

# Tú eres importante: encuesta sobre el impacto de COVID-19 en la salud mental

Q1 El Departamento de Servicios de Salud Mental y Adicciones (DMHAS), a través de la Oficina de Asuntos Comunitarios y Recuperación, está llevando a cabo una encuesta para ayudarnos a comprender mejor el impacto del COVID-19 en nuestra comunidad. Su aporte es fundamental para ayudarnos a entender las necesidades de la comunidad y priorizar las políticas y decisiones de programas. La encuesta es anónima. Estamos buscando respuestas de los residentes de CT. Reconocemos que algunas personas pueden tener dificultades para acceder la encuesta, así que estamos pidiendo a los proveedores de servicios y defensores que se comuniquen con los individuos y los familiares y completen la encuesta en su lugar.

**Q2 ¿Está tomando esta encuesta para usted o para otra persona?**

- Lo estoy llenando yo mismo(a)
- Lo estoy llenando de parte de otra persona

**Q3 Si estás tomando esta encuesta para otra persona, por favor especifique tu relación con ellos**

- Soy un miembro de la familia
- Soy un(a) cuidador(a)
- Soy un(a) proveedor(a) de atención medica
- Soy un(a) amigo(a)
- Otro \_\_\_\_\_

**Si usted está tomando esta encuesta de parte de otra persona, por favor trate de hacerlo con la persona. Las respuestas deben reflejar sus puntos de vista.**

**Q5 ¿Tienes 18 años o más?**

- No
- Sí

**Q6 ¿Eres residente de Connecticut?**

- No
- Sí

Información del cuestionario en línea  
Consentimiento verbal para participar en la investigación

**Título:** Tú eres importante: encuesta sobre el impacto de COVID-19 en la salud mental

**Investigador principal:** Dra. Chyrell Bellamy

**Introducción** Le invitamos a participar en esta encuesta. Su participación es completamente voluntaria. La siguiente información explicará el propósito de esta encuesta, lo que se le pedirá que haga y los posibles riesgos y beneficios. Le animamos a hacer preguntas antes de decidir si desea participar, o en cualquier momento durante el estudio.

**Objetivo** El Departamento de Servicios de Salud Mental y Adicciones (DMHAS), a través de la Oficina de Asuntos Comunitarios y Recuperación, está realizando una investigación para evaluar el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los residentes de Connecticut, incluidas las personas que reciben servicios del DMHAS. El propósito de esta investigación es investigar experiencias personales de funcionalidad en la vida diaria (por ejemplo, realizar tareas diarias), problemas personales (por ejemplo, necesidades materiales, preocupaciones de salud mental, uso de sustancias, experiencias de violencia doméstica) y uso de servicios de telesalud durante la pandemia de COVID-19. Esta encuesta informará los procesos de toma de decisiones de políticas y servicios públicos, por lo tanto, es de suma importancia para comprender mejor las necesidades actuales y futuras de los residentes de Connecticut y las personas que reciben servicios del DMHAS. Calculamos que le tomará de 12 a 15 minutos completar esta encuesta. Esperamos que al menos 500 personas completen el cuestionario antes del 31 de diciembre de 2021.

**Procedimientos** Si elige participar en esta encuesta, se le pedirá que complete un cuestionario en línea que contiene preguntas sobre cómo han sido las cosas durante la pandemia de COVID-19. Específicamente, encontrará preguntas sobre su funcionalidad personal (por ejemplo, realizar tareas cotidianas), problemas personales (por ejemplo, necesidades materiales, inquietudes de salud mental, uso de sustancias, experiencias de violencia doméstica) y uso de los servicios de salud debido a la COVID-19.

**Posibles riesgos** Su responsabilidad en esta investigación es solo completar el cuestionario. Este estudio no requiere procedimientos ni tratamientos. Por lo tanto, la participación en este estudio no implica ningún riesgo físico para usted. Es posible que algunas preguntas sean incómodas (por ejemplo, preguntas sobre violencia doméstica). Puede optar por no responder a las preguntas que le causen molestias.

**Posibles beneficios** Es posible que esta encuesta no le beneficie directamente. Sin embargo, el conocimiento adquirido a partir de los resultados de este estudio nos ayudará a comprender mejor las necesidades actuales y futuras de los residentes de Connecticut y de quienes reciben los servicios del DMHAS, y se puede utilizar para informar decisiones programáticas y de políticas públicas. **Incentivos** No hay incentivos ni pagos por participar en esta encuesta.

