

Epidemic – Pandemic Impacts Inventory Geriatric Adaptation (EPII-G), *Spanish Translation*

Kevin J. Manning, Ph.D.¹
David C. Steffens, M.D.¹
Damion J. Grasso, Ph.D.¹
Margaret J. Briggs-Gowan, Ph.D.¹
Julian D. Ford, Ph.D., ABPP¹
Alice S. Carter, Ph.D.²

¹University of Connecticut School of Medicine

²University of Massachusetts

PURPOSE: The EPII Geriatric Adaptation (EPII-G) is an adaptation of the main EPII designed to assess tangible impacts of epidemics and pandemics across personal and social life domains in geriatric 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. This adaptation was slightly adapted for geriatric populations in the following ways: (1) Includes two additional items: (Item #93s “*Increase in mental health problems or symptoms (e.g., mood, anxiety, stress) for family member not in the home*” and Item #94s “*Unable to get home-based paid help for care for disability, chronic illness, or dementia.*”); (2) Item #14r is revised to pertain to the respondent’s inability to provide childcare or babysitting, as opposed to childcare being unavailable more generally; (3) ‘*Dementia*’ is added as an example in item #55, and ‘*volunteering*’ to items #2, #91 and #92.

TRANSLATION. We acknowledge several individuals for their efforts in translating the English version of the EPII into Spanish. We thank Mr. Santiago Kember for providing an initial translation. We thank Ms. Natalie Frech from Florida International University, Ms. Andrea Chu from Boston Medical Center, and Dr. Rocio Chang from the University of Connecticut School of Medicine for providing back-translated versions and suggested edits. We also thank Dr. Chang for reconciling Spanish versions and edits towards creating a final draft, as well as Dr. Isa Vélez and Ms. Maria del Mar Garcia from the Central University of the Caribbean, and Ms. Alison Chavez from the University of Massachusetts, Boston for providing a final review.

PSYCHOMETRICS: Because the EPII-G 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 Geriatric Adaptation

Manning, K.J., Steffens, D.C., Grasso, D.J., Briggs-Gowan, M.J., Ford, J.D., & Carter, A.S. (2020). *The Epidemic – Pandemic Impacts Inventory Geriatric Adaptation (EPII-G), Spanish Translation*. University of Connecticut School of Medicine.

EPIDEMIC – PANDEMIC IMPACTS INVENTORY (EPII) Spanish Translation

INSTRUCTIONS

Nos gustaría entender cómo la pandemia del coronavirus ha cambiado la vida de las personas. Para cada una de las frases abajo, por favor indique si la pandemia ha impactado su vida en forma personal o la vida de una persona en su hogar en la forma descripta.

Marque **SI (YO)** he sido impactado/a personalmente

Marque **SI (PERSONA EN CASA)** otra/s persona/s en casa han sido afectadas

Marque **NO** si usted y las personas en casa no han sido impactadas

Marque **N/A** si la frase no aplica a usted o a alguien en su hogar

Si SI(YO) y SI (PERSONA EN CASA) aplica, marque ambas opciones

Desde que comenzó la pandemia del coronavirus, que ha cambiado para usted o su familia?

TRABAJO Y EMPLEO			
1.	Despido del trabajo o cierre de negocio propio.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
2.	Reducción en las horas de trabajo u obtuvo permiso laboral sin sueldo.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
3.	Despidió o dió permiso laboral sin sueldo a empleados o personas que supervisa	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
4.	Ha tenido que continuar trabajando aún en contacto cercano con personas que pueden estar infectadas (ej: clientes, pacientes, compañeros de trabajo)	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
5.	Dedicó mucho tiempo a desinfectar la casa dado al contacto cercano a personas que pueden estar infectadas en el trabajo	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
6.	Aumento la cantidad de trabajo o responsabilidades laborales	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
7.	Dificultad de hacer mi trabajo bien por tener que cuidar de personas en la casa	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
8.	Dificultad haciendo la transición de trabajar desde la casa	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
9.	Proveer cuidado directo a personas con la enfermedad (ej.: doctor/a, enfermero/a, asistente en el cuidado del paciente, radiólogo/a)	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
10.	Apoyo en el cuidado a personas con la enfermedad (ej.: personal de apoyo medico; guardian; administración)	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A

