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

*Formulario 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 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/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 capacidad ha tenido de disfrutar de sus actividades habituales?**
   1. Nada en absoluto
   2. Ligeramente
   3. Moderadamente
   4. Bastante
   5. Mucho
4. **... ¿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)
5. **... ¿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)
6. **... ¿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)
7. **... ¿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)
8. **... ¿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)
9. **... ¿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)
10. **... ¿ hasta qué punto ha expresado pensamientos negativos, 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 (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. **... 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 los siguientes fuentes de apoyo para su hijo(a)/pupilo(a) que estaban disponibles 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 su hijo(a)/pupilo(a).**

**[CUADRO DE TEXTO]**

**Proporcione cualquier comentario que desee sobre esta encuesta y/o temas relacionados.**

**[CUADRO DE TEXTO]**