

Estudio para medir el impacto del COVID-19 sobre la salud y el bienestar

Favor de leer la información a continuación sobre el estudio e indique si le gustaría participar.

FORMA DE CONSENTIMIENTO

La Dra. Candace Robledo del Departamento de Salud Comunitaria y Bioestadística de la Escuela de medicina de Universidad de Texas, Valle del río Grande está conduciendo este estudio.

El propósito de este estudio es examinar el impacto que tienen las órdenes de permanecer en casa sobre la salud mental y bienestar de la gente.

Este estudio anónimo está dividido en varias secciones y debe tomar unos 20 a 30 minutos para terminar. Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si hay una pregunta del estudio que no quiere contestar, favor de saltarla y siga con las demás preguntas.

Debe tener al menos 18 años de edad para participar. Si no tiene 18 años, favor de no participar.

Al completar este cuestionario, está dando su permiso de participar en este estudio y está confirmando que tiene al menos de 18 años de edad.

Todas las respuestas recibidas serán tratadas de manera confidencial y serán almacenadas en un servidor seguro. Sin embargo, dado que la encuesta se puede completar desde cualquier computadora (personal, trabajo, escuela), no hay garantía de seguridad de la computadora desde la cual usted entra sus respuestas. Como participante en este estudio, favor de tomar en cuenta que ciertas tecnologías existen que pueden ser utilizadas para monitorear o grabar datos y/o páginas de Internet navegadas.

Este estudio es completamente anónimo y no capturará información que le puede identificar como individuo.

Este estudio ha sido revisado y aprobado por la Mesa de revisión institucional para la protección de sujetos humanos (IRB por sus siglas en inglés) de la Universidad de Texas, Valle del río Grande. Si tiene preguntas sobre sus derechos como participante, o siente que sus derechos como participante no fueron atendidos de manera satisfactoria por el/la investigador/a, favor de contactar a la oficina de IRB al (956) 665-3598 o por correo electrónico a irb@utrgv.edu.

Porcentaje del cuestionario completado
2%

Favor de contarnos un poco sobre usted y su hogar.

¿Vive usted actualmente bajo una orden de permanecer en casa? Sí
 No
 No sé

¿Cuál fue el primer día en que le pidieron que permaneciera en su casa?

(Si no recuerda la fecha exacta, puede entrar una fecha aproximada.)

¿Ha vivido bajo una orden de permanecer en casa durante los últimos seis meses? Sí
 No

El primer día que permaneció en su casa

(Si no recuerda la fecha exacta, puede entrar una fecha aproximada.)

El último día que permaneció en su casa

(Si no recuerda la fecha exacta, puede entrar una fecha aproximada.)

¿Qué tan probable piensa que sea que tenga el coronavirus (COVID-19) ahora mismo? Muy improbable
 Improbable
 Algo probable
 Probable
 Muy probable

¿Es usted o alguien en su hogar actualmente bajo autoaislamiento debido a una infección sospecha de coronavirus? Sí
 No

¿Qué código postal corresponde a su dirección actual?

¿Qué edad tiene?

(años)

¿Cuál es su sexo?

- Masculino
 Femenino
 No binario
 Transgénero
 Otro

¿Está embarazada?

- Sí
 No

¿Es usted...

- casado(a)?
 viudo(a)?
 separado(a)?
 divorciado(a)?
 soltero(a), nunca estuvo casado(a)?
 con pareja sin estar casado(a)?

¿Es usted latino o hispano, o de origen español?

- Sí
 No

Favor de seleccionar una o más de las categorías que mejor le describa.

- Mexicano/a, Mexicanoamericano/a, Chicano/a
 Puertorriqueño/a
 Cubano/a
 De otro origen latino, hispano o español

¿A cuál o cuáles de las siguientes razas diría usted que pertenece?

- Blanca
 Negra o afroamericana
 Asiática/Nativa de las islas del Pacífico
 Indoamericana o nativa de Alaska
 Otra (especifique)

Favor de especificar

¿Tiene algún tipo de cobertura de seguro médico, como seguro de salud, planes prepagados como los que brindan las HMO (organizaciones de atención médica administrada) u otros planes gubernamentales como Medicare o Servicio de Salud para Indígenas?

