

Qüestionari de seguiment CONTENT / Cuestionario de seguimiento CONTENT

languages

- Español
 Català
-

Bienvenidos a la encuesta COVICAT/CONTENT 2022. La pandemia de COVID-19 sigue aún presente entre nosotros, y sus consecuencias son múltiples: a nivel de nuestra salud física, de nuestra salud mental, de nuestra situación socio-económica y otros aspectos de nuestra vida. Es por esta razón que queremos seguir investigando todas estas consecuencias en la población.

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 como sus secuelas a largo plazo (COVID persistente). Así mismo, consideramos que es necesario estudiar cómo la pandemia afecta a las personas, a su salud física y mental.

Este estudio está coordinado por el Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal) y el Instituto Germans Trias i Pujol (IGTP) 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. Si tiene cualquier duda puede escribirnos al correo covicat@igtp.cat o covicat@isglobal.org.

Información para responder el cuestionario:

Para desplazarse por la encuesta, pulse el botón con la letra "V" que puede ver más abajo. Por favor, no utilice los botones de retroceder/avanzar del navegador.

La duración aproximada de la encuesta es de 20-40 minutos, dependiendo de su situación personal.

Le recomendamos que responda el cuestionario cuando disponga de tiempo suficiente. Si necesita parar, puede guardar la encuesta pulsando el botón "guardar y volver más tarde" y continuar más adelante.

Agradecemos enormemente su participación, su colaboración es muy valiosa para el estudio y para el avance científico de la salud pública.

Bienvenidos a la encuesta COVICAT/CONTENT 2022. La pandemia de COVID-19 sigue aún presente entre nosotros, y sus consecuencias son múltiples: a nivel de nuestra salud física, de nuestra salud mental, de nuestra situación socio-económica y otros aspectos de nuestra vida. Es por esta razón que queremos seguir investigando todas estas consecuencias en la población.

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 como sus secuelas a largo plazo (COVID persistente). Así mismo, consideramos que es necesario estudiar cómo la pandemia afecta a las personas, a su salud física y mental.

Este estudio está coordinado por el Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal) y el Instituto Germans Trias i Pujol (IGTP) 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. Si tiene cualquier duda puede escribirnos al correo covicat@igtp.cat o covicat@isglobal.org.

Información para responder el cuestionario:

Para desplazarse por la encuesta, pulse el botón con la letra "V" que puede ver más abajo. Por favor, no utilice los botones de retroceder/avanzar del navegador.

La duración aproximada de la encuesta es de 20-40 minutos, dependiendo de su situación personal.

Le recomendamos que responda el cuestionario cuando disponga de tiempo suficiente. Si necesita parar, puede guardar la encuesta pulsando el botón "guardar y volver más tarde" y continuar más adelante.

Benvinguts a l'enquesta COVICAT/CONTENT 2022. La pandèmia de COVID-19 continua encara present entre nosaltres, i les seves conseqüències són múltiples: a nivell de la nostra salut física, de la nostra salut mental, de la nostra situació socioeconòmica i altres aspectes de la nostra vida. És per aquesta raó que volem continuar investigant totes aquestes conseqüències a la població.

Volem avaluar els símptomes de la malaltia COVID-19 i els seus factors associats, la transmissió, la susceptibilitat a la COVID-19 i el pronòstic, així com les seves seqüeles a llarg termini (COVID persistent). Així mateix, considerem que és necessari estudiar com la pandèmia afecta a les persones, a la seva salut física i mental.

Aquest estudi està coordinat per l'Institut de Salut Global de Barcelona (ISGlobal) i l'Institut Germans Trias i Pujol (IGTP) en col·laboració amb altres centres de recerca d'Espanya i inclou a més de 20.000 persones del territori espanyol.

Tingui en compte que al final de l'enquesta podrà afegir els comentaris o aclariments que desitgi. Si té qualsevol dubte pot escriure'ns al correu covicat@igtp.cat o covicat@isglobal.org.

Informació per a respondre el qüestionari:

Per a desplaçar-se per l'enquesta, premi el botó amb la lletra "V" que pot veure més a baix.

Si us plau, no utilitzi els botons de retrocedir/avançar del navegador.

La durada aproximada de l'enquesta és de 20-40 minuts, depenent de la seva situació personal.

Li recomanem que respongui el qüestionari quan disposi de temps suficient. Si necessita parar, pot guardar l'enquesta prement el botó "guardar i tornar més tard" i continuar més endavant.

Agraïm enormement la seva participació, la seva col·laboració és molt valuosa per a l'estudi i per l'avanç científic de la salut pública.

Ongi etorri CONTENT inkestara. Pandemiak osasun mentalean eta desberdintasun sozialetan daukan inpaktuari buruzko azterlana da.

COVID-19 pandemia mundu mailako osasun-larrialdia izaten ari da, eta, horregatik, berebiziko garrantzia dauka osasun-larrialdi horren ondorio diren zientziaren eta ikerketaren erronkei aurre egiteak, konponbideak emateko, bai gaur egun eta bai etorkizunean.

