

## Historia de salud y bienestar emocional

Las siguientes preguntas son sobre su salud emocional y bienestar. Participar en esta encuesta nos ayudará a comprender la salud emocional y el bienestar, y cómo afectan a la salud en general. Completar esta encuesta le llevará aproximadamente 8 minutos.

Responda cada pregunta de la manera más honesta posible. Estamos buscando sus propias respuestas y no lo que piensan sus doctores, familiares, o amigos.

No sienta que tiene que tomarse mucho tiempo para cada pregunta. La primera respuesta que se le ocurra es usualmente la mejor. Si no está seguro(a) de cómo responder la pregunta, escoja la mejor respuesta de las opciones presentadas. Algunas preguntas le permiten decir que no sabe la respuesta o que prefiere no responder. Algunas de estas preguntas podrían ser delicadas. Puede elegir no responder ninguna pregunta.

---

### Sensación de ansiedad y preocupación generalizada

**Todo el mundo se preocupa de vez en cuando. Las siguientes preguntas son sobre la ansiedad y la preocupación. Sus respuestas pueden ayudar a los investigadores científicos a comprender mejor cómo la ansiedad afecta la salud física y mental. Compartir sus experiencias también podría mejorar la forma de identificar y tratar la ansiedad de más personas.**

---

**En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?  
Sentirse nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta.<sup>1</sup>**

(Help Text: *Nervios de punta: Sentirse como si estuviera a punto de perder el control.*)

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

**En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?  
No ser capaz de parar o controlar su preocupación.<sup>1</sup>**

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

**En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?  
Preocuparse demasiado por motivos diferentes.<sup>1</sup>**

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

**En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?**

**Tener dificultad para relajarse.<sup>1</sup>**

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

**En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?**

**Sentirse tan inquieto(a) que no ha podido quedarse tranquilo(a).<sup>1</sup>**

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

**En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?**

**Molestarse o irritarse fácilmente.<sup>1</sup>**

(Help Text: *Molestarse o irritarse: Enojarse o perder la calma con facilidad.*)

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

**En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?**

**Tener miedo de que algo terrible pudiera ocurrir.<sup>1</sup>**

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

**En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?**

**En su vida, ¿ha habido un período de 6 meses o más en el cual haya tenido problemas de preocupación y ansiedad?<sup>2</sup>**

- Sí
- No

*Branching Logic: If “No” is selected, then skip to the “Estado de ánimo y tristeza” section. When “Sí,” is selected then continue:*

**Piense en un momento de su vida que duró 6 meses o más en el cual tuvo la mayor cantidad**

**de problemas relacionados con preocupación y ansiedad. Durante esos 6 meses, ¿con qué frecuencia...**

**¿Se sintió preocupado(a) y ansioso(a)?<sup>3</sup>**

- Siempre o casi siempre
- La mayor parte del tiempo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Nunca

**Piense en un momento de su vida que duró 6 meses o más en el cual tuvo la mayor cantidad de problemas relacionados con preocupación y ansiedad. Durante esos 6 meses, ¿con qué frecuencia...**

**¿Se preocupó por diferentes cosas en su vida, como su trabajo, familia, salud o dinero?<sup>3</sup>**

- Siempre o casi siempre
- La mayor parte del tiempo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Nunca

**Piense en un momento de su vida que duró 6 meses o más en el cual tuvo la mayor cantidad de problemas relacionados con preocupación y ansiedad. Durante esos 6 meses, ¿con qué frecuencia...**

**¿Se preocupó excesivamente o demasiado?<sup>3</sup>**

(Help Text: *Excesivamente: Más de lo necesario.*)

- Siempre o casi siempre
- La mayor parte del tiempo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Nunca

**Piense en un momento de su vida que duró 6 meses o más en el cual tuvo la mayor cantidad de problemas relacionados con preocupación y ansiedad. Durante esos 6 meses, ¿con qué frecuencia...**

**¿Tuvo problemas para controlar su preocupación?<sup>3</sup>**

- Siempre o casi siempre
- La mayor parte del tiempo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Nunca

**Piense en un momento de su vida que duró 6 meses o más en el cual tuvo la mayor cantidad de problemas relacionados con preocupación y ansiedad. Durante esos 6 meses, ¿con qué frecuencia...**

**¿Se sintió inquieto, nervioso o a punto de perder el control?<sup>3</sup>**

(Help Text: *Nervioso o a punto de perder el control: Sentirse ansioso o agitado.*)

- Siempre o casi siempre
- La mayor parte del tiempo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Nunca