- Sí
 No
 No sé/No estoy seguro(a)

¿Cuál es el nivel de educación o grado escolar más alto que ha completado?

- Algunos estudios secundarios
 Preparatoria o diploma GED
 Algunos estudios universitarios o de escuela técnica
 4 años o más de universidad

¿Qué es su ingreso anual? (de todas fuentes de ingreso)

- \$10,000 o menos (menos de \$833 por mes)
- \$10,000-\$19,999 (de \$833 a \$1,666 por mes)
- \$20,000-\$29,999 (de \$1,667 a \$2,499 por mes)
- \$30,000-\$39,999 (de \$2,500 a \$3,332 por mes)
- \$40,000-\$49,999 (de \$3,333 a \$4,166 por mes)
- \$50,000-\$59,999 (de \$4,167 a \$4,999 por mes)
- \$60,000-\$69,999 (de \$5,000 a \$5,833 por mes)
- \$70,000-\$79,999 (de \$5,834 a \$6,666 por mes)
- \$80,000-\$89,999 (de \$6,667 a \$7,500 por mes)
- \$90,000-\$99,999 (de \$7,501 a \$8,333 por mes)
- \$100,000 o más (\$8,334 o más por mes)

¿Cuál de las siguientes opciones mejor describe su estado de empleo?

- Empleado asalariado
- Empleado por cuenta propia
- Desempleado por un año o más
- Desempleado por menos de un año
- Mujer u hombre que se ocupa de las tareas de la casa
- Estudiante
- Jubilado(a)
- No puedo trabajar
- Otro

En la última semana, ¿fue reportado a su lugar de trabajo en persona?

- Sí
- No

¿Perdió su trabajo o ingresos debido a la pandemia de COVID-19?

- Sí
- No

En las últimas dos semanas, ¿fue trabajado o dado servicios de voluntario en un hospital, una sala de urgencias, clínica, oficina médica, un centro de cuidados de largo plazo o un asilo de ancianos, servicios de ambulancia, servicios de primeros auxilios, o cualquier ambiente de atención médica o el cuidado de pacientes como estudiante o como parte de su trabajo?

- Sí
- No

Número total de personas que viven en su hogar:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 o más
(Incluyendo a usted, todos los adultos y niños)

Del número total de personas en su hogar, ¿cuántas tienen 65 años de edad o más?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 o más

Del número total de personas en su hogar,
¿cuántas tienen 18 años de edad o
menos?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 o más

¿Tiene usted una mascota?

- Sí
- No

¿Cuántas mascotas tiene?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 4 o más

Estudio para medir el impacto del COVID-19 sobre la salud y el bienestar

Esta es la sección 2 de 17. Esta sección del cuestionario le hará preguntas sobre cómo se ha sentido durante las últimas dos semanas.

Cuando esté listo(a) a avanzar a la siguiente sección, favor de hacer clic sobre el botón Submit al final de esta sección.

Porcentaje del cuestionario completado
8%

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

Poco interés o placer en hacer cosas

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

Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas

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

Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado

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

Se ha sentido cansado(a) o con poca energía

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

Sin apetito o ha comido en exceso

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

Se ha sentido mal con usted mismo(a) - o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia

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

Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión

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

¿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

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

Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera

- Ningún día
 - Varios días
 - Más de la mitad de los días
 - Casi todos los días
- (Si está en peligro inminente, favor de marcar 911. Llame la línea nacional de la prevención de suicidios al 1-800-273-8255.)

Estudio para medir el impacto del COVID-19 sobre la salud y el bienestar

Esta es la sección 3 de 17. Esta sección del cuestionario le hará preguntas sobre cómo se ha sentido durante las últimas dos semanas.

Cuando esté listo(a) a avanzar a la siguiente sección, favor de hacer clic sobre el botón Submit al final de esta sección.

