

Epidemic – Pandemic Impacts Inventory Adolescent Adaptation (*EPII-A*), Spanish-Translation

Amanda Sheffield Morris, Ph.D.¹
Erin L. Ratliff, M.S.¹
Damion J. Grasso, Ph.D.²
Margaret J. Briggs-Gowan, Ph.D.²
Julian D. Ford, Ph.D., ABPP²
Alice S. Carter, Ph.D.³

¹Oklahoma State University

²University of Connecticut School of Medicine

³University of Massachusetts

PURPOSE: The EPII Adolescent Adaptation (EPII-A) is an adaptation of the main EPII designed to assess tangible impacts of epidemics and pandemics across personal and social life domains for use in adolescent populations.

DEVELOPMENT: Candidate items were constructed by a team of clinical and developmental psychologists with expertise in assessment of stress, trauma, resilience, and coping. Feedback from professionals across multiple disciplines (e.g., social work, pediatrics, medicine, anthropology) was incorporated in selecting and refining final items for of the measure, which was accomplished via expert consensus.

TRANSLATION. We acknowledge several individuals for their efforts in translating the English version of the EPII into Spanish. We thank Carolina Salgado, MD from the Catholic University of Maule, Chile for providing an initial translation. We thank Carolina González (PhD Candidate) from the University of Queensland and the Parenting and family Support Center for back-translation and suggested edits. We thank Camila Espinoza (PhD Candidate) from the Institute of Education and Child Studies, Leiden University, for reconciling versions and edits towards creating a final version.

PSYCHOMETRICS: Because the EPII-A is newly developed, there are no psychometric properties yet available. Use of the EPII in research studies will help to establish psychometric properties and will likely result in refinement of the tool.

SCORING. Optimal scoring procedures are not yet determined and will be informed by future research.

PERMISSIONS. Researchers are welcome and encouraged to use the EPII in their research studies. Researchers may disseminate the survey using a paper format or may convert items to an online survey format so long as the integrity of the instructions and items is maintained. Users shall not modify items without permission from the developers. Please inform us of your intention to use the instrument by sending an Email to Dr. Damion Grasso at dgrasso@uchc.edu with the following information: (1) Principal Investigator(s), (2) Purpose of research study, (3) Population(s) studied, and (4) Study location(s).

Suggested Citation for Main EPII Module

Grasso, D.J., Briggs-Gowan, M.J., Ford, J.D., & Carter, A.S. (2020). *The Epidemic – Pandemic Impacts Inventory (EPII)*. University of Connecticut School of Medicine.

Suggested Citation for EPII Adolescent Adaptation, Spanish Translation

Morris, A.S., Ratliff, E.L., Grasso, D.J., Briggs-Gowan, M.J., Ford, J.D., & Carter, A.S. (2020). *The Epidemic – Pandemic Impacts Inventory Adolescent Adaptation (EPII-A), Spanish Translation*. University of Connecticut School of Medicine.

EPIDEMIC – PANDEMIC IMPACTS INVENTORY (EPII- A)

Adolescent adaptation

INSTRUCCIONES

Nos gustaría entender cómo la pandemia del coronavirus ha cambiado la vida de las personas. Para cada una de las frases a continuación, por favor indique si la pandemia ha impactado su vida en la forma descrita. Por favor elija la respuesta a cada frase que mejor describa su experiencia. “N/A” significa que la frase no aplica para usted.

Desde que comenzó la pandemia del coronavirus, ¿qué ha cambiado para usted?

TRABAJO Y EMPLEO			
1.	Despedido/a del trabajo o no pude seguir trabajando.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
2.	Reduje las horas de trabajo.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
3.	No pude empezar un nuevo trabajo.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
4.	Tuve que continuar trabajando a pesar de estar en contacto estrecho con personas que podrían estar infectadas (por ejemplo, clientes, pacientes, compañeros de trabajo)	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
5.	Pasé mucho tiempo desinfectando la casa debido al contacto estrecho con personas que pueden estar infectadas en el trabajo.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
6.	Aumento en la carga laboral o en las responsabilidades laborales.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
7.	Padre (o madre) fue despedido/a o no pudo seguir trabajando.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
8.	Padre (o madre) redujo las horas de trabajo.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
9.	Padre (o madre) tuvo que continuar trabajando a pesar de estar en contacto estrecho con personas que podrían estar infectadas (por ejemplo, clientes, pacientes, compañeros de trabajo).	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
10.	Padre (o madre) tuvo que pasar mucho tiempo desinfectando la casa debido al contacto estrecho con personas que podrían estar infectadas en el trabajo.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
11.	Padre (o madre) tuvo que aumentar la carga laboral o responsabilidades laborales.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
EDUCACIÓN Y FORMACIÓN			
12.	La escuela cerró o no pude ir a la escuela.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
13.	Dificultad para participar en aprendizaje virtual o a distancia desde la casa.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
14.	Dificultad para mantenerme al día con las tareas escolares.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
15.	No pude ir a eventos importantes de la escuela (por ejemplo, paseo, graduación, licenciatura, viajes de término de educación secundaria*, bailes). *El último año de secundaria varía según el país. Ej: En Chile, viaje de “cuarto medio”.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
16.	No pude ir a actividades después de la escuela (por ejemplo, grupos, clubes, organizaciones).	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
17.	No pude participar en los deportes de la escuela (por ejemplo, entrenamientos, juegos, cena/banquete deportivo).	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A

