Encuesta sobre el impacto en la salud por el **C**o**R**onav**I**ru**S** (CRISIS) V0.3

*Formulario Breve de Seguimiento 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 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):**

**Edad de su hijo(a)/pupilo(a): (años):**

**¿ 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 \_\_\_\_

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

**Durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS:**

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) tenga 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. 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 ÚLTIMAS SEMANAS,**  **¿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 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. **... ¿ha sido cerrado el edificio de la escuela de su hijo(a)/pupilo(a)? S/N**
   1. **En caso negativo,**
      * ¿Se están dando clases? S/N
      * ¿Asiste a las clases en persona? S/N
   2. **En caso afirmativo,**
      * ¿Se han reanudado las clases on-line? S/N
      * ¿Tiene fácil acceso a Internet y a un ordenador? S/N
      * ¿Tiene deberes o tareas a completar? S/N
      * ¿Puede 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 ÚLTIMAS SEMANAS:**

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 ha 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 ha 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, 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 su atencion?**
   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 ha estado o facilmente se ha enojado(a)?**
   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 ÚLTIMAS SEMANAS, 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 ÚLTIMAS SEMANAS)

**Durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS, 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. **... 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

## 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]**