

## Mental Health

### Síntomas de salud mental.

*Puede optar por no responder a ninguna de las preguntas.*

**Si tienes pensamientos suicidas, estas líneas de ayuda gratuitas están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana para ofrecer apoyo:**

**US:** EE. UU: 1-800-273-8255 (Línea de texto de crisis: texto HABLE con 741741)

**Reino Unido:** 116123 / **Países Bajos:** 0800 0113

**Canadá:** 833-456-4566

**Busca en:** [https://www.iasp.info/resources/Crisis\\_Centres](https://www.iasp.info/resources/Crisis_Centres) líneas de crisis adicionales para tu país.

¿Has sido diagnosticado (antes de la enfermedad de COVID-19) con alguna condición de salud mental? (por ejemplo: depresión, ansiedad, pánico, psicosis, etc)

- Sí
- No

¿Crees que tienes o has tenido una condición de salud mental que no ha sido diagnosticada?

- Sí  
 No

Si respondiste afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, ¿cuál de los siguientes has experimentado? (marca todos los que apliquen)

- Depresión  
 Trastorno bipolar  
 Trastorno de ansiedad  
 Trastorno por consumo de sustancias  
 Desorden alimenticio  
 Desorden de personalidad  
 Desorden psicótico  
 Delirio  
 Trastorno de estrés postraumático  
  Otros

Para cada condición que te aplique, por favor especificar:

	No aplica	Sin cambios durante COVID-19	Inicio durante COVID-19	Empeoramiento significativo durante COVID-19	Empeoramiento moderado durante COVID-19
Depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trastorno bipolar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trastorno de ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Trastorno por consumo de sustancias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desorden alimenticio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desorden de personalidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desorden psicótico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Delirio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trastorno de estrés postraumático	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>					

(Opcional) Describe cómo estas condiciones mentales se sintieron o afectaron durante tu enfermedad de COVID-19

## Depressive Symptoms

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia te ha molestado alguno de los siguientes problemas?

	De ningún modo	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Poco interés o placer en hacer cosas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sentirse decaído,  
deprimido o sin  
esperanza

Problemas para  
conciliar el sueño /  
permanecer dormido o  
dormir demasiado

Sentirse cansado o  
tener poca energía.

De ningún modo

Varios días

Más de la mitad  
de los díasCasi todos los  
días

Sentirse mal consigo  
mismo o que es un  
fracaso o que se ha  
decepcionado a sí  
mismo y a su familia

Moverse o hablar tan  
lentamente que otras  
personas podrían  
haberlo notado. O al  
contrario; estar tan  
inquieto que se ha  
estado moviendo mucho  
más de lo habitual.

Pensamientos de que  
sería mejor estar muerto  
o lastimarse de alguna  
manera.

De ningún modo

Varios días

Más de la mitad  
de los díasCasi todos los  
días

Si marcaste alguno de los problemas anteriores, ¿qué tan difícil te han hecho estos problemas el trabajo, ocuparte de las cosas en casa o llevarte bien con otras personas?

- Nada difícil
- Algo difícil
- Muy difícil
- Extremadamente difícil

(Opcional) Si lo deseas, por favor comparte más acerca de tu experiencia.

## Anxiety Symptoms

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia te ha molestado alguno de los siguientes problemas?

	De ningún modo	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Sentirse nervioso, ansioso o al borde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No poder detener o controlar la preocupación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocuparse demasiado por cosas diferentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas para relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	De ningún modo	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Estar tan inquieto que es difícil quedarse quieto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfadarse o irritarse fácilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

De ningún modo

Varios días

Más de la mitad  
de los díasCasi todos los  
días

Si marcaste alguno de los problemas anteriores, ¿qué tan difícil te han hecho estos problemas el trabajo, ocuparte de las cosas en casa o llevarte bien con otras personas?

- Nada difícil
- Algo difícil
- Muy difícil
- Extremadamente difícil

(Opcional) Si lo deseas, por favor comparte más acerca de tu experiencia.

## Suicidal Thoughts

**Si tienes pensamientos suicidas, estas líneas de ayuda gratuitas están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana para ofrecer apoyo:**

**US:** EE. UU: 1-800-273-8255 (Línea de texto de crisis: texto HABLE con 741741)

**Reino Unido:** 116123 / **Países Bajos:** 0800 0113

**Canadá:** 833-456-4566

**Busca en:** [https://www.iasp.info/resources/Crisis\\_Centres](https://www.iasp.info/resources/Crisis_Centres) líneas de crisis adicionales para tu país.