**Procedimientos alternativos** La alternativa es no participar en esta investigación. Tiene la libertad de rechazar el consentimiento y no participar en este estudio.

**Confidencialidad** Para proteger su anonimato, su respuesta no estará vinculada a su nombre o correo electrónico de ninguna manera. La investigación puede publicarse en revistas disponibles públicamente y se presentará un informe técnico a la Junta Directiva del Departamento de Servicios de Salud Mental y Adicciones.

**Contacto** Si tiene más preguntas sobre este estudio, puede comunicarse con el investigador principal, Dra. Chyrell Bellamy, llamando al 203-444-2219. Si desea hablar con alguien que no es parte del equipo de investigación para discutir problemas, inquietudes y preguntas relacionadas con esta investigación, puede comunicarse con el Comité de Ética de la Universidad de Yale llamando al 203-785-4688 o con Janet Storey del Comité de Ética del Departamento de Servicios de Salud Mental y Adicciones llamando al 860-418-6823.

**Participación voluntaria** La participación en este estudio es completamente voluntaria. Puede negarse a participar, dejar de participar en cualquier momento y por cualquier motivo, o

negarse a responder a cualquier pregunta específica sin penalización. Al dar su consentimiento verbal, no renuncia a ninguno de sus derechos legales. Al hacer clic en el botón Siguiente, confirma que ha leído detenidamente toda la información anterior y que acepta participar en este estudio de forma voluntaria.

**Q8 ¿Cuál es su relación con el Departamento de Salud Mental y Servicios de Adicciones de Connecticut?**

- Participante en programas o servicios de salud mental y/o consumo de sustancias
- Defensor(a)
- Sin relación
- Otro \_\_\_\_\_

**Q9 ¿Cuántos años tienes?**

- 18 - 24
- 25 - 34
- 35 - 44
- 45 - 54
- 55 - 64
- 65 +

**Q10 ¿Es usted de etnia Hispana o Latina?**

- No
- Sí
- Desconocido

**Q11 Si es Hispano, seleccione una de las siguientes**

- Cubano
- Puerto Riqueño
- Ecuatoriano
- Mexicano
- Dominicano
- Cabo Verdeano
- Brasileño
- Otro
- Desconocido
- No se aplica

**Q12 Raza (seleccione todas las que correspondan)**

- Indio(a) americano(a) / Nativo(a) de Alaska
- Asiático(a)
- Negro(a) / Afroamericano(a)
- Nativo(a) Hawaiano/Isleño del Pacífico
- Blanco(a)
- Desconocido(a)
- Otro (por favor especifique) \_\_\_\_\_

**Q13 Idioma preferido**

- Español
- Italiano
- Francés
- Portugués
- Polaco
- Griego
- Vietnamita
- Laosiano
- Mandarín
- Cantonés
- Japonés
- Ruso
- Letón
- Criollo Haitiano
- Language de señas
- Inglés
- Ninguno
- Otro
- Desconocido

**Q14 ¿Cuál de los siguientes MEJOR captura su identificación de género?**

- Hombre
- Mujer
- Transgénero
- No binario(a)
- Genero no conforme
- Prefiero no decir
- Prefiero describirlo \_\_\_\_\_

**Q15 Seleccione la opción que MEJOR describe su cobertura de seguro médico**

- Sin seguro/Pago por cuenta propia
- Medicaid/Medicare/HUSKY
- Seguro privado (e.g., Aetna, Anthem Blue Cross/Blue Shield, Cigna)
- Otro (por favor especifique) \_\_\_\_\_

**Q16 ¿Puede estimar sus ingresos mensuales personales ACTUALES (brutos, antes de impuestos), sin incluir cupones de alimentos?**

- Menos de \$500 al mes
- \$501 a \$1000 al mes
- \$1001 a \$3000 al mes
- \$3001 a \$5000 al mes
- Mas de \$5001 al mes

**Q17 ¿Cuáles son sus fuentes de ingresos actuales? (seleccione todos lo que correspondam)**

- Ingresos gravados por empleo o el autoempleo
- Ingresos no impuestos/Debajo de la mesa
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- Ingresos de Seguro Social por Incapacidad (SSDI)
- SAGA/welfare
- Otros beneficios (TANF, TFA, suplemento estatal, WIC)
- Pago por discapacidad relacionada con los Servicios Armados
- Ingresos de desempleo
- Manutención de niños
- Ingresos por jubilación del Seguro Social/Pensión
- Préstamo estudiantil
- Ayuda financiera para la universidad
- No estoy seguro
- Otro (por favor especifique) \_\_\_\_\_