18.	No pude participar en clubes y organizaciones de la comunidad o no relacionados con la escuela.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
19.	No pude completar pasos importantes de la vida (por ejemplo, obtener licencia de conducir, visitar la Universidad o escuela de intercambio, mudarme a la Universidad o fuera de la casa).	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
20.	Volví a casa de la Universidad, internado, estudios en el extranjero u otra situación de vida fuera del hogar.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
VIDA EN LA CASA				
21.	Dificultad cuidando de hermanos y otros niños en el hogar.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
22.	Tuve que pasar tiempo enseñando a un hermano/a o ayudándole a hacer las tareas escolares.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
23.	Cambios en las responsabilidades o quehaceres del hogar.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
24.	Más conflicto con padre(s) u otros adultos que me cuidan.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
25.	Más conflicto con los hermanos u otros miembros de la familia.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
26.	Privacidad o tiempo solo limitados.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
27.	Familia o amigos tuvieron que mudarse a mi casa.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
28.	Tuve que pasar mucho más tiempo cuidado a un miembro de la familia adulto.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
29.	Tuve que moverme o mudarme.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
30.	Me quedé sin hogar.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
ACTIVIDADES SOCIALES				
31.	Separado/a de la familia o miembro de la familia.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
32.	Separado/a de amigo(s).	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
33.	Separado/a de un/a novio/a (dependiendo del país: pololo/a, enamorado/a) o pareja romántica.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
34.	Tuve más discusiones o conflictos con amigos.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
35.	Tuve más discusiones o conflictos con un novio o novia o pareja romántica.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
36.	Aumento de la intimidación ("bullying") o acoso por mensajes de texto o redes sociales.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
37.	Terminé con novio/a o pareja romántica.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
38.	No tuve la capacidad o los recursos para hablar a mi familia, amigos o a un novio/a o pareja romántica durante el tiempo separados.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
39.	No pude visitar a un ser querido en un centro de atención (por ejemplo, hogar de ancianos, hogar/ residencia grupal).	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
40.	Las celebraciones familiares fueron canceladas o restringidas (por ejemplo, cumpleaños, reuniones).	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
41.	Viaje planificado o vacaciones cancelados.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
42.	Actividades espirituales o religiosas canceladas o restringidas.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
43.	No pude estar con un familiar cercano en condición crítica.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A

44.	No pude asistir en persona al funeral o servicio religioso de un familiar o amigo que falleció.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
45.	No pude participar en clubes sociales, equipos deportivos o actividades voluntarias habituales.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
46.	No pude hacer actividades placenteras o pasatiempos.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
ECONOMÍA				
47.	No pude obtener comida suficiente o comida saludable.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
48.	No pude acceder a agua potable.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
49.	No pude pagar cuentas importantes como el gas, seguro de automóvil, o la cuenta telefónica.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
50.	Tuve problemas para llegar a lugares debido a menos acceso a transporte público o preocupaciones por la seguridad.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
51.	No pude conseguir medicamentos necesarios (por ejemplo, prescripciones, medicamentos sin receta).	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
SALUD EMOCIONAL Y BIENESTAR				
52.	Me metí en problemas más seguido.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
53.	Tuve un aumento de problemas para dormir, mala calidad del sueño o pesadillas.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
54.	Tuve mayores problemas de salud mental (por ejemplo, ánimo, ansiedad, estrés).	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
55.	Consumí más alcohol, tabaco, vaporizador u otras sustancias.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
56.	No pude acceder a tratamiento de salud mental o terapia.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
57.	Insatisfecho con los cambios en el tratamiento de salud mental o terapia.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
58.	Pasé más tiempo en pantallas y aparatos (por ejemplo, mirando el teléfono, jugando videojuegos, viendo televisión).	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
59.	Padre o madre aumentó sus problemas o síntomas de salud mental (por ejemplo, ánimo, ansiedad, estrés).	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
60.	Padre o madre aumentó el consumo de alcohol o sustancias.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
61.	Padre o madre no pudo acceder a tratamiento o terapia de salud mental.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA				
62.	Aumento de problemas de salud no relacionados con el coronavirus.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
63.	Menor actividad física o ejercicio.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
64.	Comí en exceso o comí más alimentos no saludables (por ejemplo, comida chatarra).	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
65.	Pasé más tiempo sentado/a o siendo sedentario/a.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
66.	Procedimiento médico importante fue cancelado (por ejemplo, una operación).	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
67.	No pude acceder a cuidados médicos por una condición grave (por ejemplo, diálisis, quimioterapia).	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
68.	Recibí menos atención médica que de costumbre (por ejemplo, controles de cuidado preventivo o rutina).	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A

