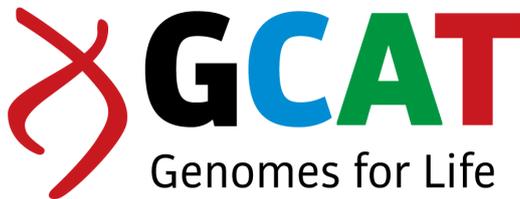


# CUESTIONARIO CONTENT

---

languages

- Español  
 Català
- 



---

Bienvenidos a la encuesta CONTENT. Estudio sobre el impacto de la pandemia en la salud mental y las desigualdades sociales.

La pandemia de COVID-19 está suponiendo una emergencia sanitaria a nivel global, y por eso es de suma importancia hacer frente a los retos científicos y de investigación derivados de esta emergencia sanitaria para dar soluciones en el presente y en el futuro.

Queremos evaluar los síntomas de la enfermedad Covid-19 y los factores asociados con la patología, la transmisión, la susceptibilidad a la Covid-19 y el pronóstico. Así mismo, consideramos que es necesario estudiar cómo la pandemia afecta a las personas, concretamente al efecto que este confinamiento causa en la salud física y mental.

Este estudio está coordinado por el Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal) en colaboración con otros centros de investigación de España e incluye a más de 20.000 personas del territorio español.

Tenga en cuenta que al final de la encuesta podrá añadir los comentarios o aclaraciones que desee.

Información para responder el cuestionario:

Para desplazarse por la encuesta, pulse el botón con la "V" que puede ver en el cuestionario más abajo.

Por favor, no utilice los botones de retroceder/avanzar del navegador.  
La duración aproximada de la encuesta es de 30-40 minutos.

Le recomendamos que responda las preguntas cuando sepa que dispone de tiempo suficiente. Si necesita parar, puede guardar la encuesta pulsando el botón "guardar y volver más tarde" y continuarla más adelante.

Su colaboración es importantísima para nosotros y agradecemos su participación.

---

---

**PREGUNTAS GENERALES**

---

En primer lugar, le haremos unas preguntas relacionadas sobre su residencia y situación actual.

---

A01. ¿Cuál es su edad?

\_\_\_\_\_ (Indique sólo el número)

---

A02. Usted se define como:

- Hombre
  - Mujer
  - Otros
- 

A03. ¿Está embarazada actualmente?

- Sí
  - No
  - No lo sé
- 

A03a. ¿En qué trimestre del embarazo está?

- Primer trimestre
  - Segundo trimestre
  - Tercer trimestre
- 

A04. ¿Cuál es su residencia actual?

---

A04a1. Indique el tipo de vía:

- Alameda
  - Calle
  - Camino
  - Carretera
  - Glorieta
  - Pasaje
  - Paseo
  - Plaza
  - Rambla
  - Ronda
  - Travesía
  - Avenida
  - Barrio
  - Campo
  - Cuesta
  - Edificio
  - Jardines
  - Parque
  - Polígono
  - Vía
  - Travesera
  - Otros
- 

A04a1.1. Especifique el otro tipo de vía:

\_\_\_\_\_

---

A04a2. Indique el nombre de la calle:

\_\_\_\_\_

---

A04a3. Indique el número:

\_\_\_\_\_ (Indique sólo el número)

---

---

A04a4. Indique otros detalles de su residencia (piso, escalera, puerta, etc):

\_\_\_\_\_ (Escriba 77 si vive en una casa)

---

A04b. Indique su ciudad:

\_\_\_\_\_

---

A04c. Indique su provincia:

\_\_\_\_\_

---

A04d. Indique su código postal:

\_\_\_\_\_ (Si no sabe su código postal, escriba 99999)

---

A05. En este lugar, ¿dispone o tiene acceso a un espacio exterior como patio, terraza, jardín, etc.?

- Balcón/Terraza  
 Patio/Jardín privado/Jardín al que puede acceder  
 Terreno amplio en casa de campo  
 Terrado del edificio  
 Ninguno/No dispongo  
(Puede marcar más de una opción)

---

A06. ¿Cuántos metros cuadrados tiene su residencia actual?

\_\_\_\_\_ (Indique sólo el número de metros cuadrados)

---

A07. ¿Vive solo/a o está conviviendo con otras personas?

- Estoy viviendo solo/a  
 Estoy conviviendo con otras personas

---

A08. ¿Con cuántas personas de cada franja de edad está conviviendo?

---

A08a. Personas MENORES de 6 años:

\_\_\_\_\_

---

A08b. Personas ENTRE 6 y 13 años:

\_\_\_\_\_

---

A08c. Personas ENTRE 14 y 17 años:

\_\_\_\_\_

---

A08d. Personas ENTRE 18 y 30 años:

\_\_\_\_\_

---

A08e. Personas ENTRE 31 y 50 años:

\_\_\_\_\_

---

A08f. Personas ENTRE 51 y 64 años:

\_\_\_\_\_

---

A08g. Personas ENTRE 65 y 80 años:

\_\_\_\_\_

---

A08h. Personas MAYORES de 80 años:

\_\_\_\_\_

A08i. ¿Alguno de los convivientes es personal sanitario o trabajador en contacto directo con enfermos de COVID-19?

- Sí  
 No

A09. Actualmente en su casa, ¿quién realiza las tareas domésticas?

- Siempre/casi siempre yo  
 Igual yo y mis convivientes  
 Siempre/casi siempre otros convivientes (pareja, compañeros de piso, etc.)  
 Siempre/casi siempre personas que NO conviven en mi casa (remuneradas o no)

A09a. Actualmente en su casa, ¿quién realiza las tareas domésticas?

- Siempre yo  
 Siempre/casi siempre personas que NO conviven en mi casa (remuneradas o no)

A10. ¿Alguna de las personas con las que convive son sus hijos/as o nietos/as?

- Sí  
 No

A10a. Actualmente en su casa, ¿quién realiza las actividades dedicadas a los hijos o nietos?

- Siempre/casi siempre yo  
 Igual yo y mis convivientes  
 Siempre/casi siempre otros convivientes (pareja, compañeros de piso, etc.)  
 Siempre/casi siempre personas que NO conviven en mi casa (remuneradas o no)  
 No necesita cuidados. Independiente para las actividades diarias

A11. En su casa, ¿se necesita que se realicen actividades/cuidados dedicados a personas MAYORES DE EDAD dependientes (personas que necesitan de ayuda para realizar las actividades de la vida diaria)?

- Sí  
 No

A11a. Actualmente en su casa, ¿quién realiza las actividades/cuidados dedicados a las personas mayores?

- Siempre/casi siempre yo  
 Igual yo y mis convivientes  
 Siempre/casi siempre otros convivientes (pareja, compañeros de piso, etc.)  
 Siempre/casi siempre personas que NO conviven en mi casa (remuneradas o no)

A12. ¿Es usted responsable de cuidar a personas que no viven con usted (por ejemplo, padres u otros familiares o conocidos)?

- Sí  
 No

A13. Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS:

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi siempre
Se ha sentido nervioso/a, ansioso/a o con los nervios de punta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No ha podido dejar de preocuparse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- Ha tenido poco interés o placer en hacer las cosas
- Se ha sentido decaído/a, deprimido/a, o desesperanzado/a

## COVID-19

Nos gustaría ahora preguntarle sobre el coronavirus y la covid-19.

B01. ¿Ha sido diagnosticado de la enfermedad del coronavirus (covid-19) o sospecha de la enfermedad del coronavirus?  Sí  No

B02. ¿Cuándo fue diagnosticado del coronavirus (covid-19)?

(Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde)

ERROR: La fecha introducida se encuentra en el futuro. Por favor, revise e indique correctamente la fecha. Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde.

B03. ¿Ha sido diagnosticado, más de una vez, del coronavirus (covid19)?  Sí  No

B04. Durante la enfermedad, ¿qué síntomas tuvo?

- Fiebre o febrícula
- Tos seca
- Cansancio, fatiga inusual
- Pérdida del gusto o el olfato
- Congestión nasal (nariz que gotea/mocosa/congestionada)
- Conjuntivitis (enrojecimiento ocular)
- Dolor de garganta
- Dolor de cabeza
- Dolores musculares o articulares
- Diferentes tipos de erupciones cutáneas
- Náuseas, vómitos
- Diarrea
- Escalofríos, vértigo, mareos
- Disnea, dificultad respiratoria, falta de aire
- Pérdida de apetito
- Confusión, pérdida del habla o movimiento
- Dolor u opresión persistente en el pecho
- No lo sé
- Ninguno
- (Puede marcar más de una opción)

B05. ¿En qué fecha se inició el primer síntoma de los que nos ha reportado?

(Si no se acuerda de la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde.)

ERROR: La fecha introducida se encuentra en el futuro. Por favor, revise e indique correctamente la fecha. Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde.

---

B06. ¿Alguno de los síntomas reportados ha sido persistente/duradero desde que apareció? Entendemos como persistente si ha durado MÁS DE 15 DÍAS

- Fiebre o febrícula
  - Tos seca
  - Cansancio, fatiga inusual
  - Pérdida del gusto o el olfato
  - Congestión nasal (nariz que gotea/mocosa/congestionada)
  - Conjuntivitis (enrojecimiento ocular)
  - Dolor de garganta
  - Dolor de cabeza
  - Dolores musculares o articulares
  - Diferentes tipos de erupciones cutáneas
  - Náuseas, vómitos
  - Diarrea
  - Escalofríos, vértigo, mareos
  - Disnea, dificultad respiratoria, falta de aire
  - Pérdida de apetito
  - Confusión, pérdida del habla o movimiento
  - Dolor u opresión persistente en el pecho
  - No lo sé
  - Ninguno
- (Puede marcar más de una opción)

---

B06a1. ¿Cuánto tiempo ha durado la fiebre o febrícula?

- Entre 2 y 4 semanas
- Entre 4 y 12 semanas
- Más de 3 meses
- No lo sé

---

B06a2. ¿Cuánto tiempo ha durado la tos seca?

- Entre 2 y 4 semanas
- Entre 4 y 12 semanas
- Más de 3 meses
- No lo sé

---

B06a3. ¿Cuánto tiempo ha durado el cansancio o fatiga inusual?

- Entre 2 y 4 semanas
- Entre 4 y 12 semanas
- Más de 3 meses
- No lo sé

---

B06a4. ¿Cuánto tiempo ha durado la pérdida del gusto o el olfato?

- Entre 2 y 4 semanas
- Entre 4 y 12 semanas
- Más de 3 meses
- No lo sé

---

B06a5. ¿Cuánto tiempo ha durado la congestión nasal?

- Entre 2 y 4 semanas
- Entre 4 y 12 semanas
- Más de 3 meses
- No lo sé

---

B06a6. ¿Cuánto tiempo ha durado la conjuntivitis?

- Entre 2 y 4 semanas
- Entre 4 y 12 semanas
- Más de 3 meses
- No lo sé

---

B06a7. ¿Cuánto tiempo ha durado el dolor de garganta?

- Entre 2 y 4 semanas
- Entre 4 y 12 semanas
- Más de 3 meses
- No lo sé

---

B06a8. ¿Cuánto tiempo ha durado el dolor de cabeza?

