Encuesta sobre el impacto del coronavirus en la salud (CRISIS) - Adaptación para el autismo y otras afecciones relacionadas con el desarrollo neurológico (AFAR) - V0.4

*Formulario de referencia para padres/cuidadores (de 3 a 21 años)*

**Licencia de atribución:** CC-BY-4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

**Equipo de desarrollo de la Encuesta CRISIS principal:**

Los cuestionarios CRISIS principales se desarrollaron en un esfuerzo de colaboración entre los equipos de investigación de Kathleen Merikangas y Argyris Stringaris en el Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health), Programa de Investigación Intramural, Colaboración del Espectro de Conducta, y los de Michael P. Milham en el Instituto de la Mente Infantil (Child Mind Institute) y el Instituto de Investigación Psiquiátrica (Institute for Psychiatric Research) Nathan S. Kline del Estado de Nueva York.

*Entre los colaboradores y consultores de contenido se encuentran***:** Evelyn Bromet, Stan Colcombe, Kathy Georgiades, Dan Klein, Giovanni Salum

*Coordinadores***:** Lindsay Alexander, Ioanna Douka, Julia Dunn, Diana Lopez, Ken Towbin

*Soporte técnico y de edición:* Irene Droney, Beth Foote, Jianping He, Georgia O 'Callaghan, Judith Milham, Courtney Quick, Diana Paksarian, Kayla Sirois

**Equipo de desarrollo de la Encuesta CRISIS AFAR:**

El objetivo de la adaptación fue evaluar las necesidades específicas y los cambios relacionados con la crisis del Coronavirus/COVID-19 en niños y adolescentes (de 3 a 21 años) con autismo y trastornos relacionados con el desarrollo neurológico. En resumen, se mantuvo la estructura general de los formularios principales de CRISIS, se agregaron elementos centrados en servicios, comportamientos clave adaptativos, así como síntomas asociados relevantes para TEA y afecciones relacionadas. Se eliminaron algunos elementos que no se consideran específicos, otros se volvieron a redactar para que se adaptaran mejor a la población objetivo (se puede obtener un resumen detallado solicitándolo a [Adriana.DiMartino@chidmind.org](mailto:Adriana.DiMartino@chidmind.org)).

*Desarrolladores de contenido:* Adriana Di Martino, Louise Gallagher, Stelios Georgiades, Panagiota (Neny) Pervanidou, Audrey Thurm, Bethany Vibert. *Contenido adicional:* la sección titulada Escuela y servicios se basó en gran medida en preguntas seleccionadas del cuestionario CUIDAR durante el COVID desarrollado por Shafali Jeste y sus colegas con pequeñas adaptaciones.

*Consultores:* So Hyun (Sophy) Kim , Meng-Chuan Lai

Edición y soporte técnico: Evdokia Anaganostu, Lindsay Alexander, Jacob Stroud, Irene Droney

El equipo de CRISIS fomenta la notificación avanzada de cualquier medio, informe científico o publicación de datos que se haya recopilado con la encuesta CRISIS principal y la adaptación actual ([merikank@mail.nih.gov](mailto:merikank@mail.nih.gov) y [Adriana.DiMartino@childmind.org](mailto:Adriana.DiMartino@childmind.org), respectivamente) aunque esto no es obligatorio. También alentamos el intercambio voluntario de datos con el fin de realizar estudios psicométricos que serán dirigidos por el Dr. Stringaris ([argyris.stringaris@nih.gov](mailto:argyris.stringaris@nih.gov)). Contacte con [Adriana.DiMartino@chidmind.org](mailto:Adriana.DiMartino@chidmind.org) si desea realizar contribuciones anónimas de datos para CRISIS AFAR.

*Número de identificación:*

**País:**

**Estado/Provincia/Región:**

**Su edad (años):**

**La edad de su niño/a (años):**

## ANTECEDENTES:

***En primer lugar, antes de comenzar con las preguntas principales, nos gustaría hacerle preguntas básicas sobre su niño/a y su familia.***

1. **¿Cuál es su parentesco con el menor?**
   1. Madre
   2. Padre
   3. Abuelo(a)
   4. Tía/Tío
   5. Madre/Padre adoptivo
   6. Otro: Especifique\_\_\_\_
2. **Especifique el sexo de su niño/a al nacer:** 
   1. Masculino
   2. Femenino
   3. Otro \_\_\_\_
3. **Especifique el género de su niño/a:**