*Branching Logic: If “Siempre o casi siempre”, “La mayor parte del tiempo”, or “Siempre o casi siempre” are selected for “¿Se sintió preocupado(a) y ansioso(a)?” AND if “Pocas veces”, “Siempre o casi siempre”, “La mayor parte del tiempo”, or “Siempre o casi siempre” are selected for “¿Se preocupó por diferentes cosas en su vida, como su trabajo, familia, salud o dinero?”, then continue to the remaining questions of this section. All other responses skip to the “Estado de ánimo y tristeza” section.*

**Durante esos 6 meses, ¿con qué frecuencia...**

**¿Tuvo dificultad para concentrarse o su mente se quedó en blanco?<sup>3</sup>**

(Help Text: *La mente se quedó en blanco: Cuando olvida lo que estaba pensando o no puede pensar con claridad.*)

- Siempre o casi siempre
- La mayor parte del tiempo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Nunca

**Durante esos 6 meses, ¿con qué frecuencia...**

**¿Se sintió irritado, molesto o de mal humor?<sup>3</sup>**

- Siempre o casi siempre
- La mayor parte del tiempo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Nunca

**Durante esos 6 meses, ¿con qué frecuencia...**

**¿Sintió dolores o tensión muscular?<sup>3</sup>**

- Siempre o casi siempre
- La mayor parte del tiempo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Nunca

**Durante esos 6 meses, ¿con qué frecuencia...**

**¿Tuvo dificultades para conciliar el sueño o para mantenerlo, o tuvo un sueño agitado e**

**insatisfactorio?**<sup>3</sup>

- Siempre o casi siempre
- La mayor parte del tiempo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Nunca

**¿Cuántos años tenía cuando comenzó a tener problemas de ansiedad o preocupación? Si no lo sabe, puede dar una respuesta aproximada.**<sup>3</sup>

- \_\_\_\_\_

---

## **Estado de ánimo y tristeza**

Todo el mundo se siente triste de vez en cuando. Cuando una persona está triste durante mucho tiempo, puede ser señal de que necesita tratamiento. Las siguientes preguntas tienen que ver con sentimientos de depresión. Las preguntas que responda hoy podrían conducir al tratamiento de mañana.

---

**Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?**

**Poco interés o placer al hacer cosas.**<sup>4</sup>

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

**Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?**

**Se ha sentido desanimado(a), deprimido(a) o sin esperanzas.**<sup>4</sup>

(Help Text: *Desanimado: Sentirse triste.*)

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

**Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?**

**Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado.**<sup>4</sup>

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días

- Casi todos los días

**Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?**

**Se ha sentido cansado(a) o con poca energía.<sup>4</sup>**

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

**Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?**

**Sin apetito o ha comido en exceso.<sup>4</sup>**

(Help Text: *Sin apetito: Poco o ningún interés en comer; no tener hambre. Ha comido en exceso: Comer una gran cantidad de alimentos en poco tiempo.*)

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

**Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?**

**Se ha sentido mal con usted mismo(a) o ha sentido que ha fallado o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia.<sup>4</sup>**

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

**Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?**

**Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión.<sup>4</sup>**

(Help Text: *Dificultad para concentrarse: No poder prestarle toda su atención a algo.*)

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

**Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?**

**¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? O lo contrario: ha estado tan inquieto(a) o agitado(a) que se movía mucho más de lo normal.<sup>4</sup>**

(Help Text: *Inquieto o agitado: Sentirse intranquilo o nervioso; incapaz de estarse quieto.*)

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

**Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?**

**Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera.<sup>4</sup>**

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

*Branching Logic: Pop-up appears when “Varios días,” “Más de la mitad de los días,” or “Casi todos los días” is selected:*

**Si se siente de esta manera, considere pedir ayuda. Hay asesores capacitados disponibles las 24 horas al día, 7 días a la semana.**

**Marque 9-8-8 para comunicarse con la Línea de Prevención del Suicidio y Crisis (presione 1 si es un veterano), o envíe AYUDA al 741741 o comuníquese con el número 442-AYUDAME por WhatsApp para hablar con un asesor en caso de crisis.**

---

**Ahora queremos saber más sobre síntomas durante su vida.**

---

**¿Ha habido algún momento en su vida en el que se sintió triste, infeliz o deprimido(a) durante dos semanas seguidas o más tiempo?<sup>5</sup>**

(Help Text: *Se sintió triste: Sentirse infeliz o desanimado.*)

- Sí
- No
- Prefiero no responder

**¿Ha habido algún momento en su vida que haya durado dos semanas o más en el que perdió interés por cosas, tales como sus pasatiempos, trabajo o actividades que normalmente le causan placer?<sup>5</sup>**

