

Encuesta sobre el impacto en la salud por el CoRonaviruS (CRISIS) V0.3

Formulario Breve de Línea Base para Adultos

Licencia de atribución: CC-BY-4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

Los cuestionarios CRISIS se desarrollaron a través de un esfuerzo de colaboración entre los equipos de investigación de Kathleen Merikangas y Argyris Stringaris en el National Institute of Mental Health Intramural Research Program Mood Spectrum Collaboration, y los de Michael P. Milham en el Child Mind Institute y el NYS Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research.

Colaboradores de contenido y consultores: Evelyn Bromet, Stan Colcombe, Kathy Georgiadis, Dan Klein, Giovanni Salum

Coordinadores: Lindsay Alexander, Ioanna Douka, Julia Dunn, Diana Lopez, Anna MacKay-Brandt, Ken Towbin

Soporte técnico y de edición: Irene Droney, Beth Foote, Jianping He, Georgia O' Callaghan, Judith Milham, Courtney Quick, Diana Paksarian, Kayla Sirois

Nuestro equipo alienta la notificación por anticipado de cualquier medio, informe científico o publicación de datos que se hayan recopilado con el CRISIS (merikank@mail.nih.gov), aunque no es necesario. También alentamos a compartir voluntariamente los datos recolectados con el fin de realizar estudios psicométricos dirigidos por el Dr. Stringaris (argyris.stringaris@nih.gov).

Traducción y edición de la versión en Español:

Cristian Morales Carrasco¹, Gisela Molina Morales, Daniela Comesana Pino y Pablo Vidal-Ribas Belil²

1. Department of Biomedical Engineering, New Jersey Institute of Technology, US

2. National Institutes of Health, US

Número de identificación:

País:

Estado/Provincia/Región:

Su edad (años):

Antecedentes

En primer lugar, antes de comenzar con las preguntas principales, nos gustaría obtener información de antecedentes sobre usted.

1. Por favor, especifique su sexo:

- a. Hombre
- b. Mujer
- c. Otro _____

2. Pensando en lo que sabe de tu historia familiar, ¿cuál de las siguientes opciones describe mejor las regiones geográficas de donde provienen tus antepasados (es decir, tus tatarabuelos)? Puede seleccionar tantas opciones como necesite.

- a. Inglaterra, Irlanda, Escocia o Gales
- b. Australia – sin ascendencia Aborigen o Isleña del Estrecho de Torres
- c. Australia – de ascendencia Aborigen o Isleña del Estrecho de Torres
- d. Nueva Zelanda – sin ascendencia Maorí
- e. Nueva Zelanda – de ascendencia Maorí
- f. Norte de Europa, incluyendo Suecia, Noruega, Finlandia y los países circundantes
- g. Europa Occidental, incluyendo Francia, Alemania, los Países Bajos y los países circundantes
- h. Europa del Este, incluyendo Rusia, Polonia, Hungría y los países circundantes
- i. Sur de Europa, incluyendo Italia, Grecia, España, Portugal y los países circundantes
- j. Oriente Medio, incluyendo Líbano, Turquía y los países circundantes
- k. Asia Oriental, incluyendo China, Japón, Corea del Sur, Corea del Norte, Taiwán y Hong Kong
- l. Asia Sudoriental, incluyendo Tailandia, Malasia, Indonesia, Singapur y los países circundantes
- m. Asia Meridional, incluyendo India, Pakistán, Sri Lanka y los países circundantes
- n. Polinesia, Micronesia o Melanesia incluyendo Tonga, Fiji, Papúa Nueva Guinea y los países circundantes
- o. África
- p. América del Norte – sin ascendencia de las Primeras Naciones, Nativos Americanos, Inuit o Métis
- q. América del Norte – con ascendencia de las Primeras Naciones, Nativos Americanos, Inuit o Métis
- r. América Central o América del Sur
- s. No lo sé
- t. Otro