Niño/Hombre

Niña/Mujer

Niño trans / Hombre trans

Niña trans / Mujer trans

No binario

1. Identidad no incluida en las anteriores (especifique: \_\_\_\_\_\_)
2. **Recordando lo que sabe de la historia familiar de su niño/a, ¿cuál de las siguientes opciones describe mejor las regiones geográficas de donde viene la familia de su niño/a (es decir, tatarabuelos de su niño/a)? Puede elegir tantas opciones como sea necesario.**
   1. Inglaterra, Irlanda, Escocia o Gales
   2. Australia - no es de ascendencia aborigen o isleño del estrecho de Torres
   3. Australia - de ascendencia aborigen o isleño del estrecho de Torres
   4. Nueva Zelanda - no es de ascendencia maorí
   5. Nueva Zelanda - de ascendencia maorí
   6. Norte de Europa, incluyendo Suecia, Noruega, Finlandia y países vecinos
   7. Europa Occidental, incluidos Francia, Alemania, los Países Bajos y países vecinos
   8. Europa del Este, incluidos Rusia, Polonia, Hungría y países vecinos
   9. Sur de Europa, incluidos Italia, Grecia, España, Portugal y países vecinos
   10. Medio Oriente, incluido el Líbano, Turquía y países vecinos
   11. Asia Oriental, incluidos China, Japón, Corea del Sur, Corea del Norte, Taiwán y Hong Kong
   12. Sudeste de Asia, incluidos Tailandia, Malasia, Indonesia, Singapur y países vecinos
   13. Asia Meridional, incluidos India, Pakistán, Sri Lanka y países vecinos
   14. Polinesia, Micronesia o Melanesia, incluidos Tonga, Fiji, Papua Nueva Guinea y países vecinos
   15. África
   16. Norteamérica: no es de ascendencia de naciones indígenas, nativos americanos, inuit o métis
   17. Norteamérica: de ascendencia de naciones indígenas, nativos americanos, inuit o métis
   18. Centroamérica o Suramérica
   19. Desconozco
   20. Otros
3. **¿Su niño/a es de ascendencia hispana o latina, es decir, mexicano/a, mexico-americano/a, chicano/a, puertorriqueño/a, cubano/a, suramericano/a o centroamericano/a u otra cultura u origen español?**
   1. Sí
   2. No
4. **¿Su niño/a está matriculado en la escuela/universidad para el año académico actual?**
   1. No asiste a la escuela
   2. Preescolar/Kindergarten
   3. Escuela primaria
   4. Escuela intermedia
   5. Escuela secundaria
   6. Colegio universitario (Universidad)/Vocacional
   7. Escuela de posgrado
5. **¿Qué opción describe mejor el área en la que vive su niño/a?**
   1. Ciudad grande
   2. Suburbios de una gran ciudad
   3. Ciudad pequeña
   4. Pueblo o aldea
   5. Área rural
6. **¿Cuál es el nivel más alto de educación alcanzado por USTED?**
   1. Un poco de escuela primaria
   2. Un poco de escuela secundaria
   3. Diploma de escuela secundaria o GED
   4. Un poco del colegio universitario o con título de 2 años
   5. Graduado de colegio universitario/universidad de 4 años
   6. Un poco de escuela más allá de la universidad
   7. Título profesional o posgrado
7. **¿Cuál es el nivel más alto de educación alcanzado por el segundo padre/cuidador de su niño/a?**
   1. Un poco de escuela primaria
   2. Un poco de escuela secundaria
   3. Diploma de escuela secundaria o GED
   4. Un poco del colegio universitario o con título de 2 años
   5. Graduado de universidad de 4 años
   6. Un poco de escuela más allá de la universidad
   7. Título profesional o posgrado
   8. Sin segundo padre/cuidador
8. **¿Cuál de las siguientes opciones aplica al entorno educativo de su niño/a ANTES de la crisis del Coronavirus (COVID-19) en su área?**
   1. Mi niño/a asistió a un programa escolar de educación general (es decir, aula "normal") con apoyo o servicios (por ejemplo, ayudante en el aula, aula de apoyo, actividades modificadas).
   2. Mi niño/a asistió a un programa escolar de educación especial (es decir, aula de educación especial) dentro de un distrito escolar público.
   3. Mi niño/a asistió a un programa escolar de educación especial en una escuela privada o no pública.
   4. Mi niño/a asistió a un programa basado en un centro (es decir, un centro ABA).
   5. Mi niño/a asistió a un programa en el hogar (es decir, educación en el hogar por padre/madre, programa ABA en el hogar).
   6. Mi niño/a estaba en un centro y no vivía en casa.
   7. Mi niño/a asistió a un programa escolar de educación general sin ningún servicio educativo individualizado.
9. **¿Cuántas personas viven actualmente en el hogar de su niño/a (excluyendo a su niño/a)**? \_\_\_
10. **Especifique sus parentescos con su niño/a (marque todas las opciones aplicables):**
    1. Un padre/madre
    2. Dos padres
    3. Abuelo/s
    4. Hermano/s
    5. Otros niños/as
    6. Otros parientes
    7. Sin parentesco
11. **¿Alguno de los adultos que viven en el hogar es un TRABAJADOR ESENCIAL (por ejemplo, atención médica, repartidor, trabajador de tienda, seguridad, servicio de mantenimiento de edificios)? (S/N)**
12. En caso afirmativo,

* **¿Van a casa todos los días?**
* Sí
* No, nos separamos debido al COVID-19
* No, nos separamos por otros motivos
* **¿Son PERSONAL DE EMERGENCIA, PROVEEDOR DE SALUD u OTRO TRABAJADOR en un centro que trata el COVID-19? (S/N)**

1. **¿Cuántas habitaciones (en total) hay en la casa de su niño/a?** \_\_\_
2. **¿Su niño/a está cubierto por un seguro médico?**
   1. Sí, militar
   2. Sí, patrocinado por el patrón/la empresa
   3. Sí individual
   4. Sí, Medicare
   5. Sí, Medicaid o CHIP
   6. Sí, otro
   7. No
3. **En los 3 meses previos a la crisis de Coronavirus/COVID-19 en su área, ¿Su familia recibió dinero de programas de ayuda gubernamental como asistencia social, ayuda a familias con hijos/as dependientes, asistencia general o asistencia temporal para familias necesitadas?**
4. Sí
5. No
6. **¿Cuánto mide su niño/a? \_\_\_ centímetros (cm)/pulgadas (in)**
7. **¿Cuánto pesa su niño/a? \_\_\_ kilogramos (kg) / libras (lb)**
8. **¿Cómo calificaría la salud física en general de su niño/a?**
   1. Excelente
   2. Muy buena
   3. Buena
   4. Regular
   5. Mala
9. **¿Alguna vez le dijo un médico que su niño/a padecía alguna de las siguientes condiciones de salud (marque todas las opciones aplicables)?**
   1. Alergias estacionales
   2. Asma u otros problemas pulmonares
   3. Problemas del corazón
   4. Problemas de riñón
   5. Trastorno del sistema inmune
   6. Diabetes o azúcar alta en la sangre
   7. Cáncer
   8. Artritis
   9. Dolores de cabeza frecuentes o muy fuertes.
   10. Epilepsia o convulsiones
   11. Problemas estomacales o intestinales graves
   12. Acné grave o problemas de la piel
   13. Problemas de la vista
   14. Problemas auditivos
   15. Trastorno obsesivo compulsivo
   16. Problemas de salud mental o emocional como depresión o ansiedad
   17. Problemas con el alcohol o las drogas
   18. Discapacidad intelectual
   19. Trastorno del espectro autista
   20. Trastorno de aprendizaje
   21. Trastorno hiperactivo y déficit de atención
   22. Otros problemas que requieren servicios de educación especial
   23. Otras afecciones del neurodesarrollo
   24. Retraso en el desarrollo
   25. Condiciones genéticas conocidas
   26. Ninguna de las anteriores

