Encuesta sobre el impacto en la salud por el **C**o**R**onav**I**ru**S** (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](mailto: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)?**
   1. Madre
   2. Padre
   3. Abuelo(a)
   4. Tio(a)
   5. Padre adoptivo
   6. Otro: Specifica \_\_\_\_
2. **Por favor, especifique el sexo de su hijo(a)/pupilo(a):**
   1. Hombre
   2. Mujer
   3. 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.**
   1. Inglaterra, Irlanda, Escocia o Gales
   2. Australia – sin ascendencia Aborigen o Isleña del Estrecho de Torres
   3. Australia – de ascendencia Aborigen o Isleña del Estrecho de Torres
   4. Nueva Zelanda – sin ascendencia Maorí
   5. Nueva Zelanda – de ascendencia Maorí
   6. Norte de Europa, incluyendo Suecia, Noruega, Finlandia y los países circundantes
   7. Europa Occidental, incluyendo Francia, Alemania, los Países Bajos y los países circundantes
   8. Europa del Este, incluyendo Rusia, Polonia, Hungría y los países circundantes
   9. Sur de Europa, incluyendo Italia, Grecia, España, Portugal y los países circundantes
   10. Oriente Medio, incluyendo Líbano, Turquía y los países circundantes
   11. Asia Oriental, incluyendo China, Japón, Corea del Sur, Corea del Norte, Taiwán y Hong Kong
   12. Asia Sudoriental, incluyendo Tailandia, Malasia, Indonesia, Singapur y los países circundantes
   13. Asia Meridional, incluyendo India, Pakistán, Sri Lanka y los países circundantes
   14. Polinesia, Micronesia o Melanesia incluyendo Tonga, Fiji, Papúa Nueva Guinea y los países circundantes
   15. África
   16. América del Norte – sin ascendencia de las Primeras Naciones, Nativos Americanos, Inuit o Métis
   17. América del Norte – con ascendencia de las Primeras Naciones, Nativos Americanos, Inuit o Métis
   18. America Central o America del Sur
   19. No lo sé
   20. 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?**
   1. Sí
   2. No
5. **¿Su hijo(a)/pupilo(a)/pupilo está inscrito en la escuela/colegio en el año académico actual?**
   1. No asiste a la escuela
   2. Escuela Primaria
   3. Junior High or Middle High (EEUU)
   4. Escuela Secundaria
   5. Universidad/Vocacional
   6. Graduado
6. **¿Cuál describe mejor el área en la que vive?**
   1. Gran ciudad
   2. Suburbios de una gran ciudad
   3. Ciudad pequeña
   4. Ciudad o pueblo
   5. Zona rural
7. **¿Cuál es el nivel más alto de educación que usted completó?**
   1. Escuela primaria incompleta
   2. Escuela secundaria incompleta
   3. Escuela secundaria completa o GED
   4. Algún título universitario o de 2 años
   5. Graduado universitario de 4 años
   6. Una escuela posterior a la universidad
   7. 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)?**
   1. Escuela primaria incompleta
   2. Escuela secundaria incompleta
   3. Escuela secundaria completa o GED
   4. Algún título universitario o de 2 años
   5. Graduado universitario de 4 años
   6. Una escuela posterior a la universidad
   7. 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 es su casa que sea un TRABAJADOR ESENCIAL (ej, profesional de la salud, repartidor, empleado en una tienda, seguridad, mantenimiento de edificios)? S/N**
    1. En caso afirmativo,
       * ¿Vienen a casa cada día?
         + Si
         + No, separados debido a COVID-19
         + No, separados debido a otras razones
    2. ¿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 cubiertos por un seguro médico?**
    1. Sí, militares
    2. Sí, patrocinado por el empleador
    3. Sí, individual
    4. Sí, Medicare
    5. Sí, Medicaid o CHIP
    6. Sí, otros
    7. No
13. **¿Cómo calificaría la salud física general de su hijo(a)/pupilo(a)?**
    1. Excelente
    2. Muy bien
    3. bien
    4. Justo
    5. 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)?**
    1. Alergias estacionales
    2. Asma u otros problemas pulmonares
    3. Problemas cardíacos
    4. Problemas renales
    5. Trastorno inmune
    6. Diabetes o nivel alto de azúcar en sangre
    7. Cáncer
    8. Artritis
    9. Dolores de cabeza frecuentes o muy malos
    10. Epilepsia o convulsiones
    11. Problemas graves estomacales o intestinales
    12. Acné grave o problemas cutáneos
    13. Problemas emocionales o de salud mental como depresión o ansiedad
    14. Problemas con el alcohol o las drogas
    15. Discapacidad intelectual
    16. Trastorno del Espectro Autista
    17. 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?**
    1. Excelente
    2. Muy buena
    3. Buena
    4. Regular
    5. Mala