Porcentaje del cuestionario completado
14%

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

Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta

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

No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación

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

Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes

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

Ha tenido dificultad para relajarse

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

Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)

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

Se ha molestado o irritado fácilmente

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

Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar

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

Estudio para medir el impacto del COVID-19 sobre la salud y el bienestar

Esta es la sección 4 de 17. Esta sección del cuestionario le hará preguntas sobre su nivel de confianza con formularios médicos y visitas al médico.

Cuando esté listo(a) a avanzar a la siguiente sección, favor de hacer clic sobre el botón Submit al final de esta sección.

Porcentaje del cuestionario completado
20%

Durante una pandemia, es importante entender como recibe y procesa información sobre la salud.

¿Qué tan seguido tiene a alguien que le ayude leer los materiales del hospital?

- Siempre
- Con mucha frecuencia
- A veces
- De vez en cuando
- Nunca

¿Qué tan seguro(a) se siente al tener que llenar formularios médicos por usted mismo(a)?

- Para nada
- Un poco seguro(a)
- Algo seguro(a)
- Bastante seguro(a)
- Extremadamente seguro(a)

¿Qué tan seguido tiene problemas aprendiendo acerca de su condición médica por causa de la dificultad a entender la información escrita?

- Siempre
- Con mucha frecuencia
- A veces
- De vez en cuando
- Nunca

¿Qué tan seguido tiene problemas para entender sobre su condición médica?

- Siempre
- Con mucha frecuencia
- A veces
- De vez en cuando
- Nunca

Estudio para medir el impacto del COVID-19 sobre la salud y el bienestar

Esta es la sección 5 de 17. Esta sección del cuestionario le hará preguntas sobre las fuentes de información con que cuenta para informarse sobre el COVID-19.

Cuando esté listo(a) a avanzar a la siguiente sección, favor de hacer clic sobre el botón Submit al final de esta sección.

Porcentaje del cuestionario completado

26%

Yo confío en las siguientes fuentes para informarme sobre el COVID-19 (coronavirus).

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Un médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un(a) farmacéutico(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un proveedor de atención médica público o particular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mis familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mis amigos/as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La televisión nacional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La televisión por cable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las revistas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los periodistas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La radio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las redes sociales (e.j. Twitter, Instagram, Facebook)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las organizaciones sin fines de lucro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las organizaciones gubernamentales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Estudio para medir el impacto del COVID-19 sobre la salud y el bienestar

Esta es la sección 6 de 17. Esta sección del cuestionario le hará preguntas sobre sus opiniones de las razones de permanecer en casa.

Cuando esté listo(a) a avanzar a la siguiente sección, favor de hacer clic sobre el botón Submit al final de esta sección.

Porcentaje del cuestionario completado

32%

Indique si está de acuerdo o no con las siguientes frases.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Puedo permanecer en mi casa de manera segura por al menos 15 días.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haré mi parte para proteger la salud de todos de mi comunidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Son inconvenientes e innecesarios las órdenes de permanecer en casa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salgo de mi casa únicamente por razones esenciales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si salgo de mi casa, mi viaje es lo más breve posible.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si salgo de mi casa, me mantengo alejado/a de otros por al menos 6 pies (2 metros).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si salgo de mi casa, me voy solo/a para proteger el resto de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Estudio para medir el impacto del COVID-19 sobre la salud y el bienestar

Esta es la sección 7 de 17. Esta sección del cuestionario le hará preguntas sobre sus pensamientos y sentimientos mientras vive bajo una orden de permanecer en casa.

Cuando esté listo(a) a avanzar a la siguiente sección, favor de hacer clic sobre el botón Submit al final de esta sección.

Porcentaje del cuestionario completado
38%

Desde que se dio la orden de permanecer en casa, ...

¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?

- Nunca
- Casi nunca
- De vez en cuando
- A menudo
- Muy a menudo

¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?

- Nunca
- Casi nunca
- De vez en cuando
- A menudo
- Muy a menudo

¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?

- Nunca
- Casi nunca
- De vez en cuando
- A menudo
- Muy a menudo

¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?

- Nunca
- Casi nunca
- De vez en cuando
- A menudo
- Muy a menudo

¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?

- Nunca
- Casi nunca
- De vez en cuando
- A menudo
- Muy a menudo

¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?