20a. Si marcó alguna opción entre v e y, [inserción] especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*20b. [Si seleccionó una o más de las opciones de respuesta entre r y x en la pregunta 20, pregunte]*: **¿Cuánto vocabulario usaba su niño/a de manera espontánea diariamente** **y de forma consistente durante 1 mes antes de la crisis de COVID-19 en su área?**

Ninguna palabra/no habla

Utiliza palabras simples de manera significativa (por ejemplo, para pedir)

Combina tres palabras juntas en oraciones cortas

Usa oraciones propias más largas y puede contar algo que sucedió

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

**Durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS:**

1. **¿Su niño/a ha estado expuesto a alguien que probablemente tenga Coronavirus/COVID-19? (marque todas las opciones aplicables)**
   1. Sí, alguien con prueba positiva
   2. Sí, alguien con diagnóstico médico, pero sin prueba
   3. Sí, alguien con posibles síntomas, pero sin diagnóstico por parte del médico
   4. No, no que yo sepa
2. **¿Se sospecha que su niño/a tiene/ha tenido una infección por Coronavirus/COVID-19?**
   1. Si, tiene prueba positiva
   2. Sí, diagnóstico médico, pero sin prueba
   3. Sí, ha tenido algunos síntomas posibles, pero ningún diagnóstico por parte del médico
   4. Sin síntomas ni signos.
3. **¿Ha tenido su niño/a alguno de los siguientes síntomas? (marque todas las opciones aplicables)**
   1. Fiebre
   2. Tos
   3. Dificultad para respirar
   4. Dolor de garganta
   5. Fatiga
   6. Pérdida de sabor u olfato
   7. Infección ocular
   8. Otro \_\_\_
   9. Ninguna de las anteriores
4. **¿Alguien en la familia de su niño/a ha sido diagnosticado con Coronavirus/COVID-19? (marque todas las opciones aplicables)**
   1. Si, un miembro del hogar
   2. Sí, no es miembro del hogar
   3. No
5. **¿Le ha sucedido algo de lo siguiente a los familiares de su niño/a debido al Coronavirus/COVID-19? (marque todas las opciones aplicables)** 
   1. Físicamente enfermo
   2. Hospitalizado
   3. Puesto en cuarentena con síntomas
   4. Puesto en cuarentena sin síntomas (por ejemplo, debido a una posible exposición)
   5. Perdió su trabajo o fue despedido
   6. Capacidad reducida para ganar dinero
   7. Falleció
   8. Ninguna de las anteriores

**Durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, cuán preocupado ha estado su niño/a por:**

1. **¿Infectarse?**
   1. Nunca
   2. Ligeramente
   3. Moderadamente
   4. Mucho
   5. Extremadamente
2. **¿Que se infecten amigos o familiares?**
   1. Nunca
   2. Ligeramente
   3. Moderadamente
   4. Mucho
   5. Extremadamente
3. **¿Que su *salud física* esté influenciada o impactada por el Coronavirus/COVID-19?**
   1. Nunca
   2. Ligeramente
   3. Moderadamente
   4. Mucho
   5. Extremadamente
4. **¿Que su *salud mental/emocional* esté influenciada por el Coronavirus/COVID-19?**
   1. Nunca
   2. Ligeramente
   3. Moderadamente
   4. Mucho
   5. Extremadamente
5. **¿Cuánto pregunta su niño/a, lee o habla sobre el Coronavirus/COVID-19?**
   1. Nunca
   2. Rara vez
   3. De vez en cuando
   4. A menudo
   5. La mayor parte del tiempo
   6. No aplica debido a limitaciones en la comunicación de mi niño/a
6. **¿La crisis de Coronavirus/COVID-19 en su área ha llevado a cambios positivos en la vida de su niño/a?**
   1. Ninguno
   2. Sólo unos cuantos
   3. Algunos

