

## Encuesta de Exposición e Impacto Familiar del COVID-19 (CEFIS)

La Encuesta de exposición e impacto familiar COVID-19 (CEFIS) se desarrolló mediante un proceso de repetición rápido a fines de marzo / principios de abril de 2020.<sup>1</sup> En ese momento, la pandemia de COVID-19 estaba afectando a la mayoría, si no es que, a todas las familias hasta cierto punto. Las comunidades estaban bajo órdenes de "quedarse en casa", las escuelas estaban cerrando y se estaban desarrollando las consecuencias de salud y financieras por la pandemia COVID-19.

Es probable que varios aspectos de la epidemia de COVID afecten a las familias y puedan influir los resultados de las investigaciones en salud pediátrica. CEFIS fue diseñado para ser utilizado en estudios que estén en su curso y nuevos donde COVID-19 puede influir los resultados del estudio. CEFIS forma un concepto de la exposición al COVID-19 que tiene aspectos potencialmente traumáticos y evalúa el impacto de la pandemia en la familia. El CEFIS debe ser completado por los padres y cuidadores de niños. Cada cuidador puede completar CEFIS. Está disponible en inglés y español.

CEFIS está disponible para su uso sin costo a través del Centro de Estrés Traumático Pediátrico (CPTS).<sup>2</sup> CEFIS está disponible como una encuesta de REDCap. Sin embargo, le pedimos que se registre con nosotros antes de usarlo y nos proporcione información sobre su uso y ciertos datos que no serán compartidos o revelados a nadie para que podamos refinar la encuesta. Le daremos el diccionario de datos de REDCap para facilitar este proceso. No hay datos que estén establecidos ni puntos de corte clínicos disponibles en este momento. Los usuarios interesados deben contactar a Gabriela Vega ([Gabriela.Vega@nemours.org](mailto:Gabriela.Vega@nemours.org))

### Puntuación

- La Parte 1 (Exposición) consta de 25 preguntas (Sí / No respuestas) que miden la "exposición" de los participantes a COVID-19 y eventos relacionados. El puntaje de exposición es un recuento de respuestas "sí" y puede variar de 0 a 25.
- La Parte 2 (Impacto) consta de 12 preguntas que miden el impacto de COVID-19. 10 preguntas usan una escala tipo Likert de cuatro puntos para calificar el impacto en la vida de los participantes y la familia; 2 preguntas usan una escala de socorro de 10 puntos. Las puntuaciones más altas denotan más impacto negativo / mayor distrés. La puntuación de impacto (suma de las preguntas 26-37) puede variar de 12 a 60.
- La Parte 3 es una pregunta abierta para que los participantes puedan hablar más sobre sus experiencias y agregar efectos de COVID que no están cubiertos en las otras preguntas.

<sup>1</sup> Los siguientes contribuyeron al desarrollo de CEFIS. Nemours Center for Healthcare Delivery Science (Anne Kazak, Ph.D., ABPP; Kimberly Canter, Ph.D.; Thao-Ly Phan-Vo, M.D., MPH; Glynnis McDonnell, Ph.D., Aimee Hildenbrand, Ph.D., Melissa Alderfer, Ph.D., Corinna Schultz, M.D.); The Children's Hospital of Philadelphia (Lamia Barakat, Ph.D.; Nancy Kassam-Adams, Ph.D.); Cincinnati Children's Hospital Medical Center (Ahna Pai, Ph.D.); University of Pennsylvania (Janet Deatrick, Ph.D., FAAN). Agradecemos los útiles comentarios proporcionados por Darlene Barkman and Kerry Doyle-Shannon. Se pueden enviar consultas generales a Dr. Kazak ([anne.kazak@nemours.org](mailto:anne.kazak@nemours.org)).

<sup>2</sup> CPTS tiene varios recursos relacionados con COVID-19 para pacientes, familias y proveedores de atención médica: <https://www.healthcaretoolbox.org/tools-and-resources/covid19.html>

SAMPLE

Numero de Familia \_\_\_\_\_  
Cuidador 1 Cuidador 2  
Género: M F O  
Fecha de hoy \_\_\_\_\_

### Encuesta de Exposición e Impacto Familiar del COVID-19 (CEFIS)

Cuéntenos sobre las experiencias de su familia durante la nueva pandemia de Coronavirus (COVID-19). Al responder estas preguntas, piense en lo que sucedió desde marzo de 2020 hasta el presente, debido a COVID-19. Cuando nos referimos a familia es a las personas que viven en su hogar, familia extensa y amigos cercanos que usted considera "como familia".

Parte 1. Responda "Sí" o "No" para cada una de las siguientes afirmaciones.