Covi-19 gaixotasunaren sintomak eta patologiarik loturiko faktoreak ebaluatu nahi ditugu, transmisioa, Covid-19arekiko kalteberatasuna eta pronostikoa. Halaber, beharrezkoa iruditzen zaigu pandemiak pertsonen nola eragiten dien aztertzea, zehazki, nola eragiten duen konfinamenduak osasun fisikoan eta mentalean.

Azterlan hau Bartzelonako Instituto de Salud Global (ISGlobal) institutuarekin koordinatu da, Espainiako beste ikerketa-zentro batzuen laguntzarekin, eta 20.000 lagun baino gehiago ari dira parte hartzen, guztira, Espainian.

Kontuan izan, inkestaren amaieran, nahi dituzun ohar edo azalpen guztiak sartu ahalko dituzula.

Galdetegiari erantzuteko informazioa:

Inkestan mugitzeko, galdetegian beheago dagoen "V" botoia sakatu behar duzu. Mesedez, ez erabili nabigatzaileko atzera/aurrera egiteko botoiak.

Inkestak 30-40 minutu irauten du, gutxi gorabehera.

Gomendatzen dizugu nahikoa asti duzunean erantzutea galderei. Gelditu beharra baduzu, "gorde eta itzuli geroago" botoia erabiliz gorde dezakezu inkesta, eta geroago jarraitu.

Oso garrantzitsua da guretzat zure laguntza, eta asko eskertzen dizugu parte hartzea.

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 altura actual?

(En caso de querer poner el valor con decimales, tenga en cuenta que en este cuestionario el separador de decimales es el punto ".")

A05. ¿Cuál es su peso actual?

(En caso de querer poner el valor con decimales, tenga en cuenta que en este cuestionario el separador de decimales es el punto.)

A06. ¿Cuál era su peso antes de la pandemia?

A07. Tomando como referencia el inicio de la pandemia (marzo de 2020), en la actualidad su peso:

- Es igual
 Ha aumentado
 Ha disminuido
-

A08. ¿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
-

A09. Si no se encuentra en las opciones anteriores, ¿podría especificar su nivel específico de estudios?

A10. ¿Vive solo/a o está conviviendo con otras personas?

- Estoy viviendo solo/a
 Estoy conviviendo con otras personas
-

A11. ¿Con cuántas personas de cada franja de edad está conviviendo?

A11a. Personas MENORES de 18 años:

- 0
 1
 2
 3
 4
 5
(Si no hay personas viviendo con usted en esta franja de edad, escriba 0)
-

A11b. Personas ENTRE 18 y 65 años:

- 0
 1
 2
 3
 4
 5
(Si no hay personas viviendo con usted en esta franja de edad, escriba 0)
-

A11c. Personas MAYORES de 65 años:

- 0
 1
 2
 3
 4
 5
(Si no hay personas viviendo con usted en esta franja de edad, escriba 0)
-

Total personas viviendo

ERROR: si ha dicho que convive con alguien debe haber almenos 1 persona en total entre las tres preguntas del apartado A11.

A12. En los últimos 3 meses, ¿Cuánto tiempo dedicaba a cuidar a las personas menores de 18 años?

- Menos del 25% del tiempo
 Menos del 50% del tiempo
 Sobre el 50% del tiempo
 Más del 50% del tiempo
 Más del 75% del tiempo
 No aplicable
-

A13. En los últimos 3 meses, ¿Cómo valoraría la conciliación entre su trabajo y sus tareas familiares?

- Excelente
 Muy buena
 Buena
 Mala
 Muy mala
 No aplicable
-

A14. En su casa, ¿se deben realizar actividades / cuidados dedicados a personas MAYORES DE EDAD dependientes (personas que necesitan de ayuda para realizar las actividades de la vida diaria)?

- Sí
 No
-

A15. Actualmente en su casa, ¿quién realiza las actividades/cuidados dedicados a las personas mayores de edad dependientes?

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

A16. ¿Es usted responsable de cuidar a personas que no viven con usted (por ejemplo, padres u otros familiares o conocidos)?

- Sí
 No

A17. 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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se ha sentido decaído/a, deprimido/a, o desesperanzado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A18. ¿Está usted en una relación de pareja estable?

- Sí
 No

A19. ¿Convive con esta persona?

- Sí, en la misma casa
 No, vivimos en casas diferentes
 Convivimos parte del tiempo

A20. ¿Como calificaría la salud mental de la persona de su pareja?

- excelente
 muy buena
 buena
 regular
 mala
 no sé/no quiero responder

A21a. ¿Cómo calificaría la salud mental del menor 1?

- excelente
 muy buena
 buena
 regular
 mala
 no sé/no quiero responder

A21b. ¿Cómo calificaría la salud mental del menor 2?

- excelente
 muy buena
 buena
 regular
 mala
 no sé/no quiero responder

A21c. ¿Cómo calificaría la salud mental del menor 3?

- excelente
 muy buena
 buena
 regular
 mala
 no sé/no quiero responder

A21d. ¿Cómo calificaría la salud menta del menor 4?

- excelente
 muy buena
 buena
 regular
 mala
 no sé/no quiero responder

A21e. ¿Cómo calificaría la salud mental del menor 5?