**Q18 ¿Cuál es el nivel más alto de estudios que ha completado o el título más alto que ha recibido?**

- Menos del título de secundaria
- Grado de secundaria o equivalente (e.g., GED)
- Algo de Universidad, pero sin título
- Diplomado
- Bachillerato
- Licenciatura

**Q19 ¿Cuántas personas viven en su hogar incluyéndose a usted?**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Más de 10

**Q20 ¿En las últimas dos semanas su familia ha experimentado lo siguiente como resultado de COVID-19? (seleccione todos lo que le correspondam)**

- No hay suficiente dinero para pagar la renta
- No hay suficiente dinero para pagar el gas
- No hay suficiente dinero para pagar la comida
- No tenía un lugar seguro para dormir o hospedarme

**Q21 ¿Tienes la opción de trabajar desde su casa, si es necesario?**

- No
- Sí
- Inseguro(a)
- No me aplica

**Q22 Por favor, seleccione la opción que MEJOR describa su situación de vivienda**

- Actualmente no alojado
- Alojado, pero no pago la renta
- Alquiler
- Dueño(a)
- Asilo
- Hogar grupal
- Centro de vida independiente
- Casa sobria
- Otro (por favor especifique) \_\_\_\_\_

**Q23 ¿Es usted padre/madre, tutor o cuidador?**

- No soy padre, tutor o cuidador
- Sí, el padre/madre, tutor(a) o cuidador(a) de un(a) niño(a) menor de 18 años
- Sí, el padre/madre, tutor(a) o cuidador(a) de niño(s) de 18 años o más
- Sí, el padre/madre, tutor(a) o cuidador(a) de niños menores y mayores de 18 años

**Q24 Si usted tiene hijos o nietos, ¿usted tuvo desafíos relacionados con alguno de estos problemas? (seleccione todas las que correspondan)**

- No tuve ningún desafío
- Cuidado Infantil
- Mantener balance con el trabajo y la crianza de los hijos
- Actividades educativas en línea/escuela de verano
- Visitas, crianza compartida, padre o madre soltero(a), etc.
- Relación padre/madre-hijo
- Mi salud mental/adicción
- La salud mental/adicción de mi hijo(s)(as)
- Recursos adecuados
- Otros desafíos de crianza (por favor especifique) \_\_\_\_\_

**Q25 Seleccione las áreas en las que actualmente está experimentando desafíos como resultado de COVID-19 (seleccione todas las que correspondan)**

- Vivienda
- Ingresos/Beneficios
- Empleo
- Alimentos
- Artículos de tocador y ropa limpia
- Transportación
- Educación/ educación en línea
- Atención medica
- Atención de salud mental
- Otro (por favor especifique) \_\_\_\_\_

**Q26 En comparación con esta época del año pasado, ¿diría que cada uno de los siguientes aspectos de su salud ha mejorado, empeorado o se ha mantenido casi igual?**

	Mucho Peor	Algo Peor	Casi lo mismo	Algo mejor	Mucho mejor
Salud General	<input type="radio"/>				
Salud Física	<input type="radio"/>				
Salud Mental	<input type="radio"/>				

**Q27 ¿Sientes que estás haciendo lo suficiente para controlar tu estrés?**

- No
- Sí
- No estoy seguro(a)

**Q28 Y ahora pensando en el último año, ¿dirías que el nivel de estrés en su vida ha aumentado, disminuido o se ha mantenido casi igual?**

- Disminuido
- Se mantuvo igual
- Aumentado

**Q29 Abajo hay una lista de cosas que la gente dice que causan estrés en sus vidas. Para cada uno, por favor indique cuán significativa es una fuente de estrés en su vida.**

	No es en absoluto significativo	No es muy significativo	Algo significativo	Muy significativo
Dinero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relación (e.g. cónyuge, hijo(s), socios)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas de salud que afectan a mis familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Responsabilidades familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Costos de la vivienda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estabilidad laboral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seguridad personal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discriminación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso de la tecnología	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Educación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Q30 ¿Haces algo de lo siguiente para controlar el estrés? (seleccione todo lo que corresponda)**

