Encuesta sobre el impacto en la salud por el **C**o**R**onav**I**ru**S** (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](mailto:argyris.stringaris@nih.gov)).

**Traducción y edición de la versión en Español:**

Cristian Morales Carrasco1, Gisela Molina Morales1, Daniela Comesana Pino1 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)**
   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 de Usted que tuviera infección por Coronavirus/COVID-19?**
   1. Sí, tengo un test positivo
   2. Sí, diagnóstico médico, pero no test
   3. Sí, he tenido algunos posibles síntomas, pero no tengo diagnóstico médico
   4. Sin síntomas ni signos
3. **... ¿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. Infección ocular
   8. Otro \_\_\_\_
4. **... ¿Alguien de su familia ha sido diagnosticado con Coronavirus/COVID-19? (marque todas las que correspondan)**
   1. Sí, un miembro de mi hogar
   2. Sí, no es miembro de mi hogar
   3. 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)**
   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 ÚLTIMAS SEMANAS,** **¿Cuán preocupado ha estado 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 pasa leyendo** **o hablando acerca del Coronavirus/COVID-19?**
   1. Nunca
   2. Raramente
   3. Ocasionalmente
   4. Frecuentemente
   5. La mayoría del tiempo

1. **¿Ha llevado a algún cambio positivo en su vida la crisis del Coronavirus/COVID-19 en su área?**
   1. Ninguno
   2. Sólo unos pocos
   3. 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:**

1. **...** **si asiste a la escuela,** **¿Ha cerrado el edificio de tu escuela? 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. **… si usted tenía un trabajo antes de la crisis del Coronavirus/COVID-19, continua trabajando? S/N/NA**
   1. **En caso afirmativo,** 
      * ¿Aun va a tu puesto de trabajo? S/N
      * ¿Está teletrabajando o trabajando desde casa? S/N
   2. **En caso negativo,**
      * ¿Le suspendieron del trabajo? S/N
      * ¿Perdió su trabajo? S/N
3. **...** **¿Con cuántas personas, de fuera de su casa, ha tenido una conversación en persona? \_\_\_\_**
4. **... ¿****Cuánto tiempo ha pasado yendo fuera de casa (por ejemplo, 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
5. **... ¿Cuán estresantes han sido las restricciones de salir de casa para usted?**
   1. Nada en absoluto
   2. Ligeramente
   3. Moderadamente
   4. Mucho
   5. Extremadamente
6. **... ¿Ha cambiado en frecuencia las interacciones con personas fuera de casa en relación *con antes* de la crisis** **Coronavirus/COVID-19 en su área?**
7. Mucho menos
8. Un poco menos
9. Más o menos lo mismo
10. Un poco más
11. Mucho más
12. **... ¿****Cuánta dificultad ha tenido para seguir las recomendaciones de mantenerse alejado del contacto cercano con otras personas?**
    1. Ninguna
    2. Un poco
    3. Moderado
    4. Mucha
    5. Una gran cantidad
13. **... ¿ha cambiado la calidad de las relaciones entre usted y los miembros de su familia?**
14. Mucho peor
15. Un poco peor
16. Más o menos lo mismo
17. Un poco mejor
18. Mucho mejor
19. **... ¿Cuán estresantes han sido estos cambios en los contactos familiares para usted?**
    1. Nada en absoluto
    2. Ligeramente
    3. Moderadamente
    4. Mucho
    5. Extremadamente
20. **... ¿Ha cambiado la calidad de sus relaciones con sus amigos?**
21. Mucho peor
22. Un poco peor
23. Más o menos lo mismo
24. Un poco mejor
25. Mucho mejor
26. **... ¿Cuán estresantes han sido estos cambios en los contactos sociales para usted?**
    1. Nada en absoluto
    2. Ligeramente
    3. Moderadamente
    4. Mucho
    5. Extremadamente
27. **... ¿Cuán difícil ha sido para Usted la cancelación de eventos importantes (como graduación, baile de graduación, vacaciones, etc.) en su vida?**
    1. Nada en absoluto
    2. Ligeramente
    3. Moderadamente
    4. Mucho
    5. Extremadamente
28. **... ¿hasta qué punto los cambios relacionados con la crisis coronavirus/COVID-19 en su área han creado problemas financieros para usted o su familia?**
    1. Nada en absoluto
    2. Ligeramente
    3. Moderadamente
    4. Mucho
    5. Extremadamente
29. **... ¿hasta qué punto le preocupa la estabilidad de su situación de vida?**
    1. Nada en absoluto
    2. Ligeramente
    3. Moderadamente
    4. Mucho
    5. Extremadamente
30. **... ¿Le ha preocupado quedarse sin comida por falta de dinero?**
    1. Sí
    2. No
31. **¿Tiene esperanzas de que la crisis del Coronavirus/COVID-19 en su zona termine pronto?**
    1. Nada en absoluto
    2. Ligeramente
    3. Moderadamente
    4. Muchas
    5. Extremadamente