- Entre 2 y 4 semanas
- Entre 4 y 12 semanas
- Más de 3 meses
- No lo sé

---

B06a9. ¿Cuánto tiempo han durado los dolores musculares o articulares?

- Entre 2 y 4 semanas
- Entre 4 y 12 semanas
- Más de 3 meses
- No lo sé

---

B06a10. ¿Cuánto tiempo han durado los diferentes tipos de erupciones cutáneas?

- Entre 2 y 4 semanas
- Entre 4 y 12 semanas
- Más de 3 meses
- No lo sé

---

B06a11. ¿Cuánto tiempo han durado las náuseas o vómitos?

- Entre 2 y 4 semanas
- Entre 4 y 12 semanas
- Más de 3 meses
- No lo sé

---

B06a12. ¿Cuánto tiempo ha durado la diarrea?

- Entre 2 y 4 semanas
- Entre 4 y 12 semanas
- Más de 3 meses
- No lo sé

---

B06a13. ¿Cuánto tiempo han durado los escalofríos, vértigo o mareos?

- Entre 2 y 4 semanas
- Entre 4 y 12 semanas
- Más de 3 meses
- No lo sé

---

B06a14. ¿Cuánto tiempo ha durado la disnea, dificultad respiratoria, falta de aire?

- Entre 2 y 4 semanas
- Entre 4 y 12 semanas
- Más de 3 meses
- No lo sé

---

B06a15. ¿Cuánto tiempo ha durado la pérdida de apetito?

- Entre 2 y 4 semanas
- Entre 4 y 12 semanas
- Más de 3 meses
- No lo sé

---

B06a16. ¿Cuánto tiempo ha durado la confusión, pérdida del habla o movimiento?

- Entre 2 y 4 semanas
- Entre 4 y 12 semanas
- Más de 3 meses
- No lo sé

---

B06a17. ¿Cuánto tiempo ha durado el dolor u opresión persistente en el pecho?

- Entre 2 y 4 semanas
- Entre 4 y 12 semanas
- Más de 3 meses
- No lo sé

---

B07. Después del diagnóstico de coronavirus (covid-19), ¿ha tenido alguna de estas secuelas, que no pueda explicar por ningún otro motivo?

- Problemas cardiovasculares: inflamación miocardio, disfunción ventricular, palpitaciones, dolor en el pecho, arritmias
  - Problemas respiratorios: dificultad en respirar, sensación de ahogo, menor capacidad de ejercicio
  - Problemas renales: lesión renal aguda
  - Problemas dermatológicos: erupción cutánea, alopecia (caída pelo), psoriasis
  - Problemas de sequedad en ojos y/o boca
  - Problemas cognitivos y neurológicos: disfunción del olor y/o gusto, desregulación del sueño, dificultad en la toma de decisiones, deficiencias de memoria, desorientación, mareos, cansancio o fatiga, estado febril, dificultad para tragar.
  - Problemas psicológicos y psiquiátricos: depresión, ansiedad, cambios en el estado de ánimo, falta de motivación, apatía, reducción del apetito
  - Problemas musculares: debilitamiento en los músculos, dolor en las articulaciones
  - Problemas hematológicos: trombosis, coágulos en la sangre
  - Problemas endocrinos: cetoacidosis diabética, tiroiditis
  - Otros
  - Ninguno
- (Puede marcar más de una opción)

---

B07a. ¿Cuánto han durado los problemas cardiovasculares?

- Entre 2 y 4 semanas
- Entre más de 4 semanas y 12 semanas
- Más de 3 meses
- Aún me duran
- No lo sé

---

B07b. ¿Cuánto han durado los problemas respiratorios?

- Entre 2 y 4 semanas
- Entre más de 4 semanas y 12 semanas
- Más de 3 meses
- No lo sé

---

B07c. ¿Cuánto han durado los problemas renales?

- Entre 2 y 4 semanas
- Entre más de 4 semanas y 12 semanas
- Más de 3 meses
- Aún me duran
- No lo sé

---

B07d. ¿Cuánto han durado los problemas dermatológicos?

- Entre 2 y 4 semanas
- Entre más de 4 semanas y 12 semanas
- Más de 3 meses
- Aún me duran
- No lo sé

---

B07e. ¿Cuánto han durado los problemas de sequedad en ojos y/o boca?

- Entre 2 y 4 semanas
- Entre más de 4 semanas y 12 semanas
- Más de 3 meses
- Aún me duran
- No lo sé

---

B07f. ¿Cuánto han durado los problemas cognitivos y neurológicos?

- Entre 2 y 4 semanas
- Entre más de 4 semanas y 12 semanas
- Más de 3 meses
- Aún me duran
- No lo sé

---

B07g. ¿Cuánto han durado los problemas psicológicos y psiquiátricos?

- Entre 2 y 4 semanas
- Entre más de 4 semanas y 12 semanas
- Más de 3 meses
- Aún me duran
- No lo sé

---

B07h. ¿Cuánto han durado los problemas musculares?

- Entre 2 y 4 semanas
- Entre más de 4 semanas y 12 semanas
- Más de 3 meses
- Aún me duran
- No lo sé

---

B07i. ¿Cuánto han durado los problemas hematológicos?

- Entre 2 y 4 semanas
- Entre más de 4 semanas y 12 semanas
- Más de 3 meses
- Aún me duran
- No lo sé

---

B07j. ¿Cuánto han durado los problemas endocrinos?

- Entre 2 y 4 semanas
- Entre más de 4 semanas y 12 semanas
- Más de 3 meses
- Aún me duran
- No lo sé

---

B07k. ¿Qué otras secuelas tiene?

---

---

B08. ¿Ha seguido terapias de rehabilitación para atender a sus síntomas y/o secuelas del coronavirus (covid-19)?

- Sí
- No

---

B09. ¿Cómo ha hecho las terapias de rehabilitación?

- Guía y/o video por internet
- Presencial con un profesional de la salud (fisioterapeuta, etc)

---

B10. ¿Qué tipo de terapias realizó?

- Rehabilitación cognitiva
- Rehabilitación muscular/movilidad
- Rehabilitación respiratoria
- Otra rehabilitación  
(Puede marcar más de una opción)

---

B10a. Indique qué otra rehabilitación ha hecho:

---

---

B11. ¿Le han hecho algún test sobre el coronavirus?

- Sí
- No
- No lo sé

---

B12. ¿Fue positivo?

- Sí
- No



ERROR: La fecha introducida se encuentra en el futuro. Por favor, revise e indique correctamente la fecha. Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde.

B16. ¿Le han dado el alta?  Sí  
 No

B17. ¿En qué fecha fue dado de alta del hospital?

(Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde)

ERROR: La fecha introducida se encuentra en el futuro. Por favor, revise e indique correctamente la fecha. Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde.

ERROR: La fecha de alta es anterior a la fecha de hospitalización. Por favor, revise e indique correctamente la fecha. Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde.

B18. ¿Durante el ingreso, tuvo que ingresar en la UCI o unidad de vigilancia intensiva?  Sí  
 No

B19. ¿Cuántos días estuvo ingresado en la UCI?

(Escriba sólo el número de días)

B20. ¿Durante el ingreso, recibió alguna de estas terapias?

	Sí	No	No lo sé
Ventilación mecánica no invasiva (entrada de oxígeno mediante máscara facial, nasal o casco con el CUERPO HACIA ARRIBA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ventilación mecánica invasiva (entrada de oxígeno mediante colocación de un tubo/sonda por boca o nariz hasta la tráquea con el CUERPO HACIA ARRIBA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traqueostomía insertada (tubo/cánula que se introduce DIRECTAMENTE POR LA TRÁQUEA/CUELLO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oxigenación por membrana extracorporea (asistencia mecánica circulatoria y respiratoria con una MÁQUINA con el CUERPO HACIA ARRIBA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ventilación mecánica en decúbito prono (asistencia mecánica respiratoria con una MÁQUINA con el CUERPO HACIA ARRIBA)

Óxido nítrico inhalado (gas que se introduce con una boquilla por la boca, se aprieta y se inhala)



---

#### EXPOSICIÓN A CORONAVIRUS

Ahora le preguntamos sobre su posible exposición al coronavirus (covid-19)

C01. ¿Le han vacunado contra el coronavirus (covid-19)?

Sí

No

C01a. ¿En qué fecha le vacunaron la primera vez?

\_\_\_\_\_

(Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde)

ERROR: La fecha introducida se encuentra en el futuro. Por favor, revise e indique correctamente la fecha. Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde.

C01b. ¿Qué tipo de vacuna era?

 AstraZeneca/Oxford Pfizer Moderna Johnson & Johnson Otras No lo sé

C01b1. ¿Qué otro tipo de vacuna era?

\_\_\_\_\_

C01c. ¿Ha recibido la segunda dosis de la vacuna?

Sí

No

C01c1. ¿En qué fecha le vacunaron con la segunda dosis?

\_\_\_\_\_

(Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde)

ERROR: La fecha introducida se encuentra en el futuro. Por favor, revise e indique correctamente la fecha. Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde.

ERROR: La fecha introducida es anterior a la primera dosis de la vacuna. Por favor, revise e indique correctamente la fecha. Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde.

C01d. ¿Tuvo efectos secundarios después de la inyección? Considere los 2 DÍAS DESPUÉS DE LA INYECCIÓN e indique todos los efectos que padeció.

- Dolor en el brazo/hombro
  - Dolor/inflamación/picor/enrojecimiento en el punto de inyección de la vacuna
  - Dolor de cabeza
  - Fatiga/Cansancio/Dolor muscular/articular/Malestar
  - Fiebre/sensación de fiebre
  - Náuseas/vómitos/Diarrea
  - Escalofríos
  - Insomnio/dificultad para dormir
  - Ninguno
- (Puede marcar más de una opción)

C02. ¿Se vacunará cuando se lo ofrezcan?

- Sí
- No
- No lo sé

C03. ¿Cuáles son sus razones para no vacunarse?

- Posibles efectos secundarios a corto plazo (dolor de brazo, dolor de cabeza...)
  - Posibles efectos secundarios a largo plazo (autismo, cáncer, otros problemas de salud)
  - No creo en su eficacia
  - No me hace falta, ya adopto otras medidas de protección (ej: uso mascarilla, distancia física, etc)
  - Pienso que no la necesito porque ya he tenido el coronavirus (covid-19)
  - Prefiero que otros se vacunen antes (ej: gente con más riesgo)
  - En general, me vacunaría, pero no con la vacuna que me propusieron
  - Tengo miedo a la vacuna
  - Creo que los riesgos son mayores que los beneficios que me puede proporcionar
  - Las vacunas contienen otros elementos dañinos para mí (como mercurio)
  - Las vacunas contienen microchips que permiten a los gobiernos rastrear a las personas que han sido vacunadas
  - Creo que lo del coronavirus es una invención para controlarnos
  - Otras razones
- (Puede marcar más de una opción)

C03a. Indique sus otros motivos:

---

C04. ¿Ha estado en contacto\* con alguien diagnosticado con Covid-19?