* **Si respondió b o c a la pregunta 31, especifique: \_\_\_\_**

## CAMBIOS DE VIDA DEBIDO A LA CRISIS DE CORONAVIRUS/COVID-19 EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS:

**Durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS:**

1. **¿Cuánto tiempo ha pasado su niño/a fuera de la casa (por ejemplo, ir a tiendas, parques, etc.)?**
   1. Nunca
   2. 1 a 2 días por semana
   3. Unos cuantos días por semana
   4. Varios días por semana
   5. Todos los días
2. **¿Qué tan estresantes han sido las restricciones para salir de casa para su niño/a?**
   1. Nunca
   2. Ligeramente
   3. Moderadamente
   4. Mucho
   5. Extremadamente
3. **¿Qué tan difícil ha sido para su niño/a la cancelación de eventos importantes (como fiestas de cumpleaños, graduación, fiesta de graduación, vacaciones, etc.)?**
   1. Nunca
   2. Ligeramente
   3. Moderadamente
   4. Mucho
   5. Extremadamente
4. **¿Hasta qué punto los cambios relacionados con la crisis de Coronavirus/COVID-19 en su área crearon problemas financieros para su familia?**
   1. Nunca
   2. Ligeramente
   3. Moderadamente
   4. Mucho
   5. Extremadamente
5. **¿Hasta qué punto le preocupa a su niño/a la estabilidad de su situación de vida?**
   1. Nunca
   2. Ligeramente
   3. Moderadamente
   4. Mucho
   5. Extremadamente
   6. Lo desconozco debido a limitaciones en la comunicación de mi niño/a
6. **¿Hasta qué punto le preocupa a su niño/a quedarse sin comida por falta de dinero?**
   1. Nunca
   2. Ligeramente
   3. Moderadamente
   4. Mucho
   5. Extremadamente
   6. Lo desconozco debido a limitaciones en la comunicación de mi niño/a
7. **¿Qué esperanza tiene su niño/a de que la crisis de Coronavirus/COVID-19 en su área terminará pronto?**
   1. Nunca
   2. Ligeramente
   3. Moderadamente
   4. Mucho
   5. Extremadamente
   6. Lo desconozco debido a limitaciones en la comunicación de mi niño/a

**Gracias por completar las preguntas anteriores.**

**Para evaluar mejor el impacto de la crisis de COVID-19 en su niño/a, primero nos gustaría preguntarle sobre el comportamiento diario y el sueño de su niño/a durante los TRES MESES PREVIOS al inicio de la crisis de Coronavirus/COVID-19 en su área, y luego nos gustaría preguntarle sobre las últimas DOS SEMANAS.**

## COMPORTAMIENTO DIARIO (TRES MESES ANTES DE LA CRISIS)

**Durante los TRES MESES PREVIOS al inicio de la crisis de Coronavirus/COVID-19 en su área, ¿qué tan independiente era su niño/a?**

1. **¿Jugaba y/o se entretenía apropiadamente durante al menos 20 minutos?**
2. Independiente (sin apoyo, indicaciones o supervisión)
3. Con un poco de supervisión (algunos recordatorios verbales y/o visuales)
4. Con mucha supervisión (apoyo que incluye instrucciones paso a paso)
5. Nunca
6. **¿Estructuraba/iniciaba actividades diarias (por ejemplo, iniciaba y concluía el trabajo escolar/tarea/quehaceres, seguía el horario general para completar las actividades)?**
7. Independiente (sin apoyo, indicaciones o supervisión)
8. Con un poco de supervisión (algunos recordatorios verbales y/o visuales)
9. Con mucha supervisión (apoyo que incluye instrucciones paso a paso)
10. Nunca
11. **¿Realizaba actividades de autocuidado (por ejemplo, se vestía/cambiaba de manera independiente/se cepillaba los dientes/se bañaba/duchaba diariamente) y/o comenzaba las actividades del día?**
12. Independiente (sin apoyo, indicaciones o supervisión)
13. Con un poco de supervisión (algunos recordatorios verbales y/o visuales)
14. Con mucha supervisión (apoyo que incluye instrucciones paso a paso)
15. Nunca
16. **¿Gestionaba la hora de comer y las necesidades relacionadas con los alimentos (por ejemplo, preparación, organización y limpieza)?**
    1. Independiente (sin apoyo, indicaciones o supervisión)
    2. Con un poco de supervisión (algunos recordatorios verbales y/o visuales)
    3. Con mucha supervisión (apoyo que incluye instrucciones paso a paso)
    4. Nunca

**Durante los TRES MESES PREVIOS al inicio de la crisis de Coronavirus/COVID-19 en su área,**

1. **…en promedio, ¿a qué hora se acostaba su niño/a los DÍAS DE LA SEMANA?**
2. Antes de las 8 p.m.
3. Entre 8 p.m. y 10 p.m.
4. Entre 10 p.m. y 12 a.m.
5. Después de la medianoche
6. **…en promedio, ¿a qué hora se acostaba su niño/a los FINES DE SEMANA?**
7. Antes de las 8 p.m.
8. Entre 8 p.m. y 10 p.m.
9. Entre 10 p.m. y 12 a.m.
10. Después de la medianoche
11. **…en promedio, ¿cuántas horas por noche dormía su niño/a los DÍAS DE LA SEMANA?**
    1. < 6 horas
    2. De 6 a 8 horas
    3. De 8 a 10 horas
    4. > 10 horas
12. **…en promedio, ¿cuántas horas por noche dormía su niño/a los FINES DE SEMANA?**
    1. < 6 horas
    2. De 6 a 8 horas
    3. De 8 a 10 horas
    4. > 10 horas
13. **…en promedio, ¿tenía su niño/a dificultades para conciliar el sueño (por ejemplo, en 20 minutos) después de acostarse?**
    1. Nunca
    2. Rara vez
    3. De vez en cuando
    4. A menudo
    5. Con frecuencia
14. **…en promedio, ¿se despertaba su niño/a y permanecía despierto durante la noche después de quedarse dormido?**
    1. Nunca
    2. Rara vez
    3. De vez en cuando
    4. A menudo
    5. Con frecuencia
15. **¿cuántos días a la semana hacía ejercicio su niño/a (por ejemplo, aumentaba el ritmo cardiaco, la respiración) durante al menos 30 minutos?**
    1. Ninguno
    2. De 1 a 2 días
    3. De 3 a 4 días
    4. De 5 a 6 días
    5. Diario
16. **¿cuántos días a la semana pasaba su niño/a al aire libre?**
    1. Ninguno
    2. De 1 a 2 días
    3. De 3 a 4 días
    4. De 5 a 6 días
    5. Diario

**COMPORTAMIENTOS E INTERESES (TRES MESES ANTES DE LA CRISIS)**

**Durante los TRES MESES PREVIOS al inicio de la crisis de Coronavirus/COVID-19 en su área, con qué frecuencia su niño/a:**