- excelente
 muy buena
 buena
 regular
 mala
 no sé/no quiero responder

SALUD EMOCIONAL

B01. A continuación, le preguntaremos por sus sentimientos y pensamientos en el último mes. 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
¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿con qué frecuencia se ha sentido al control de todo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B02. Las siguientes preguntas son sobre cómo se siente acerca de diferentes aspectos de su vida. Para cada una, indique con qué frecuencia se siente así.

¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía?	<input type="radio"/> Casi nunca
	<input type="radio"/> Algunas veces
	<input type="radio"/> Con frecuencia
¿Con qué frecuencia se siente excluido/ a?	<input type="radio"/> Casi nunca
	<input type="radio"/> Algunas veces
	<input type="radio"/> Con frecuencia
¿Con qué frecuencia se siente aislado/a?	<input type="radio"/> Casi nunca
	<input type="radio"/> Algunas veces
	<input type="radio"/> Con frecuencia

B03. 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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo amor y afecto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo oportunidades para hablar con alguien de los problemas del trabajo o con las tareas domésticas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo oportunidades de hablar con alguien en quien confío sobre mis problemas personales o familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tengo oportunidades de hablar sobre mis problemas económicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recibo invitaciones para videollamadas o encuentros virtuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recibo consejos útiles sobre cosas importantes en mi vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo ayuda cuando estoy en la cama enfermo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B04. Por favor, indique en qué medida está de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones utilizando la siguiente escala:

	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Indiferente	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Tiendo a recuperarme rápidamente después de haberlo pasado mal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Lo paso mal cuando tengo que enfrentarme a situaciones estresantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. No tardo mucho en recuperarme después de una situación estresante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Es difícil para mí recuperarme cuando me ocurre algo malo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Aunque pase por situaciones difíciles, normalmente no lo paso demasiado mal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Suelo tardar mucho tiempo en recuperarme de los contratiempos que ocurren en mi vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A continuación, le preguntaremos por su estado emocional en las últimas dos semanas. Lea cada pregunta y responda lo 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.

B05. Me siento tenso/a o nervioso/a

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

B06. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre

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

B07. 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

B08. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas

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

B09. Tengo la cabeza llena de preocupaciones

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

B10. Me siento alegre

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

B11. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajadamente

- Siempre
- A menudo
- Raras veces
- Nunca

B12. Me siento lento/a y torpe

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

B13. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago

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

B14. He perdido el interés por mi aspecto personal

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

B15. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme

- Realmente mucho
- Bastante
- No mucho
- En absoluto

B16. Espero las cosas con ilusión

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

B17. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor

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

B18. 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
-

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 .

B19. 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
-

B20. 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)
-

B21. 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)
-

B22. ¿Ha solicitado ayuda al recibir amenazas de violencia, intimidaciones o situaciones de acoso?

- Sí
 No
-

B23. 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)
-

B24. ¿Las lesiones hicieron que tuviera que recurrir a asistencia médica?

- Sí
 No
-

B25. Las lesiones se produjeron en:

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

B26. ¿Ha solicitado ayuda al ser víctima de violencia física?

- Sí
 No
-

B27. Desde que comenzó la pandemia (marzo de 2020) hasta la actualidad, ¿ha tenido alguna experiencia que considere muy estresante o traumática? Me refiero a situaciones extremadamente amenazantes o incluso terroríficas, que las personas a veces reviven una y otra vez en su mente tiempo después de haber ocurrido.

- Sí
 No

B28. 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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En el último mes, ¿cuánto le ha molestado sentirse distante o enajenado/a de otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En el último mes, ¿cuánto le ha molestado sentir irritabilidad, explosiones de rabia o actuar agresivamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COVID-19 + Long COVID

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

C01. ¿Se ha infectado por coronavirus (SARS-CoV-2)?

- Sí
 No

C02. ¿Cuándo se infectó por primera vez por coronavirus (SARS-CoV-2)??

(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.

C02. ¿Cuándo se infectó por última 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.

C03. ¿Se ha infectado del coronavirus más de una vez?

- Sí
 No

C04. ¿Cuántas veces se ha infectado por coronavirus?

- Dos
 Tres
 Cuatro
 No lo sé

C05. ¿Cuándo se infectó por segunda 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.

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

C06. ¿Cuándo se infectó por tercera vez?

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

ERROR: La fecha introducida es anterior a la segunda infección. 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 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.

C07. ¿Cuándo se infectó por cuarta vez?

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

ERROR: La fecha introducida es anterior a la tercera infección. 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 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.

C08. Tuvo síntomas durante alguna de las infecciones?

- Sí
 No
 No lo sé

C09-C12. Durante la infección del coronavirus/enfermedad del COVID-19, ¿qué síntomas tuvo?
Seleccione solo las casillas de los síntomas que padeció, la casilla no lo se, o ningún síntoma si es el caso.

	C09. Primera infección	C10. Segunda infección	C11. Tercera infección	C12. Cuarta infección
Cansancio, fatiga inusual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confusión, pérdida del habla o movimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjuntivitis (enrojecimiento ocular)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diferentes tipos de erupciones cutáneas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disnea, dificultad respiratoria, falta de aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores articulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor u opresión persistente en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escalofríos, vértigo, mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre o febrícula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latidos rápidos o fuertes del corazón (palpitaciones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Náuseas, vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida del gusto o el olfato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensación de hormigueo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro(s) síntoma(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No lo sé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ninguno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C13. ¿Los síntomas empeoran después de actividades físicas o mentales?