- Sí
- No
- Prefiero no responder

*Branching Logic: If “No” is selected for both questions, then skip to the next section. When “Sí,” is selected for either question then:*

**Piense en el periodo de su vida de dos semanas en el que su depresión o pérdida de interés ha sido peor:**

**¿Este periodo comenzó en los dos meses posteriores a la muerte de alguien cercano a usted o después de un evento estresante o traumático en su vida?<sup>5</sup>**

(Help Text: *Evento estresante o traumático: una situación difícil de superar.*)

- Sí
- No
- Prefiero no responder

**Piense en el periodo de su vida de dos semanas en el que su depresión o pérdida de interés ha sido peor:**

**¿Por cuánto tiempo del día se sintió de esta manera?<sup>5</sup>**

- Todo el día
- La mayor parte del día
- Casi la mitad del día
- Menos de la mitad del día
- No sé
- Prefiero no responder

**Piense en el periodo de su vida de dos semanas en el que su depresión o pérdida de interés ha sido peor:**

**¿Con qué frecuencia se sintió así?<sup>5</sup>**

- Todos los días
- Casi todos los días
- Menos frecuentemente
- No sé
- Prefiero no responder

**Piense en el periodo de su vida de dos semanas en el que su depresión o pérdida de interés ha sido peor:**

**¿Su estado de ánimo mejoró en respuesta a acontecimientos positivos?<sup>5</sup>**

(Help Text: *Su estado de ánimo mejoró: Sentirse bien. Acontecimientos positivos: una experiencia en la vida que es agradable; algo bueno o divertido.*)

- Sí
- No
- No sé
- Prefiero no responder

**Piense en el periodo de su vida de dos semanas en el que su depresión o pérdida de interés ha sido peor:**

**¿Empeoró su estado de ánimo?<sup>5</sup>**

- Por la mañana



- Por la tarde o por la noche
- Mi estado de ánimo no cambió
- No sé
- Prefiero no responder

**Piense en el periodo de su vida de dos semanas en el que su depresión o pérdida de interés ha sido peor:**

**¿Se sintió con menos energía o más cansado(a) de lo normal?<sup>5</sup>**

- Sí
- No
- No sé
- Prefiero no responder

**Piense en el periodo de su vida de dos semanas en el que su depresión o pérdida de interés ha sido peor:**

**¿Tuvo sensación de pesadez en los brazos o las piernas?<sup>5</sup>**

(Help Text: *Sensación de pesadez (en brazos y piernas): tener dificultad para mover los brazos o las piernas.*)

- Sí
- No
- No sé
- Prefiero no responder

**Piense en el periodo de su vida de dos semanas en el que su depresión o pérdida de interés ha sido peor:**

**¿Experimentó cambios en su apetito?<sup>5</sup>**

(Help Text: *Apetito: Deseo de comer.*)

- Sin cambios en el apetito
- Aumento del apetito
- Disminución del apetito
- No sé
- Prefiero no responder

**Piense en el periodo de su vida de dos semanas en el que su depresión o pérdida de interés ha sido peor:**

**¿Subió o bajó peso sin intentarlo, o se mantuvo en el mismo peso?<sup>5</sup>**

- Subí de peso
- Bajé de peso
- Subí y bajé algo de peso durante el episodio (periodo de dos semanas cuando su depresión o pérdida de interés fue peor)
- Me mantuve en el peso o estuve a dieta
- No sé
- Prefiero no responder

**Piense en el periodo de su vida de dos semanas en el que su depresión o pérdida de interés ha sido peor:**

**¿Le costó trabajo quedarse dormido(a), mantenerse dormido(a) o dormía demasiado?<sup>5</sup>**

- Sí
- No
- No sé
- Prefiero no responder

**Piense en el periodo de su vida de dos semanas en el que su depresión o pérdida de interés ha sido peor:**

**¿Se le dificultó concentrarse más de lo normal?<sup>5</sup>**

(Help Text: *Concentrarse más de lo normal: No poder prestar toda su atención a algo.*)

- Sí
- No
- No sé
- Prefiero no responder

**Piense en el periodo de su vida de dos semanas en el que su depresión o pérdida de interés ha sido peor:**

**A veces las personas se sienten mal acerca de sí mismas, inútiles, sin valor. ¿Usted se sintió de esa manera?<sup>5</sup>**

(Help Text: *Mal acerca de sí mismas: La sensación de autoestima baja.*)