1. **¿Participaba en movimientos repetitivos (por ejemplo, movimientos repetitivos de todo el cuerpo, o simplemente con sus manos y dedos)?**
2. Nunca
3. Rara vez
4. De vez en cuando
5. A menudo
6. Con frecuencia
7. **¿Participaba en conductas de búsqueda sensorial (por ejemplo, inspeccionar visualmente las cosas, llevar las cosas a la boca/labios para obtener información táctil)?**
8. Nunca
9. Rara vez
10. De vez en cuando
11. A menudo
12. Con frecuencia
13. **¿Participaba en otros rituales o rutinas?**
14. Nunca
15. Rara vez
16. De vez en cuando
17. A menudo
18. Con frecuencia
19. **¿Se ajustaba fácilmente a los cambios en las rutinas diarias (por ejemplo, cambios en la hora, la ubicación, el orden o la ocurrencia de actividades diarias habituales o programadas con regularidad, como citas, comidas o la adición de actividades/eventos inesperados)?**
    1. Nunca
    2. Rara vez
    3. De vez en cuando
    4. A menudo
    5. Con frecuencia
20. **¿Requería que los miembros de la familia y otras personas con las que interactuaba mantuvieran rutinas, rituales y hábitos específicos, incluido el hacer las cosas de manera consistente y requería advertencia o cambio en el comportamiento familiar (por ejemplo, le lleva más tiempo completar las tareas, cambiar el horario para habituar al niño)?**
21. Nunca
22. Rara vez
23. De vez en cuando
24. A menudo
25. Con frecuencia
26. **¿Participaba en una actividad relacionada con un interés muy restringido y sólido (por ejemplo, jugar con el juguete/tema, hablar sobre el juguete/tema, ver contenido relacionado con ese juguete/tema)?** 
    1. Nunca
    2. Rara vez
    3. De vez en cuando
    4. A menudo
    5. Con frecuencia

**Durante los TRES MESES PREVIOS al inicio de la crisis de Coronavirus/COVID-19 en su área,**

1. **¿alguna de las siguientes opciones ha sido un problema significativo en el comportamiento de su niño/a (que anteriormente no había sido controlado por el tratamiento)? Marque todas las opciones aplicables:**
   1. Hiperactividad
   2. Dificultad para concentrarse
   3. Temperamental o fácilmente irritable
   4. Agresión verbal
   5. Agresión física hacia otros o a la propiedad
   6. Autolesión deliberada
   7. Desobedecer y discutir con frecuencia
   8. Llorar con facilidad
   9. Estar excesivamente preocupado por situaciones sociales (por ejemplo, ir a la escuela, asistir a fiestas de cumpleaños, hablar en público)
   10. Estar excesivamente preocupado por separarse del padre/madre/cuidador
   11. Parecer excesivamente temeroso
   12. Ninguna de las anteriores

**62a**. **Para cada síntoma marcado, dé seguimiento con:**

**¿Cuánto problema ha sido para usted?**

* 1. Ligeramente
  2. Moderadamente
  3. Mucho
  4. Bastante

## USO DE MEDIOS (TRES MESES PREVIOS A LA CRISIS)

**Durante los TRES MESES PREVIOS al inicio de la crisis de Coronavirus/COVID-19 en su área, cuánto tiempo por día pasaba su niño/a:**

1. **¿Viendo televisión o medios digitales (por ejemplo, Netflix, YouTube, navegación web)?**
   1. Sin televisión ni medios digitales
   2. Menos de 1 hora
   3. De 1 a 3 horas
   4. De 4 a 6 horas
   5. Más de 6 horas
2. **¿Utilizando las redes sociales (por ejemplo, Facetime, Facebook, Instagram, Snapchat, Twitter, TikTok)?**
   1. Sin redes sociales.
   2. Menos de 1 hora
   3. De 1 a 3 horas
   4. De 4 a 6 horas
   5. Más de 6 horas
3. **¿Jugando videojuegos?**
   1. Sin videojuegos
   2. Menos de 1 hora
   3. De 1 a 3 horas
   4. De 4 a 6 horas
   5. Más de 6 horas

**Durante los TRES MESES PREVIOS al inicio de la crisis de Coronavirus/COVID-19 en su área, con qué frecuencia su niño/a:**

1. **¿Participaba en interacciones en línea/mensajes de texto/correos electrónicos/llamadas telefónicas/chat por video con compañeros/as fuera del hogar (que no sean videojuegos)?**
   1. Nunca
   2. Rara vez
   3. De vez en cuando
   4. A menudo
   5. Con frecuencia
   6. No aplica (por ejemplo, sin oportunidad)
2. **¿Participaba en interacciones en línea/mensajes de texto/correos electrónicos/llamadas telefónicas/chat por video con adultos fuera del hogar, como otros miembros de la familia (sin incluir terapeutas o maestros)?**
   1. Nunca
   2. Rara vez
   3. De vez en cuando
   4. A menudo
   5. Con frecuencia
   6. No aplica (por ejemplo, sin oportunidad)

**Gracias por responder las preguntas anteriores.**

**Ahora nos gustaría preguntarle sobre los comportamientos diarios y el sueño de su niño/a durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS.**