- Sí
 No

C14. ¿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.

C15. Después del diagnóstico de coronavirus, ¿ha tenido alguno de estos síntomas o secuelas, que no pueda explicar por ningún otro motivo?

- Fiebre o febrícula
 - Dolor abdominal
 - Dolor de cabeza
 - Cansancio, fatiga inusual
 - Escalofríos, vértigo, mareos
 - Sensación de hormigueo
 - Disfunción/pérdida del olor y/o gusto
 - Problemas cardiovasculares: palpitaciones, inflamación miocardio, disfunción ventricular, dolor en el pecho, arritmias
 - Problemas respiratorios: dificultad en respirar, sensación de ahogo, menor capacidad de ejercicio, tos seca, dolor de garganta, dolor u opresión persistente en el pecho
 - Problemas renales: lesión renal aguda
 - Problemas dermatológicos: erupción cutánea, alopecia (caída pelo), psoriasis
 - Problemas de sequedad en ojos y/o boca, conjuntivitis (enrojecimiento ocular)
 - Problemas cognitivos y neurológicos: desregulación del sueño, dificultad en la toma de decisiones, deficiencias de memoria, desorientación, mareos, dificultad para tragar, pérdida de habla o movimiento.
 - Problemas psicológicos y psiquiátricos: depresión, ansiedad, cambios en el estado de ánimo, falta de motivación, apatía, reducción del apetito
 - Problemas musculares y articulares: debilitamiento en los músculos, dolor en las articulaciones
 - Problemas hematológicos: trombosis, coágulos en la sangre
 - Problemas endocrinos: cetoacidosis diabética, tiroiditis
 - Problemas digestivos: diarrea, náuseas, vómitos
 - Alteraciones menstruales
 - Otros
 - Ninguno
- (Puede marcar más de una opción)

C15a1. ¿Cuánto tiempo ha durado la fiebre o febrícula?

- Entre 1 y 2 semanas
- Entre 2 y 4 semanas
- Entre 1 y 2 meses
- De 2 a 3 meses
- Más de 3 meses
- No lo sé

C15b1. ¿Ha tenido el problema en los últimos 7 días?

- Sí
- No

C15a2. ¿Cuánto tiempo ha durado el dolor abdominal?

- Entre 1 y 2 semanas
- Entre 2 y 4 semanas
- Entre 1 y 2 meses
- De 2 a 3 meses
- Más de 3 meses
- No lo sé

C15b2. ¿Ha tenido el problema en los últimos 7 días?

- Sí
- No

C15a3. ¿Cuánto tiempo ha durado el dolor de cabeza?

Entre 1 y 2 semanas
 Entre 2 y 4 semanas
 Entre 1 y 2 meses
 De 2 a 3 meses
 Más de 3 meses
 No lo sé

C15b3. ¿Ha tenido el problema en los últimos 7 días?

Sí
 No

C15a4. ¿Cuánto tiempo ha durado el cansancio, fatiga insual?

Entre 1 y 2 semanas
 Entre 2 y 4 semanas
 Entre 1 y 2 meses
 De 2 a 3 meses
 Más de 3 meses
 No lo sé

C15b4. ¿Ha tenido el problema en los últimos 7 días?

Sí
 No

C15a5. ¿Cuánto tiempo han durado los escalofríos, vértigo, mareos?

Entre 1 y 2 semanas
 Entre 2 y 4 semanas
 Entre 1 y 2 meses
 De 2 a 3 meses
 Más de 3 meses
 No lo sé

C15b5. ¿Ha tenido el problema en los últimos 7 días?

Sí
 No

C15a6. ¿Cuánto tiempo ha durado la sensación de hormigueo?

Entre 1 y 2 semanas
 Entre 2 y 4 semanas
 Entre 1 y 2 meses
 De 2 a 3 meses
 Más de 3 meses
 No lo sé

C15b6. ¿Ha tenido el problema en los últimos 7 días?

Sí
 No

C15a7. ¿Cuánto tiempo ha durado la disfunción/pérdida de olfato y/o gusto?

Entre 1 y 2 semanas
 Entre 2 y 4 semanas
 Entre 1 y 2 meses
 De 2 a 3 meses
 Más de 3 meses
 No lo sé

C15b7. ¿Ha tenido el problema en los últimos 7 días?

Sí
 No

C15a8. ¿Cuánto tiempo han durado los problemas cardiovasculares?

Entre 1 y 2 semanas
 Entre 2 y 4 semanas
 Entre 1 y 2 meses
 De 2 a 3 meses
 Más de 3 meses
 No lo sé

C15b8. ¿Ha tenido el problema en los últimos 7 días?

Sí
 No

C15a9. ¿Cuánto tiempo han durado los problemas respiratorios?

- Entre 1 y 2 semanas
- Entre 2 y 4 semanas
- Entre 1 y 2 meses
- De 2 a 3 meses
- Más de 3 meses
- No lo sé

C15b9. ¿Ha tenido el problema en los últimos 7 días?

- Sí
- No

C15a10. ¿Cuánto tiempo han durado los problemas renales?