- Sí
- No
- No sé
- Prefiero no responder

**Piense en el periodo de su vida de dos semanas en el que su depresión o pérdida de interés ha sido peor:**

**¿Sintió culpa excesiva o fuera de proporción en relación con la situación?<sup>5</sup>**

(Help Text: *Culpa: Sensación de haber hecho algo malo. Culpa fuera de proporción en relación con la situación: Una sensación muy fuerte de haber hecho algo malo, aunque haya sido una pequeña ofensa o un error involuntario.*)

- Sí
- No
- No sé
- Prefiero no responder

**Piense en el periodo de su vida de dos semanas en el que su depresión o pérdida de interés ha sido peor:**

**¿Pensó mucho en la muerte, ya sea en su propia muerte, en la de alguien más o en la muerte en general?<sup>5</sup>**

- Sí
- No
- No sé
- Prefiero no responder

*Branching Logic: Pop-up appears when “Sí” is selected:*

**Si se siente de esta manera, considere pedir ayuda. Hay asesores capacitados disponibles las 24 horas al día, 7 días a la semana.**

**Marque 9-8-8 para comunicarse con la Línea de Prevención del Suicidio y Crisis (presione 1 si es un veterano), o envíe AYUDA al 741741 o comuníquese con el número 442-AYUDAME por WhatsApp para hablar con un asesor en caso de crisis.**

**Aproximadamente, ¿cuánto tiempo se ha sentido así? En total, considere el tiempo antes, durante y después de las peores dos semanas.<sup>5</sup>**

- Menos de un mes
- Entre uno y tres meses
- Más de tres meses, pero menos de seis meses
- Más de seis meses, pero menos de 12 meses
- Uno a dos años
- Más de dos años
- Prefiero no responder

**Piense en las actividades que usted realizaba en el momento del episodio, tales como los estudios, trabajo, cuidado de los niños, tareas domésticas y/o actividades de entretenimiento. ¿En qué medida estos problemas afectaron su vida o sus actividades?<sup>5</sup>**

*(Help Text: Actividades que realizaba durante este episodio: Lo que estaba haciendo durante el tiempo que se sintió así. Esto incluye cosas como ir a la escuela, empleo, cuidar niños, hacer tareas en casa o realizar cualquier actividad para divertirse.)*

- Mucho
- Algo
- Poco
- Nada
- Prefiero no responder

**Algunas personas que han tenido sentimientos de depresión o pérdida de interés descubren que tienen dificultades para afrontar el rechazo o las respuestas negativas de otras personas, incluso fuera de estos periodos. ¿Esto lo describe a usted?<sup>5</sup>**

*(Help Text: Tener dificultades para sobrellevar las situaciones: Tener problemas para manejar o lidiar con experiencias o situaciones. Respuestas negativas: Momentos en los que esperamos que una persona actúe de una manera, pero en su lugar hace algo diferente de lo que queríamos. Por ejemplo, cuando le pide un favor a alguien y la persona dice que no, o cuando*

*cuenta con que alguien haga algo por usted y no lo hace. Incluso fuera de estos periodos: Incluso durante un periodo en el que no se sentía deprimido.)*

- Sí, esto me ha causado problemas en el trabajo o en las relaciones sociales
- Sí, pero no me ha causado problemas en las relaciones sociales
- No me describe

---

**Responda las siguientes preguntas sobre los periodos de su vida en los que ha sentido depresión o pérdida de interés.**

---

**¿Cuántos episodios ha tenido en su vida que han durado dos semanas o más en los que se ha sentido así?<sup>5</sup>**

- Uno
- Varios
- Prefiero no responder

*Branching Logic: when “Varios” selected, then:*

**Escriba el número de veces que ha tenido un periodo que ha durado dos semanas o más en los que sintió depresión o pérdida de interés. Si no lo sabe, puede dar una respuesta aproximada.<sup>5</sup>**

- Escriba el número de veces \_\_\_\_\_
- Demasiados para contar/Un episodio seguido de otro

**Aproximadamente, ¿qué edad tenía la PRIMERA vez que tuvo un episodio de dos semanas como este? (Independientemente de que haya recibido ayuda o no). Si no lo sabe, puede dar una respuesta aproximada.<sup>5</sup>**

- Escriba la edad cuando se sintió así por primera vez. \_\_\_\_\_
- Prefiero no responder

*Branching Logic: This question will only be asked if sex = female*

**¿Tuvo un episodio como este a los pocos meses de dar a luz? ¿Le dijeron que tenía depresión posparto?<sup>5</sup>**

- Sí
- No
- No aplica
- No sé
- Prefiero no responder

**¿Cuántos años tenía la ÚLTIMA vez que tuvo un episodio de dos semanas como este? (Sin tomar en cuenta si recibió ayuda o no) Si no lo sabe, puede dar una respuesta aproximada.<sup>5</sup>**

