

ENCUESTA SOBRE EL IMPACTO DEL COVID-19

INSTRUCCIONES PARA EL CENTRO

La siguiente encuesta sobre el COVID-19 es un formulario opcional y puede ser completado por el participante (si la puntuación en el Instrumento para Estadificación de la Demencia (CDR®) es =0 o 0.5) o por el informante/cuidador en nombre del participante (si la puntuación en el CDR es > 0.5); alternativamente, puede ser administrado por el personal del estudio. Los participantes pueden negarse a responder cualquiera pregunta. Si los centros desean obtener información adicional sobre asuntos relacionados al COVID-19, pueden hacerlo localmente, pero dicha información no será recaudada por NACC.

Adjunto a este formulario dirigido al participante, existe un formulario suplementario para el informante/cuidador de participantes con un CDR > 0.5. Esta encuesta también es opcional para los centros. De igual manera, si los centros desean obtener información adicional sobre asuntos relacionados a cuidadores y COVID-19, pueden hacerlo localmente, pero dicha información no será recaudada por NACC.

Estas encuestas pueden ser administradas por los centros en conjunto con, o de forma independiente, a la visita UDS anual en persona o por teléfono. El momento y la opción de participar en la colección de estos datos importantes depende enteramente de la decisión de cada centro que forma parte del programa NIA ADRC. Es deseable que cada centro administre estos formularios a tantos participantes como les sea posible, por correo, teléfono, vídeo y/o contactos en persona.

Con esta encuesta, hemos tratado de capturar información científica relevante a la exposición al COVID-19, sus consecuencias médicas y el impacto en situaciones sociales; el impacto en el estado cognitivo, psiquiátrico y conductual, así como el impacto en la carga para el cuidador y asuntos relacionados. Aunque se trata de una encuesta limitada, esta información puede ser de gran utilidad para entender el impacto actual de esta pandemia en la población anciana.

Formulario F2: Encuesta del Impacto del COVID-19: Participante

Centro: _____ ID del sujeto: _____

Fecha del formulario: ____/____/____ Iniciales del examinador: ____

La siguiente encuesta sobre el COVID-19 es un formulario opcional que nos gustaría que complete (o de forma alternativa, puede ser administrado por el personal de nuestro estudio). Hacemos estas preguntas porque sabemos que el COVID-19 presenta nuevos desafíos para todos nosotros, y nos gustaría conocer su experiencia. También nos gustaría saber cómo el COVID-19 le ha afectado su memoria y salud. Como participante en este estudio de investigación puede negarse a responder cualquiera de estas preguntas, y no hay ningún problema con que lo haga; sin embargo, le pedimos que responda tantas preguntas como le sea posible, siempre y cuando se sienta cómodo/a. Su centro de investigación también puede tener preguntas adicionales con respecto al COVID-19.

1. Durante la pandemia del COVID-19 ¿experimentó síntomas nuevos o que empeoraron (ver abajo) que lo llevaron a pensar que tenía COVID-19 (nuevo coronavirus) tales como fiebre, tos, dificultad para respirar, dolor constante o presión en el pecho, escalofríos, temblor repetido con escalofríos, dolor muscular, dolor de cabeza, dolor de garganta, nueva pérdida del olfato o del gusto, nueva confusión o incapacidad para despertar, o coloración azulada de sus labios o su cara?

0 No

1 Sí

2 Otro (ESPECIFICAR): _____

8 Prefiero no responder

9 No estoy seguro / desconocido

2. ¿Alguna vez le hicieron pruebas para detectar una infección aguda por COVID-19?

0 No, no me han hecho la prueba **(PASE A LA PREGUNTA 4)**

1 Sí, me hicieron la prueba una vez **(CONTINÚE)**

2 Sí, me hicieron la prueba más de una vez **(CONTINÚE)**

8 Prefiero no responder **(PASE A LA PREGUNTA 4)**

9 No estoy seguro / desconocido **(PASE A LA PREGUNTA 4)**

3. Si la respuesta es SÍ, ¿aproximadamente en qué fecha(s) se realizó la prueba? Si le hicieron la prueba más de una vez, por favor ingrese las 3 fechas más recientes.

