Compañero de cuarto (*roommate*)
- Otro: _____

4b. ¿Fue(fueron) hospitalizado(s) por COVID-19?

- No
- Sí

4c. ¿Alguno (cualquiera de ellos) murió a causa del COVID-19?

- No → PASE A PREGUNTA 5
- Sí

SI CONTESTÓ "SI", PREGUNTE:

4d. ¿Quien murió? [marque todas las que apliquen]

- Pareja
- Padre/Madre
- Hijo(a)
- Hermano(a)
- Abuelo(a)
- Otro miembro de la familia (por ejemplo, tía, tío, primo)
- Compañero de cuarto (*roommate*)
- Otro

5. ¿Algún miembro de su familia, o alguno de sus amigos cercanos que no viva con usted, ha sido diagnosticado o ha estado enfermo con COVID-19?

- No → PASE A PREGUNTA 6
- Sí
- No estoy seguro(a), creo que alguien en mi familia o un amigo cercano podría haber tenido COVID-19.

SI CONTESTÓ "SI" O "NO ESTÉ SEGURO(A), PREGUNTE:

5a. ¿Quién es esta persona? [marque todas las que correspondan]

- Pareja
- Padre/Madre
- Hijo(a)

- Hermano(a)
- Abuelo(a)
- Otro miembro de la familia (por ejemplo, un tío, primo, tía)
- Compañero de cuarto (*roommate*)
- Otro: _____

5b. ¿Estuvo cerca de alguno de ellos cuando estaba(n) enfermo(s) o justo antes, dos semanas antes de que se enfermara(n)?

- No
- Sí

5c. ¿Fue(fueron) hospitalizado(s) por COVID-19?

- No
- Sí

5d. ¿Alguno (cualquiera de ellos) murió a causa del COVID-19?

- No
- Sí

SI CONTESTÓ “SÍ”, PREGUNTE:

5e. ¿Quién murió? [marque todas las que apliquen]

- Pareja
- Padre/Madre
- Hijo(a)
- Hermano(a)
- Abuelo(a)
- Otro miembro de la familia (por ejemplo, tía, tío, primo)
- Compañero de cuarto (*roommate*)
- Otro

6. ¿Hay alguien más con quien comparte regularmente, con esto queremos decir al menos dos veces por semana, que ha sido diagnosticado o ha estado enfermo con COVID-19?

- No
- Sí
- No estoy seguro(a), creo que alguien con quien he compartido podría haber tenido COVID-19

SI CONTESTÓ “SÍ” O “NO ESTÁ SEGURO(A)”, PREGUNTE:

6a. ¿Estuvo cerca de alguno de ellos cuando estaba(n) enfermos o justo antes, dos semanas antes de que se enfermara(n)?

- No
- Sí

Sección 3: Situación de vivienda

Las siguientes preguntas se refieren a su situación de vivienda durante el brote de COVID-19.

1. [¿Hubo/ha habido] un cambio en el lugar donde vive o con quién vive (o vivía) durante el brote de COVID-19? Esto podría significar vivir temporariamente en un lugar diferente o con personas con quien usted no vive regularmente.

- Sí [marque todas las que apliquen]
- Se mudó a la casa de sus padres o a la casa de un familiar (por ejemplo, regresó de su hospedaje universitario a la casa de sus padres, etc.)
 - Se mudó a un lugar diferente (por ejemplo, se mudó con otros familiares o amigos)
 - Otras personas se mudaron a su hogar
 - Personas se mudaron fuera del hogar donde vive
 - Se mudó lejos de su familia
 - Perdió su vivienda
 - Se mudó a un refugio
 - Otro _____
- No

2. Durante el brote de COVID-19, muchas personas fueron puestas en “cuarentena”. ¿Cuál de los siguientes describe mejor lo que usted (y las personas con las que vive) hizo (hicieron) durante el brote de COVID-19? [Marque todas las que apliquen].

- Cuarentena voluntaria (quedarse en la casa y limitar estrictamente el contacto con personas fuera de su hogar y solo salir de la casa para conseguir artículos de primera necesidad) por miedo a exponerse a la enfermedad.
- Cuarentena voluntaria debido a un caso confirmado/sospechoso en el hogar.
- Aislamiento/Cuarentena obligatoria por parte de un profesional de la salud debido a un caso confirmado/sospechoso (no es permitido salir por ningún motivo, incluidas las compras de artículos de primera necesidad).
- El gobierno local o su patrono le ordenó quedarse en su casa (por ejemplo, puede caminar y socializar al aire libre manteniendo el distanciamiento social).
- Orden de confinamiento/refugio dentro del hogar (*lockdown o shelter-in-place order*).
- Ninguna de las anteriores → **PASE A PREGUNTA 3**

2a. ¿Cuántos días estuvo en su casa y limitó el contacto con personas fuera de su hogar tanto como fue posible? _____ [DIAS/SEMANAS] O _____ [MESES]

3. ¿Alguien con quien haya vivido durante el brote de COVID-19 salió de la casa para ir a trabajar?