- Escriba la edad cuando se sintió así la última vez \_\_\_\_\_
  - Prefiero no responder
-

**Responda las siguientes preguntas sobre los periodos de su vida en los que ha sentido depresión o pérdida de interés.**

---

**¿Alguna vez ha hablado sobre estos problemas con un profesional (médico, psicólogo, trabajador social, consejero, enfermera, religioso u otro profesional de ayuda)?<sup>5</sup>**

- Sí
- No
- No sé
- Prefiero no responder

**¿Ha intentado alguna de las siguientes opciones para tratar estos problemas? (Seleccione todas las opciones que correspondan)<sup>5</sup>**

(Help Text: *Medicamentos no recetados: Medicamentos que ha tomado por otros motivos o en dosis distintas a las que le han sido recetadas.*)

- Medicamentos recetados (durante al menos dos semanas)
- Medicamentos no recetados (más de una vez)
- Drogas o alcohol (más de una vez)
- Ninguna de las anteriores
- Prefiero no responder

*Branching Logic: when “Medicamentos recetados (durante al menos dos semanas)” or “Unprescribed medication (Más de una vez)” selected, then:*

**¿Ha tomado alguno de los siguientes medicamentos? (Seleccione todas las opciones que correspondan):<sup>5</sup>**

- Citalopram (a veces llamado Cipramil o Celexa)
- Fluoxetina (Prozac, Oxactin o Serafem)
- Sertralina (Lustral o Zoloft)
- Paroxetina (Seroxat o Paxil)
- Amitriptilina (Elavil)
- Dosulepina (Prothiaden)
- Otros antidepresivos
- No sé
- Prefiero no responder

*Branching Logic: when “Citalopram (a veces llamado Cipramil o Celexa)”, “Fluoxetina (Prozac, Oxactin o Serafem)”, “Sertralina (Lustral o Zoloft)”, “Paroxetina (Seroxat o Paxil)”, “Amitriptylina (Elavil)”, “Dosulepina (Prothiaden)”, or “Otros antidepresivos” is selected, then:*

**¿Le ayudó [el citalopram, la fluoxetina, la sertralina, la paroxetina, la amitriptylina, la dosulepina, el/los otro(s) antidepresivo(s)] help?<sup>5</sup>**

- Sí, at least a little
- No
- No sé
- Prefiero no responder

**¿Ha probado alguna vez la terapia de conversación para estos problemas, u otras actividades estructuradas que considere terapéuticas? Incluya solo aquellas a los que haya asistido más de una vez.<sup>5</sup>**

- Terapias de conversación, como psicoterapia, asesoramiento, terapia de grupo o Terapia Cognitivo-Conductual (CBT, por sus siglas en inglés)
- Otras actividades terapéuticas como técnicas de meditación/conciencia plena, yoga o clases de arte
- Ninguna de las anteriores
- Prefiero no responder

*Branching Logic: when “Terapias de conversación, como psicoterapia, asesoramiento, terapia de grupo o Terapia Cognitivo-Conductual (CBT, por sus siglas en inglés)” selected, then:*

**¿Le ayudó la terapia de conversación?<sup>5</sup>**

- Sí, al menos un poco
- No
- No sé
- Prefiero no responder

---

## **Autolesiones/Hacerse daño a sí mismo(a)**

A menudo, el suicidio se puede prevenir. Estas preguntas son sobre si alguna vez ha tenido pensamientos de hacerse daño a sí mismo(a) o terminar con su vida. Sus respuestas pueden ayudar a los investigadores científicos a encontrar mejores formas de ayudar a quienes piensan en hacerse daño. Sabemos que es un tema delicado. Puede elegir no responder ninguna pregunta.

---

**¿Alguna vez en su vida ha pensado en hacerse daño a propósito sin querer morir (por ejemplo, cortarse o quemarse)?<sup>6</sup>**

- Sí
- No

**¿Alguna vez en su vida ha pensado suicidarse?<sup>6</sup>**

- Sí
- No

*Branching Logic: when "Sí" selected, then:*

¿Cuántos años tenía la primera vez que pensó en suicidarse? Si no lo sabe, puede dar una respuesta aproximada.<sup>6</sup>

- \_\_\_\_\_

¿Alguna vez intentó suicidarse al hacerse daño y con alguna intención de morir?<sup>6</sup>

- Sí

*Branching Logic: when "Sí" selected, then:*

¿Cuántas veces ha intentado suicidarse en su vida? Si no lo sabe, puede dar una respuesta aproximada.<sup>6</sup>