- Nunca
- Casi nunca
- De vez en cuando
- A menudo
- Muy a menudo

¿con qué frecuencia ha podido controlar los problemas irritantes de su vida?

- Nunca
- Casi nunca
- De vez en cuando
- A menudo
- Muy a menudo

¿con qué frecuencia se ha sentido que está manejando efectivamente sus asuntos?

- Nunca
- Casi nunca
- De vez en cuando
- A menudo
- Muy a menudo

¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?

- Nunca
- Casi nunca
- De vez en cuando
- A menudo
- Muy a menudo

¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?

- Nunca
- Casi nunca
- De vez en cuando
- A menudo
- Muy a menudo

Estudio para medir el impacto del COVID-19 sobre la salud y el bienestar

Esta es la sección 8 de 17. Esta sección del cuestionario le hará preguntas sobre sus opiniones de su situación de finanzas.

Cuando esté listo(a) a avanzar a la siguiente sección, favor de hacer clic sobre el botón Submit al final de esta sección.

Porcentaje del cuestionario completado

44%

Desde que se dio la orden de permanecer en casa, ¿qué tan difícil le ha sido pagar por cosas muy básicas como comida, vivienda, cuidado médico y luz eléctrica? ¿Diría usted que ha sido...

- muy difícil?
- difícil?
- algo difícil?
- no tan difícil?

¿Cómo describiría las finanzas en su hogar ahora mismo?

- cómodo, con extra
- suficiente, sin extra
- tengo que hacer sacrificios
- no me alcanza

Estudio para medir el impacto del COVID-19 sobre la salud y el bienestar

Esta es la sección 9 de 17. Esta sección del cuestionario le hará preguntas sobre su resiliencia.

Cuando esté listo(a) a avanzar a la siguiente sección, favor de hacer clic sobre el botón Submit al final de esta sección.

Porcentaje del cuestionario completado
50%

Favor de indicar que tan bien las siguientes frases describen sus acciones y comportamiento en una escala de 1 a 5, 1 siendo "No me describe para nada" a 5 "Me describe muy bien". Favor de seleccionar el número que mejor refleja su comportamiento.

	No me describe para nada 1	2	3	4	Me describe muy bien 5
Busco maneras creativas para alterar situaciones difíciles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sin importar que me pase, creo que puedo controlar mi reacción ante ella.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que puedo crecer de forma positiva al manejar situaciones difíciles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Busco activamente maneras de reemplazar las pérdidas que encuentro en la vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Estudio para medir el impacto del COVID-19 sobre la salud y el bienestar

Esta es la sección 10 de 17. Esta sección del cuestionario le preguntará si alguna vez lo han maltratado.

Cuando esté listo(a) a avanzar a la siguiente sección, favor de hacer clic sobre el botón Submit al final de esta sección.

Porcentaje del cuestionario completado

56%

Con qué frecuencia, incluyendo familiares...

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
le lastiman físicamente?	<input type="radio"/>				
le insultan o le hablan feo?	<input type="radio"/>				
le amenazan?	<input type="radio"/>				
le gritan o le dicen maldiciones?	<input type="radio"/>				

Estudio para medir el impacto del COVID-19 sobre la salud y el bienestar

Esta es la sección 11 de 17. Esta sección del cuestionario le hará preguntas sobre cómo se siente acerca de varios aspectos de su vida.

Cuando esté listo(a) a avanzar a la siguiente sección, favor de hacer clic sobre el botón Submit al final de esta sección.

Porcentaje del cuestionario completado

62%

Para cada pregunta, elija la opción que indica la frecuencia con que se siente así.

¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía?

- Casi nunca
- A veces
- A menudo

¿Con qué frecuencia se siente excluido/a?

- Casi nunca
- A veces
- A menudo

¿Con qué frecuencia se siente aislado/a?

- Casi nunca
- A veces
- A menudo

Estudio para medir el impacto del COVID-19 sobre la salud y el bienestar

Esta es la sección 12 de 17. Esta sección del cuestionario le hará preguntas sobre su vecindario.