- Sí
  - No
  - No lo sé
- (\*En contacto = a menos de 2 metros, más de 15 minutos y sin mascarilla)

C05. ¿Ha estado aislado en una habitación de su casa separado del resto de miembros de la casa y/o se ha quedado en casa porque pensaba que estaba padeciendo Covid-19, que era portador del virus que provoca la Covid-19 o que había estado en contacto con alguien diagnosticado de Covid-19?

- Sí
- No

---

C06. Cuando sale a la calle, ¿lleva mascarilla?

- Sí, sistemáticamente en cada salida  
 Sí, casi cada vez que salgo  
 Sí, pero solo algunas veces  
 Nunca

---

C07. Cuando vuelve a casa, después de salir a la calle, ¿se lava las manos con jabón o se las desinfecta con una solución hidroalcohólica?

- Si, sistemáticamente en cada salida  
 Sí, casi cada vez que salgo  
 Sí, pero solo algunas veces  
 Nunca

---

C08. ¿Considera importante seguir las normativas de prevención para la protección de una posible infección (lavarse las manos frecuentemente, mantener la distancia física, etc.)?

- Sí, creo que es muy importante  
 Creo que a veces me las puedo saltar  
 No, no son importantes

---

C09. ¿Puede decir cómo se transmite el virus?

- De una persona infectada a una persona no infectada  
 De una persona infectada cuando tose, estornuda o habla (aerosoles)  
 Al tocar objetos y superficies infectadas (p. ej., mesas, pomos de las puertas y pasamanos)  
(Puede marcar más de una opción)

---

C10. ¿Cuál cree que es su riesgo actual de infectarse o reinfectarse?

- 0    1    2    3  
 4    5    6    7  
 8    9    10  
(En una escala de 0 a 10 (0 = sin riesgo; 10 = riesgo muy alto))

---

C10a. ¿Cuál cree que es su riesgo actual de enfermar gravemente de coronavirus (covid-19) e ingresar en el hospital?

- 0    1    2    3  
 4    5    6    7  
 8    9    10  
(En una escala de 0 a 10 (0 = sin riesgo; 10 = riesgo muy alto))

---

C10b. ¿Cuál cree que es su riesgo actual de morir por coronavirus (covid-19)?

- 0    1    2    3  
 4    5    6    7  
 8    9    10  
(En una escala de 0 a 10 (0 = sin riesgo; 10 = riesgo muy alto))

---

C11. ¿Qué hace para protegerse contra el coronavirus (covid-19)?

- Lavarme las manos con jabón/desinfectante hidro-alcohólico  
 Mantener una distancia de al menos dos metros de las otras personas  
 Evitar tocarme los ojos, nariz y boca  
 Autoaislamiento/quedarme en casa  
 Evitar reunirme con amigos y familiares que no pertenecen a mi hogar/burbuja familiar  
 Usar una mascarilla  
 Ninguna de las anteriores  
(Puede marcar más de una opción)

C12. Cuando tiene que desplazarse DURANTE LA SEMANA ¿qué método de transporte utiliza?

- Caminando  
 Bicicleta  
 Coche/furgoneta/camión  
 Moto  
 Metro/autobús/tren/tranvía  
 Otros (patinete, etc)  
 No me desplazo  
 (Puede marcar más de una opción)

C12a. Cuando tiene que desplazarse EN FIN DE SEMANA ¿qué método de transporte utiliza?

- Caminando  
 Bicicleta  
 Coche/furgoneta/camión  
 Moto  
 Metro/autobús/tren/tranvía  
 Otros (patinete, etc)  
 No me desplazo  
 (Puede marcar más de una opción)

C13. Por favor, díganos qué grado de ayuda y soporte social tiene para cada una de las actividades descritas abajo, en una escala de 0 a 4, siendo 0 mucho menos de lo que me gustaría y 4 tanto como quiero.

	0	1	2	3	4
Tengo gente que se preocupa por lo que me pase	<input type="radio"/>				
Tengo amor y afecto	<input type="radio"/>				
Tengo oportunidades para hablar con alguien de los problemas del trabajo o con las tareas domésticas	<input type="radio"/>				
Tengo oportunidades de hablar con alguien en quien confío sobre mis problemas personales o familiares	<input type="radio"/>				
Tengo oportunidades de hablar sobre mis problemas económicos	<input type="radio"/>				
Recibo invitaciones para videollamadas o encuentros virtuales	<input type="radio"/>				
Recibo consejos útiles sobre cosas importantes en mi vida	<input type="radio"/>				
Tengo ayuda cuando estoy en la cama enfermo	<input type="radio"/>				

C14. Por favor, indique en qué medida está de acuerdo con las siguientes frases, teniendo en cuenta el último mes. Valore en una escala de 0 a 4, siendo 0= completamente desacuerdo y 4= completamente de acuerdo:

	0	1	2	3	4
Tengo mucho miedo del coronavirus	<input type="radio"/>				

Me hace sentir incómodo pensar en el coronavirus	<input type="radio"/>				
Mis manos sudan cuando pienso en el coronavirus	<input type="radio"/>				
Tengo miedo de morir por coronavirus	<input type="radio"/>				
Cuando miro noticias sobre el coronavirus me pongo nervioso o ansioso	<input type="radio"/>				
No puedo dormir por las preocupaciones sobre coronavirus	<input type="radio"/>				
Mi corazón se acelera o tengo palpitaciones cuando pienso en contagiarme por el coronavirus	<input type="radio"/>				
Consulto información sobre el coronavirus varias veces al día	<input type="radio"/>				
Me genera ansiedad no encontrar los productos que necesito en el supermercado	<input type="radio"/>				
Me preocupa que mis seres queridos se contagien con el coronavirus	<input type="radio"/>				

C15. ¿Algún familiar cercano o amigo/a cercano/a ha fallecido por coronavirus?

- Sí, en el último mes  
 Sí, hace más de un mes  
 No

## TRABAJO Y CORONAVIRUS

Ahora nos gustaría preguntarle específicamente por su trabajo

D01. ¿Cuál de estas situaciones describe mejor su situación laboral actual?

- Contratado (trabajando por cuenta ajena)  
 Autónomo (Trabajando por cuenta propia)  
 Trabajo sin contrato  
 Voluntariado o trabajando sin sueldo  
 Me hago cargo de la casa/familia  
 Incapacidad laboral permanente  
 Baja laboral temporal  
 En situación de paro  
 En ERTE  
 Sin empleo ni paro, ni subsidios  
 Jubilado / a  
 Estudiante  
 Ingreso mínimo vital  
 Ninguna de las anteriores

D02. Actualmente, ¿trabaja físicamente en su puesto de trabajo, en remoto (teletrabajo) o combinando ambas opciones?

- Sí, presencialmente en mi puesto de trabajo  
 Sí, teletrabajo  
 Sí, combinando teletrabajo y presencia en mi puesto de trabajo  
 No trabajo

D02a. ¿En qué medida las condiciones para trabajar en su residencia habitual son adecuadas para el teletrabajo?

	Sí	No	A veces
Calefacción y/o aire acondicionado para asegurar un buen confort térmico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Buen aislamiento al ruido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espacios de luz natural para trabajar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espacio para trabajar exclusivo para mi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mobiliario (silla, mesas, etc.) adaptado para asegurar una buena postura ergonómica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espacio con buena ventilación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipamiento digital e internet necesario para trabajar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayudas por parte de mi empresa para adaptar mis condiciones de teletrabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

D03. En su puesto de trabajo, ¿tiene acceso a los equipos de protección individual (EPIs) necesarios?

	Sí	Sí, con restricciones	No
Guantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mascarillas certificadas (FFP-2, FFP-3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro tipo de mascarillas (ej: mascarillas quirúrgicas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Protección para los ojos (gafas de protección, pantalla facial)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros EPIs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

D04. ¿Ha notado cambios en la cantidad de horas SEMANALES de trabajo en comparación con la situación antes del inicio de la pandemia?

- Sí, ha aumentado  
 Sí, ha disminuido  
 No

D05. Desde el inicio de la pandemia (marzo de 2020), en su trabajo, ¿se introdujo alguna medida de protección de tipo organizativo o de gestión (reducir el número de personas u horarios escalonados, cambios en la ventilación de los edificios, evitar reuniones presenciales, etc.)?

- Sí  
 No  
 No lo sé

D06a. ¿Qué nivel está cursando?

- Primaria  
 Secundaria (ESO)  
 Bachillerato  
 Estudios de grado medio/grado superior  
 Estudios universitarios, estudios de postgrado (máster, tesis)

D06b. Durante el confinamiento de marzo a junio de 2020, ¿siguió cursando los estudios (aunque fuera online o parcialmente)?

- Sí  
 No

## HÁBITOS DE VIDA

Las siguientes preguntas se refieren a su estilo de vida ACTUALMENTE, es decir, HOY O LA ÚLTIMA SEMANA, y los posibles cambios respecto al último año.

## Tabaco

E01. ¿Es usted fumador actualmente?

- Sí, diariamente  
 Sí, ocasionalmente  
 No  
 No lo sé

E02. ¿Cuántos cigarrillos fuma POR DÍA?

\_\_\_\_\_  
 (Introduzca sólo el número de cigarrillos)

E03. Si no es fumador, ¿lo ha sido con anterioridad, alguna vez durante su vida?

- Sí  
 No  
 No lo sé

E04. ¿A qué edad dejó de fumar?

\_\_\_\_\_  
 (Indique sólo el número en años)

E05. ¿Desde el inicio de la pandemia (marzo de 2020), ¿han cambiado sus hábitos de fumar?

- No, nunca he fumado  
 No, soy exfumador  
 No, soy fumador y mi consumo no ha cambiado  
 Sí, y he aumentado mi consumo  
 Sí, y he disminuido mi consumo  
 Sí, he dejado de fumar  
 Sí, he vuelto a fumar después de haberlo dejado  
 Sí, he empezado a fumar

## Alcohol

E06. ¿Consume ACTUALMENTE bebidas alcohólicas?

- Sí, cada día  
 Sí, ocasionalmente  
 No  
 No lo sé

E07. ¿Cuál es su consumo ACTUAL de cada una de las siguientes bebidas?

	Nunca/Menos de 1 vez/mes	1-3 veces por mes	1-2 veces por semana	3-4 veces por semana	5-6 veces por semana	1 vez al día	2-3 al día	4 o más al día
Vino, champán, cava, vermut, jerez, vino dulce (1 copa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cerveza con alcohol/sidra (1 caña, botellín o lata)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Brandy, coñac o carajillo,  
ginebra, ron, whisky, orujo,  
vodka, aguardiente, licores,  
anisetes, pacharán (1 copa)

E08. Desde el inicio de la pandemia (marzo de 2020),  
¿han cambiado sus hábitos de tomar bebidas  
alcohólicas?

- No, nunca he consumido alcohol  
 No, no consumo alcohol, pero he consumido  
anteriormente a la pandemia  
 No, consumo alcohol, pero mis hábitos no han  
cambiado  
 Sí, he aumentado mi consumo  
 Sí, he disminuido mi consumo  
 Sí, he dejado de beber alcohol  
 Sí, he empezado a beber alcohol otra vez después  
de haberlo dejado  
 Sí, he empezado a beber alcohol

### Actividad física

Ahora le preguntaremos sobre su actividad física tanto vigorosa como moderada y sus hábitos de caminar.

