



# Estudio COPE

*Covid-19 y Experiencias Perinatales*

## COPE: Experiencias perinatales de coronavirus - Actualización de impacto (COPE-IU)

### PARTE 1: EXPOSICIONES Y SÍNTOMAS DE COVID-19 (PROPIO Y FAMILIAR)

Estamos interesados en saber si usted y su familia han estado expuestos o están experimentando síntomas como los observados en COVID-19.

Síntomas principales: fiebre o escalofríos, tos, falta de aliento.

Síntomas menores: dolor de garganta, dolor de cabeza, dolores musculares o corporales, mucosidad nasal, fatiga, diarrea/náuseas, vómitos, pérdida de olfato o sabor, picazón/ojos rojos.

**1. Para todas las siguientes personas, indique qué ha ocurrido. (seleccione todos los que aplican)**

*FILAS (uno mismo, pareja, recién nacido, otros niños, otros que viven en el hogar)*

*Sección i. COLUMNAS: (1) sin síntomas, (2) Actualmente tiene síntomas, (3) Síntomas en el pasado*

*Sección ii. COLUMNAS: (1) Nunca probado, (2) Resultado positivo de COVID-19, (3) Resultado negativo de COVID-19, (4) Resultado de COVID-19 en espera*

*Si se hizo clic en el botón de prueba, aparece el cuadro emergente (condicional):*

**Proporcionar FECHA de la prueba:** \_\_\_\_\_

**2. En general, ¿qué tan angustiada está por los síntomas relacionados con COVID-19 o posibles enfermedades en usted o sus seres queridos?**

*(Escala 1-7; 1 = Sin angustia, 7 = Altamente angustiada)*

### PARTE 2: AJUSTES DE COVID-19

Nos gustaría aprender cómo la pandemia de la enfermedad por coronavirus ha cambiado su vida diaria, experiencias y sentimientos. Para cada declaración a continuación, describa cómo la pandemia de la enfermedad por coronavirus le está afectando.

**Durante los últimos 7 días, cuánto ha afectado el brote de COVID-19 su capacidad para ...**

**3. ¿Participar en actividades sociales?**

*Escala 1-7: Sin interrupciones - Interrupción extrema*

**4. ¿Participar en actividades laborales?**

*Escala 1-7: Sin interrupciones - Interrupción extrema*

**5. ¿Participar en actividades físicas (cualquier forma de ejercicio, como caminar, correr, jugar)?**

*Escala 1-7: Sin interrupciones - Interrupción extrema*

**6. ¿Salir de su casa?**

*Escala 1-7: Sin interrupciones - Interrupción extrema*

**7. ¿Recibir apoyo emocional de familiares o amigos?**

*Escala 1-7: Sin interrupciones - Interrupción extrema*

*(Nivel general de interrupción se calculará a partir de las medidas anteriores)*