- Entre 1 y 2 semanas
- Entre 2 y 4 semanas
- Entre 1 y 2 meses
- De 2 a 3 meses
- Más de 3 meses
- No lo sé

C15b10. ¿Ha tenido el problema en los últimos 7 días?

- Sí
- No

C15a11. ¿Cuánto tiempo han durado los problemas dermatológicos?

- Entre 1 y 2 semanas
- Entre 2 y 4 semanas
- Entre 1 y 2 meses
- De 2 a 3 meses
- Más de 3 meses
- No lo sé

C15b11. ¿Ha tenido el problema en los últimos 7 días?

- Sí
- No

C15a12. ¿Cuánto tiempo han durado los problemas de sequedad en los ojos y/o boca?

- Entre 1 y 2 semanas
- Entre 2 y 4 semanas
- Entre 1 y 2 meses
- De 2 a 3 meses
- Más de 3 meses
- No lo sé

C15b12. ¿Ha tenido el problema en los últimos 7 días?

- Sí
- No

C15a13. ¿Cuánto tiempo han durado los problemas cognitivos y neurológicos?

- Entre 1 y 2 semanas
- Entre 2 y 4 semanas
- Entre 1 y 2 meses
- De 2 a 3 meses
- Más de 3 meses
- No lo sé

C15b13. ¿Ha tenido el problema en los últimos 7 días?

- Sí
- No

C15a14. ¿Cuánto tiempo han durado los problemas psicológicos y psiquiátricos?

- Entre 1 y 2 semanas
- Entre 2 y 4 semanas
- Entre 1 y 2 meses
- De 2 a 3 meses
- Más de 3 meses
- No lo sé

C15b14. ¿Ha tenido el problema en los últimos 7 días?

- Sí
- No

C15a15. ¿Cuánto tiempo han durado los problemas musculares y articulares?

- Entre 1 y 2 semanas
- Entre 2 y 4 semanas
- Entre 1 y 2 meses
- De 2 a 3 meses
- Más de 3 meses
- No lo sé

C15b15. ¿Ha tenido el problema en los últimos 7 días?

- Sí
- No

C15a16. ¿Cuánto tiempo han durado los problemas hematológicos?

- Entre 1 y 2 semanas
- Entre 2 y 4 semanas
- Entre 1 y 2 meses
- De 2 a 3 meses
- Más de 3 meses
- No lo sé

C15b16. ¿Ha tenido el problema en los últimos 7 días?

- Sí
- No

C15a17. ¿Cuánto tiempo ha durado los problemas endocrinos?

- Entre 1 y 2 semanas
- Entre 2 y 4 semanas
- Entre 1 y 2 meses
- De 2 a 3 meses
- Más de 3 meses
- No lo sé

C15b17. ¿Ha tenido el problema en los últimos 7 días?

- Sí
- No

C15a18. ¿Cuánto tiempo han durado los problemas digestivos?

- Entre 1 y 2 semanas
- Entre 2 y 4 semanas
- Entre 1 y 2 meses
- De 2 a 3 meses
- Más de 3 meses
- No lo sé

C15b18. ¿Ha tenido el problema en los últimos 7 días?

- Sí
- No

C15a19. ¿Cuánto tiempo han durado los problemas menstruales?

- Entre 1 y 2 semanas
- Entre 2 y 4 semanas
- Entre 1 y 2 meses
- De 2 a 3 meses
- Más de 3 meses
- No lo sé

C15b19. ¿Ha tenido el problema en los últimos 7 días?

- Sí
- No

C16. ¿Ha seguido terapias de rehabilitación para atender a sus síntomas y/o secuelas del coronavirus (covid-19)?

- Sí
- No

C17. ¿Cómo ha hecho las terapias de rehabilitación?

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

C18. ¿Qué tipo de terapias realizó?

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

C19. Indique qué otra rehabilitación ha hecho:

C20. ¿Ha estado hospitalizado por coronavirus (covid-19)?

- Sí
 No

C21. ¿En qué fecha ingresó en el 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.

C22. ¿Le han dado el alta?

- Sí
 No

C23. ¿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.

calc hospitalized days

C24. ¿Durante el ingreso, tuvo que ingresar en la UCI o unidad de vigilancia intensiva?

- Sí
 No

C25. ¿Cuántos días estuvo ingresado en la UCI?

(Escriba sólo el número de días)

ERROR: Los días en la UCI son superiores a la estancia en el hospital.

Ahora nos gustaría hacerle unas preguntas sobre otras infecciones respiratorias

C26. ¿Ha tenido alguna infección respiratoria (resfriado, catarro, gripe) en el último año?

- Sí
 No

C27. ¿Alguna de ellas fue diagnosticada como gripe? Sí
 No

C28. ¿Alguna de ellas cursó con fiebre? Sí
 No

Vacunas

D01. En el último año, ¿ha recibido alguna vacuna para alguna de las siguientes enfermedades? Gripe (influenza)
 Antineumocócica
 Vacuna del tétanos, difteria o tos ferina acelular
 Otra
 Ninguna
(No tenga en cuenta aquí las vacunas de covid)

D02. ¿Qué otra vacuna recibió?