- No

- Sí
- No estoy seguro(a)

4. ¿Salió de su casa para cuidar o ver cómo se encontraba(n) otra(s) persona(s) a quien(es) generalmente usted cuida?

- No
- Sí

5. Durante el período del brote de COVID-19, ¿aproximadamente, cuánto tiempo pasó diariamente fuera de su hogar?

- Ninguno
- <30 minutos
- 30 minutos - <1 hora
- 1 hora - <2 horas
- 2 horas - <3 horas
- 3 horas o más

6. Sin incluirse a usted, ¿con cuántas personas [ha estado/estuvo] viviendo en su hogar durante la mayor parte del brote de COVID-19? _____ (si vive solo(a), escriba 0)

SI NO VIVE SOLO(A), PREGUNTE:

6a. ¿Con quién [vive/vivió]? ¿Cuál es su relación con esa(s) persona(s)?

- Pareja
- Padres
- Hijos
- Hermanos
- Abuelos
- Otros miembros de la familia (por ejemplo, tía, tío, primo)
- Amistades
- Otros miembros del hogar/compañeros de cuarto (*roommates*)
- Otro, especifique: _____

SI NO VIVE SOLO(A), PREGUNTE:

6b. ¿Sintió que el hogar estaba demasiado lleno? ¿Que había demasiada gente en el espacio disponible?

- No
- Sí
- No estoy seguro(a)

ENTREVISTADOR: SI LA ENTREVISTA ES TELEFÓNICA Y EL/LA ENTREVISTADO(A) NO ESTÁ EN UN LUGAR PRIVADO, DIGA LO SIGUIENTE:

Para las siguientes preguntas, no lea su respuesta en voz alta, sino lea el número al lado de la respuesta en la tarjeta.

SI VIVE SOLO CON UNA PERSONA QUE NO SEA SU PAREJA, HIJO(A) O PADRE, PREGUNTE:

7. En general, ¿cómo se ha estado (se estaba) llevando con la otra persona con la que [está/estaba] viviendo durante el brote de COVID-19?

- [1] Muy bien - sin problemas ni tensión
- [2] Bien - tensión ocasional o algo de tensión, pero manejable
- [3] Regular - hay algo de tensión y a veces las cosas se salen de control (discusiones ocasionales acaloradas)
- [4] No muy bien – tensión, muchas discusiones, sentimientos de incomodidad, problemas definitivos
- [5] Muy mal/Terriblemente

7a. ¿Es esto diferente a como era antes del brote?

- No
- Sí

SI VIVE CON DOS PERSONAS O MAS, PREGUNTE:

8. En general, ¿cómo se han llevado las personas en su hogar durante el brote de COVID-19?

- [1] Muy bien - sin problemas ni tensión
- [2] Bien, tensión ocasional o algo de tensión, pero manejable
- [3] Regular - hay algo de tensión y a veces las cosas se salen de control (discusiones ocasionales acaloradas)
- [4] No muy bien – tensión, muchas discusiones, sentimientos de incomodidad, problemas definitivos
- [5] Muy mal/Terriblemente

8a. ¿Es esto diferente a como era antes del brote?

- No
- Sí
- No aplica, no había una relación antes del brote

SI VIVE CON SU PAREJA, PREGUNTE:

9. ¿Cómo se han llevado su pareja y USTED durante el brote de COVID-19?

- [1] Muy bien - sin problemas ni tensión
- [2] Bien - tensión ocasional o algo de tensión, pero manejable
- [3] Regular - hay algo tensión y a veces las cosas se salen de control (discusiones ocasionales acaloradas)
- [4] No muy bien – tensión, muchas discusiones, sentimientos de incomodidad, problemas definitivos
- [5] Muy mal/Terriblemente

9a. ¿Es esto diferente a como era antes del brote?

- No
- Sí

SI VIVE CON SU(S) HIJO(S), PREGUNTE:

10. ¿Cómo se han llevado USTED y su(s) hijo(a)(s) durante el brote de COVID-19?

- [1] Muy bien - sin problemas ni tensión
- [2] Bien - tensión ocasional o algo de tensión, pero manejable
- [3] Regular - hay algo tensión y a veces las cosas se salen de control (discusiones ocasionales acaloradas)
- [4] No muy bien – tensión, muchas discusiones, sentimientos de incomodidad, problemas definitivos
- [5] Muy mal/Terriblemente

10a. ¿Es esto diferente a como era antes del brote?

- No
- Sí

SI VIVE CON SUS PADRES, PREGUNTE:

11. ¿Cómo se han llevado USTED y sus padres durante el brote de COVID-19?