3a1. Fecha de la prueba más reciente:

(Ingrese 88/88/8888 si selecciona "prefiero no responder")

__/__/____
(MES/DÍA/AÑO)

3a2. ¿Qué tipo de prueba le hicieron?

- 1 Muestra de algodón en la nariz o garganta
- 2 Análisis de sangre
- 8 Prefiero no responder
- 9 No estoy seguro / desconocido

3b1. Fecha de la siguiente prueba más reciente:

*(Ingrese 88/88/8888 si selecciona "Prefiero no responder".
Ingrese 99/99/9999 si la pregunta no aplica porque sólo se realizó la prueba una vez, y PASE A LA PREGUNTA 4)*

__ / __ / ____
(MES/DÍA/AÑO)

3b2. ¿Qué tipo de prueba le hicieron?

- 1 Muestra de algodón en la nariz o garganta
- 2 Análisis de sangre
- 8 Prefiero no responder
- 9 No estoy seguro / desconocido

3c1. Fecha de la siguiente prueba más reciente:

*(Ingrese 88/88/8888 si selecciona "Prefiero no responder".
Ingrese 99/99/9999 si la pregunta no aplica porque sólo se realizó la prueba dos veces, y PASE A LA PREGUNTA 4)*

__ / __ / ____
(MES/DÍA/AÑO)

3c2. ¿Qué tipo de prueba le hicieron?

- 1 Muestra de algodón en la nariz o garganta
- 2 Análisis de sangre
- 8 Prefiero no responder
- 9 No estoy seguro / desconocido

4. ¿Le han diagnosticado con COVID-19 (su prueba fue positiva o un profesional de la salud sospecha que tuvo COVID-19)?

- 0 No
- 1 Sí, prueba positiva para infección aguda
- 2 Sí, un profesional de la salud sospecha COVID-19, aunque no me hicieron la prueba
- 8 Prefiero no responder
- 9 No estoy seguro / desconocido

5. ¿Fue internado/a en un hospital para recibir tratamiento para COVID-19?

0 No (**PASE A LA PREGUNTA 7**)

1 Sí, pero no en la unidad de cuidados intensivos (UCI) (**CONTINUAR**)

2 Sí, incluida una estadía en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y/o con soporte de un respirador (tubo respiratorio colocado en su garganta) (**CONTINUAR**)

8 Prefiero no responder (**PASE A LA PREGUNTA 7**)

9 No estoy seguro / desconocido (**PASE A LA PREGUNTA 7**)

6. Si la respuesta es SÍ, ¿aproximadamente en que fecha fue admitido al hospital? Si estuvo hospitalizado más de una vez, por favor complete las 3 fechas más recientes.

<p>6a1. Fecha de la hospitalización más reciente: <i>(Ingrese 88/88/8888 si selecciona "Prefiero no responder".)</i></p> <p>6a2. ¿Cuántos días estuvo hospitalizado/a? <i>(Ingrese 888 si selecciona "Prefiero no responder".)</i></p>	<p>__ / __ / ____ (MES/DÍA/AÑO)</p> <p>___ días</p>
<p>6b1. Fecha de la siguiente hospitalización más reciente: <i>(Ingrese 88/88/8888 si selecciona "prefiero no responder". Ingrese 99/99/9999 si la pregunta no aplica porque sólo estuvo hospitalizado/a una vez, y PASE A LA PREGUNTA 7)</i></p> <p>6b2. ¿Cuántos días estuvo hospitalizado/a? <i>(Ingrese 888 si selecciona "prefiero no responder")</i></p>	<p>__ / __ / ____ (MES/DÍA/AÑO)</p> <p>___ días</p>
<p>6c1. Fecha de la siguiente hospitalización más reciente: <i>(Ingrese 88/88/8888 si selecciona "prefiero no responder". Ingrese 99/99/9999 si la pregunta no aplica porque sólo estuvo hospitalizado/a dos veces, y PASE A LA PREGUNTA 7)</i></p> <p>6c2. ¿Cuántos días estuvo hospitalizado/a? <i>(Ingrese 888 si selecciona "prefiero no responder")</i></p>	<p>__ / __ / ____ (MES/DÍA/AÑO)</p> <p>___ días</p>