3. **¿Es usted de descendencia Hispana o Latina, es decir, Mexicano, Mexicano-Estadounidense, Chicano, Puertorriqueño, Cubano, Sudamericano Sudamericano o de otra cultura u origen Español?**
 - a. Sí
 - b. No
4. **¿Está trabajando actualmente o asiste a la escuela?**
 - a. Trabajo con un sueldo
 - b. De permiso/Licencia
 - c. Suspendido o perdí el trabajo
 - d. Desempleado(a) y busco trabajo
 - e. Retirado(a)
 - f. En casa / ama de casa
 - g. Minusválido(a)
 - h. Inscrito(a) en la escuela/universidad
5. **¿Cuál es su ocupación? _____**
6. **¿Ha servido en el ejército?**
 - a. Sí
 - b. No
7. **¿Cuál describe mejor el área en la que vive?**
 - a. Gran ciudad
 - b. Suburbios de una gran ciudad
 - c. Ciudad pequeña
 - d. Ciudad o pueblo
 - e. Zona rural
8. **¿Cuál es el nivel más alto de educación que usted completó?**
 - a. Escuela primaria incompleta
 - b. Escuela secundaria incompleta
 - c. Escuela secundaria completa o GED
 - d. Algún título universitario o de 2 años
 - e. Graduado universitario de 4 años
 - f. Una escuela posterior a la universidad
 - g. Graduado o título profesional
9. **¿Cuántas personas viven actualmente en su casa (sin contar a Usted)? ____**
10. **¿Hay algún adulto en su casa que sea un TRABAJADOR ESENCIAL (ej, profesional de la salud, repartidor, empleado en una tienda, seguridad, mantenimiento de edificios)? S/N**
 - a. En caso afirmativo,
 - ¿Vienen a casa cada día?
 - Si
 - No, separados debido a COVID-19

- No, separados debido a otras razones
- ¿Es parte de CUERPOS DE EMERGENCIA, PROFESIONAL DE LA SALUD u OTRO TRABAJADOR en un emplazamiento tratando personas con COVID19? S/N

11. ¿Cuántas habitaciones (total) hay en su casa? ____

12. ¿Está cubierto por un seguro médico?

- a. Sí, militares
- b. Sí, patrocinado por el empleador
- c. Sí, individual
- d. Sí, Medicare/Público
- e. Sí, Medicaid o CHIP
- f. Sí, otros
- g. No

13. ¿Cómo calificaría su salud física general?

- a. Excelente
- b. Muy buena
- c. Buena
- d. Regular
- e. Mala

14. ¿Alguna vez un profesional de la salud o de la educación le ha dicho que usted tenía alguna de las siguientes condiciones (marque todas las que correspondan)?

- a. Alergias estacionales
- b. Asma u otros problemas pulmonares
- c. Problemas cardíacos
- d. Problemas renales
- e. Trastorno inmune
- f. Diabetes o nivel alto de azúcar en sangre
- g. Cáncer
- h. Artritis
- i. Dolores de cabeza frecuentes o muy fuertes
- j. Epilepsia o convulsiones
- k. Problemas graves estomacales o intestinales
- l. Acné grave o problemas de la piel
- m. Problemas emocionales o de salud mental como depresión o ansiedad
- n. Problemas con el alcohol o las drogas
- o. Discapacidad intelectual
- p. Trastorno del Espectro Autista
- q. Trastorno del Aprendizaje

15. ¿Cómo calificaría su salud mental/emocional general antes de la crisis coronavirus/COVID-19 en su área??

- a. Excelente
- b. Muy buena

- c. Buena
- d. Regular
- e. Mala

CORONAVIRUS/COVID-19 ESTADO DE SALUD/EXPOSICIÓN

Durante las DOS SEMANAS ANTERIORES:

16. ... ¿ha estado expuesto a alguien que probablemente tenga Coronavirus/COVID-19? (marque todas las que correspondan)

- a. Sí, alguien con test positivo
- b. Sí, alguien con diagnóstico médico, pero no test
- c. Sí, alguien con posibles síntomas, pero sin diagnóstico médico
- d. No, que yo tenga conocimiento

17. ... ¿ Se ha sospechado de Usted que tuviera infección por Coronavirus/COVID-19?

- a. Sí, tengo un test positivo
- b. Sí, diagnóstico médico, pero no test
- c. Sí, he tenido algunos posibles síntomas, pero no tengo diagnóstico médico
- d. Sin síntomas ni signos

18. ... ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas? (marque todas las que correspondan)

- a. Fiebre
- b. Tos
- c. Dificultad para respirar
- d. Dolor de garganta
- e. Fatiga
- f. Pérdida del sabor o del olfato
- g. Infección ocular
- h. Otro _____

19. ... ¿Alguien de su familia ha sido diagnosticado con Coronavirus/COVID-19? (marque todas las que correspondan)

- a. Sí, un miembro del hogar
- b. Sí, no es miembro de mi hogar
- c. No

20. ... ¿Le ha pasado algo de lo siguiente a los miembros de su familia debido a Coronavirus/COVID-19? (marque todas las que correspondan)

- a. Enfermado
- b. Hospitalizado
- c. Ponerse en auto-cuarentena con síntomas
- d. Ponerse en auto-cuarentena sin síntomas (por ejemplo, debido a una posible exposición)
- e. Pérdida o suspensión del trabajo
- f. Reducción de la capacidad para ganar dinero
- g. Falleció
- h. Ninguna de las anteriores

Durante las DOS SEMANAS ANTERIORES, ¿Cuán preocupado ha estado por:

21. estar infectado o infectarse?

