

Encuesta de Exposición e Impacto Familiar del COVID-19 Versión para adolescentes y adultos jóvenes (CEFIS-AYA)

La Encuesta de exposición e impacto en la familia por COVID-19 (CEFIS) se desarrolló mediante un proceso iterativo rápido a fines de marzo / principios de abril de 2020.¹ 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. Esta modificación de CEFIS para adolescentes y adultos jóvenes, entre 15 y 29 años, se completó en mayo de 2020.

Es probable que varios aspectos de la epidemia de COVID afecten a los individuos y las familias y puedan influir los resultados de las investigaciones en salud. CEFIS-AYA fue diseñado para ser utilizado en estudios que estén en curso y también 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 el individuo y la familia. Está disponible en inglés y español.

CEFIS está disponible para su uso sin costo a través del Centro de Estrés Traumático Pediátrico (CPTS).² 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)

Puntuación

- La Parte 1 (Exposición) consta de 28 preguntas (Sí / No respuestas) que miden la "exposición" de los participantes a COVID-19 y eventos relacionados. Preguntas #17-20 tienen dos partes. Si cualquiera de los dos está marcado "sí", la pregunta se puntúa como una exposición. El puntaje de exposición es un recuento de respuestas "sí" y puede variar de 0 a 28.
- La Parte 2 (Impacto) consta de 16 preguntas que miden el impacto de COVID-19. 15 preguntas usan una escala tipo Likert de cuatro puntos para calificar el impacto en la vida de los participantes y la familia; 1 pregunta usa 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 29-44) puede variar de 15 a 70.
- 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.

¹ 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. Lo siguiente contribuyó a el CEFIS-AYA: Lisa Schwartz, Ph.D., Sara King-Dowling, Ph.D., and Alexandra Psihogios, Ph.D. (CHOP) y Lori Crosby, Ph.D. (CCHMC). Se pueden enviar consultas generales a Dr. Kazak (anne.kazak@nemours.org).

² 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>

Numero de Participante: _____

Edad: _____

Género: M F O

Fecha de hoy: _____

Encuesta de Exposición e Impacto Familiar del COVID-19
Versión para adolescentes y adultos jóvenes (CEFIS-AYA)

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, miembros de la familia que viven fuera de su hogar, familia extensa y amigos cercanos que usted considera "como familia".

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

1. Tuve una "orden de quedarse en casa" Sí No
2. Nuestras escuelas / centros de cuidado infantil estaban cerrados Sí No
3. Mi educación fue interrumpida (por ejemplo: se puso en pausa, se movió a enseñanza virtual) Sí No
4. No pude visitar o cuidar a un miembro de la familia Sí No
5. Tuve que empezar a cuidar a un miembro de la familia Sí No
6. Personas en nuestra familia vivían por separado por la salud, la seguridad o las demandas del trabajo Sí No
7. Alguien se mudó a nuestro hogar Sí No
8. Tuve que mudarme de nuestro hogar Sí No
9. Alguien en la familia siguió trabajando fuera del hogar (personal esencial) Sí No
¿Quién? (por ejemplo: yo, mi hermano, mi hijo, mi cónyuge/pareja, mi padre, etc.)

10. Alguien de la familia o en el hogar es un proveedor de atención médica o paramédico brindando atención directa Sí No
¿Quién? (por ejemplo: yo, mi hermano, mi hijo, mi cónyuge/pareja, mi padre, etc.)

11. Yo/nosotros tuvimos dificultades para conseguir comida Sí No
12. Yo/nosotros tuvimos dificultades para obtener medicamentos Sí No

13. Yo/nosotros tuvimos dificultades para obtener atención médica cuando la necesitábamos
 Sí No
14. Yo/nosotros tuvimos dificultades para obtener otros elementos esenciales (por ejemplo: productos de limpieza, máscaras, etc.)
 Sí No (Si su respuesta es sí, especifique) _____
15. Me puse/nos pusimos en cuarentena debido a viajes o posible exposición Sí No
16. Mi/nuestros ingresos disminuyeron Sí No
17. Tuve que reducir horas en el trabajo Sí No NA
Un miembro de la familia tuvo que reducir horas en el trabajo Sí No NA
¿Quién? (por ejemplo: mi hermano, mi hijo, mi cónyuge/pareja, mi padre, etc.)

18. Se requirió que yo dejara de trabajar (se espera que regrese a trabajar) Sí No NA
Se requirió que un miembro de la familia dejara de trabajar (se espera que regrese a trabajar) Sí No
¿Quién? (por ejemplo: mi hermano, mi hijo, mi cónyuge/pareja, mi padre, etc.)

19. Perdí mi trabajo permanentemente Sí No NA
Un miembro de la familia perdió su trabajo permanentemente Sí No
¿Quién? (por ejemplo: mi hermano, mi hijo, mi cónyuge/pareja, mi padre, etc.)

20. Perdí mi seguro médico/ beneficios Sí No NA
Perdimos el seguro médico/los beneficios Sí No
¿Quién? (por ejemplo: mi hermano, mi hijo, mi cónyuge/pareja, mi padre, etc.)

21. Me perdí un evento importante que fue cancelado o pospuesto (por ejemplo, mi graduación, mi fiesta de graduación, mi boda) Sí No
22. Me perdí un evento familiar importante o fue cancelado (por ejemplo: nacimiento, funeral, viaje [incluyendo vacaciones]) Sí No
23. Alguien de la familia estuvo expuesto a alguien con COVID-19 Sí No

¿Quién? (por ejemplo: yo, mi hermano, mi hijo, mi cónyuge/pareja, mi padre, etc.)

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

¿Quién? (por ejemplo: yo, mi hermano, mi hijo, mi cónyuge/pareja, mi padre, etc.)

25. Alguien en la familia intentó hacerse la prueba de COVID-19, pero no pudo Sí No

¿Quién? (por ejemplo: yo, mi hermano, mi hijo, mi cónyuge/pareja, mi padre, etc.)

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

¿Quién? (por ejemplo: yo, mi hermano, mi hijo, mi cónyuge/pareja, mi padre, etc.)

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

Sí No

¿Quién? (por ejemplo: yo, mi hermano, mi hijo, mi cónyuge/pareja, mi padre, etc.)

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

¿Quién? (por ejemplo: mi hermano, mi hijo, mi cónyuge/pareja, mi padre, etc.)

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?

29. 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

30. Como se llevan los miembros de la familia/ hogar

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

31. La capacidad para cuidar su salud

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

32. La capacidad para ser independiente

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

33. La capacidad para cuidar a otros en su familia

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

34. Su bienestar físico - comportamiento sedentario (falta de movimiento - tiempo frente a la pantalla, sentado, acostado)

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

35. Su bienestar físico - hacer ejercicio/ actividad física

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

36. Su bienestar físico – comiendo

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

37. Su bienestar físico – durmiendo

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

38. Su bienestar físico - uso de sustancias (fumar / vapear, beber alcohol, consumo de marihuana, etc.)

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

39. Su bienestar emocional – la ansiedad / preocupación

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

40. Su bienestar emocional – su estado de humor

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

41. Su bienestar emocional – soledad

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

42. Su bienestar emocional – las amistades

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

43. Su bienestar emocional - relaciones románticas o citas

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

44. En general, ¿qué tanto distrés ha experimentado en relación con COVID-19?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin Distrés									Distrés Extrema

Parte 3. Cuéntenos sobre otros efectos de COVID-19 en sus hijos y su familia, tanto negativos como positivos.