

Encuesta sobre el impacto en la salud por el CoRonaviruS (CRISIS) V0.2

Formulario Breve de Línea Base para Padres/Cuidadores

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/Providencia/Región:

Su edad (años):

Edad de su hijo(a)/pupilo(a): (años):

Antecedentes

En primer lugar, antes de comenzar con las preguntas principales, nos gustaría obtener información de antecedentes sobre su hijo(a)/pupilo(a):.

1. ¿Cuál es la relación que tiene con su hijo(a)/pupilo(a)?

- a. Madre
- b. Padre
- c. Abuelo(a)
- d. Tio(a)
- e. Padre adoptivo
- f. Otro: Especifica _____

2. Por favor, especifique el sexo de su hijo(a)/pupilo(a):

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

3. Pensando en lo que sabe de su historia familiar, ¿cuál de las siguientes opciones describe mejor las regiones geográficas de donde provienen sus antepasados (es decir, sus 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
4. **¿Su hijo(a)/pupilo(a) es de ascendencia Hispana o Latina, es decir, Mexicana, Mexicana-Estadounidense, Chicana, Puertorriqueña, Cubana, Sudamericana o de otra cultura u origen Español?**
- a. Sí
 - b. No
5. **¿Su hijo(a)/pupilo(a)/pupilo está inscrito en la escuela/colegio en el año académico actual?**
- a. No asiste a la escuela
 - b. Escuela Primaria
 - c. Junior High or Middle High (EEUU)
 - d. Escuela Secundaria
 - e. Universidad/Vocacional
 - f. Graduado
6. **¿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
7. **¿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
8. **¿Cuál es el nivel más alto de educación que completó el otro padre/cuidador de su hijo(a)/pupilo(a)?**

- 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 el hogar de su hijo(a)/pupilo(a) (excluyendo a su hijo(a)/pupilo(a))?** ____
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
 - b. ¿Forman 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 la casa de su hijo(a)/pupilo(a)?** ____
12. **¿Su hijo(a)/pupilo(a) está cubierto por un seguro médico?**
- a. Sí, militares
 - b. Sí, patrocinado por el empleador
 - c. Sí, individual
 - d. Sí, Medicare
 - e. Sí, Medicaid o CHIP
 - f. Sí, otros
 - g. No
13. **¿Cómo calificaría la salud física general de su hijo(a)/pupilo(a)?**
- a. Excelente
 - b. Muy bien
 - c. bien
 - d. Justo
 - e. Pobre
14. **¿Alguna vez un profesional de la salud o de la educación le ha dicho que su hijo(a)/pupilo(a) tuvo 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 malos
- j. Epilepsia o convulsiones
- k. Problemas graves estomacales o intestinales
- l. Acné grave o problemas cutáneos
- 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 la salud mental/emocional general de su hijo(a)/pupilo(a) antes de la crisis del 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. ... ¿su hijo(a)/pupilo(a) 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 que su hijo(a)/pupilo(a) tuviera una infección por coronavirus/COVID-19?

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

18. ... ¿su hijo(a)/pupilo(a) 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. Cansancio
- f. Pérdida del sentido del gusto o del olfato
- g. Infección ocular
- h. Otro _____

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

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

20. ... ¿Ha ocurrido alguno de los siguientes problemas a los familiares de su hijo(a)/pupilo(a) 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 su hijo(a)/pupilo(a) 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 tiempo su hijo(a)/pupilo(a) le ha hecho preguntas, ha leído o habla de Coronavirus/COVID-19?

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

26. ¿La crisis del Coronavirus/COVID-19 en su área ha dado lugar a cambios positivos en la vida de su hijo(a)/pupilo(a)?

- 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. ... ¿ha sido cerrado el edificio de la escuela de su hijo(a)/pupilo(a)? S/N/NA

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. ... ¿Con cuántas personas, de fuera de su hogar, ha tenido su hijo(a)/pupilo(a) una conversación en persona? _____

29. ... ¿Cuánto tiempo ha pasado su hijo(a)/pupilo(a) yendo fuera de la casa (por ejemplo, ir 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

30. ... ¿Cuán estresantes han sido las restricciones para salir de casa para su hijo(a)/pupilo(a)?