11.	Brindó cuidado a personas que murieron como resultado de la enfermedad.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
EDUCACION Y ENTRENAMIENTO				
12.	Ha tenido un niño/a en casa que no ha podido ir a la escuela.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
13.	Adulto que no ha podido ir a la escuela o entrenamiento por semanas o que ha tenido que abandonar sus estudios.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
VIDA EN LA CASA				
14r.	No pudo cuidar de niños que viven fuera de su casa cuando se necesita.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
15.	Dificultad cuidando a los niños en casa.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
16.	Mayor conflicto con niños o ha tenido que ser mas severo en la forma de disciplinarlos.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
17.	Ha tenido que hacerse cargo de tutoría o de enseñar al niño/niña o niños.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
18.	Parientes o amigos han tenido que mudarse a su casa.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
19.	Ha tenido que pasar mucho más tiempo atendiendo las necesidades de un miembro de la familia.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
20.	Ha tenido que mudarse o relocalizarse.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
21.	Perdió su casa	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
22.	Aumento de argumentos verbales o conflictos con pareja o esposo (a)	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
23.	Aumento de argumentos físicos con pareja o esposo(a)	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
24.	Aumento de argumentos o conflictos verbales con otro(s) adulto(s) en la casa	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
25.	Aumento de conflictos físicos con otro(s) adulto(s) en la casa.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
26.	Aumento de conflictos físicos entre los niños en la casa	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
ACTIVIDADES SOCIALES				
27.	Separado de la familia o amigos cercanos.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
28.	No ha tenido la habilidad o recursos para hablar con familiares o amigos durante la separación.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
29.	No ha podido visitar a un ser querido que se encuentra en una institución de cuidado (ej.: hogar de retirados/ancianos; casa grupal).	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A

30.	Cancelación o restricciones con celebraciones familiares.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
31.	Cancelación de vacaciones o cancelación de viajes planificados.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
32.	Cancelación o restricciones a eventos religiosos o espirituales.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
33.	No pudo estar con un familiar cercano en estado crítico.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
34.	No pudo ir a un funeral o servicio religioso de un familiar o amistad que murió.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
35.	No pudo participar en clubs sociales, deportes en equipo, o a las actividades voluntarias usuales.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
36.	No pudo realizar actividades placenteras o pasatiempos.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
ECONOMIA				
37.	No pudo obtener suficiente comida o comida saludable.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
38.	No puede tener acceso a agua potable o limpia.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
39.	No puede pagar cuentas importantes como su renta o servicios (ej.: electricidad, etc.).	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
40.	Dificultad para llegar a lugares por la falta de acceso de transporte público o preocupación por su seguridad.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
41.	No puede obtener medicinas necesarias (prescripciones o de venta libre).	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
SALUD EMOCIONAL Y BIENESTAR				
42.	Aumento en problemas emocionales o problemas de comportamiento con los niños.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
43.	Aumento en problemas para dormir en los niños o mayor cantidad de pesadillas.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
44.	Aumento en problemas de salud mental o síntomas mentales (estado de animo, ansiedad, estrés).	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
45.	Aumento en problemas para dormir o mal calidad de sueño.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
46.	Aumento en uso de alcohol o sustancias.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
47.	No tuvo acceso a tratamiento de salud mental o terapia.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
48.	No está satisfecho(a) con los cambios en el tratamiento de salud mental o terapia.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A