1. Tuvimos una "orden de quedarse en casa"  Sí  No
2. Nuestras escuelas / centros de cuidado infantil estaban cerrados  Sí  No
3. La educación de nuestros hijos fue interrumpida  Sí  No
4. No pudimos visitar o cuidar a un miembro de la familia  Sí  No
5. Nuestra familia vivía por separado por la salud, la seguridad o las demandas del trabajo  
 Sí  No
6. Alguien se mudó (o regresó) a nuestro hogar  Sí  No
7. Tuvimos que mudarnos de nuestro hogar  Sí  No
8. Alguien en la familia siguió trabajando fuera del hogar (personal esencial)  Sí  No
9. Alguien de la familia es un proveedor de atención médica o paramédico brindando atención directa  Sí  No
10. Tuvimos dificultades para conseguir comida  Sí  No
11. Tuvimos dificultades para obtener medicamentos  Sí  No
12. Tuvimos dificultades para obtener atención médica cuando la necesitábamos.  Sí  No
13. Tuvimos dificultades para obtener otros elementos esenciales.  Sí  No (Si su respuesta es sí, especifique) \_\_\_\_\_
14. Nos pusimos en cuarentena debido a viajes o posible exposición  Sí  No
15. Nuestros ingresos familiares disminuyeron  Sí  No
16. Un miembro de la familia tuvo que reducir horas en el trabajo  Sí  No

17. Se requirió que un miembro de la familia dejara de trabajar (se espera que regrese a trabajar)  Sí  No

18. Un miembro de la familia perdió su trabajo permanentemente  Sí  No

19. Perdimos el seguro médico /los beneficios  Sí  No

20. Nos perdimos un evento familiar importante o fue cancelado (por ejemplo: boda, graduación, nacimiento, funeral, viaje [incluyendo vacaciones], otros)  Sí  No

21. Alguien de la familia estuvo expuesto a alguien con COVID-19  Sí  No

¿Quién? (por ejemplo: yo, mi hijo, mi esposo, mi padre, etc.) \_\_\_\_\_

22. Alguien en la familia tuvo síntomas o fue diagnosticado con COVID-19  Sí  No

¿Quién? \_\_\_\_\_

23. Alguien de la familia fue hospitalizado por COVID-19  Sí  No

¿Quién? \_\_\_\_\_

24. Alguien en la familia estaba en la Unidad de Cuidados Intensivos (ICU) para COVID-19

Sí  No

¿Quién? \_\_\_\_\_

25. Alguien en la familia murió de COVID-19  Sí  No

¿Quién? \_\_\_\_\_

Parte 2. COVID-19 puede tener muchos impactos en usted y su vida familiar. En general, ¿cómo ha afectado la pandemia de COVID-19 a cada uno de los siguientes?

26. La crianza de sus hijos

1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
La hizo mucho mejor	La hizo un poco mejor	La hizo un poco peor	La hizo mucho peor	No Aplica

27. Como se llevan los miembros de la familia

1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
Lo hizo mucho mejor	Lo hizo un poco mejor	Lo hizo un poco peor	Lo hizo mucho peor	No Aplica

28. La capacidad de cuidar a su hijo con [ingrese enfermedad / condición]

1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
---	---	---	---	--------------------------

La hizo mucho mejor	La hizo un poco mejor	La hizo un poco peor	La hizo mucho peor	No Aplica
---------------------	-----------------------	----------------------	--------------------	-----------

29. La capacidad para cuidar a otros niños en su familia

1 La hizo mucho mejor	2 La hizo un poco mejor	3 La hizo un poco peor	4 La hizo mucho peor	<input type="checkbox"/> No Aplica
--------------------------	----------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------------------

30. La capacidad para cuidar a adultos mayores o personas con discapacidades en su familia

1 La hizo mucho mejor	2 La hizo un poco mejor	3 La hizo un poco peor	4 La hizo mucho peor	<input type="checkbox"/> No Aplica
--------------------------	----------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------------------

31. Su bienestar físico - hacer ejercicio

1 Lo hizo mucho mejor	2 Lo hizo un poco mejor	3 Lo hizo un poco peor	4 Lo hizo mucho peor	<input type="checkbox"/> No Aplica
--------------------------	----------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------------------

32. Su bienestar físico – comiendo

1 Lo hizo mucho mejor	2 Lo hizo un poco mejor	3 Lo hizo un poco peor	4 Lo hizo mucho peor	<input type="checkbox"/> No Aplica
--------------------------	----------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------------------

33. Su bienestar físico – durmiendo

1 Lo hizo mucho mejor	2 Lo hizo un poco mejor	3 Lo hizo un poco peor	4 Lo hizo mucho peor	<input type="checkbox"/> No Aplica
--------------------------	----------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------------------

34. Su bienestar emocional – la ansiedad

1 Lo hizo mucho mejor	2 Lo hizo un poco mejor	3 Lo hizo un poco peor	4 Lo hizo mucho peor	<input type="checkbox"/> No Aplica
--------------------------	----------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------------------

35. Su bienestar emocional – su estado de humor

1 Lo hizo Mucho mejor	2 Lo hizo un poco mejor	3 Lo hizo un poco peor	4 Lo hizo mucho peor	<input type="checkbox"/> No Aplica
--------------------------	----------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------------------