- a. Nada en absoluto
- b. Un poco
- c. Moderadamente
- d. Mucho
- e. Extremadamente

22. ... que amigos o familiares pudieran estar infectados o se infectasen?

- a. Nada en absoluto
- b. Un poco
- c. Moderadamente
- d. Mucho
- e. Extremadamente

23. ... su *salud física* esté siendo influenciada por Coronavirus/COVID-19?

- a. Nada en absoluto
- b. Un poco
- c. Moderadamente
- d. Mucho
- e. Extremadamente

24. ... su *salud mental / emocional* esté siendo influenciada por Coronavirus / COVID-19?

- a. Nada en absoluto
- b. Un poco
- c. Moderadamente
- d. Mucho
- e. Extremadamente

25. ¿Cuánto pasa leyendo, o hablando de Coronavirus/COVID-19?

- a. Nunca
- b. Raramente
- c. Ocasionalmente
- d. frecuentemente
- e. La mayoría de las veces

26. ¿ Ha llevado a algún cambio positivo en su vida la crisis del Coronavirus/COVID-19 en su área?

- a. Ninguno
- b. Sólo unos pocos
- c. Algunos

- Si se responde b o c a la pregunta 26, por favor especificar: ____

CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA DEBIDO A LA CRISIS CORONAVIRUS/COVID-19 EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS

Durante las **DOS SEMANAS ANTERIORES**:

27. ... si asiste a la escuela, ¿Ha cerrado el edificio de tu escuela? S/N

a. En caso negativo,

- ¿Se están dando clases? S/N
- ¿Asistes a las clases en persona? S/N

b. En caso afirmativo,

- ¿Se han reanudado las clases on-line? S/N
- ¿Tienes fácil acceso a Internet y a un ordenador? S/N
- ¿Tienes deberes o tareas a completar? S/N
- ¿Puedes recibir comidas de la escuela? S/N

28. ... si usted tenía un trabajo antes de la crisis del Coronavirus/COVID-19, continua trabajando? S/N/NA

a. En caso afirmativo,

- ¿Aun va a tu puesto de trabajo? S/N
- ¿Está teletrabajando o trabajando desde casa? S/N

b. En caso negativo,

- ¿Le suspendieron del trabajo? S/N
- ¿Perdió su trabajo? S/N

29. ... ¿Con cuántas personas, de fuera de su hogar, ha tenido una conversación en persona? _____

30. ... ¿Cuánto tiempo ha pasado yendo fuera de casa (por ejemplo, a tiendas, parques, etc.)?

- a. Nada en absoluto
- b. 1-2 días a la semana
- c. Pocos días a la semana
- d. Varios días a la semana
- e. Todos los días

31. ... ¿Cuán estresantes han sido las restricciones de salir de casa para Usted?

- a. Nada en absoluto
- b. 1-2 días a la semana
- c. Pocos días a la semana
- d. Varios días a la semana
- e. Todos los días

32. ... ¿Ha cambiado la frecuencia de las interacciones con personas fuera de casa en relación *con* antes de la crisis Coronavirus/COVID-19 en su área?

- a. Mucho menos
- b. Un poco menos
- c. Más o menos lo mismo
- d. Un poco más
- e. Mucho más

33. ... ¿Cuánta dificultad ha tenido para seguir las recomendaciones de mantenerse alejado del contacto cercano con otras personas?

- a. Ninguna
- b. Un poco
- c. Moderada
- d. Mucho
- e. Una gran cantidad

34. ... ¿ha cambiado la calidad de las relaciones entre usted y los miembros de su familia?

- a. Mucho peor
- b. Un poco peor
- c. Más o menos lo mismo
- d. Un poco mejor
- e. Mucho mejor

35. ... ¿Cuán estresantes han sido estos cambios en los contactos familiares para usted?

- a. Nada en absoluto
- b. Ligeramente
- c. Moderadamente
- d. Mucho
- e. Extremadamente

36. ... ¿Ha cambiado la calidad de sus relaciones con tus amigos?