69.	Miembro de la familia adulto mayor o discapacitado que no está en la casa no pudo recibir la ayuda que necesita.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
70.	Padre(s) tuvo o tuvieron mayores problemas de salud no relacionados con esta enfermedad.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
71.	Procedimientos médicos importantes de (los) padre(s) fueron cancelados.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
72.	Padre(s) no pudo (pudieron) acceder a atención médica por una condición grave (por ejemplo, diálisis, quimioterapia).	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
73.	Padre(s) tuvo o tuvieron menos atención médica que de costumbre (por ejemplo, controles de cuidado preventivo o rutina).	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
DISTANCIAMIENTO FÍSICO Y CUARENTENA				
74.	Aislado/a o en cuarentena por posible exposición a esta enfermedad.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
75.	Aislado/a o en cuarentena debido a síntomas de esta enfermedad.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
76.	Aislado/a debido a condiciones de salud existentes que aumentan el riesgo de infección o enfermedad.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
77.	Tuve limitada cercanía física con un padre o ser querido debido a las preocupaciones de infección.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
78.	Un familiar cercano que no vive en la misma casa fue puesto en cuarentena.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
79.	Un familiar no pudo volver a casa debido a cuarentena o restricciones de viaje.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
80.	Todos en la casa estuvieron en cuarentena por una semana o más tiempo.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
HISTORIAL DE INFECCIÓN				
81.	Actualmente tengo síntomas de esta enfermedad (coronavirus) pero no me he hecho el test.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
82.	Me hice el test y actualmente tengo esta enfermedad.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
83.	Tuve resultado positivo para esta enfermedad, pero ya no la tengo.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
84.	Recibí tratamiento médico por síntomas graves de esta enfermedad.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
85.	Tuve que permanecer en el hospital debido a esta enfermedad.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
86.	Alguien murió de esta enfermedad mientras estaba en nuestra casa.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
87.	Muerte de un amigo cercano o familiar por esta enfermedad.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
88.	Padre(s) tuvo/tuvieron síntomas de esta enfermedad, pero no se han hecho el test.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
89.	Padre(s) se hizo/hicieron el test y actualmente tiene(n) esta enfermedad.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
90.	Padre(s) tuvo/tuvieron resultado positivo para esta enfermedad pero ya no la tiene(n).	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
91.	Padre(s) recibió/recibieron tratamiento médico por síntomas graves de esta enfermedad.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
92.	Padre(s) tuvieron que permanecer en el hospital por esta enfermedad.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
93.	Alguien en mi familia tuvo síntomas de esta enfermedad pero nunca se hizo el test.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A

CAMBIOS POSITIVOS			
94.	Más tiempo de calidad* con familia, amigos, o pareja romántica en persona o a distancia (por ejemplo, por teléfono, email, redes sociales, videollamada, juegos en línea). *Tiempo que pasan y disfrutan juntos.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
95.	Más tiempo de calidad con padre(s) u otros adultos que me cuidan en la casa.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
96.	Más tiempo de calidad con hermanos y otros miembros de la familia.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
97.	Mejora en las relaciones con la familia, amigos o pareja romántica.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
98.	Nuevas conexiones hechas con personas de apoyo.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
99.	Pasé más tiempo jugando y cuidando de la(s) mascota(s).	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
100.	Aumento del ejercicio o actividad física.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
101.	Más tiempo en la naturaleza o estando al aire libre.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
102.	Más tiempo haciendo actividades agradables (por ejemplo, leer libros, puzzles, jugar videojuegos).	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
103.	Desarrollé nuevos pasatiempos o actividades.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
104.	Aprecié más las cosas que usualmente doy por sentadas.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
105.	Puse más atención a la salud personal.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
106.	Puse más atención a prevenir lesiones físicas.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
107.	Comí alimentos más saludables.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
108.	Usé menos alcohol, tabaco, vaporizador u otras sustancias.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
109.	Pasé menos tiempo en pantallas o aparatos fuera de las horas de trabajo (por ejemplo, mirar el teléfono, jugar videojuegos, ver TV).	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
110.	Trabajé como voluntario para ayudar a personas necesitadas.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
111.	Doné tiempo o bienes a una causa relacionada con esta enfermedad (por ejemplo, hacer mascarillas, donar sangre, voluntariado).	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
112.	Encontré mayor sentido al trabajo o escuela.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
113.	Más eficiente o productivo/a en el trabajo o escuela.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A

Gracias por completar esta importante encuesta