- [1] Muy bien - sin problemas ni tensión
- [2] Bien - tensión ocasional o algo de tensión, pero manejable
- [3] Regular - hay algo tensión y a veces las cosas se salen de control (discusiones ocasionales acaloradas)
- [4] No muy bien – tensión, muchas discusiones, sentimientos de incomodidad, problemas definitivos
- [5] Muy mal/Terriblemente

11a. ¿Es esto diferente a como se llevaban antes del brote?

- No
- Sí

Solo pregunte si se puede asegurar la privacidad de el/la entrevistado(a);

ENTREVISTADOR: SI LA ENTREVISTA ES TELEFÓNICA, DIGA LO SIGUIENTE:

En las próximas tres (3) preguntas, le voy a preguntar sobre algunos asuntos privados, así que le voy a pedir que apague su altavoz.

12. Durante el brote de COVID-19, ¿llegaron las cosas al punto en que un adulto que vivía con usted se volvió físicamente violento con un niño (por ejemplo, empujó, golpeó, pateó o sacudió a un(a) niño(a)?

- No
- Sí

13. Durante el brote de COVID-19, ¿alguna vez un adulto en su hogar fue físicamente violento con usted (por ejemplo, lo/la empujó, lo/la golpeó, lo/la pateó o lo/la sacudió)?

- No
- Sí

14. Durante el brote de COVID-19, ¿llegaron las cosas al punto en que un adulto que vivía con usted se volvió físicamente violento con otra persona (por ejemplo, empujó, golpeó, pateó o sacudió a otra persona)?

- No
 Sí

Sección 4: Empleo/Cambios escolares

Ahora vamos a cambiar de tema, las siguientes preguntas son acerca del empleo y asuntos escolares.

1. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación laboral en las dos semanas antes del brote de COVID-19?

- Trabajando a tiempo completo → PASE A PREGUNTA 1B
 Trabajando a tiempo parcial → PASE A PREGUNTA 1B
 Trabajo independiente (por cuenta propia) → PASE A PREGUNTA 1B
 Buscando trabajo, desempleado(a) → PASE A PREGUNTA 1A
 Desempleado(a), no estaba buscando trabajo → PASE A PREGUNTA 1A
 Despedido(a) temporeramente → PASE A PREGUNTA 1A
 Retirado(a) → PASE A PREGUNTA 1A
 Ama de casa → PASE A PREGUNTA 1A
 Licencia de maternidad → PASE A PREGUNTA 1A
 Licencia por enfermedad → PASE A PREGUNTA 1A
 Discapacitado(a) → PASE A PREGUNTA 1A
 Otro → PASE A PREGUNTA 1B

SI NO TENÍA TRABAJO ANTES DEL BROTE DEL COVID-19, PREGUNTE:

1a. ¿Empezó un nuevo trabajo durante el brote de COVID-19?

- No → PASE A PREGUNTA 5
 Sí → PASE A PREGUNTA 4

1b. ¿En qué lugar estuvo trabajando las dos semanas antes del brote de COVID-19? [Marque todas las que apliquen].

- En su casa
 En un ambiente médico (hospital, clínica, consultorio médico, sala de urgencias, etc.)
 En una oficina o edificio de apartamentos
 En un hogar privado (niñera, ama de llaves, etc.)
 En un lugar donde comparte/interacciona con clientes (entrega, transporte, venta minorista, servicio de comida, restaurante, etc.)
 En la comunidad como personal esencial (policía, paramédico, bombero, etc.)

- En un almacén o fábrica
- Exterior (jardinería, construcción, carreteras, etc.)
- En un ambiente escolar o de cuidado de niños
- Otro _____

1c. ¿Qué tipo de trabajo hacía? _____

SI TENÍA EMPLEO ANTES DEL BROTE DEL COVID-19, PREGUNTE:

2. ¿Perdió algún trabajo durante el brote de covid-19?

- No → **PASE A PREGUNTA 2B**
- Sí, lo/la despidieron de un empleo
- Sí, lo/la suspendieron temporariamente pero mantiene su posición
- Sí, perdió todos sus empleos → **PASE A PREGUNTA 2B**

SI FUE SUSPENDIDO(A) O DESPEDIDO, PREGUNTE:

2a. ¿Continuó/continúa trabajando durante el brote de COVID-19?

- No → **PASE A PREGUNTA 5**
- Sí

2b. ¿Empezó o consiguió [un nuevo/otro] empleo durante el brote de COVID -19?

- No
- Sí

SI ACTUALMENTE ESTÁ TRABAJANDO, PREGUNTE:

3. ¿Tuvo cambios significativos en su empleo (por ejemplo, carga de trabajo, horas, salario, etc.) debido al brote o durante el brote? [Marque todas las que apliquen].

- No
- Sí, cambió a trabajar de forma remota
- Sí, aumentaron las horas de trabajo
- Sí, disminuyeron las horas de trabajo
- Sí, aumentó la carga de trabajo
- Sí, disminuyó la carga de trabajo
- Sí, disminuyó el sueldo o salario
- Sí, aumentó el sueldo o salario
- Sí, otro cambio significativo: _____

4. ¿En qué lugar ha estado trabajando desde que comenzó el brote de COVID-19? [Marque todas las que apliquen].