**En cualquier momento durante la pandemia de COVID-19, alguna vez:**

- Has deseado estar muerto o deseado poder irse a dormir y no despertar
- Tenido pensamientos de suicidarse
- Tenido pensamientos de hacerse daño
- Hiciste cualquier cosa para hacerte daño
- No tuve pensamientos suicidas
- Otros

## Psychiatric Medication

¿Has estado tomando medicamentos psiquiátricos recetados durante tu recuperación?

- Sí
- No

En algún momento durante la pandemia de COVID-19, ¿hubo cambios en su medicación psiquiátrica?

- Sí, se hizo un ajuste de dosis a mi medicación anterior
- Sí, me recetaron nuevos medicamentos
- No, seguí tomando medicación a la dosis anterior
- No, no he requerido medicación psiquiátrica

Si te recetaron medicamentos NUEVOS, ¿uáles fueron?

- Antidepresivos
- Bupropion
- Benzodiazepinas
- Antipsicóticos
- 
- Fármaco Z

- Melatonina para el insomnio
- Estabilizador de humor
- Estimulantes

Otros

 

¿Has estado tomando alguno de estos medicamentos? Indica cómo afectaron tu condición. (Responde las que correspondan)

	Mucho mejor	Moderadamente mejor	Ligeramente mejor	Igual	Un poco peor	Moderad pe
Antidepresivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benzodiazepinas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antipsicóticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fármaco Z	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Mucho mejor	Moderadamente mejor	Ligeramente mejor	Igual	Un poco peor	Moderad pe
Melatonina para el insomnio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estabilizador de humor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estimulantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input style="width: 280px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Mucho mejor	Moderadamente mejor	Ligeramente mejor	Igual	Un poco peor	Moderad pe



Si requeriste tratamiento psiquiátrico durante tu enfermedad de COVID-19, por favor selecciona las opciones que apliquen:

- Recibí tratamiento de mi médico de cabecera / médico general
- Recibí tratamiento de mi médico de salud mental anterior.
- Recibí tratamiento de un nuevo profesional de salud mental.
- No pude obtener el tratamiento que necesitaba.

Si no pudiste recibir tratamiento psiquiátrico, ¿cuáles de los siguientes factores influyó en la imposibilidad de recibir atención?

- Costo
- Acceso a un dispositivo compatible con telesalud
- El proveedor preferido no acepta mi seguro
- El proveedor preferido no atiende a los pacientes a través de telesalud
- Otros

## Coping

¿Qué actividades de bienestar has realizado / participado para ayudarte a sobrellevar la situación? (marca todo lo que corresponda)

- Grupos / comunidades de apoyo específicos de COVID-19 en línea
- Grupos / comunidades de apoyo en línea no específicos de COVID-19
- Terapia
- Yoga
- Ejercicio Aeróbico

- Meditación
- Ninguna de las anteriores

Si te has unido a una comunidad COVID-19 en línea, ¿cuál es el efecto de tu participación en tu bienestar psicológico?

- Mejoré significativamente mi bienestar psicológico.
- Mejoró moderadamente mi bienestar psicológico.
- No tuvo ningún efecto en mi bienestar psicológico.
- Empeoró moderadamente mi bienestar psicológico
- Empeoró significativamente mi bienestar psicológico

¿Estás de acuerdo con esta afirmación? "Uno o más de mis médicos no me creyeron"

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

(Opcional) Describe cómo participar en comunidades online afecta tu bienestar

## Estar aislado físicamente de los demás:

- Tuvo un fuerte impacto negativo en mi bienestar mental.  
 Tuvo un impacto negativo en mi bienestar mental  
 No tuvo ningún impacto en mi bienestar mental.  
 Tuvo un impacto positivo en mi bienestar mental  
 Tuvo un fuerte impacto positivo en mi bienestar mental.  
 No he estado físicamente aislado de los demás

## (Opcional) Califique las siguientes 28 afirmaciones sobre métodos de afrontamiento

	No he estado haciendo esto en absoluto	Lo he estado haciendo un poco	Lo he estado haciendo una cantidad media	He estado haciendo esto mucho
He estado recurriendo al trabajo u otras actividades para distraerme de la situación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He estado concentrando mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que me encuentro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me he estado diciendo a mí mismo "esto no es real"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He estado consumiendo alcohol u otras drogas para sentirme mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He estado recibiendo apoyo emocional de otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He dejado de intentar lidiar con eso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

He estado tomando medidas para intentar mejorar la situación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	No he estado haciendo esto en absoluto	Lo he estado haciendo un poco	Lo he estado haciendo una cantidad media	He estado haciendo esto mucho
Me he estado negando a creer que sucedió	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He estado diciendo cosas para dejar escapar mis sentimientos desagradables	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recibí ayuda y consejos de otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He intentado verlo desde otra perspectiva, para que parezca más positivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me he estado criticando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He intentado idear una estrategia sobre qué hacer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He recibido consuelo y comprensión de alguien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	No he estado haciendo esto en absoluto	Lo he estado haciendo un poco	Lo he estado haciendo una cantidad media	He estado haciendo esto mucho
He estado renunciando al intento de hacer frente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He estado buscando algo bueno en lo que está sucediendo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He estado haciendo bromas al respecto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

He estado haciendo algo para pensar menos en ello, como ir al cine, mirar televisión, leer, soñar despierto, dormir o ir de compras.