D03. ¿Le han vacunado contra el coronavirus? Sí
 No

D03a. ¿Cuáles son las razones por las que sí se ha vacunado contra la COVID-19? Quiero protegerme
 Quiero proteger a mi pareja, que es vulnerable
 Quiero ayudar a la Sociedad a luchar contra la pandemia
 Lo recomienda el gobierno
 Mi médico me lo ha recomendado
 Lo recomienda mi empresa
 Creo que es importante vacunarse para poder viajar más seguro
 Otras razones
(Por favor, indique todo lo que aplica.)

D03b. ¿Cuáles son sus razones para no aceptar vacunarse contra el coronavirus?

- Tengo miedo a los posibles efectos secundarios a corto plazo (dolor de brazo, dolor de cabeza...)
- Tengo miedo a los posibles efectos secundarios a largo plazo (autismo, cáncer, otros problemas de salud)
- Creo que los riesgos son mayores que los beneficios que me puede proporcionar
- No creo en la vacunación en general
- Tampoco estoy vacunado de otras enfermedades
- Tengo malas experiencias con otras vacunaciones
- No me siento suficientemente informado sobre las vacunas en general
- No me siento suficientemente informado sobre la vacuna del coronavirus
- No creo que necesite vacunarme porque no soy grupo de riesgo
- No creo que necesite vacunarme porque ya he tenido el coronavirus
- No creo que necesite vacunarme porque adopto otras medidas de protección (ej: uso mascarilla, distancia física, etc)
- En general, me vacunaría, pero no con la vacuna que me propusieron
- Siento escepticismo sobre la eficacia de la vacuna del coronavirus
- Tengo miedo de que la vacuna del coronavirus no proteja contra formas mutadas del coronavirus en el futuro
- Creo que la vacuna no se ha probado lo suficiente
- Las vacunas contienen otros elementos dañinos para mí (como mercurio)
- Tengo miedo de las agujas
- Considero que ya estoy inmunizado con las anteriores dosis de la vacuna
- Creo que el virus ya no es peligroso
- Otras razones
(Por favor, indique todo lo que aplica.)

D03c. ¿Qué otras razones te hacen no querer vacunarte contra el coronavirus?

(Por favor, indique todo lo que aplica.)

D04. ¿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.

D05. ¿Qué tipo de vacuna era?

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

D06. ¿Ha recibido la segunda dosis de la vacuna?

- Sí
- No

D07. ¿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 o igual 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.

D08. ¿Qué tipo de vacuna era la segunda dosis?

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

D09. ¿Ha recibido la tercera dosis de la vacuna?

- Sí
- No

D10. ¿En qué fecha le vacunaron con la tercera 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 o igual a la segunda 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.

D11. ¿Qué tipo de vacuna era la tercera dosis?

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

D12. ¿Ha recibido la cuarta dosis de la vacuna?

- Sí
- No

D13. ¿En qué fecha le vacunaron con la cuarta 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 o igual a la tercera 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.

D14. ¿A qué hora aproximadamente le vacunaron?

- Antes de las 10h
 De 10h a antes de las 12h
 12h a antes de las 14h
 De 14h a antes de las 16h
 De las 16h a antes de las 18h
 De las 18h en adelante
 No lo recuerdo

D15. ¿Qué tipo de vacuna era la cuarta dosis?

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

D15a. ¿La vacuna era la nueva versión bivalente que incluye la variante ómicron?

- Sí
 No
 No lo sé

D16. ¿Cómo de bien describen tu personalidad las siguientes frases? Me veo a mí mismo como una persona

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Reservada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Confiada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perezosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relajada y que mantengo bien el estrés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Con pocos intereses artísticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extrovertida y sociable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Con tendencia a encontrar fallos en los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minuciosa en el trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me pongo nerviosa fácilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo una gran limitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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 al 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. Tomando como referencia el inicio de la pandemia (marzo de 2020), ¿diría que sus hábitos de fumar en la actualidad han cambiado?

- 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/Me nos 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)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

E08. Tomando como referencia el inicio de la pandemia (marzo de 2020), ¿diría que sus hábitos de tomar bebidas alcohólicas en la actualidad han cambiado?

- 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?

1 día
 2 días
 3 días
 4 días
 5 días
 6 días
 7 días

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

E11a. Horas:

_____ (Indique sólo el número)

E11b. Minutos:

_____ (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?

1 día
 2 días
 3 días
 4 días
 5 días
 6 días
 7 días

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

E14a. Horas:

E14b. Minutos:

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?

- 1 día
 2 días
 3 días
 4 días
 5 días
 6 días
 7 días

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

E17a. Horas:

E17b. Minutos:

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.

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

E18a1. Horas

E18a2. Minutos:

E18b. DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿Cuánto tiempo ha permanecido sentado/a de media en un día el fin de semana?

E18b1. Horas:

E18b2. Minutos:

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?

_____ (Por favor, usar formato 24h)

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

_____ (Por favor, usar formato 24h)

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

_____ (Por favor, usar formato 24h)

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

_____ (Por favor, usar formato 24h)

E22. ¿Cuántas horas, de promedio, duerme AHORA?

E22a. Horas:

E22b. Minutos:

E23. En la actualidad, ¿tiene problemas de sueño al menos 3 noches por semana?