- \_\_\_\_\_

*Branching Logic: if "1" is entered for Number of Suicide Attempts, then:*

¿Cuántos años tenía cuando intento suicidarse en esa ocasión? Si no lo sabe, puede dar una respuesta aproximada.<sup>6</sup>

- \_\_\_\_\_

*Branching Logic: if "> 1" is entered for Number of Suicide Attempts, then:*

¿Cuántos años tenía la primera vez que intentó suicidarse? Si no lo sabe, puede dar una respuesta aproximada.<sup>6</sup>

- \_\_\_\_\_

- No

*Branching Logic: Pop-up appears the first time "Sí" is selected in this section AND at the end of this section regardless of response:*

**Si se siente de esta manera, considere pedir ayuda. Hay asesores capacitados disponibles las 24 horas al día, 7 días a la semana.**

**Marque 9-8-8 para comunicarse con la Línea de Prevención del Suicidio y Crisis (presione 1 si es un veterano), o envíe AYUDA al 741741 o comuníquese con el número 442-AYUDAME por WhatsApp para hablar con un asesor en caso de crisis.**

---

## Experiencias con trauma

Muchas personas experimentan eventos traumáticos en algún momento de su vida. A veces se conocen como traumas o sucesos traumáticos. Le preguntaremos sobre sus experiencias traumáticas a lo largo de su vida, incluyendo la infancia. Puede elegir no responder ninguna pregunta. Sus respuestas podrían ayudar a los investigadores científicos a entender mejor el impacto de los traumas en la salud mental y física.

**En esta sección le preguntaremos sobre sus experiencias traumáticas en la infancia antes de los 18 años).**

---

**Durante los primeros 18 años de su vida, ¿vivió con alguien que tenía depresión, una enfermedad mental o tendencias suicidas?<sup>7</sup>**

- Sí
- No
- No sé/No estoy seguro(a)
- Prefiero no responder

**Durante sus primeros 18 años de vida, ¿vivió con alguien que tuviera problemas con la bebida o que era alcohólico?<sup>7</sup>**

- Sí
- No
- No sé/No estoy seguro(a)
- Prefiero no responder

**Durante sus primeros 18 años de vida, ¿vivió con alguien que usaba drogas ilegales adquiridas en la calle o que abusaba de medicamentos recetados?<sup>7</sup>**

- Sí
- No
- No sé/No estoy seguro(a)
- Prefiero no responder

**Durante sus primeros 18 años de vida, ¿vivió con alguien que haya estado preso o que haya sido sentenciado a cárcel, a prisión o a algún otro centro correccional?<sup>7</sup>**

- Sí
- No
- No sé/No estoy seguro(a)
- Prefiero no responder

**Durante sus primeros 18 años de vida, ¿sus padres estaban separados o divorciados?<sup>7</sup>**

- Sí
- No
- Mis padres no estaban casados
- No sé/No estoy seguro(a)
- Prefiero no responder

**Durante sus primeros 18 años de vida, ¿con qué frecuencia sus padres u otros adultos en la casa se dieron bofetadas, patadas, puñetazos o golpes?<sup>7</sup>**

- Nunca
- Una vez



- Más de una vez
- No sé/No estoy seguro(a)
- Prefiero no responder

**Antes de que usted cumpliera 18 años, ¿con qué frecuencia un padre o adulto en su hogar le pegó, golpeó, pateó o lastimó físicamente de alguna forma? No incluya las nalgadas. ¿Diría usted que..?**<sup>7</sup>

- Nunca
- Una vez
- Más de una vez
- No sé/No estoy seguro(a)
- Prefiero no responder

**Durante sus primeros 18 años de vida, ¿con qué frecuencia un padre o adulto en su casa le dijo groserías, insultó o humilló?**<sup>7</sup>

- Nunca
- Una vez
- Más de una vez
- No sé/No estoy seguro(a)
- Prefiero no responder

**Durante sus primeros 18 años de vida, ¿con qué frecuencia alguien al menos 5 años mayor que usted o un adulto, alguna vez lo(a) tocó sexualmente (inapropiadamente en sus partes privadas)?**<sup>7</sup>

- Nunca
- Una vez
- Más de una vez
- No sé/No estoy seguro(a)
- Prefiero no responder

**Durante sus primeros 18 años de vida, ¿con qué frecuencia alguna persona al menos 5 años mayor que usted o un adulto intentó que usted lo tocara sexualmente (inapropiadamente en sus partes privadas)?**<sup>7</sup>

- Nunca
- Una vez
- Más de una vez
- No sé/No estoy seguro(a)
- Prefiero no responder