**Durante los últimos 7 días, cuánto ha causado el brote de COVID-19 ...**

**8. ¿Impacto negativo en su vida?**

*Escala 1-7: Sin impacto negativo - Impacto negativo extremo*

**9. ¿Conflictos o peleas entre miembros de la familia?**

*Escala 1-7: Sin conflicto- Conflicto extremo*

**10. ¿Siente que no tiene el control?**

*Escala 1-7: Sin pérdida de control – Pérdida de control extrema*

**11. ¿Problemas para dormir?**

*Escala 1-7: Sin problemas de sueño - Problemas de sueño extremos*

**12. ¿Niveles de energía diarios reducidos?**

*Escala 1-7: Sin pérdida de energía – Pérdida de energía extrema*

**Durante los últimos 7 días, ¿cuánto cambió COVID-19 estos aspectos de su vida ...**

**13. ¿Empleo?**

*Escala 1-7: Sin cambios - Cambio extremo*

**14. ¿Sus arreglos de vivienda?**

*Escala 1-7: Sin cambios - Cambio extremo*

**15. ¿Salud de usted o los miembros de su familia?**

*Escala 1-7: Sin cambios - Cambio extremo*

**16. ¿Su acceso a la atención médica?**

*Escala 1-7: Sin cambios - Cambio extremo*

**17. ¿Reglas o restricciones sobre el refugio en el hogar en su comunidad?**

*Escala 1-7: Sin cambios - Cambio extremo*

**Durante los últimos 7 días, en cuántos días ...**

*(0-7 días son opcionales, + rechazar respuesta)*

18. ¿Medita o usa estrategias de atención plena durante más de 5 minutos?
19. ¿Despierta sintiéndose como si tuvo una buena noche de sueño?
20. ¿Habla con amigos o familiares por teléfono más de 30 minutos?
21. ¿Participar en un servicio o práctica religiosa?
22. ¿Realizar actividad física durante más de 30 minutos (como caminar, senderismo, subir escaleras, practicar yoga, correr, levantar pesas, flexiones, abdominales)?
23. ¿Consume una o más bebidas de una bebida alcohólica?
24. ¿Usa marihuana o hachís?
25. ¿Usa drogas recreativas o ilegales (sin incluir la marihuana)?
26. ¿Usa productos de nicotina (incluidos cigarrillos, cigarrillos electrónicos, cigarros, vapeo, masticación, inmersión o JUUL)?
27. ¿Ve televisión/películas en cualquier tipo de pantalla durante más de 3 horas (incluidos programas de TV y juegos, películas, canales de venta como QVC, videos de YouTube, documentales)?
28. ¿Usa las redes sociales (como Instagram, Facebook, Twitter, Snapchat, Pinterest, Viber, YouTube, LinkedIn, Tumblr, QZone)?

En los últimos 7 días, incluido hoy, con qué frecuencia se sintió angustiado por:

*COLUMNAS: Para nada, un poco, moderado, muy seguido, extremadamente*

29. No sentir interés por las cosas.
30. Nerviosismo o temblores en el interior
31. Sentirse solo
32. Sentirse tenso o agitado
33. Náuseas o malestar estomacal
34. Sentirse triste
35. De repente asustado sin razón
36. Sentirse desesperado por el futuro
37. Sentirse temeroso
38. Sentirse súper alerta o vigilante o en guardia
39. Tener dificultad para concentrarse
40. Problemas para experimentar sentimientos positivos
41. Sentirse culpable o culparse
42. Sentirse irritable, enojado o agresivo.
43. Repetidos pensamientos perturbadores y no deseados sobre el brote de COVID-19
44. Sueños inquietantes repetidos sobre el brote de COVID-19
45. Intentar evitar información o recordatorios sobre el brote de COVID-19

**46. ¿Cuál es su mayor fuente de estrés debido al brote de COVID-19 en este momento? (elija solo uno)**

- a. Preocupaciones de salud
- b. Preocupaciones financieras
- c. Impacto en su hijo
- d. Impacto en su pareja
- e. Impacto en su comunidad
- f. Impacto en los miembros de la familia (por ejemplo, padres mayores/ancianos)
- g. Impacto en amigos cercanos
- h. Impacto en la sociedad
- i. Acceso a la comida
- j. Acceso a suministros para bebés (por ejemplo, fórmula, pañales, toallitas)
- k. Acceso a la atención de salud mental
- l. Bienestar general debido al distanciamiento social y/o cuarentena
- m. Estrés sobre otro
- n. No estoy estresado

Si es otro, describa aquí: \_\_\_\_\_

**COVID-19 también puede proporcionar cambio positivo...**

**Durante los últimos 7 días, cuánto ha causado el brote de COVID-19 ...**

**47. ¿Mejorar las relaciones con familiares o amigos?**

*Escala 1-7: Sin mejorar – Mejoraron extremadamente*

**48. ¿Nuevas conexiones formadas con personas de apoyo?**

*Escala 1-7: No hay apoyo nuevo - Apoyo nuevo extremo*

**49. ¿Más tiempo haciendo actividades agradables (Ej., leyendo libros, rompecabezas)?**

*Escala 1-7: Sin aumento – Aumento extremo*

**50. ¿Se siente más agradecido por las cosas que generalmente se toman en vano?**

*Escala 1-7: Sin cambio de apreciación - Cambio de apreciación extrema*