Piense acerca de todas aquellas actividades vigorosas que ha realizado en los últimos 7 días. Actividades vigorosas son las que requieren un esfuerzo físico fuerte y le hacen respirar mucho más fuerte de lo normal. Piense solamente en esas actividades que usted hizo por lo menos 10 minutos continuos.

E09. DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿ha realizado  
usted actividades físicas vigorosas como levantar  
objetos pesados, excavar, aeróbicos, o pedalear  
rápido en bicicleta?

- Sí  
 No

E10. ¿Cuántos días A LA SEMANA ha realizado usted  
actividades físicas vigorosas?

\_\_\_\_\_ (Indique sólo el número)

E11. ¿Durante cuánto tiempo, de media, ha realizado  
estas actividades físicas, en uno de los días en que  
las ha realizado?

\_\_\_\_\_ (Indique sólo el número)

Piense acerca de todas aquellas actividades moderadas que usted ha realizado en los últimos 7 días. Actividades moderadas son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado y le hace respirar algo más fuerte de lo normal. Piense solamente en esas actividades que usted ha hecho por lo menos 10 minutos continuos.

E12. DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿ha hecho usted  
actividades físicas moderadas tal como cargar objetos  
livianos, pedalear en bicicleta a paso regular, o  
jugar dobles de tenis? No incluya caminatas

- Sí  
 No  
 (No incluya caminatas)

E13. ¿Cuántos días A LA SEMANA ha hecho usted  
actividades físicas moderadas?

\_\_\_\_\_ (Indique sólo el número)

E14. ¿Cuánto tiempo, de media, dedica usted en uno  
de esos días haciendo actividades físicas moderadas?

\_\_\_\_\_

Piense acerca del tiempo que usted ha dedicado a caminar en los ÚLTIMOS 7 DÍAS. Esto incluye trabajo en la casa, caminatas para ir de un sitio a otro, o cualquier otra caminata que usted ha hecho únicamente por recreación, deporte, ejercicio o placer.

E15. DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿ha caminado usted por al menos 10 minutos continuos?  Sí  
 No

E16. DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿cuántos días ha caminado usted por al menos 10 minutos continuos?

\_\_\_\_\_ (Indique sólo el número)

E17. ¿Cuánto tiempo, de media, ha dedicado usted en uno de esos días caminando?

\_\_\_\_\_

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que usted ha permanecido sentado/a en la semana en los últimos 7 días. Incluya el tiempo sentado/a en el trabajo, la casa, estudiando, y en su tiempo libre. Esto puede incluir tiempo sentado/a en un escritorio, visitando amigos/a, leyendo o permanecer sentado/a o acostado/a mirando televisión.

E18. DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿Cuánto tiempo ha permanecido sentado/a de media en un día entre semana?

\_\_\_\_\_

E18a. DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿Cuánto tiempo ha permanecido sentado/a de media en un día el fin de semana?

\_\_\_\_\_

E19. Tomando como referencia el inicio de la pandemia (marzo de 2020), ¿diría que su actividad física ha cambiado en el último mes?

- Hago mucha más actividad física  
 Hago más actividad física  
 Hago algo más de actividad física  
 Sin cambios  
 Hago algo menos de actividad física  
 Hago menos actividad física  
 Hago mucha menos actividad física

Sueño  
Duración y calidad del sueño

E20a. En la actualidad, un día laboral o entre semana, ¿a qué hora se levanta?

\_\_\_\_\_

E20b. En la actualidad, un día laboral o entre semana, ¿a qué hora suele irse a dormir?

\_\_\_\_\_

E21a. En la actualidad, un día libre de trabajo o durante el fin de semana, ¿a qué hora se levanta?

\_\_\_\_\_

E21b. En la actualidad, un día libre de trabajo o durante el fin de semana, ¿a qué hora se va a dormir?

\_\_\_\_\_

E22. En la actualidad, ¿tiene problemas de sueño? Considere que tiene problemas de sueño si los ha padecido durante al menos 3 meses

- No, no tengo problemas de sueño  
 Sí, tengo problemas de sueño menos de 3 noches por semana  
 Sí, tengo problemas de sueño 3 noches por semana o más

E23. ¿Cuántas horas, de promedio, duerme AHORA?

\_\_\_\_\_

E23a. ¿Cómo consideraría la calidad de su sueño ACTUALMENTE?

- Buena, duermo sin interrupciones  
 Con interrupciones o despertares  
 Me cuesta dormirme o conciliar el sueño  
 Me despierto antes de tiempo por la mañana  
 (Puede marcar más de una opción)

E23b. ¿Utiliza algún tipo de tratamiento médico o natural para ayudarle a dormir o aliviar el insomnio, en caso de padecer estos problemas?

- Sí, tratamiento médico  
 Sí, tratamiento natural  
 No

E24. Desde el inicio de la pandemia (marzo de 2020), ¿diría que ha cambiado el tiempo que duerme?

- No, es el habitual  
 Sí, ha aumentado  
 Sí, ha disminuido

E24a. ¿Cuántas horas de promedio dormía, antes de la pandemia?

\_\_\_\_\_

E25. ¿Cuál es su altura actual?

\_\_\_\_\_ (En cm. Si no lo sabe, introduzca 999)

E26. ¿Cuál es su peso actual?

\_\_\_\_\_ (En Kg. Si no lo sabe, introduzca 999)

E27. Desde el inicio de la pandemia (marzo de 2020), su peso:

- Es igual  
 Ha aumentado  
 Ha disminuido

E28. ¿Cuál era su peso antes de la pandemia?

\_\_\_\_\_ (En Kg. Si no lo sabe, introduzca 999)

Horarios de comidas

E29a. En la actualidad un día laboral o entre semana, ¿a qué hora toma la primera ingesta (cualquier cosa que no sea agua) del día?

\_\_\_\_\_

E29b. En la actualidad, un día laboral o entre semana, ¿a qué hora toma la última ingesta (cualquier cosa que no sea agua) del día?

\_\_\_\_\_

E30a. En la actualidad, un día libre de trabajo o durante el fin de semana, ¿a qué hora suele tomar la primera ingesta (cualquier cosa que no sea agua) del día?

\_\_\_\_\_

E30b. En la actualidad, un día libre de trabajo o durante el fin de semana, ¿a qué hora suele tomar la última ingesta (cualquier cosa que no sea agua) del día?

\_\_\_\_\_

MEDIO AMBIENTE

Las siguientes preguntas hacen referencia a los espacios verdes y al ambiente (ruido).

F01. En una semana normal, DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha pasado tiempo libre en espacios verdes?

- Sí, en parques, espacios verdes  
 Sí, en bosques, parques nacionales, otros espacios verdes naturales  
 Sí, en Jardines  
 Sí, en lagos, playas, ríos y otros espacios con agua  
 No, no he pasado tiempo libre ni en espacios verdes ni en espacios con agua  
 (Puede marcar más de una opción)

F02a1. En una semana normal, durante los últimos 12 meses, de promedio, ¿cuántas horas de su tiempo libre ENTRE SEMANA (de lunes a viernes) ha pasado en parques o espacios verdes?

\_\_\_\_\_

F02a2. En una semana normal, durante los últimos 12 meses, de promedio, ¿cuántas horas de su tiempo libre DURANTE EL FIN DE SEMANA ha pasado en parques o espacios verdes?

\_\_\_\_\_

F02b1. En una semana normal, durante los últimos 12 meses, de promedio, ¿cuántas horas de su tiempo libre ENTRE SEMANA (de lunes a viernes) ha pasado en bosques, parques nacionales u otros espacios verdes naturales?

\_\_\_\_\_

F02b2. En una semana normal, durante los últimos 12 meses, de promedio, ¿cuántas horas de su tiempo libre DURANTE EL FIN DE SEMANA ha pasado en bosques, parques nacionales u otros espacios verdes naturales?

\_\_\_\_\_

F02c1. En una semana normal, durante los últimos 12 meses, de promedio, ¿cuántas horas de su tiempo libre ENTRE SEMANA (de lunes a viernes) ha pasado en jardines?

\_\_\_\_\_

F02c2. En una semana normal, durante los últimos 12 meses, de promedio, ¿cuántas horas de su tiempo libre DURANTE EL FIN DE SEMANA ha pasado en jardines?

\_\_\_\_\_

F02d1. En una semana normal, durante los últimos 12 meses, de promedio, ¿cuántas horas de su tiempo libre ENTRE SEMANA (de lunes a viernes) ha pasado en lagos, playas, ríos y otros espacios con agua?

\_\_\_\_\_

F02d2. En una semana normal, durante los últimos 12 meses, de promedio, ¿cuántas horas de su tiempo libre DURANTE EL FIN DE SEMANA ha pasado en lagos, playas, ríos y otros espacios con agua?

\_\_\_\_\_

F03. Del 0 al 10, siendo el 0 "absolutamente nada" y el 10 "extremadamente molesto", indique cuánto le molesta el ruido de las siguientes actividades, EN EL MOMENTO ACTUAL:

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tráfico de coches	<input type="radio"/>										
Trenes y tranvías	<input type="radio"/>										
Aviones	<input type="radio"/>										
Actividades de ocio (vecinos, etc.)	<input type="radio"/>										
Industria/actividades	<input type="radio"/>										
Otros ruidos	<input type="radio"/>										

## SALUD EMOCIONAL

G01. A continuación, le preguntaremos por sus sentimientos y pensamientos en las últimas dos semanas. Lea cada pregunta y conteste cómo se ha sentido o pensado en cada situación. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas son de mayor valor que las que se piensan mucho.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	<input type="radio"/>				
En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	<input type="radio"/>				
En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	<input type="radio"/>				
En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	<input type="radio"/>				
En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	<input type="radio"/>				
En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	<input type="radio"/>				
En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	<input type="radio"/>				
En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido al control de todo?	<input type="radio"/>				

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

En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?

A continuación, le preguntaré por su estado emocional de las últimas dos semanas. Lea cada pregunta y conteste la respuesta que considere que coincida con su propio estado emocional. Lea todas las respuestas posibles. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas son de mayor valor que las que se piensan mucho.