Cuando esté listo(a) a avanzar a la siguiente sección, favor de hacer clic sobre el botón Submit al final de esta sección.

Porcentaje del cuestionario completado
68%

Haga de cuenta que su vecindad es el área de 5 minutos a pie alrededor de su casa en todas las direcciones. Favor de calificar cuánto le afectan lo siguiente en su vecindad:

	Ningún problema	Algún problema	Un gran problema
Ruidos fuertes (tráfico, construcción, música a todo volumen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Basura en las calles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gente que vende o usa drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Crímenes (ej. robos, asaltos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No hay un lugar seguro para que jueguen los niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No es seguro caminar solo(a) por la noche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perros callejeros u otros animales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cómo se compara su vecindad con otras de su región?

- Peor que las demás
 Igual que las demás
 Mejor que las demás

En su opinión, díganos, ¿qué tan buena es su vecindad para vivir?

- Nada buena
 No es buena
 Algo buena
 Muy buena

Estudio para medir el impacto del COVID-19 sobre la salud y el bienestar

Esta es la sección 13 de 17.

Cuando esté listo(a) a avanzar a la siguiente sección, favor de hacer clic sobre el botón Submit al final de esta sección.

Porcentaje del cuestionario completado
74%

Al responder las siguientes frases, piense en sus relaciones actuales con amigos, familiares, compañeros de trabajo, miembros de la comunidad, etcétera. Favor de indicar el grado en que esté de acuerdo en que cada frase describa sus relaciones actuales con otras personas. Use la siguiente escala para dar su opinión. Por ejemplo, si opina que una frase es muy cierta en su descripción de sus relaciones actuales, indicaría "Totalmente de acuerdo". Si opina que una frase obviamente no describe sus relaciones, indicaría "Totalmente en desacuerdo".

Hay personas con las que puedo contar siempre que lo necesito.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Hay personas a las que les gustan las mismas actividades que a mí.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Tengo relaciones íntimas que me dan un sentido de seguridad emocional y bienestar.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Tengo con quien hablar de las decisiones que me afectan.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Hay personas que reconocen mis competencias.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Cuento con una persona de confianza a quien acudir si tengo problemas.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Siento que formo parte de un grupo que piensa como yo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Me siento muy próximo emocionalmente con al menos una persona.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Hay personas que admiran mis habilidades.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Hay personas con las que puedo contar en caso de una emergencia.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Estudio para medir el impacto del COVID-19 sobre la salud y el bienestar

Esta es la sección 14 de 17. Esta sección del cuestionario le hará preguntas sobre el ejercicio y la alimentación sana.

Cuando esté listo(a) a avanzar a la siguiente sección, favor de hacer clic sobre el botón Submit al final de esta sección.

Porcentaje del cuestionario completado
80%

El mantenerse activo y la alimentación sana son importantes para mantener su salud.

¿Durante los ÚLTIMOS 7 días (una semana), cuando había una orden de permanecer en casa, en promedio cuantas veces hizo ejercicio vigoroso cuando al hacer el ejercicio su corazón late rápidamente (ejemplos, correr, trotar, fútbol americano, fútbol, baloncesto, patinaje, natación fuerte, andar en bicicleta a larga distancia, otros) durante más de 10 minutos en su tiempo libre?

0 días
 1 día
 2 días
 3 días
 4 días
 5 días
 6 días
 7 días / todos los días

En ocasiones cuando usted hace ejercicio vigoroso, ¿durante cuántos minutos en promedio lo hace?

Comparado con su nivel normal de ejercicio vigoroso, ¿es la cantidad de actividades vigorosas que hizo en los últimos 7 días...

menor?
 igual?
 mayor?

¿Durante los ÚLTIMOS 7 días (una semana), cuando había una orden de permanecer en casa, en promedio cuantas veces, hizo ejercicio moderado, no agitante, (por ejemplo, caminar rápido, beisbol, tenis, otro) durante más de 10 minutos en su tiempo libre?

0 días
 1 día
 2 días
 3 días
 4 días
 5 días
 6 días
 7 días / todos los días

En ocasiones cuando usted hace ejercicio moderado, ¿durante cuántos minutos en promedio lo hace?

