

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

Formulario de Seguimiento 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):

CORONAVIRUS/COVID-19 ESTADO DE SALUD/EXPOSICIÓN

Durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS:

- 1. ... ¿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

- 2. ... ¿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

- 3. ... ¿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 _____

- 4. ... ¿Alguien de su familia ha sido diagnosticado con Coronavirus/COVID-19? (marque todas las que correspondan)**
 - a. Sí, un miembro de mi hogar
 - b. Sí, no es miembro de mi hogar
 - c. No

- 5. ... ¿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 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿Cuán preocupado ha estado por:

6. estar infectado o infectarse?

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

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

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

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

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

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

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

10. ¿Cuánto tiempo pasa leyendo o hablando acerca del Coronavirus/COVID-19?

- a. Nunca
- b. Raramente
- c. Ocasionalmente
- d. Frecuentemente
- e. La mayoría del tiempo

11. ¿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 11, por favor especificar: _____

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

Durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS:

12. ... si asiste a la escuela, ¿Ha cerrado el edificio de tu escuela? 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

13. ... 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

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

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

- Nada en absoluto
- 1-2 días a la semana
- Pocos días a la semana
- Varios días a la semana
- Todos los días

16. ... ¿Cuán estresantes han sido las restricciones de salir de casa para usted?

- Nada en absoluto
- Ligeramente
- Moderadamente
- Mucho
- Extremadamente

- 17. ... ¿Ha cambiado en frecuencia 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
- 18. ... ¿Cuánta dificultad ha tenido para seguir las recomendaciones de mantenerse alejado del contacto cercano con otras personas?**
- a. Ninguna
 - b. Un poco
 - c. Moderado
 - d. Mucha
 - e. Una gran cantidad
- 19. ... ¿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
- 20. ... ¿Cuán estresantes han sido estos cambios en los contactos familiares para usted?**
- a. Nada en absoluto
 - b. Ligeramente
 - c. Moderadamente
 - d. Mucho
 - e. Extremadamente
- 21. ... ¿Ha cambiado la calidad de sus relaciones con sus amigos?**
- a. Mucho peor
 - b. Un poco peor
 - c. Más o menos lo mismo
 - d. Un poco mejor
 - e. Mucho mejor
- 22. ... ¿Cuán estresantes han sido estos cambios en los contactos sociales para usted?**
- a. Nada en absoluto
 - b. Ligeramente
 - c. Moderadamente
 - d. Mucho
 - e. Extremadamente

23. ... ¿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

24. ... ¿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

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

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

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

- a. Sí
- b. No

27. ¿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 ÚLTIMAS SEMANAS)

Durante las **DOS ÚLTIMAS SEMANAS:**

28. ... ¿A qué hora se ha ido 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)

29. ... ¿A qué hora se ha ido 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)

30. ... ¿Cuántas horas ha dormido 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

31. ... ¿Cuántas horas ha dormido 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

32. ... ¿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

33. ... ¿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 ÚLTIMAS SEMANAS)

Durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS:

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

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

35. ... ¿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

36. ... ¿Cuánto ha podido para disfrutar de tus actividades habituales?

- a. Nada en absoluto
- b. Ligeramente

- c. Moderadamente
- d. Bastante
- e. Mucho

37. ... ¿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)

38. ... ¿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)

39. ... ¿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)

40. ... ¿Qué tan bien se ha podido concentrar o focalizar 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)

41. ... ¿Qué tan irritable ha estado o fácilmente se ha enojado?

- 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)

42. ... ¿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)

43. ... ¿hasta qué punto ha tenido pensamientos negativos, pensado en experiencias desagradables o en cosas que lo hacían sentir mal?

- a. Nada en absoluto
- b. Raramente

- c. Ocasionalmente
- d. frecuentemente
- e. La mayor parte del tiempo

USO DE MEDIOS (DOS ÚLTIMAS SEMANAS)

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

44. ...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

45. ... usando 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

46. ... jugando videojuegos?

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

USO DE SUSTANCIAS (DOS ÚLTIMAS SEMANAS)

Durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS, ¿con que frecuencia ha tomado/usado:

47. ... 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

48. ... 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

49. ... 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

50. ... marihuana/cannabis (por ejemplo, enrollado en 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

51. ... opioides, heroína o narcóticos?

- 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

52. ... otras drogas como 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

53. ... medicamentos para dormir o sedantes/hipnóticos?

- 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

Apoyo/Soporte

54. ¿Cuáles de las siguientes fuentes de apoyo estaban en su disponibles para usted antes de la crisis Coronavirus / COVID-19 en su área y han sido interrumpidas durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS? (marque todas las que correspondan)

- a. Sala de recursos
- b. Tutoría
- c. Programas de tutoría
- d. Programas de actividades después de la escuela
- e. Programas de voluntariado
- f. Psicoterapia
- g. Atención psiquiátrica
- h. Terapia ocupacional
- i. Fisioterapia
- j. Terapia del habla/lenguaje
- k. Actividades deportivas
- l. Atención médica para enfermedades crónicas
- m. Otro: Especifique _____

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]