G02. Me siento tenso/a o nervioso/a

- Casi todo el día  
 Gran parte del día  
 De vez en cuando  
 Nunca

G03. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre

- Ciertamente, igual que antes  
 No tanto como antes  
 Solamente un poco  
 Ya no disfruto con nada

G04. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder

- Sí, y muy intenso  
 Sí, pero no muy intenso  
 Sí, pero no me preocupa  
 No siento nada de eso

G05. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas

- Igual que siempre  
 Actualmente, algo menos  
 Actualmente, mucho menos  
 Actualmente, en absoluto

Recuerde que le estamos preguntando por las últimas dos semanas:

G06. Tengo la cabeza llena de preocupaciones

- Casi todo el día  
 Gran parte del día  
 De vez en cuando  
 Nunca

G07. Me siento alegre

- Nunca  
 Muy pocas veces  
 En algunas ocasiones  
 Gran parte del día

G08. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajadamente

- Siempre  
 A menudo  
 Raras veces  
 Nunca

---

G09. Me siento lento/a y torpe

- Gran parte del día
  - A menudo
  - A veces
  - Nunca
- 

Recuerde que le estamos preguntando por las últimas dos semanas:

---

G10. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago

- Nunca
  - Sólo en algunas ocasiones
  - A menudo
  - Muy a menudo
- 

G11. He perdido el interés por mi aspecto personal

- Completamente
  - No me cuido como debería hacerlo
  - Es posible que no me cuide como debiera
  - Me cuido como siempre lo he hecho
- 

G12. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme

- Realmente mucho
  - Bastante
  - No mucho
  - En absoluto
- 

G13. Espero las cosas con ilusión

- Como siempre
  - Algo menos que antes
  - Mucho menos que antes
  - En absoluto
- 

Recuerde que le estamos preguntando por las últimas dos semanas:

---

G14. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor

- Muy a menudo
  - Con cierta frecuencia
  - Raramente
  - Nunca
- 

G15. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión

- A menudo
  - Algunas veces
  - Pocas veces
  - Casi nunca
- 

G16. Desde que empezó la pandemia en marzo de 2020, ¿siente que ha necesitado la ayuda de un profesional en relación a su salud mental?

- Sí
  - No
- 

G17. ¿Ha accedido a los recursos proporcionados a nivel autonómico/estatal durante la pandemia?

- Sí
  - No
  - No, he utilizado un servicio privado
- 

G17a. ¿Por qué no ha accedido a los servicios profesionales de la salud mental?

- Tenía miedo a infectarme por coronavirus (covid-19)
  - No sabía a quién pedir ayuda
  - Tenía miedo a enfrentarme a situaciones del pasado
  - Otros motivos
- 

G17b. Desarrolle sus otros motivos

---

G18. Valore si la calidad de los recursos ha ayudado a mejorar su estado mental:

- 0  
 1  
 2  
 3  
 4  
 5  
 6  
 7  
 8  
 9  
 10

(En una escala de 0 a 10 (0 = no me ha ayudado nada- 10 = me ha ayudado mucho))

A continuación, le preguntaremos por sus relaciones con su familia, convivientes y otras relaciones con personas de su entorno (amistades, laborales, etc). Lea todas las respuestas y conteste aquella que coincida con su situación. Recuerde que las respuestas son anónimas y no permiten identificar su caso particular, pero será útil para ayudar a personas que lo necesiten .

G19. Desde que comenzó la pandemia, ¿cómo definiría las relaciones con su familia/convivientes/amistades/entorno laboral, etc.?

	Mucha tensión	Alguna tensión	Sin tensión	No lo sé
Durante el confinamiento estricto (marzo-junio 2020)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actualmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

G20. Desde que comenzó la pandemia, ¿ha recibido amenazas de violencia, intimidaciones o situaciones de acoso que le hicieron sentir miedo (incluye interacciones virtuales)?

- Nunca  
 A veces  
 Muchas veces  
 (Recuerde que la información proporcionada es totalmente confidencial)

G21a. Estas situaciones se produjeron en:

- Contextos virtuales (e.g. Whatsapp, redes sociales)  
 Contexto laboral  
 Contexto del hogar  
 En lugares públicos  
 (Puede marcar más de una opción)

G21b. ¿Ha solicitado ayuda al recibir amenazas de violencia, intimidaciones o situaciones de acoso?

- Sí  
 No

---

G21c. Valore la calidad de la ayuda recibida o lo resolutiva que ha sido:

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

(En una escala de 0 a 10 (0 = En una escala de 0 a 10 (0 = no me ha ayudado nada; 10 = me ha ayudado mucho))

---

G22. Desde que comenzó la pandemia (marzo de 2020), ¿ha sido víctima de violencia física (ha recibido golpes, patadas, empujones, tirones de pelo)?

- Nunca
- A veces
- Muchas veces

(Recuerde que la información proporcionada es totalmente confidencial)

---

G22a. ¿Las lesiones hicieron que tuviera que recurrir a asistencia médica?

- Sí
  - No
- 

G22b. Las lesiones se produjeron en:

- Contexto laboral
  - Contexto del hogar
  - En lugares públicos/otros
- (Puede marcar más de una opción)
- 

G22c. ¿Ha solicitado ayuda al ser víctima de violencia física?

- Sí
  - No
- 

G22d. Valore la calidad de la ayuda recibida o lo resolutiva que ha sido:

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

(0 (no me ha ayudado nada) - 10 (me ha ayudado mucho))

---

G23. ¿Alguna de estas situaciones le había sucedido ANTES de comenzar la pandemia?

- Nunca
  - A veces
  - Muchas veces
- 

G24. Desde que comenzó la pandemia (marzo de 2020) hasta la actualidad, ¿ha tenido alguna experiencia que considere muy estresante o traumática?

- Sí
  - No
- 

G24a. A continuación, hay una lista de problemas que a veces tienen las personas en respuesta a una experiencia muy estresante. Por favor, lea cada problema cuidadosamente e indique cuánto le ha molestado ese problema en el ÚLTIMO MES.

	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
En el último mes, ¿cuánto le ha molestado el sentir repentinamente como si la experiencia estresante estuviera sucediendo nuevamente (como si estuviera reviviéndola)?	<input type="radio"/>				
En el último mes, ¿cuánto le ha molestado evitar cosas externas que le recuerden la experiencia estresante (por ejemplo personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos u otras situaciones)?	<input type="radio"/>				
En el último mes, ¿cuánto le ha molestado sentirse distante o enajenado/a de otras personas?	<input type="radio"/>				
En el último mes, ¿cuánto le ha molestado sentir irritabilidad, explosiones de rabia o actuar agresivamente?	<input type="radio"/>				

---

**SALUD Y ENFERMEDADES**


---

Ahora le voy a preguntar sobre su salud y enfermedades que hayan sido diagnosticadas por un profesional de la salud.

H01. Desde que comenzó la pandemia (marzo de 2020), ¿ha contratado algún seguro médico privado?

Sí  
 No

H02. En general, cómo considera que es su salud:

Excelente  
 Muy buena  
 Buena  
 Regular  
 Mala

H02a. En general, cómo considera que es su salud mental:

Excelente  
 Muy buena  
 Buena  
 Regular  
 Mala

H03. ¿Tiene o ha tenido alguna vez asma?

Sí  
 No

H04. ¿Ha sido confirmado por un médico?

Sí  
 No

H05. ¿Ha tenido algún ataque de asma en los ÚLTIMOS 12 MESES?

Sí  
 No

H06. ¿Toma actualmente alguna medicación para el asma?

Sí  
 No  
(Incluye inhaladores, aerosoles o pastillas)

H07. ¿Padece alguna enfermedad crónica, es decir, una enfermedad que haya requerido DURANTE 6 MESES O MÁS tratamiento o contacto médico repetido?

Sí  
 No  
 No lo sé  
 (Tenga en cuenta también cáncer, salud mental / adicciones)

H08. Por favor, indique la enfermedad o enfermedades que padece:

Bronquitis crónica, EPOC, enfisema  
 Otras enfermedades respiratorias  
 Hipertensión  
 Enfermedades del corazón (angina de pecho, infarto...)  
 Diabetes  
 Enfermedades digestivas  
 Enfermedad crónica del hígado  
 Enfermedades ginecológicas  
 Problemas en las articulaciones, reumatismo  
 Artritis reumatoide  
 Otras enfermedades autoinmunes  
 VIH u otros problemas de inmunodeficiencia  
 Cáncer  
 Salud mental/adicciones  
 Enfermedad crónica del riñón  
 Otros  
 (Puede marcar más de una opción)

H08.1. Indique qué otra u otras enfermedades padece:

\_\_\_\_\_

H08a. ¿Ha sido diagnosticado/a de alguno de los siguientes problemas de salud mental?

Depresión  
 Trastorno maníaco-depresivo, bipolar o manía  
 Crisis o ataques de pánico  
 Problemas de ansiedad (nervios, preocupaciones, temores, obsesiones)  
 Trastornos psicóticos incluido esquizofrenia  
 Problemas de consumo de alcohol, abuso de alcohol o dependencia  
 Problemas de consumo de drogas como el consumo de drogas ilegales o de medicamentos psicotrópicos (tranquilizantes, estimulantes, pastillas para el dolor sin receta)  
 Problemas de conducta alimentaria (anorexia, bulimia)  
 Cualquier otro problema de salud mental que ha requerido tratamiento  
 (Puede marcar más de una opción)

H08b1. La bronquitis crónica, EPOC, enfisema fue diagnosticada:

Antes del inicio de la pandemia en marzo de 2020  
 Después del inicio de la pandemia en marzo de 2020

H08b2. Otras enfermedades respiratorias fueron diagnosticadas:

Antes del inicio de la pandemia en marzo 2020  
 Después del inicio de la pandemia en marzo 2020

H08b3. La hipertensión fue diagnosticada:

Antes del inicio de la pandemia en marzo 2020  
 Después del inicio de la pandemia en marzo 2020

H08b4. La enfermedad del corazón fue diagnosticada:

Antes del inicio de la pandemia en marzo 2020  
 Después del inicio de la pandemia en marzo 2020

H08b5. La diabetes fue diagnosticada:	<input type="radio"/> Antes del inicio de la pandemia en marzo 2020 <input type="radio"/> Después del inicio de la pandemia en marzo 2020
H08b6. La enfermedad digestiva fue diagnosticada:	<input type="radio"/> Antes del inicio de la pandemia en marzo 2020 <input type="radio"/> Después del inicio de la pandemia en marzo 2020
H08b7. La enfermedad crónica del hígado fue diagnosticada:	<input type="radio"/> Antes del inicio de la pandemia en marzo 2020 <input type="radio"/> Después del inicio de la pandemia en marzo 2020
H08b8. La enfermedad ginecológica fue diagnosticada:	<input type="radio"/> Antes del inicio de la pandemia en marzo 2020 <input type="radio"/> Después del inicio de la pandemia en marzo 2020
H08b9. Los problemas en las articulaciones, reumatismo fueron diagnosticados:	<input type="radio"/> Antes del inicio de la pandemia en marzo 2020 <input type="radio"/> Después del inicio de la pandemia en marzo 2020
H08b10. La artritis reumatoide fue diagnosticada:	<input type="radio"/> Antes del inicio de la pandemia en marzo 2020 <input type="radio"/> Después del inicio de la pandemia en marzo 2020
H08b11. Otras enfermedades autoinmunes fueron diagnosticadas:	<input type="radio"/> Antes del inicio de la pandemia en marzo 2020 <input type="radio"/> Después del inicio de la pandemia en marzo 2020
H08b12. El VIH u otros problemas de inmunodeficiencia fueron diagnosticados:	<input type="radio"/> Antes del inicio de la pandemia en marzo 2020 <input type="radio"/> Después del inicio de la pandemia en marzo 2020
H08b13. ¿Dónde estaba localizado el tumor?	<input type="checkbox"/> Cabeza y/o cuello <input type="checkbox"/> Digestivo <input type="checkbox"/> Intestino delgado <input type="checkbox"/> Colon, recto y/o ano <input type="checkbox"/> Hepático (hígado, conductos biliares, vesícula biliar) <input type="checkbox"/> Páncreas <input type="checkbox"/> Sistema respiratorio <input type="checkbox"/> Hueso y/o cartílago <input type="checkbox"/> Piel <input type="checkbox"/> Sistema nervioso <input type="checkbox"/> Mama <input type="checkbox"/> Órganos genitales femeninos (cervix, útero, ovario, vagina etc) <input type="checkbox"/> Órganos genitales masculinos (próstata, pene, testículo) <input type="checkbox"/> Sistema urinario <input type="checkbox"/> Sistema endocrino (tiroides etc) <input type="checkbox"/> Tumores de la sangre y/o linfomas <input type="checkbox"/> Otros (Puede marcar más de una opción si ha tenido más de un cáncer)
H08b13a. ¿En qué otro lugar estaba localizado el tumor?	_____
H08b13.1 El cáncer de cuello y/o boca fue diagnosticado:	<input type="radio"/> Antes del inicio de la pandemia en marzo 2020 <input type="radio"/> Después del inicio de la pandemia en marzo 2020
H08b13.2 El cáncer digestivo fue diagnosticado:	<input type="radio"/> Antes del inicio de la pandemia en marzo 2020 <input type="radio"/> Después del inicio de la pandemia en marzo 2020
H08b13.3 El cáncer del intestino delgado fue diagnosticado:	<input type="radio"/> Antes del inicio de la pandemia en marzo 2020 <input type="radio"/> Después del inicio de la pandemia en marzo 2020