Comparado con su nivel normal de ejercicio moderado, ¿es la cantidad de actividades moderadas que hizo en los últimos 7 días...

menor?
 igual?
 mayor?

¿Durante los ÚLTIMOS 7 días (una semana), cuando había una orden de permanecer en casa, en promedio cuantas veces, hizo ejercicio leve, lo que requiere un esfuerzo mínimo, (por ejemplo, yoga, pesca de río, boliche, golf, caminar lento, otro) durante más de 10 minutos en su tiempo libre?

0 días
 1 día
 2 días
 3 días
 4 días
 5 días
 6 días
 7 días / todos los días

En ocasiones cuando usted hace ejercicio leve,
¿durante cuántos minutos en promedio lo hace?

Comparado con su nivel normal de ejercicio leve, ¿es
la cantidad de actividades leves que hizo en los
últimos 7 días...

- menor?
 igual?
 mayor?
-

Cuántas porciones de fruta, de cualquier tipo, ¿come
usted en un día normal?

- 0
 1
 2
 3
 4
 5 o más
-

Cuántas porciones de verduras, excluyendo la papa,
¿come usted en un día normal?

- 0
 1
 2
 3
 4
 5 o más

Estudio para medir el impacto del COVID-19 sobre la salud y el bienestar

Esta es la sección 15 de 17. Esta sección del cuestionario le hará preguntas sobre sus redes sociales.

Cuando esté listo(a) a avanzar a la siguiente sección, favor de hacer clic sobre el botón Submit al final de esta sección.

Porcentaje del cuestionario completado
86%

FAMILIA: Considere las personas que son sus familiares, que sea por nacimiento, por ley, adopción, etcétera.

	0	1	2	de 3 a 4	de 5 a 8	9 o más
¿Con cuántos familiares convive o habla por lo menos una vez al mes?	<input type="radio"/>					
¿Con cuántos familiares tiene suficiente confianza para poder hablar de asuntos privados?	<input type="radio"/>					
¿Con cuántos familiares se siente lo suficientemente cercano como para pedirles ayuda?	<input type="radio"/>					

AMISTADES: Considere todos sus amigos y vecinos.

	0	1	2	de 3 a 4	de 5 a 8	9 o más
¿Con cuántos amigos convive o habla por lo menos una vez al mes?	<input type="radio"/>					
¿Con cuántos amigos tiene suficiente confianza para poder hablar de asuntos privados?	<input type="radio"/>					
¿Con cuántos amigos se siente lo suficientemente cercano como para pedirles ayuda?	<input type="radio"/>					

Estudio para medir el impacto del COVID-19 sobre la salud y el bienestar

Esta es la sección 16 de 17.

Cuando esté listo(a) a avanzar a la siguiente sección, favor de hacer clic sobre el botón Submit al final de esta sección.

Porcentaje del cuestionario completado
92%

Esta sección del cuestionario le hará preguntas sobre fe y preferencias religiosas.

¿Cuál de las siguientes opciones mejor describe su denominación/afiliación religiosa?

- ninguna
- protestante
- católico
- mormón
- testigo de jehová
- judío
- musulmán
- budista
- hindú
- otro

Cuento con mi fe para darle significado y propósito a mi vida.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Mi fe es una parte importante de quien soy como persona.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Mi fe impacta muchas de mis decisiones.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha asistido servicios religiosos/espirituales?

- Nunca/No aplica
- Cada año/Unas veces al año
- Cada mes/Unas veces al mes
- Casi todas las semanas
- Más de una vez por semana
- Casi todos los días
- Más de una vez por día

Durante una semana normal, ¿aproximadamente cuántas horas pasa con actividades religiosas/espirituales en su casa (como rezar, meditar, o leer libros religiosos)?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 o más

Estudio para medir el impacto del COVID-19 sobre la salud y el bienestar

Esta es la sección 17 de 17. Esta sección del cuestionario le hará preguntas sobre su familia.

Cuando esté listo(a) a enviar sus respuestas, favor de hacer clic sobre el botón Submit al final de esta sección.