- En su casa
- En un ambiente médico (hospital, clínica, consultorio médico, sala de urgencias, etc.)

- En una oficina o edificio de apartamentos
- En un hogar privado (niñera, ama de llaves, etc.)
- En un lugar donde comparte/interacciona con clientes (entrega, transporte, venta minorista, servicio de comida, restaurante, etc.)
- En la comunidad como personal esencial (policía, paramédico, bombero, etc.)
- En un almacén o fábrica
- Exterior (jardinería, construcción, carreteras, etc.)
- En un ambiente escolar o cuidado de niños
- Otro _____

5. En las semanas antes del comienzo del brote de COVID-19, ¿era usted estudiante (estaba matriculado en un programa académico)?

- Estudiante a tiempo completo
- Estudiante a tiempo parcial
- No → **PASE A PREGUNTA 6 SI TRABAJÓ DURANTE EL BROTE; PASE A PREGUNTA 8 SI NO ESTÁ TRABAJANDO**

SI ES ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO O PARCIAL, PREGUNTE:

5a. Después de que comenzó el brote de COVID-19, ¿siguió siendo estudiante?

- No → **PASE A LA PREGUNTA 6 SI TRABAJÓ DURANTE EL BROTE; PASE A PREGUNTA 8 SI NO ESTÁ TRABAJANDO**
- No, se graduó o terminó su programa antes de tiempo → **PASE A PREGUNTA 6 SI TRABAJÓ DURANTE EL BROTE; PASE A PREGUNTA 8 SI NO ESTÁ TRABAJANDO**
- Sí

SI ES ESTUDIANTE, PREGUNTE:

5b. Desde el brote de COVID-19, ¿su escuela/universidad ha ofrecido clases virtuales (“online”)?

- No → **PASE A PREGUNTA 6 SI TRABAJÓ DURANTE EL BROTE; PASE A PREGUNTA 8 SI NO ESTÁ TRABAJANDO**
- Sí

SI ES ESTUDIANTE, PREGUNTE:

5c. ¿Tuvo un aumento o disminución en las tareas de la universidad/escuela (tiempo dedicado a estudiar)?

- Aumento
- Disminución
- No hubo cambios

SI ESTÁ TRABAJANDO DESDE LA CASA O TOMANDO CLASES VIRTUALES, PREGUNTE:

6. [¿Ha sido/fue] difícil completar su [trabajo/tareas de la universidad] debido a otras responsabilidades en el hogar (cuidar a los niños, la familia)?

- No
- Sí

SI ESTÁ TRABAJANDO DESDE LA CASA O TOMANDO CLASES VIRTUALES, PREGUNTE:

7. [¿Ha sido/fue] difícil realizar su [trabajo/tareas de la universidad] debido al ambiente de su hogar (internet, acceso a computadoras, tensión, espacio)?

- No
- Sí

8. ¿Alguien en su casa perdió su trabajo o perdió una cantidad significativa de su ingreso como resultado del brote de COVID-19?

- No
- Sí

SI CONTESTO "SÍ", PREGUNTE:

8a. ¿Quién perdió su trabajo o una cantidad significativa de ingresos como resultado del brote de COVID-19?

- Pareja
- Padres
- Hijos
- Hermanos
- Abuelos
- Otros miembros de la familia (por ejemplo, un tío, tía, primo)
- Amistades
- Otros miembros del hogar/compañeros de cuarto ("roommates")
- Otro, especifique: _____

Sección 5: Preocupaciones, Cambios en la salud mental

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de cómo se ha sentido últimamente.

1. Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se ha molestado por alguno de los siguientes problemas?

1a. Poco interés o placer en hacer las cosas.

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Ningún día | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1b. Sentirse decaído(a)/triste (*down*), deprimido(a) o sin esperanzas.

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Ningún día | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1c. Dificultad para quedarse o mantenerse dormido(a) o dormir demasiado.

Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1d. Sentirse cansado(a) o con poca energía.

Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1e. Poco apetito o comer demasiado.

Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1f. Sentirse mal con usted mismo(a), o sentir que es un(a) fracasado(a) o que ha decepcionado a su familia o usted mismo(a).

Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1g. Dificultad para concentrarse en cosas como leer el periódico o ver televisión.

Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1h. Moverse o hablar tan lento como para que otras personas lo notaran. O al contrario, estar tan inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose de un lado para otro mucho más de lo usual.

Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1i. Pensamientos de que sería mejor estar muerto(a) o de lastimarse.

Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1j. Sentirse nervioso(a), ansioso(a) o al borde.

Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1k. No poder parar o controlar las preocupaciones.

Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1l. Molestarse o irritarse con facilidad.

Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1m. Sentirse solo(a).

Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. En el último mes, ¿con qué frecuencia bebió alcohol?

- Todos o casi todos los días
- 3-4 días a la semana
- 1-2 días a la semana
- 1-3 días al mes
- Nunca →PASE A PREGUNTA 3

SI BEBIÓ ALCOHOL, PREGUNTE:

2a. En un día en que toma alcohol, ¿cuántas bebidas toma típicamente?

- 1-2 bebidas
- 3-4 bebidas
- Más de 4 bebidas

3. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha utilizado otras sustancias para drogarse?

- Todos o casi todos los días
- 3-4 días a la semana
- 1-2 días a la semana
- 1-3 días al mes
- Menos de una vez al mes
- Nunca

4. Voy a hacerle las mismas preguntas nuevamente, pero ahora debe pensar en las dos semanas que fueron las más difíciles para usted durante el brote de COVID-19.

Durante las dos semanas que fueron las más difíciles para usted, ¿con qué frecuencia le molestó alguno de los siguientes problemas?

1a. Poco interés o placer en hacer las cosas.

Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1b. Sentirse decaído(a)/triste (down), deprimido(a) o sin esperanzas.

Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1c. Dificultad para quedarse/encontrar el sueño, o mantenerse dormido(a) o dormir demasiado.

Ningún día)	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1d. Sentirse cansado(a) o tener poca energía.

Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1e. Poco apetito o comer demasiado.

Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1f. Sentirse mal con usted mismo(a), o que sentir que es un fracasado(a) o que ha decepcionado a su familia o a usted mismo(a).

Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1g. Dificultad para concentrarse en cosas como leer el periódico o ver televisión.

Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1h. Moverse o hablar tan lento como para que otras personas lo notaran. O al contrario, estar tan inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose de un lado para otro mucho más de lo usual.

Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1i. Pensamientos de que sería mejor estar muerto(a) o de lastimarse.

Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1j. Sentirse nervioso(a), ansioso(a) o al borde.

Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1k. No poder parar o controlar las preocupaciones.

Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1l. Molestarse o irritarse con facilidad.

Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1m. Sentirse solo(a).

Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Durante las dos semanas que fueron más difíciles para usted, ¿con qué frecuencia bebió alcohol?

- Todos o casi todos los días
- 3-4 días a la semana
- 1-2 días a la semana
- Menos de una vez a la semana
- Nunca

Si bebió alcohol, pregunte:

2a. En un día en que toma alcohol, ¿cuántas bebidas toma típicamente?

- 1-2 bebidas
- 3-4 bebidas
- Más de 4 bebidas

6. Durante las dos semanas más difíciles para usted, ¿con qué frecuencia usó otras sustancias para drogarse?

- Todos o casi todos los días
- 3-4 días a la semana
- 1-2 días a la semana
- 1-3 días al mes
- Menos de una vez al mes
- Nunca

7. Las siguientes preguntas son sobre preocupaciones que usted pueda tener (o haber tenido) durante el brote de COVID-19. Para estas preguntas, piense en el momento más difícil para usted durante el brote.

Durante ese tiempo, ¿cuán preocupado(a) [ha estado/estaba] de que...

7a. ¿Le podría dar COVID-19?

Para nada preocupado(a)	Un poco preocupado(a)	Algo preocupado(a)	Muy preocupado(a)	No sabe
<input type="checkbox"/>				

7b. ¿Podría infectar a otra persona con COVID-19?

Para nada preocupado(a)	Un poco preocupado(a)	Algo preocupado(a)	Muy preocupado(a)	No sabe
<input type="checkbox"/>				

7c. ¿Alguien en su familia o un amigo cercano podría enfermarse gravemente con COVID-19?

Para nada preocupado(a)	Un poco preocupado(a)	Algo preocupado(a)	Muy preocupado(a)	No sabe
<input type="checkbox"/>				

7d. ¿La atención médica adecuada no estaría disponible si usted o su familia se enfermaran con COVID-19?

Para nada preocupado(a)	Un poco preocupado(a)	Algo preocupado(a)	Muy preocupado(a)	No sabe
<input type="checkbox"/>				

7e. ¿Usted o los miembros de su familia no podrían pagar el tratamiento o las pruebas para COVID-19?

Para nada preocupado(a)	Un poco preocupado(a)	Algo preocupado(a)	Muy preocupado(a)	No sabe
<input type="checkbox"/>				

7f. ¿Usted o su familia no podrían recibir atención médica por otro problema médico (no relacionado a COVID 19)?

Para nada preocupado(a)	Un poco preocupado(a)	Algo preocupado(a)	Muy preocupado(a)	No sabe
<input type="checkbox"/>				

7g. ¿Cómo actuarían otras personas en su familia o personas cercanas a usted al estar aisladas/solas?

Para nada preocupado(a)	Un poco preocupado(a)	Algo preocupado(a)	Muy preocupado(a)	No sabe
<input type="checkbox"/>				

7h. ¿No pudiera cuidar a las personas de su familia que necesitaran ayuda?