H08b13.4 El cáncer de colon, recto y/o ano fue diagnosticado:	<input type="radio"/> Antes del inicio de la pandemia en marzo 2020 <input type="radio"/> Después del inicio de la pandemia en marzo 2020
H08b13.5 El cáncer hepático fue diagnosticado:	<input type="radio"/> Antes del inicio de la pandemia en marzo 2020 <input type="radio"/> Después del inicio de la pandemia en marzo 2020
H08b13.6 El cáncer de páncreas fue diagnosticado:	<input type="radio"/> Antes del inicio de la pandemia en marzo 2020 <input type="radio"/> Después del inicio de la pandemia en marzo 2020
H08b13.7 El cáncer del sistema respiratorio fue diagnosticado:	<input type="radio"/> Antes del inicio de la pandemia en marzo 2020 <input type="radio"/> Después del inicio de la pandemia en marzo 2020
H08b13.8 El cáncer de hueso y/o cartílago fue diagnosticado:	<input type="radio"/> Antes del inicio de la pandemia en marzo 2020 <input type="radio"/> Después del inicio de la pandemia en marzo 2020
H08b13.9 El cáncer de piel fue diagnosticado:	<input type="radio"/> Antes del inicio de la pandemia en marzo 2020 <input type="radio"/> Después del inicio de la pandemia en marzo 2020
H08b13.10 El cáncer del sistema nervioso fue diagnosticado:	<input type="radio"/> Antes del inicio de la pandemia en marzo 2020 <input type="radio"/> Después del inicio de la pandemia en marzo 2020
H08b13.11 El cáncer de mama fue diagnosticado:	<input type="radio"/> Antes del inicio de la pandemia en marzo 2020 <input type="radio"/> Después del inicio de la pandemia en marzo 2020
H08b13.12 El cáncer de órganos genitales femeninos fue diagnosticado:	<input type="radio"/> Antes del inicio de la pandemia en marzo 2020 <input type="radio"/> Después del inicio de la pandemia en marzo 2020
H08b13.13 El cáncer de órganos genitales masculinos fue diagnosticado:	<input type="radio"/> Antes del inicio de la pandemia en marzo 2020 <input type="radio"/> Después del inicio de la pandemia en marzo 2020
H08b13.14 El cáncer del sistema urinario fue diagnosticado:	<input type="radio"/> Antes del inicio de la pandemia en marzo 2020 <input type="radio"/> Después del inicio de la pandemia en marzo 2020
H08b13.15 El cáncer del sistema endocrino fue diagnosticado:	<input type="radio"/> Antes del inicio de la pandemia en marzo 2020 <input type="radio"/> Después del inicio de la pandemia en marzo 2020
H08b13.16 El cáncer de sangre y/o linfomas fue diagnosticado:	<input type="radio"/> Antes del inicio de la pandemia en marzo 2020 <input type="radio"/> Después del inicio de la pandemia en marzo 2020
H08b13.17 El cáncer en otro lugar no comentado en la pregunta fue diagnosticado:	<input type="radio"/> Antes del inicio de la pandemia en marzo 2020 <input type="radio"/> Después del inicio de la pandemia en marzo 2020
H08b14. Los problemas de salud mental/adicciones fueron diagnosticados:	<input type="radio"/> Antes del inicio de la pandemia en marzo 2020 <input type="radio"/> Después del inicio de la pandemia en marzo 2020
H08b15. La enfermedad crónica del riñón fue diagnosticada:	<input type="radio"/> Antes del inicio de la pandemia en marzo 2020 <input type="radio"/> Después del inicio de la pandemia en marzo 2020
H08b16. El otro problema o enfermedad fue diagnosticado:	<input type="radio"/> Antes del inicio de la pandemia en marzo 2020 <input type="radio"/> Después del inicio de la pandemia en marzo 2020
H09b1. ¿En qué fecha le diagnosticaron el cáncer de cabeza y/o cuello?	<input type="text"/> (Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde)

---

ERROR: La fecha introducida se encuentra en el futuro. Por favor, revise e indique correctamente la fecha. Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde.

---

H09b2. ¿En qué fecha le diagnosticaron el cáncer digestivo?

\_\_\_\_\_  
(Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde)

---

ERROR: La fecha introducida se encuentra en el futuro. Por favor, revise e indique correctamente la fecha. Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde.

---

H09b3. ¿En qué fecha le diagnosticaron el cáncer de intestino delgado?

\_\_\_\_\_  
(Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde)

---

ERROR: La fecha introducida se encuentra en el futuro. Por favor, revise e indique correctamente la fecha. Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde.

---

H09b4. ¿En qué fecha le diagnosticaron el cáncer de colon, recto y/o ano?

\_\_\_\_\_  
(Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde)

---

ERROR: La fecha introducida se encuentra en el futuro. Por favor, revise e indique correctamente la fecha. Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde.

---

H09b5. ¿En qué fecha le diagnosticaron el cáncer hepático?

\_\_\_\_\_  
(Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde)

---

ERROR: La fecha introducida se encuentra en el futuro. Por favor, revise e indique correctamente la fecha. Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde.

---

H09b6. ¿En qué fecha le diagnosticaron el cáncer de páncreas?

\_\_\_\_\_  
(Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde)

---

ERROR: La fecha introducida se encuentra en el futuro. Por favor, revise e indique correctamente la fecha. Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde.

---

H09b7. ¿En qué fecha le diagnosticaron el cáncer del sistema respiratorio?

\_\_\_\_\_  
(Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde)

---

ERROR: La fecha introducida se encuentra en el futuro. Por favor, revise e indique correctamente la fecha. Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde.

---

H09b8. ¿En qué fecha le diagnosticaron el cáncer de hueso y/o cartílago?

\_\_\_\_\_  
(Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde)

---

---

ERROR: La fecha introducida se encuentra en el futuro. Por favor, revise e indique correctamente la fecha. Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde.

---

H09b9. ¿En qué fecha le diagnosticaron el cáncer de piel?

(Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde)

---

ERROR: La fecha introducida se encuentra en el futuro. Por favor, revise e indique correctamente la fecha. Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde.

---

H09b10. ¿En qué fecha le diagnosticaron el cáncer del sistema nervioso?

(Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde)

---

ERROR: La fecha introducida se encuentra en el futuro. Por favor, revise e indique correctamente la fecha. Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde.

---

H09b11. ¿En qué fecha le diagnosticaron el cáncer de mama?

(Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde)

---

ERROR: La fecha introducida se encuentra en el futuro. Por favor, revise e indique correctamente la fecha. Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde.

---

H09b12. ¿En qué fecha le diagnosticaron el cáncer de órganos genitales femeninos?

(Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde)

---

ERROR: La fecha introducida se encuentra en el futuro. Por favor, revise e indique correctamente la fecha. Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde.

---

H09b13. ¿En qué fecha le diagnosticaron el cáncer de órganos genitales masculinos?

(Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde)

---

ERROR: La fecha introducida se encuentra en el futuro. Por favor, revise e indique correctamente la fecha. Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde.

---

H09b14. ¿En qué fecha le diagnosticaron el cáncer del sistema urinario?

(Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde)

---

ERROR: La fecha introducida se encuentra en el futuro. Por favor, revise e indique correctamente la fecha. Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde.

---

H09b15. ¿En qué fecha le diagnosticaron el cáncer del sistema endocrino?

(Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde)

---

---

ERROR: La fecha introducida se encuentra en el futuro. Por favor, revise e indique correctamente la fecha. Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde.

---

H09b16. ¿En qué fecha le diagnosticaron el cáncer de sangre y/o linfomas?

\_\_\_\_\_  
(Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde)

---

ERROR: La fecha introducida se encuentra en el futuro. Por favor, revise e indique correctamente la fecha. Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde.

---

H09b17. ¿En qué fecha le diagnosticaron el cáncer en otro lugar no comentado en la pregunta?

\_\_\_\_\_  
(Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde)

---

ERROR: La fecha introducida se encuentra en el futuro. Por favor, revise e indique correctamente la fecha. Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde.

---

H09c1. ¿Cuál es la situación respecto al tratamiento del cáncer de cabeza y/o cuello?

- Ya terminé el tratamiento
  - Estoy todavía en tratamiento
  - Terminé el tratamiento, pero sigo en vigilancia médica
  - Estoy pendiente de empezar tratamiento
  - No me trataron
- 

H09c2. ¿Cuál es la situación respecto al tratamiento del cáncer digestivo?

- Ya terminé el tratamiento
  - Estoy todavía en tratamiento
  - Terminé el tratamiento, pero sigo en vigilancia médica
  - Estoy pendiente de empezar tratamiento
  - No me trataron
- 

H09c3. ¿Cuál es la situación respecto al tratamiento del cáncer de intestino delgado?

- Ya terminé el tratamiento
  - Estoy todavía en tratamiento
  - Terminé el tratamiento, pero sigo en vigilancia médica
  - Estoy pendiente de empezar tratamiento
  - No me trataron
- 

H09c4. ¿Cuál es la situación respecto al tratamiento del cáncer de colon, recto y/o ano?

- Ya terminé el tratamiento
  - Estoy todavía en tratamiento
  - Terminé el tratamiento, pero sigo en vigilancia médica
  - Estoy pendiente de empezar tratamiento
  - No me trataron
- 

H09c5. ¿Cuál es la situación respecto al tratamiento del cáncer hepático?

- Ya terminé el tratamiento
- Estoy todavía en tratamiento
- Terminé el tratamiento, pero sigo en vigilancia médica
- Estoy pendiente de empezar tratamiento
- No me trataron

---

H09c6. ¿Cuál es la situación respecto al tratamiento del cáncer de páncreas?