## CORONAVIRUS/COVID-19 ESTADO DE SALUD/EXPOSICIÓN

**Durante las DOS SEMANAS ANTERIORES:**

1. **... ¿su hijo(a)/pupilo(a)(a) ha estado expuesto a alguien que probablemente tenga Coronavirus/COVID-19? (marque todas las que correspondan)**
   1. Sí, alguien con test positivo
   2. Sí, alguien con diagnóstico médico, pero no test
   3. Sí, alguien con posibles síntomas, pero sin diagnóstico médico
   4. No, que yo tenga conocimiento
2. **... ¿Se ha sospechado que su hijo(a)/pupilo(a) tuviera una infección por coronavirus/COVID-19?**
   1. Sí, tiene un test positivo
   2. Sí, diagnóstico médico, pero no test
   3. Sí, ha tenido algunos posibles síntomas, pero no tiene diagnóstico médico
   4. Sin síntomas ni signos
3. **... ¿su hijo(a)/pupilo(a) ha tenido alguno de los siguientes síntomas? (marque todas las que correspondan)**
   1. Fiebre
   2. Tos
   3. Dificultad para respirar
   4. Dolor de garganta
   5. Cansancio
   6. Pérdida del sentido del gusto o del olfato
   7. Infeccion ocular
   8. Otro \_\_\_\_
4. **... ¿Alguien en la familia de su hijo(a)/pupilo(a) ha sido diagnosticado con Coronavirus/COVID-19? (marque todas las que correspondan)**
   1. Sí, miembro del hogar
   2. Sí, no es miembro del hogar
   3. No
5. **... ¿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)**
   1. Enfermado
   2. Hospitalizado
   3. Ponerse en auto-cuarentena con síntomas
   4. Ponerse en auto-cuarentena sin síntomas (por ejemplo, debido a una posible exposición)
   5. Pérdida o suspensión del trabajo
   6. Reducción de la capacidad para ganar dinero
   7. Falleció
   8. Ninguna de las anteriores

**Durante las DOS SEMANAS ANTERIORES,**  **¿Cuán preocupado ha estado su hijo(a)/pupilo(a) por:**

1. **.... estar infectado o infectarse?**
   1. Nada en absoluto
   2. Un poco
   3. Moderadamente
   4. Mucho
   5. Extremadamente
2. **... que amigos o familiares pudieran estar infectados o se infectasen?**
   1. Nada en absoluto
   2. Un poco
   3. Moderadamente
   4. Mucho
   5. Extremadamente
3. **... su *salud física* esté siendo influenciada por Coronavirus/COVID-19?**
   1. Nada en absoluto
   2. Un poco
   3. Moderadamente
   4. Mucho
   5. Extremadamente
4. **... ¿su *salud mental / emocional* esté siendo influenciada por** **Coronavirus / COVID-19?**
   1. Nada en absoluto
   2. Un poco
   3. Moderadamente
   4. Mucho
   5. Extremadamente
5. **¿Cuánto tiempo su hijo(a)/pupilo(a) le ha hecho preguntas, ha leido o habla de Coronavirus/COVID-19?**
   1. Nada en absoluto
   2. Un poco
   3. Moderadamente
   4. Mucho
   5. Extremadamente
6. **¿La crisis del Coronavirus/COVID-19 en su área ha dado lugar a cambios positivos en la vida de su hijo(a)/pupilo(a)?**
   1. Ninguno
   2. Sólo unos pocos
   3. 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:**