## COMPORTAMIENTO DIARIO (ÚLTIMAS DOS SEMANAS)

**Durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, qué tan independientemente su niño/a:**

1. **¿Jugaba y/o se entretenía apropiadamente durante al menos 20 minutos?**
2. Independiente (sin apoyo, indicaciones o supervisión)
3. Con un poco de supervisión (algunos recordatorios verbales y/o visuales)
4. Con mucha supervisión (apoyo que incluye instrucciones paso a paso)
5. Nunca
6. **¿Estructuraba/iniciaba actividades diarias (por ejemplo, iniciaba y concluía el trabajo escolar/tarea/quehaceres, seguía el horario general para completar las actividades)?**
7. Independiente (sin apoyo, indicaciones o supervisión)
8. Con un poco de supervisión (algunos recordatorios verbales y/o visuales)
9. Con mucha supervisión (apoyo que incluye instrucciones paso a paso)
10. Nunca
11. **¿Realizaba actividades de autocuidado (por ejemplo, se vestía/cambiaba de manera independiente/se cepillaba los dientes/se bañaba/duchaba diariamente) y/o comenzaba las actividades del día?**
12. Independiente (sin apoyo, indicaciones o supervisión)
13. Con un poco de supervisión (algunos recordatorios verbales y/o visuales)
14. Con mucha supervisión (apoyo que incluye instrucciones paso a paso)
15. Nunca
16. **¿Gestionaba la hora de comer y las necesidades relacionadas con los alimentos (por ejemplo, preparación, organización y limpieza)?**
    1. Independiente (sin apoyo, indicaciones o supervisión)
    2. Con un poco de supervisión (algunos recordatorios verbales y/o visuales)
    3. Con mucha supervisión (apoyo que incluye instrucciones paso a paso)
    4. Nunca

**DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS**

1. **…en promedio, ¿a qué hora se acostaba su niño/a los DÍAS DE LA SEMANA?**
2. Antes de las 8 p.m.
3. Entre 8 p.m. y 10 p.m.
4. Entre 10 p.m. y 12 a.m.
5. Después de medianoche
6. **…en promedio, ¿a qué hora se acostaba su niño/a los FINES DE SEMANA?**
7. Antes de las 8 p.m.
8. Entre 8 p.m. y 10 p.m.
9. Entre 10 p.m. y 12 a.m.
10. Después de medianoche
11. **…en promedio, ¿cuántas horas por noche dormía su niño/a los DÍAS DE LA SEMANA?**
    1. < 6 horas
    2. De 6 a 8 horas
    3. De 8 a 10 horas
    4. > 10 horas
12. **…en promedio, ¿cuántas horas por noche dormía su niño/a los FINES DE SEMANA?**
    1. < 6 horas
    2. De 6 a 8 horas
    3. De 8 a 10 horas
    4. > 10 horas
13. **…en promedio, ¿tenía su niño/a dificultades para conciliar el sueño (por ejemplo, dentro de los 20 minutos) después de acostarse?**
    1. Nunca
    2. Rara vez
    3. De vez en cuando
    4. A menudo
    5. Con frecuencia
14. **…en promedio, ¿se despertaba su niño/a y pertenecía despierto durante la noche después de quedarse dormido?**
    1. Nunca
    2. Rara vez
    3. De vez en cuando
    4. A menudo
    5. Con frecuencia
15. **¿cuántos días a la semana hacía ejercicio su niño/a (por ejemplo, aumentaba el ritmo cardiaco, la respiración) durante al menos 30 minutos?**
    1. Ninguno
    2. De 1 a 2 días
    3. De 3 a 4 días
    4. De 5 a 6 días
    5. Diario
16. **¿cuántos días a la semana pasaba su niño/a al aire libre?**
    1. Ninguno
    2. De 1 a 2 días
    3. De 3 a 4 días
    4. De 5 a 6 días
    5. Diario

**COMPORTAMIENTOS E INTERESES (ÚLTIMAS DOS SEMANAS)**

**Durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, con qué frecuencia su niño/a:**

1. **¿Participaba en movimientos motrices repetitivos (por ejemplo, movimientos repetitivos de todo el cuerpo, o simplemente con sus manos y dedos)?**
2. Nunca
3. Rara vez
4. De vez en cuando
5. A menudo
6. Con frecuencia
7. **¿Participaba en conductas de búsqueda sensorial (por ejemplo, inspeccionar visualmente las cosas, llevar las cosas a la boca/labios para obtener información táctil)?**
8. Nunca
9. Rara vez
10. De vez en cuando
11. A menudo
12. Con frecuencia
13. **¿Participaba en otros rituales o rutinas?**
14. Nunca
15. Rara vez
16. De vez en cuando
17. A menudo
18. Con frecuencia
19. **¿Se ajustaba fácilmente a los cambios en las rutinas diarias (por ejemplo, cambios en la hora, la ubicación, el orden o la ocurrencia de actividades diarias habituales o programadas con regularidad, como citas, comidas o la incorporación de actividades/eventos inesperados)?**
    1. Nunca
    2. Rara vez
    3. De vez en cuando
    4. A menudo
    5. Con frecuencia
20. **¿Requería que los miembros de la familia y otras personas con las que interactuaba mantuvieran rutinas, rituales y hábitos específicos, incluido el hacer las cosas de manera consistente y requería advertencia o cambio en el comportamiento familiar (por ejemplo, le lleva más tiempo completar las tareas, cambiar el horario para habituar al niño)?**
21. Nunca
22. Rara vez
23. De vez en cuando
24. A menudo
25. Con frecuencia
26. **¿Participaba en una actividad relacionada con un interés muy restringido y sólido (por ejemplo, jugar con el juguete/tema, hablar sobre el juguete/tema, ver contenido relacionado con ese juguete/tema)?** 
    1. Nunca
    2. Rara vez
    3. De vez en cuando
    4. A menudo
    5. Con frecuencia

**DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS,**

1. **¿alguna de las siguientes opciones ha sido un problema significativo en el comportamiento de su niño/a (que no había sido controlado por el tratamiento)? Marque todas las opciones aplicables:**
   1. Hiperactividad
   2. Dificultad para mantenerse enfocado
   3. Ponerse bravo o perder los estribos fácilmente
   4. Agresión verbal
   5. Agresión física hacia otros o a la propiedad
   6. Autolesión deliberada
   7. Desobedecer y discutir con frecuencia
   8. Llorar con facilidad
   9. Estar excesivamente preocupado por situaciones sociales (por ejemplo, ir a la escuela, asistir a fiestas de cumpleaños, hablar en público)
   10. Estar excesivamente preocupado por separarse del padre/cuidador
   11. Parecer excesivamente temeroso
   12. Ninguna de las anteriores

**86a**. **Para cada síntoma marcado, dé seguimiento con:**

**Durante las últimas 2 semanas, ¿cuánto problema ha sido para usted?**

* 1. Ligeramente
  2. Moderadamente
  3. Mucho
  4. Bastante

## USO DE MEDIOS (ÚLTIMAS DOS SEMANAS)

**Durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, cuánto tiempo por día pasaba su niño/a:**

1. **¿Viendo televisión o medios digitales (por ejemplo, Netflix, YouTube, navegación web)?**
   1. Sin televisión ni medios digitales
   2. Menos de 1 hora
   3. De 1 a 3 horas
   4. De 4 a 6 horas
   5. Más de 6 horas
2. **¿Utilizando las redes sociales (por ejemplo, Facetime, Facebook, Instagram, Snapchat, Twitter, TikTok)?**
   1. Sin redes sociales.
   2. Menos de 1 hora
   3. De 1 a 3 horas
   4. De 4 a 6 horas
   5. Más de 6 horas
3. **¿Jugando videojuegos?**
   1. Sin videojuegos
   2. Menos de 1 hora
   3. De 1 a 3 horas
   4. De 4 a 6 horas
   5. Más de 6 horas

**Durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, con qué frecuencia su niño/a:**

1. **¿Participaba en interacciones en línea/mensajes de texto/correos electrónicos/llamadas telefónicas/chat por video con pares fuera del hogar (que no sean videojuegos)?**
   1. Nunca
   2. Rara vez
   3. De vez en cuando
   4. A menudo
   5. Con frecuencia
   6. No aplica (por ejemplo, sin oportunidad)
2. **¿Participaba en interacciones en línea/mensajes de texto/correos electrónicos/llamadas telefónicas/chat por video con adultos fuera del hogar, como miembros de la familia extendida (sin incluir terapeutas o maestros)?**
   1. Nunca
   2. Rara vez
   3. De vez en cuando
   4. A menudo
   5. Con frecuencia
   6. No aplica (por ejemplo, sin oportunidad)

## ESCUELA y SERVICIOS

**Gracias por responder las preguntas anteriores.**

**Ahora nos gustaría preguntarle sobre los servicios en la escuela y de proveedores externos que pueden haber sido afectados desde la crisis de Coronavirus/COVID-19 en su área.**

1. **¿Cómo se han visto afectados los servicios educativos y otros servicios de su niño/a DESDE que comenzó la crisis del Coronavirus (COVID-19) en su área? Seleccione todas las opciones aplicables.**
   1. Mi niño/a ha tenido que continuar su educación en casa.
   2. Mi niño/a se mudó de vuelta a casa desde un centro residencial de cuidados especializados.
   3. La escuela de mi niño/a está cerrada.
   4. El centro residencial de mi niño/a está cerrado a visitas.
   5. Mi niño/a ha perdido el acceso a cierta educación, intervenciones, servicios o atención médica.
   6. La educación y el acceso a la terapia de mi niño/a no se han visto afectados por el Coronavirus (COVID-19).
2. **¿Cómo se ha visto afectado el acceso de su niño/a a las siguientes intervenciones o servicios que recibe EN LA ESCUELA por el brote de Coronavirus (COVID-19)?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Mi niño/a continúa recibiendo este servicio a través de su escuela (puede ser modificado) (1) | Mi niño/a perdió el acceso y no ha recibido este servicio desde el COVID-19 (2) | Mi niño/a no recibía este servicio con regularidad anteriormente (3) |
| Educación en habilidades académicas/funcionales (1) |  |  |  |
| Terapia del habla (2) |  |  |  |
| Terapia ocupacional (OT) (3) |  |  |  |
| Fisioterapia (PT) (4) |  |  |  |
| Terapia de análisis de comportamiento aplicado (terapia ABA) (5) |  |  |  |
| Terapia de habilidades sociales (6) |  |  |  |
| Psicología general/asesoramiento en la escuela (7) |  |  |  |

***93a. Por cada servicio anterior, si se selecciona la opción (1):***

**Especifique cómo hacen las consultas ahora** *[insertar el nombre del servicio de arriba]***:**

Uso de telesalud (Zoom, Skype, conversaciones telefónicas)

Por correos electrónicos y materiales enviados a mi casa

Por un maestro, terapeuta/terapeuta conductual que viene a mi casa

Por citas en persona fuera del hogar

***93b. [****Por cada servicio anterior, si en la pregunta 93a se selecciona la opción (a), pregunte]:*

***Por el/la*** *[especifique el servicio dependiendo de la respuesta previa con la lógica condicional SI]* ***que su niño/a ahora recibe a través de telesalud (Zoom, Skype, conversaciones telefónicas),*** **¿qué tan útiles ha encontrado estas adaptaciones?**

* 1. Nada útiles
  2. Un poco útiles
  3. Algo útiles
  4. Extremadamente útiles

***93c.*** *[Por cada servicio anterior, si en la pregunta 93a se selecciona la opción (b), pregunte]:*

***Por el/la*** *[especifique el servicio dependiendo de la respuesta previa con la lógica condicional SI]* ***que su niño/a ahora recibe por correo electrónico o materiales enviados a casa:***