- Ya terminé el tratamiento
- Estoy todavía en tratamiento
- Terminé el tratamiento, pero sigo en vigilancia médica
- Estoy pendiente de empezar tratamiento
- No me trataron

---

H09c7. ¿Cuál es la situación respecto al tratamiento del cáncer del sistema respiratorio?

- Ya terminé el tratamiento
- Estoy todavía en tratamiento
- Terminé el tratamiento, pero sigo en vigilancia médica
- Estoy pendiente de empezar tratamiento
- No me trataron

---

H09c8. ¿Cuál es la situación respecto al tratamiento del cáncer de hueso y/o cartílago?

- Ya terminé el tratamiento
- Estoy todavía en tratamiento
- Terminé el tratamiento, pero sigo en vigilancia médica
- Estoy pendiente de empezar tratamiento
- No me trataron

---

H09c9. ¿Cuál es la situación respecto al tratamiento del cáncer de piel?

- Ya terminé el tratamiento
- Estoy todavía en tratamiento
- Terminé el tratamiento, pero sigo en vigilancia médica
- Estoy pendiente de empezar tratamiento
- No me trataron

---

H09c10. ¿Cuál es la situación respecto al tratamiento del cáncer del sistema nervioso?

- Ya terminé el tratamiento
- Estoy todavía en tratamiento
- Terminé el tratamiento, pero sigo en vigilancia médica
- Estoy pendiente de empezar tratamiento
- No me trataron

---

H09c11. ¿Cuál es la situación respecto al tratamiento del cáncer de mama?

- Ya terminé el tratamiento
- Estoy todavía en tratamiento
- Terminé el tratamiento, pero sigo en vigilancia médica
- Estoy pendiente de empezar tratamiento
- No me trataron

---

H09c12. ¿Cuál es la situación respecto al tratamiento del cáncer de órganos genitales femeninos?

- Ya terminé el tratamiento
- Estoy todavía en tratamiento
- Terminé el tratamiento, pero sigo en vigilancia médica
- Estoy pendiente de empezar tratamiento
- No me trataron

---

H09c13. ¿Cuál es la situación respecto al tratamiento del cáncer de órganos genitales masculinos?

- Ya terminé el tratamiento
- Estoy todavía en tratamiento
- Terminé el tratamiento, pero sigo en vigilancia médica
- Estoy pendiente de empezar tratamiento
- No me trataron

---

H09c14. ¿Cuál es la situación respecto al tratamiento del cáncer del sistema urinario?

- Ya terminé el tratamiento
- Estoy todavía en tratamiento
- Terminé el tratamiento, pero sigo en vigilancia médica
- Estoy pendiente de empezar tratamiento
- No me trataron

---

H09c15. ¿Cuál es la situación respecto al tratamiento del cáncer del sistema endocrino?

- Ya terminé el tratamiento
- Estoy todavía en tratamiento
- Terminé el tratamiento, pero sigo en vigilancia médica
- Estoy pendiente de empezar tratamiento
- No me trataron

---

H09c16. ¿Cuál es la situación respecto al tratamiento del cáncer de la sangre y/o linfomas?

- Ya terminé el tratamiento
- Estoy todavía en tratamiento
- Terminé el tratamiento, pero sigo en vigilancia médica
- Estoy pendiente de empezar tratamiento
- No me trataron

---

H09c17. ¿Cuál es la situación respecto al tratamiento del cáncer que no se encontraba en la pregunta?

- Ya terminé el tratamiento
- Estoy todavía en tratamiento
- Terminé el tratamiento, pero sigo en vigilancia médica
- Estoy pendiente de empezar tratamiento
- No me trataron

---

H09d1. ¿Qué tipo de tratamiento le están haciendo/le han hecho para el cáncer de cabeza y/o cuello?

- Cirugía
  - Quimioterapia
  - Radioterapia
- (Puede marcar más de una opción)

---

H09d2. ¿Qué tipo de tratamiento le están haciendo/le han hecho para el cáncer digestivo?

- Cirugía
  - Quimioterapia
  - Radioterapia
- (Puede marcar más de una opción)

---

H09d3. ¿Qué tipo de tratamiento le están haciendo/le han hecho para el cáncer del intestino delgado?

- Cirugía
  - Quimioterapia
  - Radioterapia
- (Puede marcar más de una opción)

---

H09d4. ¿Qué tipo de tratamiento le están haciendo/le han hecho para el cáncer de colon, recto y/o ano?

- Cirugía
  - Quimioterapia
  - Radioterapia
- (Puede marcar más de una opción)

---

H09d5. ¿Qué tipo de tratamiento le están haciendo/le han hecho para el cáncer hepático?

- Cirugía
  - Quimioterapia
  - Radioterapia
- (Puede marcar más de una opción)

---

H09d6. ¿Qué tipo de tratamiento le están haciendo/le han hecho para el cáncer de páncreas?

- Cirugía
  - Quimioterapia
  - Radioterapia
- (Puede marcar más de una opción)

---

H09d7. ¿Qué tipo de tratamiento le están haciendo/le han hecho para el cáncer del sistema respiratorio?

- Cirugía  
 Quimioterapia  
 Radioterapia  
(Puede marcar más de una opción)

---

H09d8. ¿Qué tipo de tratamiento le están haciendo/le han hecho para el cáncer de hueso y / o cartílago?

- Cirugía  
 Quimioterapia  
 Radioterapia  
(Puede marcar más de una opción)

---

H09d9. ¿Qué tipo de tratamiento le están haciendo/le han hecho para el cáncer de piel?

- Cirugía  
 Quimioterapia  
 Radioterapia  
(Puede marcar más de una opción)

---

H09d10. ¿Qué tipo de tratamiento le están haciendo/le han hecho para el cáncer del sistema nervioso?

- Cirugía  
 Quimioterapia  
 Radioterapia  
(Puede marcar más de una opción)

---

H09d11. ¿Qué tipo de tratamiento le están haciendo/le han hecho para el cáncer de mama?

- Cirugía  
 Quimioterapia  
 Radioterapia  
(Puede marcar más de una opción)

---

H09d12. ¿Qué tipo de tratamiento le están haciendo/le han hecho para el cáncer de órganos genitales femeninos?

- Cirugía  
 Quimioterapia  
 Radioterapia  
(Puede marcar más de una opción)

---

H09d13. ¿Qué tipo de tratamiento le están haciendo/le han hecho para el cáncer de órganos genitales masculinos?

- Cirugía  
 Quimioterapia  
 Radioterapia  
(Puede marcar más de una opción)

---

H09d14. ¿Qué tipo de tratamiento le están haciendo/le han hecho para el cáncer del sistema urinario?

- Cirugía  
 Quimioterapia  
 Radioterapia  
(Puede marcar más de una opción)

---

H09d15. ¿Qué tipo de tratamiento le están haciendo/le han hecho para el cáncer del sistema endocrino?

- Cirugía  
 Quimioterapia  
 Radioterapia  
(Puede marcar más de una opción)

---

H09d16. ¿Qué tipo de tratamiento le están haciendo/le han hecho para el cáncer de la sangre y/o linfomas?

- Cirugía  
 Quimioterapia  
 Radioterapia  
(Puede marcar más de una opción)

---

H09d17. ¿Qué tipo de tratamiento le están haciendo/le han hecho para el cáncer que no se encontraba en la pregunta?

- Cirugía  
 Quimioterapia  
 Radioterapia  
(Puede marcar más de una opción)

---

PREGUNTAS SOBRE CAMBIOS DURANTE EL CONFINAMIENTO

---

Le haremos unas preguntas generales sobre los periodos comprendidos antes del confinamiento, durante el confinamiento y desde el confinamiento hasta la actualidad.

---

Residencia

---

I01. Desde el inicio de la pandemia (marzo de 2020) hasta la actualidad, ¿ha cambiado de residencia en algún momento?

- Sí  
 No
- 

I02. ¿En qué residencia pasó la época de confinamiento estricto (marzo-junio 2020)?

---

I02a1. Indique el tipo de vía:

- Alameda  
 Calle  
 Camino  
 Carretera  
 Glorieta  
 Pasaje  
 Paseo  
 Plaza  
 Rambla  
 Ronda  
 Travesía  
 Avenida  
 Barrio  
 Campo  
 Cuesta  
 Edificio  
 Jardines  
 Parque  
 Vía  
 Travesera  
 Polígono  
 Otros
- 

I02a1.1. Especifique el otro tipo de vía:

\_\_\_\_\_

---

I02a2. Indique el nombre de la calle:

\_\_\_\_\_

---

I02a3. Indique el número:

\_\_\_\_\_  
(Indique solo el número)

---

I02a4. Indique otros detalles de su residencia (piso, escalera, puerta, etc):

\_\_\_\_\_  
(Escriba 77 si vive en una casa)

---

I02b. Indique su ciudad:

\_\_\_\_\_

---

I02c. Indique su código postal:

\_\_\_\_\_  
(Si no sabe su código postal, escriba 99999)

---

I02d. Indique su provincia:

\_\_\_\_\_

I03. ¿El cambio fue debido a la pandemia/confinamiento?

- Sí  
 No

I04a. En este lugar, ¿disponía o tenía acceso a un espacio exterior como patio, terraza, jardín, etc.?

- Balcón/Terraza  
 Patio/Jardín privado/Jardín al que puede acceder  
 Terreno amplio en casa de campo  
 Terrado del edificio  
 Ninguno/no dispongo  
(Puede marcar más de una opción)

I04b. ¿Cuántos metros cuadrados tenía esta residencia?

\_\_\_\_\_ (Indique sólo el número en metros cuadrados)

A continuación, le haremos preguntas sobre el confinamiento, cuando era total (estar en casa durante el confinamiento y no salir, a excepción de servicios esenciales, de marzo a junio de 2020).

I05. ¿Qué fue lo más difícil para usted durante la época de confinamiento?

	Sí	Parcialmente de acuerdo	No
No poder salir fuera (aire libre, naturaleza)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No ver a mis amigos/familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No poder ir a bares, restaurantes u otros eventos sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupación por infectarme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Más conflictos con otros miembros de la familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas de conciliación entre trabajo y familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

I06. Evalúe el grado de dificultad que tuvo el cumplimiento de las reglas de confinamiento cuando era total (estar en casa durante el confinamiento y no salir, a excepción de servicios esenciales)

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5  
(En una escala del 1 al 5 (1 = muy fácil 5 = muy difícil))

I07. Durante el confinamiento, ¿cuántas veces consultaba información sobre el coronavirus y el confinamiento, ya sea en periódicos, televisión o redes sociales?

- Varias veces al día  
 1 vez al día  
 1 vez por semana  
 Menos de 1 vez por semana

Ahora nos gustaría preguntarle específicamente por su trabajo durante la epidemia del coronavirus, desde antes del inicio de la pandemia hasta la actualidad.

I08. ¿Estaba usted trabajando en febrero de 2020, antes del inicio de la pandemia, incluyendo trabajo sin remuneración o contrato?

- Sí  
 No

I09. En febrero de 2020, antes del inicio de la pandemia, ¿cuál era su profesión, independientemente si usted actualmente trabaja?

\_\_\_\_\_

I10. En febrero de 2020, antes del inicio de la pandemia, ¿nos podría describir brevemente cuáles eran sus actividades principales?

