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

*Formulario Breve de Seguimiento para Jóvenes*

**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):**

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

**Durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS:**

1. **... ¿has estado expuesto a alguien que probablemente tenga Coronavirus/COVID-19? (marca 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 te hubieras infectado de 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. **... ¿Has tenido alguno de los siguientes síntomas? (marca todos los 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 en tu familia ha sido diagnosticado de Coronavirus/COVID-19?**

**(marca todas las que correspondan)**

* 1. Sí, un miembro de mi casa
  2. Sí, no es miembro de mi casa
  3. No

1. **... ¿le ha pasado algo de lo siguiente a los miembros de tu familia debido a**

**Coronavirus/COVID-19?** **(marca** **todas las opciones 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 has estado por:**

1. **.... poder estar infectado o infectarte?**
   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. **... que tu *salud física* esté siendo influenciada por Coronavirus/COVID-19?**
   1. Nada en absoluto
   2. Un poco
   3. Moderadamente
   4. Mucho
   5. Extremadamente
4. **... que tu *salud Mental/Emocional* estésiendo influenciada por Coronavirus/COVID-19?**
   1. Nada en absoluto
   2. Un poco
   3. Moderadamente
   4. Mucho
   5. Extremadamente
5. **¿Cuánto tiempo pasas leyendo** **o hablando acerca del Coronavirus/COVID-19?**
   1. Nunca
   2. Raramente
   3. Ocasionalmente
   4. Frecuentemente
   5. La mayoría del tiempo
6. **¿Ha llevado a algún cambio positivo en tu vida la crisis del Coronavirus/COVID-19 en tu área?**
   1. Ninguno
   2. Sólo unos pocos
   3. Algunos

* **Si respondiste 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 cerrado el edificio de tu escuela? S/N**
   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 casa, has tenido una conversación en persona? \_\_\_\_**
3. **... ¿Cuánto tiempo** **has 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
4. **...** **¿Cuán estresantes han sido las restricciones de salir de casa para ti?**
   1. Nada en absoluto
   2. Ligeramente
   3. Moderadamente
   4. Mucho
   5. Extremadamente
5. **...** **¿Han cambiado la frecuencia de las interacciones con personas fuera de casa en relación *con antes* de la crisis** **Coronavirus/COVID-19 en tu área?**
6. Mucho menos
7. Un poco menos
8. Más o menos lo mismo
9. Un poco más
10. Mucho más
11. **... ¿Cuánta dificultad has tenido para seguir las recomendaciones de mantenerte alejado del contacto cercano con otras personas?**
    1. Ninguna
    2. Un poco
    3. Moderada
    4. Mucha
    5. Una gran cantidad
12. **... ¿Ha cambiado la calidad de tu relación con los miembros de tu 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 para ti estos cambios en las relaciones familiares?**
    1. Nada en absoluto
    2. Ligeramente
    3. Moderadamente
    4. Mucho
    5. Extremadamente
19. **... ¿Ha cambiado la calidad de tus relaciones con tus 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 para ti estos cambios en tus relaciones sociales?**
    1. Nada en absoluto
    2. Ligeramente
    3. Moderadamente
    4. Mucho
    5. Extremadamente
26. **... ¿Cuán difícil ha sido para ti la cancelación de eventos importantes (como graduación, baile de graduación, vacaciones, etc.) en tu vida?**
    1. Nada en absoluto
    2. Ligeramente
    3. Moderadamente
    4. Mucho
    5. Extremadamente
27. **... ¿hasta qué punto, los cambios relacionados con la crisis del Coronavirus/COVID-19 en tu área, han creado problemas financieros para ti o tu familia?**
    1. Nada en absoluto
    2. Ligeramente
    3. Moderadamente
    4. Mucho
    5. Extremadamente
28. **... ¿hasta qué punto te preocupa la estabilidad de tus condiciones de vida?**
    1. Nada en absoluto
    2. Ligeramente
    3. Moderadamente
    4. Mucho
    5. Extremadamente
29. **... ¿Te ha preocupado quedarte sin comida por falta de dinero?**
    1. Sí
    2. No
30. **¿Tienes esperanzas de que la crisis del Coronavirus/COVID-19 en tu área** vaya a **terminar** **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 te has ido 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 has ido 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 has 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 has 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. **¿Cuán preocupado(a) has 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 has 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) has estado?**
14. Muy relajado(a)/tranquilo(a)
15. Moderadamente relajado(a)/tranquilo(a)
16. Neutral
17. Moderadamente nervioso(a)/ansioso(a)
18. Muy nervioso(a)/ansioso(a)
19. **... ¿****Qué tan nervioso(a) o inquieto(a) has estado?**
20. No nervioso(a) /inquieto(a) en absoluto
21. Ligeramente nervioso(a)/inquieto(a)
22. Moderadamente nervioso(a)/inquieto(a)
23. Muy nervioso(a)/inquieto(a)
24. Extremadamente nervioso(a)/inquieto(a)
25. **... ¿Qué tan fatigado(a) o cansado(a) has estado?**
26. No fatigado(a) ni cansado(a) en absoluto
27. Ligeramente fatigado(a) o cansado(a)
28. Moderadamente fatigado(a) o cansado(a)
29. Muy fatigado(a) o cansado(a)
30. Extremadamente fatigado(a) o cansado(a)

1. **... ¿Qué tan bien te has podido concentrar o focalizar tu 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 has estado o fácilmente te has 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)

1. **... ¿Qué tan solo(a) te has 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 DE COMUNICACIÓN (DOS ÚLTIMAS SEMANAS)

**Durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS, ¿cuánto tiempo al día has pasado:**

1. **... Viendo la televisión o los medios digitales (por ejemplo, Netflix, YouTube, navegación web)?**
   1. No TV o 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

1. **... jugando videojuegos?**
2. No juego videojuegos
3. Menos de 1 hora
4. 1-3 horas
5. 4-6 horas
6. Más de 6 horas

## USO DE SUSTANCIAS (DOS ÚLTIMAS SEMANAS)

**Durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS, ¿con qué frecuencia has 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 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, describe cualquier otra cosa que te preocupe sobre el impacto de Coronavirus/COVID-19 en ti, tus amigos o tu familia.**

**[CUADRO DE TEXTO]**

**Proporciona cualquier comentario que desees sobre esta encuesta y/o temas relacionados.**

**[CUADRO DE TEXTO]**