- a. Mucho peor
- b. Un poco peor
- c. Más o menos lo mismo
- d. Un poco mejor
- e. Mucho mejor

37. ... ¿Cuán estresantes han sido estos cambios en las relaciones sociales para usted?

- a. Nada en absoluto
- b. Ligeramente
- c. Moderadamente
- d. Mucho
- e. Extremadamente

38. ... ¿Cuán difícil ha sido para Usted la cancelación de eventos importantes (como graduación, baile de graduación, vacaciones, etc.) en su vida?

- a. Nada en absoluto
- b. Ligeramente
- c. Moderadamente

- d. Mucho
- e. Extremadamente

39. ... ¿hasta qué punto los cambios relacionados con la crisis coronavirus/COVID-19 en su área han creado problemas financieros para usted o su familia?

- a. Nada en absoluto
- b. Ligeramente
- c. Moderadamente
- d. Mucho
- e. Extremadamente

40. ... ¿hasta qué punto le preocupa la estabilidad de su situación de vida?

- a. Nada en absoluto
- b. Ligeramente
- c. Moderadamente
- d. Mucho
- e. Extremadamente

41. ... ¿ Le ha preocupado quedarse sin comida por falta de dinero?

- a. Sí
- b. No

42. ¿ Tiene esperanzas de que la crisis del Coronavirus/COVID-19 en su zona termine pronto?

- a. Nada en absoluto
- b. Ligeramente
- c. Moderadamente
- d. Muchas
- e. Extremadamente

COMPORTAMIENTOS DIARIOS (DOS SEMANAS ANTERIORES)

Durante las **DOS SEMANAS ANTERIORES**:

43. ... ¿A qué hora se iba a la cama en promedio ENTRE SEMANA?

- a. Antes de las 9 pm (21h)
- b. 9 pm-11 pm (21h-23h)
- c. 11 pm-1 am (23h-1h)
- d. Después de la 1 am (1h)

44. ... ¿A qué hora se iba a la cama en promedio los FINES DE SEMANA?

- a. Antes de las 9 pm (21h)
- b. 9 pm-11 pm (21h-23h)
- c. 11 pm-1 am (23h-1h)
- d. Después de la 1 am (1h)

45. ... ¿Cuántas horas dormía en promedio por las noches ENTRE SEMANA?

- a. Menos de 6 horas
- b. Entre 6-8 horas

- c. Entre 8-10 horas
 - d. Mas de 10 horas
- 46. ... ¿Cuántas horas dormía en promedio por las noches los FINES DE SEMANA?**
- a. Menos de 6 horas
 - b. Entre 6-8 horas
 - c. Entre 8-10 horas
 - d. Mas de 10 horas
- 47. ... ¿Cuántos días a la semana hacía ejercicio (por ejemplo, aumento de la frecuencia cardíaca y/o la frecuencia respiratoria) durante al menos 30 minutos??**
- a. Ninguno
 - b. 1-2 días
 - c. 3-4 días
 - d. 5-6 días
 - e. Diario
- 48. ... ¿Cuántos días a la semana pasaba tiempo al aire libre?**
- a. Ninguno
 - b. 1-2 días
 - c. 3-4 días
 - d. 5-6 días
 - e. Diario

EMOCIONES/ PREOCUPACIONES (DOS SEMANAS ANTERIORES)

Durante las DOS SEMANAS ANTERIORES:

- 49. ... ¿Qué tan preocupado(a) estaba en general?**
- a. No me preocupaba en absoluto
 - b. Ligeramente preocupado(a)
 - c. Moderadamente preocupado(a)
 - d. Muy preocupado(a)
 - e. Extremadamente preocupado(a)
- 50. ... ¿Qué tan feliz o triste estaba?**
- a. Muy triste/deprimido(a)/infeliz
 - b. Moderadamente triste/deprimido(a)/infeliz
 - c. Neutral
 - d. Moderadamente feliz/alegre
 - e. Muy feliz/alegre

51. ... ¿Qué capacidad tenía para disfrutar de sus actividades habituales?

- a. Nada en absoluto
- b. Ligeramente
- c. Moderadamente
- d. Mucha
- e. Extremadamente

52. ... ¿Qué tan relajado(a) o ansioso(a) estaba?

- a. Muy relajado(a)/tranquilo(a)
- b. Moderadamente relajado(a)/tranquilo(a)
- c. Neutral
- d. Moderadamente nervioso(a)/ansioso(a)
- e. Muy nervioso(a)/ansioso(a)

53. ... ¿Qué tan nervioso(a) o inquieto(a) estaba?