7. En una escala de 1-5 ¿Qué tan preocupado/a está de contraer COVID-19? (o si se ha infectado previamente, que tan preocupado/a está de infectarse de nuevo)?

1 1 = No estoy nada preocupado/a

2 2 = Un poco preocupado/a

3 3 = Algo preocupado/a

4 4 = Muy preocupado/a

5 5 = Extremadamente preocupado/a

8 8 = Prefiero no responder

8. En una escala de 1-5 ¿Qué tan aislado o distante se siente de su familia y amigos debido al COVID-19?

- 1 1 = Nada aislado/a
- 2 2 = Un poco aislado/a
- 3 3 = Algo aislado/a
- 4 4 = Muy aislado/a
- 5 5 = Extremadamente aislado/a
- 8 8 = Prefiero no responder

9. En una escala de 1-5 ¿Qué tanto ha alterado la pandemia COVID-19 su vida cotidiana?

- 1 1 = No la ha alterado nada
- 2 2 = La ha alterado un poco
- 3 3 = La ha alterado moderadamente
- 4 4 = La ha alterado mucho
- 5 5 = La ha alterado de forma extrema
- 8 8 = Prefiero no responder

10. ¿Se han reducido significativamente los ingresos de su hogar debido a COVID-19?

- 0 No
- 1 Sí
- 8 Prefiero no responder
- 9 No estoy seguro / desconocido

11. En una escala de 1 a 5, desde el inicio del COVID-19 ¿Con qué frecuencia ha sentido que no puede controlar las cosas importantes en su vida?

- 1 1 = Nunca
- 2 2 = Casi nunca
- 3 3 = A veces
- 4 4 = Frecuentemente
- 5 5 = Muy frecuentemente
- 8 8 = Prefiero no responder

12. ¿En qué medida ha notado cambios en su memoria y pensamiento, depresión, ansiedad o cambios de comportamiento desde que empezó la pandemia del COVID-19 (debido a la necesidad de distanciamiento social, refugio en casa, preocupación de infectarse u otras causas)?

- 1 Sin cambios (PASE A LA PREGUNTA 14)
- 2 Algunos cambios, pero nada fuera de lo normal (CONTINUAR)
- 3 Muchos cambios (CONTINUAR)
- 8 Prefiero no responder (PASE A LA PREGUNTA 14)

13. Si la respuesta es SÍ , por favor díganos qué ha cambiado.	NO	Sí	Prefiero no responder
13a. Memoria y pensamiento	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
13b. Depresión	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
13c. Ansiedad	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
13d. Conducta	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
13e. Otro (ESPECIFIQUE): _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
<p>14. En una escala de 1 a 5, ¿Cuánto ha cambiado el COVID-19 su voluntad de participar en estudios de investigación que requieren visitas en persona al centro de investigación?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 1 = Nada</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 2 = Un poco</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 3 = Algo</p> <p>4 <input type="checkbox"/> 4 = Mucho</p> <p>5 <input type="checkbox"/> 5 = Extremadamente</p> <p>8 <input type="checkbox"/> 8 = Prefiero no responder</p>			

Formulario F3: Encuesta del Impacto del COVID-19: Co-Participante

Centro: _____ ID del sujeto: _____

Fecha del formulario: ____/____/____ Iniciales del examinador: ____

La siguiente encuesta sobre el COVID-19 es un formulario opcional que nos gustaría que complete (o de forma alternativa, puede ser administrado por el personal de investigación). Hacemos estas preguntas porque sabemos que el COVID-19 presenta nuevos desafíos para todos nosotros, y nos gustaría conocer su experiencia. También nos gustaría entender cómo el COVID-19 le ha afectado su bienestar y su capacidad para apoyar al participante como su informante / cuidador. Puede negarse a responder cualquiera de estas preguntas, y no hay ningún problema en hacerlo; sin embargo, le pedimos que responda tantas preguntas como le sea posible y con las que se sienta cómodo/a. Su centro de investigación también puede tener preguntas adicionales con respecto al COVID-19.