He estado aceptando la realidad del hecho de que sucedió

He estado expresando mis sentimientos negativos

He estado tratando de encontrar consuelo en mi religión o creencias espirituales.

No he estado haciendo esto en absoluto

Lo he estado haciendo un poco

Lo he estado haciendo una cantidad media

He estado haciendo esto mucho

He estado tratando de obtener consejos o ayuda de otras personas sobre qué hacer

He estado aprendiendo a vivir con eso

He estado pensando mucho sobre qué pasos tomar

Me he estado culpando por las cosas que sucedieron

He estado rezando o meditando

Me he estado burlando de la situación

No he estado haciendo esto en absoluto

Lo he estado haciendo un poco

Lo he estado haciendo una cantidad media

He estado haciendo esto mucho

Cualquier otra cosa que te gustaría compartir con respecto al afrontamiento.

## Structural Support

¿Cómo describirías el apoyo o la falta de apoyo de las siguientes personas durante tu enfermedad?

	Perjudicial	Desdeñoso	Escéptico	Apático	Un poco preocupado	Apoyo
Proveedores médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cónyuge / pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familia (no cónyuge / pareja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Opcional) Si lo deseas, no dudes en compartir tu experiencia acerca del apoyo o la falta de apoyo de las personas durante tu enfermedad.

Mientras jhas estado enfermo, ¿cuál de estos escenarios coincide con tu experiencia?

- Vivía solo y me sentía bien equipado para cuidarme
- Vivía solo y necesitaba más ayuda de la que podía conseguir
- Viví con alguien y me cuidaron bien
- Vivía con alguien y necesitaba más ayuda de la que podía conseguir.
- Otros

Si te estás / estuviste aislando, ya sea en un espacio dentro de la misma casa o en una casa diferente, ¿cuál de los siguientes escenarios coincide mejor con tu experiencia? Por favor, considera "reunir" como que comenzaste a vivir con otros nuevamente, no solo visitar / socializar con otros.

- No me estaba aislando / he estado viviendo con otras personas durante mi enfermedad.
- Me reuní con otros en algún momento durante las semanas 1 a 3 y se infectaron (probablemente de mi parte)
- Me reuní con otros en algún momento durante las semanas 1-3 y no se infectaron
- Me reuní con otros en algún momento durante las semanas 4-6 y se infectaron.
- Me reuní con otros en algún momento durante las semanas 4-6 y no se infectaron
- Me reuní con otros en algún momento después de la semana 6 y se infectaron.
- Me reuní con otros en algún momento después de la semana 6 y no se infectaron.
- Todavía me estoy aislando / no me he reunido con otros
- No aplica

Tienes mascotas en casa? \*

- Sí
- No

En caso de ser afirmativo, por favor especificar: \*

- Gatos
- Perros
- Roedores
- Otros

Con respecto a la atención médica que recibiste durante la pandemia de COVID-19: \*

- Considero que recibí la atención adecuada
- Considero que recibí una atención algo por debajo de la adecuada.
- Considero que recibí una atención significativamente inferior a la adecuada.
- No necesité atención médica

Con respecto al estado financiero durante la pandemia COVID-19 (selecciona todas las opciones que apliquen): \*

- Perdí mi trabajo o no he podido trabajar si soy autónomo
- No he podido pagar las necesidades básicas como comida y alquiler.
- He estado bajo presión financiera pero he podido llegar a fin de mes.



No he sentido presión financiera

(Opcional) Considero que el gobierno federal y las instituciones nacionales públicas de salud de mi país, hicieron lo mejor que pudieron para manejar la epidemia de COVID-19.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Parcialmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

En caso de que aplique, tus hijos han estado enfermos de COVID-19 por más de tres semanas?

- No tengo hijos.
- Mis hijos no se enfermaron
- Mis hijos se enfermaron pero se recuperaron en menos de 3 semanas
- Uno o más de mis hijos han estado enfermos por más de 3 semanas, y uno o más de mis hijos se recuperaron antes de 3 semanas.
- Todos mis hijos han estado enfermos por más de 3 semanas.