Para nada preocupado(a)	Un poco preocupado(a)	Algo preocupado(a)	Muy preocupado(a)	No sabe
<input type="checkbox"/>				

7i. ¿Perdería ingresos debido al cierre del lugar donde trabaja o una reducción de horas debido al brote de COVID-19?

Para nada preocupado(a)	Un poco preocupado(a)	Algo preocupado(a)	Muy preocupado(a)	No sabe
<input type="checkbox"/>				

7j. ¿Usted o su familia sufrirían una pérdida financiera significativa debido al COVID-19?

Para nada preocupado(a)	Un poco preocupado(a)	Algo preocupado(a)	Muy preocupado(a)	No sabe
<input type="checkbox"/>				

8. En general, ¿cuánto cree que la preocupación o el estrés relacionado al COVID-19 ha tenido un impacto negativo en su salud mental?

- No ha tenido impacto negativo
- Poco impacto negativo
- Impacto negativo moderado/medio
- Gran impacto negativo

9. En general, ¿cuánto cree que la preocupación o el estrés relacionado al COVID-19 ha tenido un impacto negativo en su salud física?

- No ha tenido impacto negativo
- Poco impacto negativo
- Impacto negativo moderado/medio
- Gran impacto negativo

Opcional

Las preguntas en esta sección pueden ser útiles para evaluar los cambios en el estado clínico durante el brote de COVID-19. Si no es relevante para su estudio, pase a la Sección 6.

10. Muchas personas han tenido cambios en sus emociones y comportamientos durante el brote de COVID-19. En comparación a cómo se sentía antes del brote de COVID-19 en Puerto Rico, ¿cuánto le ha molestado lo siguiente:

10a. Sentirse nerviosa(o) o ansiosa(o).

No le ha molestado

Mucho más de lo usual

Un poco más de lo usual

Un poco menos de lo usual

Mucho menos de lo usual

10b. No poder dejar de preocuparse.

No le ha molestado

Mucho más de lo usual

Un poco más de lo usual

Un poco menos de lo usual

Mucho menos de lo usual

10c. Sentirse triste.

No le ha molestado

Mucho más de lo usual

Un poco más de lo usual

Un poco menos de lo usual

Mucho menos de lo usual

10d. Sentirse molesto(a) o irritable.

No le ha molestado

Mucho más de lo usual

Un poco más de lo usual

Un poco menos de lo usual

Mucho menos de lo usual

10e. Tener falta de motivación.

No le ha molestado

Mucho más de lo usual

Un poco más de lo usual

Un poco menos de lo usual

Mucho menos de lo usual

10f. Sentirse solo(a).

No le ha molestado

Mucho más de lo usual

Un poco más de lo usual

Un poco menos de lo usual

Mucho menos de lo usual

10g. Sentirse desesperanzado(a).

No le ha molestado

Mucho más de lo usual

Un poco más de lo usual

Un poco menos de lo usual

Mucho menos de lo usual

11. Ahora me gustaría saber acerca de algunos cambios de comportamiento desde el brote de COVID-19. En comparación a cómo eran las cosas antes del brote, ¿ ha experimentado usted alguno de los siguientes cambios?:

11a. Cambios en la cantidad de lo que está comiendo.

Ningún cambio	Mucho más de lo usual	Un poco más de lo usual	Un poco menos de lo usual	Mucho menos de lo usual
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11b. Cambios en la cantidad de tiempo que duerme.

Ningún cambio	Mucho más de lo usual	Un poco más de lo usual	Un poco menos de lo usual	Mucho menos de lo usual
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11c. Cambios en la frecuencia de actividad sexual.

Ningún cambio	Mucho más de lo usual	Un poco más de lo usual	Un poco menos de lo usual	Mucho menos de lo usual
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11d. Cambios en el consumo de alcohol u otras sustancias.

Ningún cambio	Mucho más de lo usual	Un poco más de lo usual	Un poco menos de lo usual	Mucho menos de lo usual
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11e. Otro cambio (especifique) _____

Ningún cambio	Mucho más de lo usual	Un poco más de lo usual	Un poco menos de lo usual	Mucho menos de lo usual
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 6: Problemas y Apoyo durante el brote de COVID-19

1. Desde el brote de COVID-19, ¿ha tenido alguna de las siguientes situaciones? (marque todas las que apliquen).

- Dificultad para encontrar el cuidado para niños que usted necesitaba
- Dificultad para encontrar comida
- Dificultad para encontrar agua
- Dificultad para encontrar productos de limpieza o higiene (jabón, detergente, “wipes”, desinfectante de manos, papel toalla, etc.)
- Dificultad para encontrar productos de papel (papel de baño, papel toalla, etc.)
- Dificultad para encontrar pañales, fórmula u otros productos para bebés

- Dificultad para encontrar cuidado médico o recetas
- Ninguna de las anteriores

Si marcó dificultad para encontrar cuidado médico o recetas;

1a. ¿Esto incluye cuidado prenatal?