- No
 Sí, me cuesta dormir o conciliar el sueño
 Sí, tengo interrupciones o despertares en el medio de la noche
 Sí, me despierto antes de tiempo por la mañana y no puedo volver a dormir

E24. ¿Durante cuánto tiempo ha tenido problemas de sueño?

- Menos de 3 meses
 Más de 3 meses

E25. ¿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

E26. Se pueden clasificar a las personas como "diurnas" y "nocturnas". ¿Cuál de estos tipos se considera usted?

- Definitivamente "diurna"
 Más "diurna" que "nocturna"
 Más "nocturna" que "diurna"
 Definitivamente "nocturna"

E27. 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

Horarios y comidas

E28a. En la actualidad un día laboral o entre semana, ¿a qué hora toma la primera ingesta (cualquier cosa que no sea agua) del día?

E28b. En la actualidad, un día laboral o entre semana, ¿a qué hora toma la última ingesta (cualquier cosa que no sea agua) del día?

E29a. 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?

E29b. 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?

E30. ¿Cuántas horas suele pasar en el exterior en un día laboral o entre semana?

(Indique la respuesta en formato numérico)

E31. Un día laboral o entre semana, ¿cuántas horas suele pasar delante de un dispositivo electrónico?

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

E32. Un día laboral o entre semana, ¿cuánto tiempo pasa desde que deja de usar dispositivos electrónicos y se va a dormir?

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

E33. En las 2 últimas semanas, cuántas horas por día ha pasado consultando internet?

(Indique la respuesta en formato numérico)

E34. En las 2 últimas semanas, cuántas horas por día ha estado usando redes sociales (Facebook, Instagram, Twitter...)

(Indique la respuesta en formato numérico)

E35. En las 2 últimas semanas, cuántas horas por día ha estado viendo noticias en la televisión?

(Indique la respuesta en formato numérico)

E36. En las 2 últimas semanas, cuántas horas por día ha estado hablando con la familia o amigos (por teléfono, videollamadas, etc)?

(Indique la respuesta en formato numérico)

E37. En las 2 últimas semanas, cuántas horas por día ha estado usando plataformas de "streaming" o vídeos/series/películas en línea (Netflix, Youtube...)?

(Indique la respuesta en formato numérico)

SALUD Y ENFERMEDADES

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

F01. En general, cómo considera que es su salud?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

F02. En general, cómo considera que es su salud mental?:

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

F03. ¿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)

F03b. Desde el último contacto/cuestionario del estudio ¿le han diagnosticado alguna enfermedad crónica, es decir, una enfermedad que haya requerido DURANTE 6 MESES O MÁS tratamiento o contacto médico repetido? (Tenga en cuenta también cáncer, salud mental/adicciones)

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

F04. 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
 - Asma
 - Otras
- (Puede marcar más de una opción)

F04b. Indique qué otra u otras enfermedades padece:

F05. ¿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)

Envejecimiento

G01. ¿Su cognición [capacidades mentales] ha empeorado después del confinamiento/pandemia?
[Explicación: Nos referimos, por ejemplo, a su memoria: capacidad de almacenar información y recuerdos, y recuperarlos cuando sea necesario. O a su atención, es decir a su capacidad de dirigir sus pensamientos sobre una situación o persona de forma voluntaria. O a su capacidad de planificar, organizar y adaptarse a nuevas situaciones (funciones ejecutivas)]

- Sí No

G02. Indique qué considera que ha EMPEORADO después del confinamiento/pandemia:

- Memoria: capacidad de almacenar información y recuerdos, y recuperarlos cuando sea necesario
- Atención: capacidad de dirigir y sostener sus pensamientos sobre una situación o persona de forma voluntaria
- Capacidad de planificar, organizar y adaptarse a nuevas situaciones
- Otras
(Puede marcar más de una opción)

G03. ¿Algún familiar o amigo también ha notado este empeoramiento en sus capacidades mentales?

- Sí
 No

G04. ¿Consultaría a un médico por este EMPEORAMIENTO?

- Sí, ya he consultado
 Sí, pero no he consultado todavía
 No

G05. Por favor responda Sí, si cree que las hace PEOR que antes del confinamiento y la pandemia:

Sí

No

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Recuerda peor los detalles de conversaciones recientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Encuentra con más dificultad la palabra que quiere usar en conversaciones. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Se concentra peor en lo que está haciendo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Maneja peor los aparatos electrónicos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hace peor más de una cosa al mismo tiempo sin ponerse nervioso. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

G06. ¿Fue su padre o su madre diagnosticado con enfermedad de Alzheimer

- Sí, padre
 Sí, madre
 Sí, madre y padre
 No, ningún diagnóstico
 No Alzheimer, otra demencia

CONTEXTO SOCIO-ECONÓMICO

Necesidades médicas no atendidas

H01. En el último año, ¿ha sufrido algún retraso en ser atendido en un centro sanitario porque el tiempo para obtener cita era demasiado largo?

- Sí
 No
 No he necesitado atención médica

H02. En el último año, ¿ha sufrido algún retraso en ser atendido en un centro sanitario debido a la distancia o problemas de transporte?

- Sí
 No
 No he necesitado atención médica

H03. En el último año, ¿Ha habido alguna ocasión en que ha necesitado atención médica pero no ha podido pagarlo?