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

- e. Extremadamente
- 31. ... ¿Ha cambiado la frecuencia de las interacciones de su hijo(a)/pupilo(a) con personas fuera de su casa en relación con antes de la crisis del 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
- 32. ... ¿Cuánta dificultad ha tenido su hijo(a)/pupilo(a) para seguir las recomendaciones de mantenerse alejado del contacto cercano con otras personas?**
- a. Ninguno
 - b. Un poco
 - c. Moderado
 - d. Mucho
 - e. Una gran cantidad
- 33. ... ha cambiado la calidad de las relaciones entre su hijo(a)/pupilo(a) 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
- 34. ... ¿Cuán estresantes han sido estos cambios en los contactos familiares para su hijo(a)/pupilo(a)?**
- a. Nada en absoluto
 - b. Ligeramente
 - c. Moderadamente
 - d. Mucho
 - e. Extremadamente
- 35. ... ¿Ha cambiado la calidad de las relaciones de su hijo(a)/pupilo(a) con sus amigos?**
- a. Mucho peor
 - b. Un poco peor
 - c. Más o menos lo mismo
 - d. Un poco mejor
 - e. Mucho mejor
- 36. ... ¿Cuán estresantes han sido estos cambios en las relaciones sociales para su hijo(a)/pupilo(a)?**
- a. Nada en absoluto
 - b. Ligeramente
 - c. Moderadamente
 - d. Mucho

e. Extremadamente

37. ... ¿Cuan difícil ha sido la cancelación de eventos importantes (como graduación, baile de graduación, vacaciones, etc.) en la vida de su hijo(a)/pupilo(a)?

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

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

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

39. ... ¿hasta qué punto su hijo(a)/pupilo(a) está preocupado por la estabilidad de su situación de vida?

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

40. ... ¿Le ha preocupado a su hijo(a)/pupilo(a) quedarse sin comida por falta de dinero?

- a. Sí
- b. No

41. ¿Su hijo(a)/pupilo(a) tiene esperanzas de que la crisis coronavirus / COVID-19 en su área terminará pronto?

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

COMPORTAMIENTOS DIARIOS (PASADO DOS SEMANAS)

Durante las DOS SEMANAS ANTERIORES:

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

- a. Antes de las 8 pm (20h)
- b. 8 pm-10 pm (20h-22h)
- c. 10 pm-12 am (22h-24h)
- d. Después de la medianoche

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

- a. Antes de las 8 pm (20h)
- b. 8 pm-10 pm (20h-22h)
- c. 10 pm-12 am (22h-24h)
- d. Después de la medianoche

44. ... ¿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

45. ... ¿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

46. ... ¿Cuántos días a la semana has estado haciendo ejercicio (por ejemplo, aumento de la frecuencia cardíaca y/o de la respiración) durante al menos 30 minutos?

- a. Ninguno
- b. 1-2 días
- c. 3-4 días
- d. 5-6 días
- e. Diario

47. ... ¿Cuántos días por semana has estado pasando 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, su hijo(a)/pupilo(a):

48. ... ¿Qué tan preocupado(a) ha estado en general?

- a. No se preocupa en absoluto
- b. Ligeramente preocupado(a)
- c. Moderadamente preocupado(a)
- d. Muy preocupado(a)
- e. Extremadamente preocupado(a)

49. ... ¿Qué tan feliz o triste ha estado?

- a. Muy triste/deprimido(a)/infeliz
- b. Moderadamente triste/deprimido(a)/infeliz
- c. Neutral
- d. Moderadamente feliz/alegre
- e. Muy feliz/alegre

50. ... ¿Qué tan relajado(a) o ansioso(a) ha estado?

- 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)

51. ... ¿Qué tan nervioso(a) o inquieto(a) ha estado?

- 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)

52. ... ¿Qué tan fatigado(a) o cansado(a) ha estado?

- 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)

53. ... ¿qué tan bien se ha podido concentrar o focalizar?

- 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)

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

- a. No 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)

55. ... ¿Qué tan solo(a) se ha sentido?

- 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 (PASADAS DOS SEMANAS)

Durante las DOS SEMANAS ANTERIORES, cuánto tiempo por día pasó su hijo(a)/pupilo(a):

56. ... 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

57. ... utilizando 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

58. ... 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**, con qué frecuencia su hijo(a)/pupilo(a) usó:

59. ... 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

60. ... 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

61. ... 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

62. ... marihuana/cannabis (por ejemplo, enrollado en papel de arroz en 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

63. ... 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 su hijo(a)/pupilo(a).

[CUADRO DE TEXTO]

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

[CUADRO DE TEXTO]