49.	Paso más tiempo en pantallas o equipos electrónicos (ej.: viendo el teléfono, jugando videojuegos, mirando televisión).	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
93s.	Aumento en problemas de salud mental o síntomas (ej. Humor, ansiedad, , estrés) de un miembro familiar que no vive en su casa.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
PROBLEMAS FISICOS Y DE SALUD				
50.	Aumento en problemas de salud no relacionados con esta enfermedad.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
51.	Menor actividad física o menos ejercicios.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
52.	Comer demasiado o mayor cantidad de comida menos saludable (ej.: comida chatarra).	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
53.	Mayor tiempo sentado o estado sedentario.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
54.	Cancelación de un procedimiento médico importante (ej.: cirugía).	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
55.	No tuvo acceso a servicio médicos para una condición seria (ej.: diálisis, quimioterapia).	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
56.	Menor atención médica que lo habitual (ej.: citas de rutina preventiva).	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
94s.	No pudo recibir servicios pagados en su casa para cuidar de su discapacidad, enfermedad crónica o demencia.			
57.	Un miembro de la familia de edad avanzada o deshabilitada que no está en la casa no tiene la ayuda que necesita.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
DISTANCIA FISICA Y CUARENTENA				
58.	Aislamiento o cuarentena por la posibilidad de haber sido expuesto a la enfermedad.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
59.	Aislamiento o cuarentena por síntomas de esta enfermedad.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
60.	Aislamiento por tener condiciones de salud que incrementan el riesgo de infección o enfermedad.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
61.	Limitación en la cercanía física con su niño/a o persona querida por preocupación de la enfermedad.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
62.	Mudanza o arreglo de vivienda lejos de la familia por trabajo de alto riesgo (ej.: empleado de la salud, emergencias).	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
63.	Cuarentena de familiar cercano que no vive en la misma casa.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
64.	Familiar no pudo regresar a la casa por cuarentena o restricción por viaje.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A

65.	Todos en la casa estuvieron en cuarentena por una semana o más.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
HISTORIAL DE INFECCIÓN				
66.	Actualmente con síntomas de esta enfermedad, pero no le han hecho la prueba.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
67.	Tuvo la prueba y actualmente padeciendo de la enfermedad.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
68.	Tuvo síntomas de esta enfermedad, pero no ha tenido la prueba.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
69.	Prueba positiva de esta enfermedad, pero ya no la padezco.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
70.	Recibí tratamiento médico por padecer síntomas severos de la enfermedad.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
71.	Hospitalización por la enfermedad.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
72.	Alguien murió de esta enfermedad mientras estaba en nuestra casa.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
73.	Muerte de un amigo(a) o familiar por esta enfermedad.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
CAMBIOS POSITIVOS				
74.	Más tiempo de calidad en persona o a la distancia con familiares y amistades (ej.: por teléfono, correo electrónico, medios sociales).	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
75.	Más tiempo de calidad con pareja o esposo/a.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
76.	Más tiempo de calidad con niños.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
77.	Mejoría en las relaciones con familiares o amistades.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
78.	Nuevas conexiones con personas que dan apoyo.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
79.	Aumento en actividad física o ejercicios.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
80.	Más tiempo en la naturaleza o pasándola afuera	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
81.	Más tiempo realizando actividades placenteras (ej.: leyendo libros, armando rompecabezas)	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
82.	Desarrollo de nuevos pasatiempos o actividades.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
83.	Más aprecio por cosas que usualmente no les damos importancia	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
84.	Ha prestado más atención a la salud personal.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
85.	Ha prestado más atención a prevenir lesiones físicas.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A

86.	Comió alimentos más saludables.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
87.	Menor uso de alcohol o sustancias.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
88.	Pasó menos tiempo mirando pantallas o aparatos electrónicos fuera de las horas de trabajo (ej.: mirando el teléfono, jugando videojuegos, mirando televisión).	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
89.	Ha donado su tiempo para ayudar a personas más necesitadas.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
90.	Ha donado su tiempo o productos a causas relacionadas con esta enfermedad (ej.: máscara/mascarilla, sangre, trabajo voluntario).	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
91.	Descubrió mayor significado en el trabajo o empleo o en la escuela.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
92.	Más eficaz o productivo en el trabajo o empleo, o la escuela.	<input type="checkbox"/> SI (Yo) <input type="checkbox"/> SI (Persona en casa)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A

Muchas gracias por completar esta encuesta importante