- No
- Sí
- N/A

Si marcó dificultad para encontrar cuidado médico o recetas;

1b. ¿Esto incluye cuidado o atención psiquiátrica?

- No
- Sí
- N/A

Si marcó dificultad para encontrar cuidado médico o recetas;

1c. ¿Esto incluye recetas?

- No
- Sí
- N/A

Si marcó dificultad para encontrar cuidado médico o recetas;

1d. ¿Tuvo otras dificultades relacionadas a recibir atención médica o recetas?

- No
- Sí → Describa qué otras dificultades ha tenido: _____

2. ¿Cuál de los siguientes recursos [tiene/tuvo] usted (o alguna persona en su hogar) durante el brote de COVID-19?

- Recogido de comida gratis en las escuelas
- Banco de alimentos
- Acceso gratuito a internet/WiFi
- Computadora portátil (“laptop”)/iPad/ “tablet” gratuita para la educación de su hijo(a)
- Refugio o albergue residencial provisto por el gobierno
- Beneficio de desempleo
- Plan suplementario de Medicare (MCS Clasic Care, Humana Advantage, etc.)
- PAN/TANF (cupones de alimentos)
- Asistencia de dinero en efectivo
- Suspender o dejar de pagar el alquiler
- Recibir apoyo financiero de familiares, amigos, socios, una organización u otra persona
- Asesoramiento/terapia gratuita (teléfono, mensajería, video chat)
- Prevención de suicidio y otras líneas directas de ayuda en crisis
- Líneas directas para ayuda a víctimas de violencia doméstica

3. ¿Fue discriminado(a) debido a los estereotipos relacionados al COVID-19 (por ejemplo, personas que lo/la trataron de manera diferente según su origen o nacionalidad, etc.)?

- No
- Sí

Sección 7: Habilidad para adaptarse

1. ¿Cuáles de las siguientes estrategias [han sido/fueron] útiles para USTED durante el brote de COVID-19?

1a. Enviar mensajes de texto, hacer llamadas o video llamadas a familiares o amigos.

Para nada/No intenté esto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1b. Hablar con un terapeuta/psicólogo o consejero.

Para nada/No intenté esto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1c. Hacer ejercicios/caminar.

Para nada/No intenté esto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1d. Cocinar/hornear.

Para nada/No intenté esto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1e. Arte y proyectos de manualidades.

Para nada/No intenté esto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1f. Limpiar/hacer tareas en la casa.

Para nada/No intenté esto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1g. Jugar (juegos de mesa, cartas) con miembros de la familia.

Para nada/No intenté esto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1h. Jugar en línea (“online”).

Para nada/No intenté esto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1i. Entretenimiento virtual (conciertos, espectáculos en vivo, deportes, museos, etc.).

Para nada/No intenté esto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1j. Otro (especifique) _____

Para nada/No intenté esto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. En general, ¿cree que el brote de COVID-19 ha tenido un impacto positivo en su vida?

- No hay impacto positivo
- Poco impacto positivo
- Impacto positivo moderado/medio
- Gran impacto positivo

Si el/la participante tuvo hijos, pregunte:

3. ¿Cuáles de las siguientes estrategias [han sido/fueron] útiles para SU HIJO(A) estando en la casa debido al brote de COVID-19?

3a. Enviar mensajes de texto, o hacer llamadas o video llamadas con familiares o amigos.

Para nada/ No lo intentó	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3b. Aprendizaje/escuela virtual.

Para nada/ No lo intentó	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3c. Hablar con un terapeuta/psicólogo o consejero.

Para nada/ No lo intentó	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3d. Hacer ejercicios/caminar.

Para nada/ No lo intentó	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3e. Cocinar/hornear.

Para nada/ No lo intentó	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3f. Arte y proyectos de manualidades.

Para nada/ No lo intentó	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3g. Jugar (juegos de mesa, cartas) con miembros de la familia.

Para nada/ No lo intentó	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3h. Jugar en línea (“online”).

Para nada/ No lo intentó	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3i. Entretenimiento virtual (conciertos, espectáculos en vivo, deportes, museos, etc.).

Para nada/ No lo intentó	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3j. Otro (especifique) _____.

Para nada/ No lo intentó	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 8: Preguntas relacionadas con el embarazo

Esta sección puede ser útil para evaluar a las mujeres embarazadas durante el brote de COVID-19. Si no es relevante para su estudio, vaya a la Sección 9.

1. ¿Qué tan preocupada ha estado de que le pueda dar COVID-19 durante su embarazo?

Para nada	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>				

2. ¿Qué tan preocupada ha estado de que a su bebé le pueda dar COVID-19?