**¿Qué tan útiles ha encontrado estas adaptaciones?**

* 1. Nada útiles
  2. Un poco útiles
  3. Algo útiles
  4. Extremadamente útiles

1. **¿Cómo se ha visto afectado su acceso a las siguientes intervenciones o servicios que recibe FUERA DE LA ESCUELA por el brote de Coronavirus (COVID-19)?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Mi niño/a continúa recibiendo este servicio (puede modificarse) | Mi niño/a perdió el acceso y no ha recibido este servicio desde el COVID-19 | Mi niño/a no recibía este servicio con regularidad anteriormente |
| Terapia del habla (1) |  |  |  |
| Terapia ocupacional (OT) (2) |  |  |  |
| Fisioterapia (PT) (3) |  |  |  |
| Terapia de análisis conductual aplicado (terapia ABA) (4) |  |  |  |
| Terapia de habilidades sociales (5) |  |  |  |
| Psicología general/asesoramiento (6) |  |  |  |
| Psiquiatría/Pediatría del desarrollo (7) |  |  |  |
| Terapia recreativa (8) |  |  |  |

***94a. [****Por cada servicio anterior, si se selecciona la opción (1)]****:***

**Especifique cómo** **se imparte ahora** *[insertar el nombre del servicio]***:**

Uso de telesalud (Zoom, Skype, conversaciones telefónicas)

Por correos electrónicos y materiales enviados a mi casa

Por un maestro, terapeuta/terapeuta conductual que viene a mi casa

Por citas en persona fuera del hogar

***94b.*** *[Por cada servicio anterior, si en la pregunta 94a se selecciona la opción (a), pregunte]:*

***Por el/la*** *[especifique el servicio dependiendo de la respuesta previa con la lógica condicional SI]* ***que su niño/a ahora recibe a través de telesalud (Zoom, Skype, conversaciones telefónicas),*** **¿qué tan útiles ha encontrado estas adaptaciones?**

* 1. Nada útiles
  2. Un poco útiles
  3. Algo útiles
  4. Extremadamente útiles

***94c****. [Por cada servicio anterior, si en la pregunta 94a se selecciona la opción (b), pregunte]:*

***por el/la*** *[especifique el servicio dependiendo de la respuesta previa con la lógica condicional SI]* ***que su niño/a está recibiendo ahora por correo electrónico o materiales enviados a casa:***

**¿Qué tan útiles ha encontrado estas adaptaciones?**

* + - * 1. Nada útiles
        2. Un poco útiles
        3. Algo útiles
        4. Extremadamente útiles

1. **¿Ha necesitado su niño/a acceder a alguno de los siguientes proveedores desde el brote de Coronavirus (COVID-19) y cómo lo hicieron?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Mi niño/a no ha necesitado acceder a este tipo de proveedor | Sí, mi niño/a ha accedido a través de telesalud o telemedicina | Sí, mi niño/a ha accedido a través de citas en el hogar | Sí, mi niño/a ha accedido a través de citas en persona en el consultorio | Mi niño/a no pudo acceder a este proveedor |
| Médico de familia/pediatra general (1) |  |  |  |  |  |
| Psiquiatría (2) |  |  |  |  |  |
| Neurología/Pediatra del desarrollo conductual (3) |  |  |  |  |  |
| Gastroenterología (4) |  |  |  |  |  |
| Psicología (5) |  |  |  |  |  |
| Otras subespecialidades (como endocrinología, odontología) (6) |  |  |  |  |  |

1. **Desde el brote de Coronavirus (COVID-19), ¿cuáles de las siguientes opciones ha experimentado en general? Seleccione todas las opciones aplicables.**
   1. Las citas médicas rutinarias de mi niño/a se han cancelado o pospuesto.
   2. Los procedimientos o tratamientos programados de mi niño/a se han cancelado o pospuesto.
   3. He tenido dificultades para comunicarme o hablar con el médico de mi niño/a.
   4. He tenido problemas para acceder a los medicamentos de mi niño/a o para obtener las prescripciones de los mismos
   5. He tenido problemas para gestionar o administrar los medicamentos de mi niño/a.
   6. Tengo problemas para pagar los medicamentos, tratamientos o terapias de mi niño/a.
   7. He perdido el acceso a un ensayo clínico.
   8. Otro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   9. Ninguna de las anteriores
2. **¿Le recetan medicamentos a su niño/a por *problemas de salud mental o conductual*? (S/N)**
   1. En caso afirmativo:

**97a**. **¿Qué opciones serían las más útiles para gestionar mejor los medicamentos de su niño/a? (marque todas las opciones aplicables)**

* + - 1. Recordatorios o notificaciones para suministrar medicamentos
      2. Ayuda con el coste de los medicamentos
      3. Volver a obtener prescripciones o tener suficiente medicamento en casa
      4. Ayuda para ajustar la dosis del medicamento.
      5. Otro (especifique)
      6. Ninguna de las anteriores

1. **¿Le recetan a su niño/a otros medicamentos para *la salud física? (S/N)***
   1. **En caso afirmativo:**

**98a.** **¿Qué opciones serían las más útiles para administrar mejor los medicamentos de su niño/a? (marque todas las opciones aplicables)**

* + - 1. Recordatorios o notificaciones para suministrar medicamentos
      2. Ayuda con el coste de los medicamentos
      3. Volver a obtener prescripciones o tener suficiente medicamento en casa
      4. Ayuda para ajustar la dosis del medicamento.
      5. Otro (especifique)
      6. Ninguna de las anteriores

## INQUIETUDES Y COMENTARIOS ADICIONALES

**Describa cualquier otra cosa que le preocupe sobre el impacto del Coronavirus/COVID-19 en su niño/a.**

**[CUADRO DE TEXTO]**

**Proporcione cualquier comentario que le gustaría compartir sobre esta encuesta y/o temas relacionados.**

**[CUADRO DE TEXTO]**