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. **... ¿Cuánto ha podido para disfrutar de tus actividades habituales?**
    1. Nada en absoluto
    2. Ligeramente
    3. Moderadamente
    4. Bastante
    5. Mucho
14. **... ¿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)
15. **... ¿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)
16. **... ¿Qué tan fatigado(a) o cansado(a) ha estado?**
17. No fatigado(a) ni cansado(a) en absoluto
18. Ligeramente fatigado(a) o cansado(a)
19. Moderadamente fatigado(a) o cansado(a)
20. Muy fatigado(a) o cansado(a)
21. 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)
14. **... ¿hasta qué punto ha tenido pensamientos negativos, pensado en experiencias desagradables o en cosas que lo hacían sentir mal?**
    1. Nada en absoluto
    2. Raramente
    3. Ocasionalmente
    4. frecuentemente
    5. La mayor parte del tiempo

## 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. **... opioides, heroína o narcóticos?**
   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
6. **... otras drogas como 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
7. **... medicamentos para dormir o sedantes/hipnóticos?**
   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

1. **¿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)**
   1. Sala de recursos
   2. Tutoría
   3. Programas de tutoría
   4. Programas de actividades después de la escuela
   5. Programas de voluntariado
   6. Psicoterapia
   7. Atención psiquiátrica
   8. Terapia ocupacional
   9. Fisioterapia
   10. Terapia del habla/lenguaje
   11. Actividades deportivas
   12. Atención médica para enfermedades crónicas
   13. 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]**