- Sí
 No, he necesitado atención médica y he podido pagarla
 No he necesitado atención médica

H04. En el último año, ¿ha habido alguna ocasión en que ha necesitado ir al dentista pero no ha podido pagarlo?

- Sí
 No, he necesitado ir al dentista y he podido pagarlo
 No he necesitado ir al dentista

H05. En el último año, ¿ha habido alguna ocasión en que ha necesitado comprar medicinas pero no ha podido pagarlas?

- Sí
 No, he necesitado medicinas y he podido pagarlas
 No he necesitado medicinas

H06. En el último año, ¿Ha habido alguna ocasión en que ha necesitado ver a un profesional de salud mental (por ejemplo, psicólogo o psiquiatra) pero no ha podido pagarlo?

- Sí
 No, he necesitado un profesional de salud mental y he podido pagarlo
 No he necesitado un profesional de salud mental

H07. ¿Tuvo problemas en la atención médica y/o que retrasos en las visitas y pruebas desde el inicio de la pandemia (nuevos contactos) desde el último contacto/último año (personas que ya estaban)? Marque todas las que correspondan

- 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
- No, no he tenido ningún problema (Puede marcar más de una opción)

H08. ¿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

H08a. ¿Cuál es su profesión, independientemente si usted actualmente trabaja?

H08b. ¿Nos podría describir brevemente cuáles son sus actividades principales?

H08c. ¿Cuál es la actividad económica de su empresa?

H09. 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

H10a. ¿Cuándo empieza su primer turno en el trabajo?

H10b. ¿Cuándo acaba su primer turno en el trabajo?

H10c. Tiene segundo turno en el trabajo?

- Sí
 No
-

H10d. ¿Cuándo empieza su segundo turno en el trabajo?

H10e. ¿Cuándo acaba su segundo turno en el trabajo?

H10f. ¿Tiene tercer turno en el trabajo?

- Sí
 No
-

H10g. ¿Cuándo empieza su tercer turno en el trabajo?

H10h. ¿Cuándo acaba su tercer turno en el trabajo?

H11. Actualmente, ¿trabaja de noche? Considere turno de noche si trabaja como mínimo 3 horas entre la medianoche y las 6 de la mañana.

- Sí
 No
-

H12. ¿Cuántos años en total ha trabajado en turno de noche (como mínimo 3 noches al mes)?

- 1-2 años
 3-5 años
 6-9 años
 10-14 años
 15-19 años
 20-29 años
 30 años o más
-

H13. Actualmente ¿cuántas noches al mes trabaja de promedio?

(Indique el número de días)

H14. ¿Cuál es el nivel de ingresos de su unidad familiar AL MES? (cuente 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)
-

H15. Debido a la situación actual, ¿se encuentra usted en una situación de no poder afrontar los gastos esenciales, como alquiler, hipoteca, créditos o comida?

- Sí
 No
 No quiero responder
(Recuerde que la información es totalmente confidencial)
-

H16. ¿En el último año, los ingresos de su unidad familiar (incluye también una persona sola) han cambiado (subido o bajado)?

- Han subido
 Han bajado
 Se han mantenido
(Recuerde que la información es totalmente confidencial)

H17. ¿Puede cuantificar de qué cantidad en euros han subido POR MES?

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

H17.a Indique sólo el número

(Recuerde que la información es totalmente confidencial)

H18. ¿Puede cuantificar de qué cantidad en euros han bajado POR MES?

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

H18.a Indique sólo el número

(Recuerde que la información es totalmente confidencial)

H19. ¿En el último año, usted o alguna persona que vive con usted ha recibido alguna ayuda?

- Sí
 No
(Recuerde que la información es totalmente confidencial)

H20. Por favor, especifique el tipo de ayuda:

- Ayuda al alquiler
 Ayuda a la hipoteca
 Ingreso Mínimo Vital
 Ayudas para familias con hijos
 Otras
(Recuerde que la información es totalmente confidencial)

H20.a. Por favor, especifique qué otras ayudas se han recibido.

FUTUROS CONTACTOS

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

Desde GCAT|Genomes for life e ISGLOBAL colaboramos en el proyecto END-VOC (ENDING COVID-19 VARIANTS OF CONCERN THROUGH COHORT STUDIES. <https://endvoc.eu/>), un estudio a nivel mundial de 23 países, que se han unido con el objetivo de detectar de manera precoz la aparición de nuevas variantes de riesgo del virus del COVID-19, y así evitar futuras situaciones como las sufridas en los últimos dos años.

Para ello, como participante de nuestro estudio, solicitamos su participación, de manera que si tiene una prueba positiva de COVID-19 (test de antígeno, PCR o serológica) contacte con nosotros entre los siguientes 10 días a la realización de la prueba. Ello nos permitirá identificar la variante vírica causante de la infección, como parte del sistema de vigilancia de la pandemia.

Projecte GCAT - Institut de Recerca Germans Trias i Pujol (IGTP).
Ctra Can Ruti, Camí de les Escoles s/n - 08916 Badalona, Barcelona
www.genomesforlife.com
e-mail: covicat@igtp.cat
T: 93 033 05 42

Escriba cualquier aclaración o comentario que tenga:

(Campo abierto)