1. En una escala de 1-5 ¿Qué tan aislado o distante se siente de su familia y amigos debido al COVID-19?

- 1 1 = Nada aislado/a
- 2 2 = Un poco aislado/a
- 3 3 = Algo aislado/a
- 4 4 = Muy aislado/a
- 5 5 = Extremadamente aislado/a
- 8 8 = Prefiero no responder

2. En una escala de 1-5 ¿Qué tanto ha alterado la pandemia de COVID-19 su vida cotidiana?

- 1 1 = No la ha alterado nada
- 2 2 = La ha alterado un poco
- 3 3 = La ha alterado moderadamente
- 4 4 = La ha alterado mucho
- 5 5 = La ha alterado de forma extrema
- 8 8 = Prefiero no responder

3. ¿Se han reducido significativamente los ingresos de su hogar debido a COVID-19?

- 0 No
- 1 Sí
- 8 Prefiero no responder
- 9 No estoy seguro/ desconocido

4. En una escala de 1 a 5, desde el inicio de COVID-19 ¿Con qué frecuencia ha sentido que no puede controlar las cosas importantes en su vida?

1 1 = Nunca
 2 2 = Casi nunca
 3 3 = A veces
 4 4 = Frecuentemente
 5 5 = Muy frecuentemente
 8 8 = Prefiero no responder

5. Con respecto a sus sentimientos de conexión con amigos y familiares durante el periodo de distanciamiento social, se siente ...

1 Menos conectado/a
 2 Aproximadamente el mismo nivel de conexión
 3 Más conectado/a
 8 Prefiero no responder

6. ¿En qué medida la pandemia del COVID-19 ha afectado su capacidad para cuidar del participante en este estudio de investigación?

1 Es mas fácil proporcionar cuidados
 2 Puedo proporcionar los mismos cuidados que siempre
 3 Es algo más difícil proporcionar cuidados
 4 Es extremadamente difícil proporcionar cuidados
 8 Prefiero no responder

7. ¿Si es el caso, qué tipo de ayuda es más difícil de acceder?	NO	Sí	Prefiero no responder
7a. Relevo de cuidados por parte de familiares o amigos	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
7b. Relevo pagado por agencias de cuidado	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
7c. Programas de actividad durante el día	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
7d. Cuidado nocturno o relevo de cuidados para estadía prolongada	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
7e. Capacidad para encontrar una residencia con asistencia calificada	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
7f. Atención médica, incluidas citas médicas	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
7g. Otro (ESPECIFIQUE): _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

8. En una escala de 1 a 5, ¿Cuánto ha cambiado el COVID-19 su voluntad de participar en estudios de investigación que requieren visitas en persona al centro de investigación?

- 1 1 = Nada
- 2 2 = Un poco
- 3 3 = Algo
- 4 4 = Mucho
- 5 5 = Extremadamente
- 8 8 = Prefiero no responder

9. En una escala de 1 a 5, ¿Cuánto ha cambiado el COVID-19 su deseo personal de participar en estudios de investigación, independientemente de si las visitas se realizan en persona o por teléfono/de forma remota?

- 1 1 = Nada
- 2 2 = Un poco
- 3 3 = Algo
- 4 4 = Mucho
- 5 5 = Extremadamente
- 8 8 = Prefiero no responder

10. ¿Tiene otras necesidades específicas de cuidado que no se discutieron anteriormente? Por favor, escriba todas las necesidades de cuidado (tanto suyas como del participante de investigación) que no están siendo atendidas debido a la pandemia del COVID-19.