Para nada	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>				

3. El COVID-19, ¿ha impactado negativamente sus expectativas sobre su embarazo/parto?

Para nada	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>				

4. Ahora, voy a leer una lista de cosas que podrían haberle preocupado o hacerla sentir más estresada por su embarazo o parto. Por favor, dígame cuánto estrés o preocupación podría haberle causado cada una de estas situaciones.

4a. Interrupciones en su cuidado prenatal.

Para nada	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>				

4b. Cuarentena/Aislamiento.

Para nada	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>				

4c. Separación de miembros de la familia.

Para nada	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>				

4d. Pérdida de ingresos/finanzas.

Para nada	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>				

4e. Dificultad para obtener recursos esenciales (comida, agua, artículos de limpieza).

Para nada Un poco Algo Bastante Mucho

4f. Dar a luz/parir en un hospital por temor a estar expuestos a COVID-19.

Para nada Un poco Algo Bastante Mucho

4g. Dar a luz/parir en un hospital por temor a que la separen de su bebé.

Para nada Un poco Algo Bastante Mucho

5. ¿En qué trimestre estaba cuando experimentó más estrés debido al COVID-19?

- Primer trimestre
- Segundo trimestre
- Tercer trimestre

Sección 9: Uso de medios de información

1. ¿Cuál es la forma más común en la que ve noticias? [Marque todas las que apliquen].

- Periódicos impresos o revistas
- Radio
- TV (local, cable)
- Redes sociales
- Sitio web o aplicación móvil
- Familia, amistades o vecinos

2. Durante el brote de COVID-19, en promedio, ¿cuánto tiempo por día pasó usted buscando información sobre COVID-19 o el impacto que estaba teniendo en su ciudad o país?

- Nada
- < 1 hora
- 1 hora - < 2 horas
- 2 horas - <3 horas
- 3 horas - <4 horas
- 4 horas - <5 horas
- 5 o más horas al día

3. ¿En qué forma las siguientes fuentes de información han contribuido positiva o negativamente a su salud mental?

3a. Amistades, familia o vecinos (por teléfono o en persona).

Positivo	Neutral	Negativo	No usa esta fuente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3b. Funcionarios del gobierno local/municipal.

Positivo	Neutral	Negativo	No usa esta fuente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3c. Funcionarios del gobierno nacional/estatal.

Positivo	Neutral	Negativo	No usa esta fuente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3d. Funcionarios de salud, tanto nacionales como internacionales (OMS, CDC, etc.).

Positivo	Neutral	Negativo	No usa esta fuente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3e. Noticias (impresas o en línea (“online”).

Positivo	Neutral	Negativo	No usa esta fuente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3f. Radio o “Podcasts”.

Positivo	Neutral	Negativo	No usa esta fuente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3g. Facebook

Positivo	Neutral	Negativo	No usa esta fuente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3h. Instagram o Snapchat

Positivo	Neutral	Negativo	No usa esta fuente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3i. Twitter

Positivo	Neutral	Negativo	No usa esta fuente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3j. Otra red social (p.ej. Tik Tok, Reddit).

Positivo	Neutral	Negativo	No usa esta fuente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. ¿Con qué frecuencia usa o confía en las siguientes fuentes para obtener información sobre el brote de COVID-19?

4a. Amistades, familiares o vecinos (sin incluir sus amigos de Facebook u otras redes sociales).

Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>				

4b. Proveedores de salud (médico, farmacéutico, etc.).

Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>				

4c. Funcionarios del gobierno local (gobernador, alcalde).

Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>				

4d. Gobierno federal (p. ej., Presidente, Task Force de Casa Blanca para el Coronavirus).

Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>				

4e. Sitios web médicos/de salud (p. ej., CDC, WebMD).

Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>				

4f. Noticias impresas o en línea (online).

Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>				

4g. TV o radio

Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>				

4h. Redes sociales (Instagram, Facebook, YouTube, TikTok).

Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>				

Las siguientes medidas fueron adaptadas para el desarrollo de este cuestionario.

- Harkness, A. (2020). The Pandemic Stress Index. University of Miami.
 - Sección 5 (7a, 7b, 7c, 7j)
 - Sección 6 (2, 3)
- Kroenke, K. & Spitzer, R.L. (2002). The PHQ-9: A new depression and diagnostic severity measure.
 - Sección 5 (1a-1i, 4a-4i)
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med.* 2007;146:317-25.
 - Sección 5 (1j, 1k, 4j, 4k)
- [KFF Coronavirus Poll (conducted March 11-15, 2020)], (KFF, [March 17, 2020]), (<http://files.kff.org/attachment/Topline-KFF-Coronavirus-Poll.pdf>, accessed March 31, 2020)]
 - Sección 5 (8, 9)
- Featherstone, J. D., Bell, R. A., & Ruiz, J. B. (2019). Relationship of people's sources of health information and political ideology with acceptance of conspiratorial beliefs about vaccines. *Vaccine*, 37(23), 2993-2997.
 - Sección 9 (4)