1. **... ¿ha sido cerrado el edificio de la escuela de su hijo(a)/pupilo(a)? S/N/NA**
   1. **En caso negativo,**
      * ¿Se están dando clases? S/N
      * ¿Asistes a las clases en persona? S/N
   2. **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
2. **... ¿Con cuántas personas, de fuera de su hogar, ha tenido su hijo(a)/pupilo(a) una conversación en persona? \_\_\_\_**
3. **... ¿Cuánto tiempo ha pasado su hijo(a)/pupilo(a) yendo fuera de la casa (por ejemplo, ir a tiendas, parques, etc.)?**
   1. Nada en absoluto
   2. 1-2 días a la semana
   3. Pocos días a la semana
   4. Varios días a la semana
   5. Todos los días
4. **... ¿Cuán estresantes han sido las restricciones para salir de casa para su hijo(a)/pupilo(a)?**
   1. Nada en absoluto
   2. Ligeramente
   3. Moderadamente
   4. Mucho
   5. Extremadamente
5. **... ¿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?**
6. Mucho menos
7. Un poco menos
8. Más o menos lo mismo
9. Un poco más
10. Mucho más
11. **... ¿Cuánta dificultad ha tenido su hijo(a)/pupilo(a) para seguir las recomendaciones de mantenerse alejado del contacto cercano con otras personas?**
    1. Ninguno
    2. Un poco
    3. Moderado
    4. Mucho
    5. Una gran cantidad
12. **... ha cambiado la calidad de las relaciones entre su hijo(a)/pupilo(a) y los miembros de su familia?**
13. Mucho peor
14. Un poco peor
15. Más o menos lo mismo
16. Un poco mejor
17. Mucho mejor
18. **... ¿Cuán estresantes han sido estos cambios en los contactos familiares para su hijo(a)/pupilo(a)?**
    1. Nada en absoluto
    2. Ligeramente
    3. Moderadamente
    4. Mucho
    5. Extremadamente
19. **... ¿Ha cambiado la calidad de las relaciones de su hijo(a)/pupilo(a) con sus amigos?**
20. Mucho peor
21. Un poco peor
22. Más o menos lo mismo
23. Un poco mejor
24. Mucho mejor
25. **... ¿Cuán estresantes han sido estos cambios en las relaciones sociales para su hijo(a)/pupilo(a)?**
    1. Nada en absoluto
    2. Ligeramente
    3. Moderadamente
    4. Mucho
    5. Extremadamente
26. **... ¿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)?**
    1. Nada en absoluto
    2. Ligeramente
    3. Moderadamente
    4. Mucho
    5. Extremadamente
27. **... ¿hasta qué punto los cambios relacionados con la crisis coronavirus/COVID-19 en su área han creado problemas financieros para su familia?**
    1. Nada en absoluto
    2. Ligeramente
    3. Moderadamente
    4. Mucho
    5. Extremadamente
28. **... ¿hasta qué punto su hijo(a)/pupilo(a) está preocupado por la estabilidad de su situación de vida?**
    1. Nada en absoluto
    2. Ligeramente
    3. Moderadamente
    4. Mucho
    5. Extremadamente
29. **... ¿Le ha preocupado a su hijo(a)/pupilo(a) quedarse sin comida por falta de dinero?**
    1. Sí
    2. No
30. **¿Su hijo(a)/pupilo(a) tiene esperanzas de que la crisis coronavirus / COVID-19 en su área terminará pronto?**
    1. Nada en absoluto
    2. Ligeramente
    3. Moderadamente
    4. Muchas
    5. Extremadamente

## COMPORTAMIENTOS DIARIOS (PASADO DOS SEMANAS)

**Durante las DOS SEMANAS ANTERIORES:**

1. **... ¿A qué hora se iba a la cama en promedio ENTRE SEMANA?**
   1. Antes de las 8 pm (20h)
   2. 8 pm-10 pm (20h-22h)
   3. 10 pm-12 am (22h-24h)
   4. Después de la medianoche
2. **... ¿A qué hora se iba a la cama en promedio los FINES DE SEMANA?**
   1. Antes de las 8 pm (20h)
   2. 8 pm-10 pm (20h-22h)
   3. 10 pm-12 am (22h-24h)
   4. Después de la medianoche
3. **...** **¿Cuántas horas dormía en promedio por las noches ENTRE SEMANA?**
   1. Menos de 6 horas
   2. Entre 6-8 horas
   3. Entre 8-10 horas
   4. Mas de 10 horas
4. **... ¿Cuántas horas dormía en promedio por las noches los FINES DE SEMANA?**
   1. Menos de 6 horas
   2. Entre 6-8 horas
   3. Entre 8-10 horas
   4. Mas de 10 horas
5. **... ¿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?**
   1. Ninguno
   2. 1-2 días
   3. 3-4 días
   4. 5-6 días
   5. Diario
6. **... ¿Cuántos días por semana has estado pasando tiempo al aire libre?**
   1. Ninguno
   2. 1-2 días
   3. 3-4 días
   4. 5-6 días
   5. Diario