- Hacer ejercicio o caminar
- Orar
- Jugar videojuegos
- Leer
- Escuchar música
- Meditación o yoga
- Ir a la iglesia o a servicios religiosos
- Ver televisión o películas por más de 2 horas al día
- Tomar una siesta
- Pasar tiempo con amigos o familiares
- Jugar deportes
- Apostar
- Pasar el tiempo haciendo un pasatiempo
- Hacer compras
- Obtener un masaje / ir a un spa
- Fumar
- Beber alcohol
- Comer
- Ver a un profesional de la salud mental (e.g. psicólogo, psiquiatra, trabajador social)
- No hago nada: incapaz o no estoy dispuesto(a) a hacer alguna actividad
- No tomo ninguna medida para ayudar a controlar el estrés
- Usar el Internet / ir en línea
- Pasar tiempo con una mascota
- Fumar vaporizador
- Otros

**Q31 ¿Ha experimentado violencia doméstica desde que comenzó la pandemia COVID-19?**

- No
- Sí

**Q32 ¿Ha participado en citas de Telesalud desde que comenzó la pandemia COVID-19? Esto significa hablar con su proveedor de atención médica por teléfono o computadora**

- No
- Sí

**Q33 Si es así, seleccione el modo de comunicación (seleccione todo lo que corresponda)**

- Teléfono
  - Videoconferencia en un teléfono celular
  - Videoconferencia en un iPad, tableta o computadora
  - Mensaje de texto
  - Correo electrónico
  - Otros (por favor especifique)
- 

**Q34 Indique qué tipos de servicios de Telesalud ha recibido (seleccione todos los que correspondan)**

- Atención primaria

- Atención especializada (especialistas en corazón, asma, diabetes u otras afecciones específicas)
  - Atención urgente
  - Salud mental / Consejería / Terapia
  - Servicios de consumo de sustancias
  - Apoyo entre pares
  - Apoyos espirituales / basados en la fe
  - Bienestar / Gestión del estrés / Entrenador
  - Otros (por favor especifique)
- 

**Q35 Por favor, seleccione su experiencia con Telesalud**

- Fue fácil y eficaz
- Era difícil y difícil de usar
- Era imposible porque no tengo teléfono ni computadora
- Otros (por favor describa) \_\_\_\_\_

**Q36 Comparado con antes de la pandemia COVID-19, seleccione la opción que MEJOR describa su contacto con los proveedores**

- Menos contacto con los proveedores desde COVID-19
  - El mismo contacto con los proveedores desde COVID-19
  - Más contacto con los proveedores desde COVID-19
  - Otros (por favor especifique)
- 

**Q37 ¿Qué le impide usar servicios de Telesalud? (seleccione todo lo que corresponda)**

- No tienes teléfono
  - No hay suficientes minutos, soporte de datos o espacio en el teléfono para aplicaciones
  - No tienes computadora
  - No tienes acceso al Internet
  - No ofrecen servicios de TeleSalud
  - No aplica
  - No estas cómodo(a) (por favor explique por qué)
- 
- Otra razón (por favor especifique) \_\_\_\_\_
- 

**Q38 Por favor califique su nivel de comodidad con Telesalud**

- Muy incómodo
- Incómodo
- Neutral
- Cómodo
- Muy cómodo

**Q39 ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones de salud? (seleccione todo lo que corresponda)**

- Asma
- Enfermedad pulmonar crónica
- Cardiopatía crónica
- Diabetes
- Enfermedad renal crónica
- Cáncer
- Obesidad
- Presión arterial alta
- Condición inmunosupresora

**Q40 ¿Ha recibido servicios de salud mental o de salud física en persona desde que comenzó la pandemia COVID-19?**

- No
- Sí, servicios de salud mental
- Sí, servicios de salud física
- Sí, servicios de salud mental y física

**Q41 Por favor, seleccione la opción que MEJOR describa su salud mental durante la pandemia COVID-19**

- No he experimentado ansiedad, estrés o angustia como resultado de COVID-19
- Un poco aumento de la ansiedad, el estrés o la experiencia de angustia como resultado de COVID-19
- Aumento moderado de la ansiedad, el estrés o la experiencia de angustia como resultado del COVID-19
- Aumento significativo de la ansiedad, el estrés o la experiencia de angustia como resultado de COVID-19

**Q42 ¿De quién recibes apoyo? (seleccione todo lo que corresponda)**

- Proveedores y consejeros profesionales
- Apoyo entre pares (formal o informal - por un especialista en apoyo a la recuperación, entrenador de recuperación, navegador de pares, Warm line o informalmente de una persona que ha vivido experiencia navegando su propia salud mental / recuperación de adicciones).
- Familia
- Amigos(as)
- Grupos basados en la fe Grupos de autoayuda/ayuda mutua (como AA, NA, Hearing Voices Network, Alternatives to Suicide, etc.)
- Otros apoyos comunitarios (por favor especifique \_\_\_\_\_)