## COMPORTAMIENTOS DIARIOS (DOS ÚLTIMAS SEMANAS)

## Durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS:

1. **... ¿A qué hora se ha ido a la cama en promedio ENTRE SEMANA?**
   1. Antes de las 9 pm (21h)
   2. 9 pm-11 pm (21h-23h)
   3. 11 pm-1 am (23h-1h)
   4. Después de la 1 am (1h)
2. **... ¿A qué hora se ha ido a la cama en promedio los FINES DE SEMANA?**
   1. Antes de las 9 pm (21h)
   2. 9 pm-11 pm (21h-23h)
   3. 11 pm-1 am (23h-1h)
   4. Después de la 1 am (1h)
3. **... ¿Cuántas horas ha dormido 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 ha dormido 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 ÚLTIMAS SEMANAS)

**Durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS:**

1. **... ¿Qué tan preocupado(a) ha estado en general?**
2. No me preocupa en absoluto
3. Ligeramente preocupado(a)
4. Moderadamente preocupado(a)
5. Muy preocupado(a)
6. Extremadamente preocupado(a)
7. **... ¿Qué tan feliz o triste ha estado?**
8. Muy triste/deprimido(a)/infeliz
9. Moderadamente triste/deprimido(a)/infeliz
10. Neutral
11. Moderadamente feliz/alegre
12. Muy feliz/alegre
13. **... ¿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)
14. **... ¿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)
15. **... ¿Qué tan fatigado(a) o cansado(a) ha estado?**
16. No fatigado(a) ni cansado(a) en absoluto
17. Ligeramente fatigado(a) o cansado(a)
18. Moderadamente fatigado(a) o cansado(a)
19. Muy fatigado(a) o cansado(a)
20. Extremadamente fatigado(a) o cansado(a)

1. **... ¿****Qué tan bien se ha podido concentrar o focalizar su atención?**
2. Muy concentrado(a)/atento(a)
3. Moderadamente enfocado(a)/atento(a)
4. Neutral
5. Moderadamente desenfocado(a)/distraído(a)
6. Muy desenfocado(a)/distraído(a)
7. **... ¿****Qué tan irritable ha estado o fácilmente se ha enojado?**
8. No irritable o enojado(a) en absoluto
9. Ligeramente irritable o enojado(a)
10. Moderadamente irritable o enojado(a)
11. Muy irritable o enojado(a)
12. Extremadamente irritable o enojado(a)
13. **... ¿****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 (DOS ÚLTIMAS SEMANAS)

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

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. **... usando 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 juego videojuegos
5. Menos de 1 hora
6. 1-3 horas
7. 4-6 horas
8. Más de 6 horas

**USO DE SUSTANCIAS (DOS ÚLTIMAS SEMANAS)**

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

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 arroz o 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. **... otras drogas como 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

## Apoyo/Soporte

## 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]**