- a. No nervioso(a)/inquieto(a) en absoluto
- b. Ligeramente nervioso(a)/inquieto(a)
- c. Moderadamente nervioso(a)/inquieto(a)
- d. Muy nervioso (a)/inquieto(a)
- e. Extremadamente nervioso(a)/inquieto(a)

54. ... ¿Qué tan fatigado(a) o cansado(a) estaba?

- a. No fatigado(a) ni cansado(a) en absoluto
- b. Ligeramente fatigado(a) o cansado(a)
- c. Moderadamente fatigado(a) o cansado(a)
- d. Muy fatigado(a) o cansado(a)
- e. Extremadamente fatigado(a) o cansado(a)

55. ... ¿Qué tan bien se concentraba o focalizaba su atención?

- a. Muy concentrado(a)/atento(a)
- b. Moderadamente enfocado(a)/atento(a)
- c. Neutral
- d. Moderadamente desenfocado(a)/distráido(a)
- e. Muy desenfocado(a)/distráido(a)

56. ... ¿Qué tan irritable estaba o fácilmente se enojaba?

- a. Nada de irritable o enojado(a) en absoluto
- b. Ligeramente irritable o enojado(a)
- c. Moderadamente irritable o enojado(a)
- d. Muy irritable o enojado(a)
- e. Extremadamente irritable o enojado(a)

57. ... ¿Qué tan solo(a) se sentía?

- a. Nada solo(a) en absoluto
- b. Ligeramente solo(a)
- c. Moderadamente solo(a)
- d. Muy solo(a)
- e. Extremadamente solo(a)

USO DE MEDIOS (DOS SEMANAS ANTERIORES)

Durante las DOS SEMANAS ANTERIORES, cuánto tiempo por día pasó:

58. ... Viendo la televisión o los medios digitales (por ejemplo, Netflix, YouTube, navegación web)?

- a. No TV ni medios digitales
- b. Menos de 1 hora
- c. 1-3 horas
- d. 4-6 horas
- e. Más de 6 horas

59. ... usando las redes sociales (por ejemplo, Facetime, Facebook, Instagram, Snapchat, Twitter, TikTok)?

- a. No redes sociales
- b. Menos de 1 hora
- c. 1-3 horas
- d. 4-6 horas
- e. Más de 6 horas

60. ... jugando videojuegos?

- a. No videojuegos
- b. Menos de 1 hora
- c. 1-3 horas
- d. 4-6 horas
- e. Más de 6 horas

USO DE SUSTANCIAS (DOS SEMANAS ANTERIORES)

Durante las DOS SEMANAS ANTERIORES, la frecuencia con la que usó:

61. ... alcohol?

- a. Nada en absoluto
- b. Raramente
- c. Una vez al mes
- d. Varias veces al mes
- e. Una vez a la semana
- f. Varias veces a la semana
- g. Una vez al día
- h. Mas de una vez al día

62. ... vapeo?

- a. Nada en absoluto
- b. Raramente
- c. Una vez al mes
- d. Varias veces al mes
- e. Una vez a la semana
- f. Varias veces a la semana

- g. Una vez al día
- h. Mas de una vez al día

63. ... cigarrillos u otro tabaco?

- a. Nada en absoluto
- b. Raramente
- c. Una vez al mes
- d. Varias veces al mes
- e. Una vez a la semana
- f. Varias veces a la semana
- g. Una vez al día
- h. Mas de una vez al día

64. ... marihuana/cannabis (por ejemplo, enrollado con papel de arroz o papel de tabaco, pipa, bong)?

- a. Nada en absoluto
- b. Raramente
- c. Una vez al mes
- d. Varias veces al mes
- e. Una vez a la semana
- f. Varias veces a la semana
- g. Una vez al día
- h. Mas de una vez al día

65. ... opioides, heroína, cocaína, crack, anfetamina, metanfetamina, alucinógenos o éxtasis?

- a. Nada en absoluto
- b. Raramente
- c. Una vez al mes
- d. Varias veces al mes
- e. Una vez a la semana
- f. Varias veces a la semana
- g. Una vez al día
- h. Mas de una vez al día

PREOCUPACIONES Y COMENTARIOS ADICIONALES

Por favor, describa cualquier otra cosa que le preocupe sobre el impacto de Coronavirus/COVID-19 en usted, sus amigos o su familia.

[CUADRO DE TEXTO]

Proporcione cualquier comentario que desee sobre esta encuesta y/o temas relacionados.

[CUADRO DE TEXTO]