## EMOCIONES/PREOCUPACIONES (DOS SEMANAS ANTERIORES)

**Durante las DOS SEMANAS ANTERIORES, su hijo(a)/pupilo(a):**

1. **... ¿Qué tan preocupado(a) ha estado en general?**
   1. No se preocupa en absoluto
   2. Ligeramente preocupado(a)
   3. Moderadamente preocupado(a)
   4. Muy preocupado(a)
   5. Extremadamente preocupado(a)
2. **... ¿Qué tan feliz o triste ha estado?**
   1. Muy triste/deprimido(a)/infeliz
   2. Moderadamente triste/deprimido(a)/infeliz
   3. Neutral
   4. Moderadamente feliz/alegre
   5. Muy feliz/alegre
3. **... ¿Qué tan relajado(a) o ansioso(a) ha estado?**
   1. Muy relajado(a)/tranquilo(a)
   2. Moderadamente relajado(a)/tranquilo(a)
   3. Neutral
   4. Moderadamente nervioso(a)/ansioso(a)
   5. Muy nervioso(a)/ansioso(a)
4. **... ¿Qué tan nervioso(a) o inquieto(a) ha estado?**
   1. No nervioso(a) /inquieto(a) en absoluto
   2. Ligeramente nervioso(a)/inquieto(a)
   3. Moderadamente nervioso(a)/inquieto(a)
   4. Muy nervioso(a)/inquieto(a)
   5. Extremadamente nervioso(a)/inquieto(a)
5. **... ¿Qué tan fatigado(a) o cansado(a) ha estado?**
   1. No fatigado(a) ni cansado(a) en absoluto
   2. Ligeramente fatigado(a) o cansado(a)
   3. Moderadamente fatigado(a) o cansado(a)
   4. Muy fatigado(a) o cansado(a)
   5. Extremadamente fatigado(a) o cansado(a)
6. **... ¿qué tan bien se ha podido concentrar o focalizar?**
   1. Muy concentrado(a)/atento(a)
   2. Moderadamente enfocado(a)/atento(a)
   3. Neutral
   4. Moderadamente desenfocado(a)/distraído(a)
   5. Muy desenfocado(a)/distraído(a)
7. **... ¿Qué tan irritable estaba o facilmente se enojaba?**
   1. No irritable o enojado(a) en absoluto
   2. Ligeramente irritable o enojado(a)
   3. Moderadamente irritable o enojado(a)
   4. Muy irritable o enojado(a)
   5. Extremadamente irritable o enojado(a)
8. **... ¿Qué tan solo(a) se ha sentido?**
   1. Nada solo(a) en absoluto
   2. Ligeramente solo(a)
   3. Moderadamente solo(a)
   4. Muy solo(a)
   5. Extremadamente solo(a)

## USO DE MEDIOS (PASADAS DOS SEMANAS)

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

1. **... viendo la televisión o los medios digitales (por ejemplo, Netflix, YouTube, navegación web)?**
   1. No TV ni medios digitales
   2. Menos de 1 hora
   3. 1-3 horas
   4. 4-6 horas
   5. Más de 6 horas
2. **... utilizando las redes sociales (por ejemplo, Facetime, Facebook, Instagram, Snapchat, Twitter, TikTok)?**
   1. No redes sociales
   2. Menos de 1 hora
   3. 1-3 horas
   4. 4-6 horas
   5. Más de 6 horas
3. **... jugando videojuegos?**
4. No videojuegos
5. Menos de 1 hora
6. 1-3 horas
7. 4-6 horas
8. Más de 6 horas

## USO DE SUSTANCIAS (DOS SEMANAS ANTERIORES)

**Durante las DOS SEMANAS ANTERIORES, con qué frecuencia su hijo(a)/pupilo(a) usó:**

1. **... alcohol?**
   1. Nada en absoluto
   2. Raramente
   3. Una vez al mes
   4. Varias veces al mes
   5. Una vez a la semana
   6. Varias veces a la semana
   7. Una vez al día
   8. Mas de una vez al día
2. **... vapeo?**
   1. Nada en absoluto
   2. Raramente
   3. Una vez al mes
   4. Varias veces al mes
   5. Una vez a la semana
   6. Varias veces a la semana
   7. Una vez al día
   8. Mas de una vez al día
3. **... cigarrillos u otro tabaco?**
   1. Nada en absoluto
   2. Raramente
   3. Una vez al mes
   4. Varias veces al mes
   5. Una vez a la semana
   6. Varias veces a la semana
   7. Una vez al día
   8. Mas de una vez al día
4. **... marihuana/cannabis (por ejemplo, enrollado en papel de arrozo en papel de tabaco, pipa, bong)?**
   1. Nada en absoluto
   2. Raramente
   3. Una vez al mes
   4. Varias veces al mes
   5. Una vez a la semana
   6. Varias veces a la semana
   7. Una vez al día
   8. Mas de una vez al día
5. **... opioides, heroína, cocaína, crack, anfetamina, metanfetamina, alucinógenos o éxtasis?**
   1. Nada en absoluto
   2. Raramente
   3. Una vez al mes
   4. Varias veces al mes
   5. Una vez a la semana
   6. Varias veces a la semana
   7. Una vez al día
   8. 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]**