|  |  |
| --- | --- |
| Mental Health Module | **Recuerde que sus respuestas son anónimas.** |
| Las siguientes preguntas tratan sobre su salud mental o emocional.  |
|  | Durante las últimas 4 semanas (28 días), ¿cuánto tiempo se ha sentido … *(Señale la mejor respuesta)* |
|  |  | …tan triste que nada podía animarle? | Todo el tiempo | La mayoría del tiempo | A veces | Algunas veces | Nunca |
|  |  | …nervioso/a? | Todo el tiempo | La mayoría del tiempo | A veces | Algunas veces | Nunca |
|  |  | …inquieto/a o intranquilo/a? | Todo el tiempo | La mayoría del tiempo | A veces | Algunas veces | Nunca |
|  |  | …desesperado/a? | Todo el tiempo | La mayoría del tiempo | A veces | Algunas veces | Nunca |
|  |  | …que todo le cuesta trabajo? | Todo el tiempo | La mayoría del tiempo | A veces | Algunas veces | Nunca |
|  |  | …que no vale nada? | Todo el tiempo | La mayoría del tiempo | A veces | Algunas veces | Nunca |
|  |  | …ansiedad? | Todo el tiempo | La mayoría del tiempo | A veces | Algunas veces | Nunca |
|  | En el último año, ¿hubo algún momento en que usted pensó que tenía un problema de salud mental, de nervios, de emociones, o de consumo de alcohol o drogas? | 🞏 Sí 🞏 No |
|  | En el último año, ¿ha buscado ayuda de alguien más que su familia o amigos para hablar de sus problemas con las emociones, los nervios, la salud mental, o el consumo de alcohol o drogas? | 🞏 Sí 🞏 No |
|  | (Si sí a P3)¿Usted ha recibido ayuda de alguien que no sea amigo o familiar acerca de que sus emociones, sus nervios, su salud mental, o el uso de alcohol o drogas? | 🞏 Sí 🞏 No |
|  | (Si sí a P3)¿Qué tipo de ayuda recibió?  | 🞏 En persona 🞏 Línea directa o “hotline”🞏 Tele-médico (pagado por cuenta propia) | 🞏 Tele-médico (pagado por aseguranza de salud)🞏 Terapia por mensajes de texto |
|  | En el último año, ¿tuvo dificultades para acceder a tratamientos para sus problemas de salud mental o de abuso de sustancias? | 🞏 Sí 🞏 No |
|  | En el último año, ¿se ha sentido tan deprimido que llegó a considerar suicidarse? | 🞏 Sí 🞏 No 🞏 No estoy Seguro/a |
|  | En el último año, ¿ha intentado suicidarse?  | 🞏 Sí 🞏 No 🞏 No estoy seguro/a |
|  | En el último año, ¿alguien de su familia intentó suicidarse? | 🞏 Sí 🞏 No 🞏 No estoy seguro/a |
|  | Durante los últimos 30 días, ¿por cuántos días dejó sus actividades usuales, como cuidar de sí mismo, ir al trabajo, o participar en actividades de recreación, únicamente porque se sentía afectada su salud física o mental?  | \_\_\_\_\_Días (0 = ninguno) |