**Durante sus primeros 18 años de vida, ¿con qué frecuencia alguna persona al menos 5 años mayor que usted o un adulto lo(a) forzó a tener relaciones sexuales (abuso sexual)?**<sup>7</sup>

(Help Text: *Sexo puede ser vaginal, anal y/o oral.*)

- Nunca

- Una vez
- Más de una vez
- No sé/No estoy seguro(a)
- Prefiero no responder

*Branching Logic: Pop-up appears the first time “Una vez” and “Más de una vez” is selected for the previous three questions AND after this question regardless of response*  
**Las respuestas al trauma pueden ser inmediatas o presentarse después. Hay personas que lo pueden ayudar las 24 horas del día, cualquier día de la semana.**

**Envíe AYUDA al 741741 o comuníquese con el número 442-AYUDAME por WhatsApp para hablar con un asesor en caso de crisis.**

---

**La siguiente sección le pregunta sobre otras experiencias que hayan sucedido en el transcurso de su vida. Puede elegir no responder ninguna pregunta.**

---

**Alguna vez en su vida, ¿ha tenido una pareja o expareja que lo(a) haya golpeado o haya ejercido violencia contra usted?<sup>5</sup>**

- Sí, durante los últimos 12 meses
- Sí, pero no durante los últimos 12 meses
- Nunca
- Prefiero no responder

**Alguna vez en su vida, ¿ha tenido una pareja o expareja que repetidamente lo(a) haya menospreciado(a) hasta hacerlo(a) sentir inútil?<sup>5</sup>**

- Sí, durante los últimos 12 meses
- Sí, pero no durante los últimos 12 meses
- Nunca
- Prefiero no responder

**Alguna vez en su vida, ¿ha sido víctima de agresión sexual, por parte de su pareja o expareja?<sup>5</sup>**

*(Help Text: Agresión sexual: Acto en el que una persona toca sexualmente a otra sin su permiso o la obliga a participar en un acto sexual contra su voluntad.)*

- Sí, durante los últimos 12 meses
- Sí, pero no durante los últimos 12 meses
- Nunca
- Prefiero no responder

**Alguna vez en su vida, ¿ha sido víctima de agresión sexual, por parte de un extraño o de algún conocido?<sup>5</sup>**

(Help Text: *Agresión sexual: Acto en el que una persona toca sexualmente a otra sin su permiso o la obliga a participar en un acto sexual contra su voluntad.*)

- Sí, durante los últimos 12 meses
- Sí, pero no durante los últimos 12 meses
- Nunca
- Prefiero no responder

**Alguna vez en su vida, ¿lo(a) han atacado, le han robado, o ha sido víctima de un ataque violento?**<sup>5</sup>

- Sí, durante los últimos 12 meses
- Sí, pero no durante los últimos 12 meses
- Nunca
- Prefiero no responder

**Alguna vez en su vida, ¿ha estado en un accidente grave donde pensó que su vida estuvo en riesgo en ese momento?**<sup>5</sup>

(Help Text: *Vida estuvo en riesgo: Situación en la que su vida corrió peligro.*)

- Sí, durante los últimos 12 meses
- Sí, pero no durante los últimos 12 meses
- Nunca
- Prefiero no responder

**Alguna vez en su vida, ¿ha estado su vida en peligro por un incendio, una inundación o un desastre natural (como un huracán, tornado o terremoto)?**<sup>3</sup>

- Sí, durante los últimos 12 meses
- Sí, pero no durante los últimos 12 meses
- Nunca
- Prefiero no responder

**Alguna vez en su vida, ¿ha sido testigo de una muerte violenta (p. ej., asesinato, suicidio o consecuencias de un accidente)?**<sup>5</sup>

- Sí, durante los últimos 12 meses
- Sí, pero no durante los últimos 12 meses
- Nunca
- Prefiero no responder

**Alguna vez en su vida, ¿ha sido diagnosticado con alguna enfermedad que puso en peligro su vida?**<sup>5</sup>

- Sí, durante los últimos 12 meses
- Sí, pero no durante los últimos 12 meses
- Nunca
- Prefiero no responder

**Alguna vez en su vida, ¿ha estado involucrado en combate armado o expuesto a una zona de guerra (sea como militar o civil)?<sup>5</sup>**

(Help Text: *Combate armado: Lucha entre las fuerzas armadas, como el ejército. Civil: Persona que no pertenece a las fuerzas armadas ni a la policía.*)

- Sí, durante los últimos 12 meses
- Sí, pero no durante los últimos 12 meses
- Nunca
- Prefiero no responder

**Alguna vez en su vida, ¿ha tenido alguna otra experiencia muy estresante en la que su vida estuvo en peligro o amenazada?<sup>3</sup>**