Porcentaje del cuestionario completado
98%

Favor de leer cada frase con cuidado y decida que tan bien describe su propia familia. Debe de responder de acuerdo a cómo usted ve a su familia.

Es difícil planear actividades en la familia porque no nos entendemos bien.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

En tiempos de crisis podemos contar con el apoyo de los demás.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

No podemos hablar entre nosotros de la tristeza que sentimos.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

Cada uno es aceptado por lo que es.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

Evitamos hablar de nuestros temores y preocupaciones.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

Podemos expresar nuestros sentimientos los unos hacia los otros.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

Hay muchos malos sentimientos en la familia.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

Sentimos que somos aceptados por lo que somos.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

El tomar decisiones es un problema para nuestra familia.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

Somos capaces de decidir cómo resolver los problemas.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

No nos llevamos bien.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

Nos hablamos en confianza.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

COVID-19 Impact on Health and Wellbeing Survey

This is section 16 of 16. This section of the survey will ask you questions about your childhood.

When you're ready to move on, click the submit button at the end of this section.

While you were growing up, during the first 18 years of your life:

Did a parent or other adult in the household often or very often... Swear at you, insult you, put you down, or humiliate you? or Act in a way that made you afraid that you might be physically hurt? Yes No

Did a parent or other adult in the household often or very often... Push, grab, slap, or throw something at you? or Ever hit you so hard that you had marks or were injured? Yes No

Did an adult or person at least five years older than you ever... Touch or fondle you or have you touch their body in a sexual way? or Attempt or actually have oral, anal, or vaginal intercourse with you? Yes No

Did you often or very often feel that... No one in your family loved you or thought you were important or special? or Your family didn't look out for each other, feel close to each other, or support each other? Yes No

Did you often or very often feel that ... You didn't have enough to eat, had to wear dirty clothes, and had no one to protect you? or Your parents were too drunk or high to take care of you or take you to the doctor if you needed it? Yes No

Were your parents ever separated or divorced? Yes No

Was your mother or stepmother: Often or very often pushed, grabbed, slapped, or had something thrown at her? or Sometimes, often, or very often kicked, bitten, hit with a fist, or hit with something hard? or Ever repeatedly hit at least a few minutes or threatened with a gun or knife? Yes No

Did you live with anyone who was a problem drinker or alcoholic or who used street drugs? Yes No

Was a household member depressed or mentally ill, or did a household member attempt suicide? Yes No

Did a household member go to prison? Yes No

CoVid19 Community Survey

This is section 12 of 15. This section will ask you about your emotions. Before you answer the questions in this section, please think about your current situation in relation to the COVID19 pandemic.

If you do not want to answer one or more of the following questions, simply skip them. When you're ready to move on to the next section, click the submit button at the end of this section.

Please select the choice that best reflects you.

	Almost never	Sometimes	About half the time	Most of the time	Almost always
When I'm upset, it takes me a long time to feel better.	<input type="radio"/>				
When I'm upset, I believe there is nothing I can do to make myself feel better.	<input type="radio"/>				
When I'm upset, I believe that I will end up feeling very depressed.	<input type="radio"/>				
When I'm upset, I become embarrassed for feeling that way.	<input type="radio"/>				
When I'm upset, I feel guilty for feeling that way.	<input type="radio"/>				
When I'm upset, I become irritated at myself for feeling that way.	<input type="radio"/>				
When I'm upset, I become out of control.	<input type="radio"/>				
When I'm upset, I lose control over my behavior.	<input type="radio"/>				
When I'm upset, I have difficulty controlling my behavior.	<input type="radio"/>				
When I'm upset, I have difficulty focusing on other things.	<input type="radio"/>				
When I'm upset, I have difficulty concentrating.	<input type="radio"/>				
When I'm upset, I have difficulty getting work done.	<input type="radio"/>				
I care about what I am feeling.	<input type="radio"/>				
When I'm upset, I acknowledge my emotions.	<input type="radio"/>				
I pay attention to how I feel.	<input type="radio"/>				
I am confused about how I feel.	<input type="radio"/>				

I have difficulty making sense
out of my feelings

I have no idea how I am feeling.