**Q43 ¿Ha proporcionado apoyo a otros durante la pandemia COVID-19?**

- No
- Sí (por favor explique) \_\_\_\_\_

**Q44 ¿Cuál de los siguientes, si los hay, ha experimentado en el último mes como resultado del estrés? (seleccione todo lo que corresponda)**

- Dolor de cabeza
- Malestar estomacal o indigestión
- Tensión muscular
- Irritabilidad o enojo
- Fatiga
- Olvido
- Incapacidad para concentrarse
- Dificultad para tomar decisiones
- Preocupación constante
- Sentirse agobiado(a)
- Cambios en los hábitos de sueño (por ejemplo, dormir demasiado, dificultad para conciliar el sueño)
- Otros \_\_\_\_\_
- Nada

**Q45 En comparación con antes de la pandemia COVID-19, ¿qué tan común cree que es para la gente expresar opiniones racistas o racialmente insensibles sobre los grupos minoritarios en nuestra sociedad?**

- Menos común que antes de COVID-19
- Tan común como antes de COVID-19
- Más común que antes de COVID-19
- No estoy seguro(a)

**Q46 ¿Cuánto te preocupa que otras personas puedan desconfiar de ti DEBIDO A TU RAZA O ETNIA si usas una máscara que cubre cuando estás en tiendas u otros negocios?**

- Nada
- Un poco
- Una cantidad justa
- Mucho
- No estoy seguro(a)

**Q47 ¿Ha visto, oído o experimentado algún incidente de racismo o xenofobia (prejuicios contra personas de otros países) relacionados con covid-19?**

- No
- Sí
- No estoy seguro(a)

**Q48 Desde que comenzó la pandemia COVID-19, ¿con qué frecuencia sientes que has sido discriminado por tu raza, etnia o color?**

- Nunca
- A veces

- Muchas veces
- Todo el tiempo
- No estoy seguro(a)

**Q49 ¿Dónde ha encontrado información sobre los recursos de salud mental desde que comenzó la pandemia COVID-19? (seleccione todo lo que corresponda)**

- Página web del Departamento de Salud Mental y Servicios de Adicciones del CT
- Facebook
- Página web del CDC
- Página web del estado de Connecticut
- Autoridades locales de salud
- Comunidad basada en la fe
- Noticias locales/nacionales
- Otros (por favor especifique) \_\_\_\_\_

**Q50 Por favor, seleccione la opción que MEJOR refleja su experiencia con los medicamentos desde que comenzó la pandemia COVID-19**

- No hay dificultad para obtener recetas, recargas y recoger medicamentos
- Algunas dificultades para recoger y/o rellenar medicamentos (por ejemplo, debido a medidas de distanciamiento social, problemas de transporte, menos apoyo)
- Dificultad significativa debido que no puedo conectarme con los proveedores de tratamiento
- No aplica
- Otro (por favor especifique) \_\_\_\_\_

**Q51 Seleccione la opción que MEJOR refleje su experiencia recibiendo servicios de salud mental o consumo de sustancias (por ejemplo, consejería, terapia, gestión de casos)**

- Ninguna dificultad para recibir servicios
- Algunas dificultades para recibir servicios (por ejemplo, debido a medidas de distanciamiento social, problemas de transporte, menos apoyo)
- Dificultad significativa debido que no puedo conectarme con los proveedores de tratamiento
- No aplica
- Otro (por favor especifique) \_\_\_\_\_

**Q52 Si te sientes cómodo(a) respondiendo, selecciona la opción que MEJOR refleje tu experiencia con el consumo de drogas y/o alcohol**

- No hay cambios en el consumo de alcohol o drogas
- Un ligero aumento en el consumo de alcohol o drogas
- Un aumento significativo en el consumo de alcohol o drogas
- Una disminución en el consumo de alcohol o drogas
- No aplica

**Q53 ¿Conoces personalmente a alguien que haya muerto de COVID-19?**

- No
- Sí

**Q54 Por favor, identifique las fortalezas que le han ayudado a superarse durante la pandemia COVID-19**

---

---

---

**Q55 En su opinión, ¿qué más podría hacer el Departamento de Salud Mental y Servicios de Adicciones de CT para proporcionar apoyo durante este momento difícil?**

---

---

---