- Sí, durante los últimos 12 meses
- Sí, pero no durante los últimos 12 meses
- Nunca
- Prefiero no responder

*Branching Logic: Pop-up appears the first time “Sí, durante los últimos 12 meses” and “Sí, pero no durante los últimos 12 meses” is selected in this sections AND at the end of this section regardless of response*

**Las respuestas al trauma pueden ser inmediatas o presentarse después. Hay personas que lo pueden ayudar las 24 horas del día, cualquier día de la semana.**

**Envíe AYUDA al 741741 o comuníquese con el número 442-AYUDAME por WhatsApp para hablar con un asesor en caso de crisis.**

---

**Por favor, indique cuánto le han molestado los siguientes problemas en el último mes:**

---

*Branching Logic: If 'Nunca' to all of the above section questions, skip this section and go to the “Bienestar general” Section; otherwise display these questions.*

**En el último mes, ¿ha tenido recuerdos, pensamientos o imágenes perturbadoras y repetitivas de una experiencia estresante del pasado?<sup>8</sup>**

- Para nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Extremadamente

**En el último mes, ¿se ha sentido muy molesto cuando algo le recuerda una experiencia estresante del pasado?<sup>8</sup>**

- Para nada

- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Extremadamente

**En el último mes, ¿ha evitado actividades o situaciones porque le recordaban una experiencia estresante del pasado?<sup>8</sup>**

- Para nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Extremadamente

**En el último mes, ¿se ha sentido distante o desconectado de otras personas?<sup>8</sup>**

- Para nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Extremadamente

**En el último mes, ¿se ha sentido irritable o ha tenido ataques de ira o enojo?<sup>8</sup>**

- Para nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Extremadamente

**En el último mes, ¿ha tenido dificultades para concentrarse?<sup>8</sup>**

(Help Text: *Dificultades para concentrarse: No poder prestar toda su atención a algo.*)

- Para nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Extremadamente

---

## **Bienestar general**

**Por último, queremos saber cómo se siente acerca de las cosas en general.**

---

**En general, ¿qué tan feliz se siente?<sup>5</sup>**

- Extremadamente feliz

- Muy feliz
- Moderadamente feliz
- Moderadamente infeliz
- Muy infeliz
- Extremadamente infeliz
- No sé
- Prefiero no responder

**¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?**<sup>5</sup>

(Help Text: *Tiene sentido: Que su vida tiene un propósito.*)

- Nada
- Un poco
- Una cantidad moderada
- Mucho
- Una cantidad extrema
- No sé
- Prefiero no responder

---

**Gracias por responder a estas preguntas. Su información ayudará a los investigadores científicos a comprender mejor la salud mental y el bienestar. Su privacidad es muy importante para nosotros. Su nombre e identidad se separarán de sus respuestas antes de compartirlas con los investigadores científicos autorizados.**

**Para más información sobre temas de salud mental e investigación científica, visite Medline Plus Salud Mental: <https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html> o el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés): <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/spanish-listing.shtml>**

**Si usted o un ser querido necesita ayuda, comuníquese con los expertos de NIMH que hablan español, llamando al 1-866-615-6464, o envíe un correo electrónico a [nimhinfo@nih.gov](mailto:nimhinfo@nih.gov).**

**Llame, envíe un mensaje de texto o chatee al 988 de forma gratuita y disponible 24 horas al día, 7 días a la semana, 365 días al año, para poner en contacto a quienes sufren una crisis de salud mental, consumo de sustancias o suicidio con asesores de crisis formados.**

### **Source Information**

1. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. [A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7](#). Arch Intern Med. 2006 May 22;166(10):1092–7.
2. Developed for use by *All of Us*
3. Kessler RC, Üstün TB. [The World Mental Health \(WMH\) Survey Initiative Version of the World Health Organization \(WHO\) Composite International Diagnostic Interview \(CIDI\)](#). Int J Methods Psychiatr Res. 2004;13(2):93–121.
4. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. [The PHQ-9](#). J Gen Intern Med. 2001 Sep;16(9):606–13.
5. [UK Biobank](#). Stockport, UK: UK Biobank. Available from: <https://www.ukbiobank.ac.uk/>
6. Nock MK, Holmberg EB, Photos VI, Michel BD. [Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample](#). Psychol Assess. 2007 Sep;19(3):309–17.
7. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. [Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences \(ACE\) Study](#). American Journal of Preventive Medicine. 1998 May 1;14(4):245–58.
8. Weathers FW, Litz B, Herman D, Juska J, Keane T. [PTSD Checklist—Civilian Version](#). APA PsycTests. 1993.