\_\_\_\_\_

I11. En febrero de 2020, antes del inicio de la pandemia, ¿cuál era la actividad principal de la empresa y el tipo de empresa en que trabajaba?

\_\_\_\_\_

I12. En febrero de 2020, antes del inicio de la pandemia, ¿qué tipo de trabajo era?

- Trabajando por cuenta ajena  
 Trabajando en cuenta propia (autónomo)  
 Voluntariado o trabajando sin sueldo  
 Trabajo sin contrato

I13. Desde el inicio de la pandemia (marzo de 2020) hasta la actualidad, ¿ha sufrido algún cambio laboral?

- He seguido trabajando (presencialmente o teletrabajo)  
 He comenzado a trabajar/he cambiado de trabajo  
 ERTE  
 Despido  
 Paro  
 Otro

I13a. Especifique el cambio laboral

\_\_\_\_\_

I14. Desde el inicio de la pandemia (marzo de 2020) hasta la actualidad, ¿ha sufrido algún cambio?

- Seguí trabajando sin problemas económicos  
 He tenido que cerrar mi actividad  
 He tenido que despedir a colaboradores/trabajadores  
 Tengo deudas (alquiler, etc) relacionadas con mi actividad  
 He tenido que cambiar mi actividad (Podeu marcar més d'una opció)

I15. Durante el confinamiento (marzo-junio 2020) ¿trabajaba físicamente en su puesto de trabajo, en remoto (teletrabajo) o combinando ambas opciones?

- Sí, presencialmente en mi puesto de trabajo  
 Sí, teletrabajo  
 Sí, combinando teletrabajo y presencia en mi puesto de trabajo  
 No

Trabajo nocturno

I16. Desde el inicio de la pandemia, ¿ha trabajado de noche? Considere turno de noche si trabaja como al menos 3 horas entre la medianoche y las 6 de la mañana

- Sí  
 No

I16a. Desde el inicio de la pandemia (marzo de 2020), ¿cuántas noches al mes ha trabajado de noche?

- Menos de 3 noches al mes  
 3 o más noches al mes

I16b. Desde el inicio de la pandemia (marzo de 2020), ¿durante cuántos meses ha trabajado de noche?

- Menos de 3 meses  
 3 o más meses

Exposición a luz artificial

---

I17. Un día laboral o entre semana, ¿cuántas horas suele pasar delante de un dispositivo electrónico?

---

I17a. Antes del inicio de la pandemia:

(Considere televisión, teléfono móvil, videojuego, ordenador, tabletas u otros dispositivos electrónicos.)

---

I17b. Durante el confinamiento:

(Considere televisión, teléfono móvil, videojuego, ordenador, tabletas u otros dispositivos electrónicos.)

---

I17c. En la actualidad:

(Considere televisión, teléfono móvil, videojuego, ordenador, tabletas u otros dispositivos electrónicos)

---

I18. Un día laboral o entre semana, ¿cuánto tiempo pasa desde que deja de usar dispositivos electrónicos y se va a dormir?

---

I18a. Antes del inicio de la pandemia:

(Considere televisión, teléfono móvil, videojuego, ordenador, tabletas u otros dispositivos electrónicos)

---

I18b. Durante el confinamiento:

(Considere televisión, teléfono móvil, videojuego, ordenador, tabletas u otros dispositivos electrónicos)

---

I18c. En la actualidad:

(Considere televisión, teléfono móvil, videojuego, ordenador, tabletas u otros dispositivos electrónicos)

---

Exposición a la luz natural

---

I19. ¿Cuántas horas suele pasar en el exterior en un día laboral o entre semana?

---

I19a. Antes del inicio de la pandemia:

\_\_\_\_\_

---

I19b. Durante el confinamiento:

\_\_\_\_\_

---

I19c. En la actualidad:

\_\_\_\_\_

---

I20. La siguiente pregunta se refiere al ambiente (espacios verdes) que le acompañaba durante el confinamiento

¿Cuánta naturaleza (árboles, arbustos, flores, etc.) veía, durante el confinamiento, desde cada una de las siguientes ventanas de su casa?

	Nada de verde/no hay ventana	Algo de verde	Todo verde
Habitación	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comedor/sala de estar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ahora le haremos unas preguntas sobre la atención médica durante el confinamiento.

I21. Tuvo problemas para acceder a cualquier tipo de atención médica durante el confinamiento?

- Sí  
 No

I21a. ¿Qué tipo de problemas tuvo en la atención médica y/o qué retrasos en las visitas y pruebas tuvo?

- Tuve problemas en la atención con el médico de cabecera  
 Tuve problemas en la atención continua (seguimiento de mi tensión, diabetes, etc)  
 Tuve problemas en la atención médica especializada (oncólogo, neumólogo, psiquiatra/psicólogo, traumatólogo, etc)  
 Tuve problemas para acceder a atención urgente para un accidente o enfermedad  
 Tuve problemas con las recetas de los medicamentos  
 Se retrasó tratamiento específico (quimioterapia, radioterapia, etc)  
 Se retrasó un procedimiento quirúrgico  
 Se retrasó una prueba diagnóstica/detección médica  
 Se retrasó un chequeo habitual  
 Se retrasó la visita oftalmológica (vista)  
 Se retrasó la visita al especialista del oído  
 Se retrasó la visita con el dentista  
(Puede marcar más de una opción)

I22. Desde el inicio de la pandemia (marzo 2020) hasta la actualidad, ¿tenía programada alguna prueba de diagnóstico precoz (cribaje/prevención) de cáncer de mama (mamografía), colon (colonoscopia o test de sangre oculta en heces) o cervix (citología)?

- Sí  
 No

I23. ¿Pudo realizar este test?

- Sí  
 No

I24. ¿Cuándo lo realizó?

(Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde)

ERROR: La fecha introducida se encuentra en el futuro. Por favor, revise e indique correctamente la fecha. Si no sabe la fecha exacta, no se preocupe, escriba la fecha más aproximada que recuerde.

I25. ¿Tiene previsto hacerla próximamente?

- Sí  
 No

I26. Desde el inicio de la pandemia (marzo de 2020) hasta la actualidad, ¿ha tenido problemas para acceder a algún organismo de la Administración Pública?

- Sí  
 No

I27. Desde el inicio de la pandemia (marzo de 2020) hasta la actualidad, ¿qué aspectos en positivo destacaría?

- Estoy más tiempo en casa
  - Estoy más tiempo con las personas con las que convivo
  - Más repartición en las tareas del hogar
  - Tengo más comunicación con las personas con las que convivo
  - Tengo más comunicación con familiares/amigos
  - Tengo más tiempo para mí mismo
  - Otros
  - Ningún aspecto positivo
- (Puede marcar más de una opción)

I27a. Especifique qué otros aspectos positivos destacaría:

---

## CONTEXTO SOCIO-ECONÓMICO

Para acabar, le haremos unas pocas preguntas generales sobre usted.

J01. ¿Cuál es el nivel de estudios más alto que ha completado?

- No sabe leer ni escribir
- Sin estudios, pero sabe leer
- Estudios primarios incompletos
- Estudios primarios completos (EGB, ESO o similar)
- Formación profesional (FP o similar)
- Bachillerato, BUP o COU
- Universidad
- Otros
- No lo sé

J01a. Si no se encuentra en las opciones anteriores, ¿podría especificar su nivel específico de estudios?

---

J02. ¿Cuál es el nivel de ingresos de su unidad familiar? (cuenta todos los ingresos de las personas que contribuyen a su unidad familiar)

- Menos de 400 euros
  - De 400 a menos de 800 euros
  - De 800 a menos de 1500 euros
  - De 1500 a menos de 2500 euros
  - De 2,500 euros a menos que 6,000 euros
  - 6000 euros o más
  - No quiero responder
- (Recuerde que la información es totalmente confidencial)

J02a. Debido a la crisis actual, ¿se encuentra usted en una situación de no poder afrontar los gastos habituales, como alquiler, hipoteca, créditos o comida?

- Sí
- No
- No lo sé/no quiero contestar

J02b. ¿Los ingresos de su unidad familiar han cambiado (subido o bajado) a lo largo de la pandemia?

- Han subido
- Han bajado
- Se han mantenido

J02c. ¿Puede cuantificar de qué cantidad en euros han subido POR MES?

- Sí
  - No lo sé / no quiero contestar
- (Recuerde que la información es totalmente confidencial.)

---

J02c1. Indique la cantidad de euros que ha subido POR MES:

\_\_\_\_\_ (Indique sólo el número)

---

J02d. ¿Puede cuantificar de qué cantidad en euros ha bajado POR MES?

- Sí  
 No lo sé/no quiero contestar  
(Recuerde que la información es totalmente confidencial.)

---

J02d1. Indique la cantidad de euros que ha bajado POR MES:

\_\_\_\_\_ (Indique sólo el número)

---

J02e. En la vivienda en la que vive, usted es:

- Propietario todavía pagando la hipoteca  
 Propietario sin hipoteca/con hipoteca ya pagada  
 Alquiler  
 Inquilino "gratuito" (sin pagar mensualidad)  
 Otro

---

J02e1. En caso de otro tipo de vivienda, especifique:

\_\_\_\_\_

---

J02f. ¿Usted o alguna persona que vive con usted ha recibido alguna ayuda durante la pandemia?

- No  
 Sí, "tarjeta monedero" (tarjeta proporcionada por los servicios sociales para cubrir gastos de alimentación y otros gastos esenciales)  
 Sí, ayuda de alimentación  
 Sí, suspensión temporal del pago de la hipoteca/alquiler  
 Sí, exención o descuento en suministros básicos: electricidad, agua, etc.  
 Sí, exención o bonificación de impuestos  
 Sí, crédito bancario a condiciones especiales  
 Sí, otros

---

J02f1. En caso de otro tipo de ayuda, por favor especifique:

\_\_\_\_\_

---

Las siguientes preguntas se realizan para conocer posibles factores genéticos asociados a sus orígenes

---

J03. ¿Dónde nació usted?

- España  
 Otros  
 No lo sé

---

J03a. ¿Dónde nació usted?

\_\_\_\_\_

---

J04. ¿Dónde nació su padre biológico?

- España  
 Otros  
 No lo sé

---

J04a. ¿Dónde nació su padre biológico?

\_\_\_\_\_

---

J05. ¿Dónde nació su madre biológica?

- España  
 Otros  
 No lo sé
- 

J05a. ¿Dónde nació su madre biológica?

---

---

#### FUTUROS CONTACTOS

---

Le agradecemos el tiempo que ha dedicado en contestar esta encuesta.

Nos gustaría seguir enviándole encuestas, en los próximos meses, para realizar un seguimiento con el objetivo de saber si ha habido algún cambio respecto al coronavirus (covid-19) o a su exposición al virus. Los próximos cuestionarios serán más cortos.

---

K01. Por favor, indique si quiere participar en futuros cuestionarios.

- Sí, quiero seguir participando en el seguimiento  
 No quiero seguir participando en el seguimiento
- 

K02. Escriba cualquier aclaración o comentario que tenga:

---

(Campo abierto)

---

Queremos agradecerle, de nuevo, su participación. Su colaboración es fundamental para la lucha contra el virus.