

Título: Encuesta de impacto de COVID para beneficiarios de servicios y sus familias

1. ¿Cuál es su relación con la Oficina de Salud Mental?

- a. Participo en programas de salud mental
- b. Mi familiar o ser querido recibe servicios de un programa de salud mental
- c. Soy un defensor
- d. Otra - especifique

2. ¿Cuál es su edad o la edad de su familiar?

- a. Menos de 18
- b. 18-24
- c. 25-34
- d. 35-44
- e. 45-54
- f. 55-64
- g. 65 o más

3. Seleccione la región en la que vive usted o su ser querido:

- a. Ciudad de New York
- b. Long Island
- c. Región de Hudson River
- d. Región de New York Central
- e. Región de New York Oeste
- f. No estoy seguro

4. Origen hispano (marque una)

- a. No, no soy hispano
- b. Sí
- c. No sé

1b. Si contestó que sí a la pregunta 1a., seleccione una de las siguientes opciones:

- a) Cubano
- b) Puertorriqueño
- c) Ecuatoriano
- d) Mexicano
- e) Dominicano
- f) Otro
- g) No sé
- h) No aplicable

5. Raza (seleccione todas las que correspondan)

- a. Blanco
- b. Negro/Afroamericano
- c. Asiático
- d. Indígena americano o nativo de Alaska
- e. Nativo de Hawaii u otro isleño del Pacífico
- f. Otro
- g. No sé

6. Idioma preferido (marque uno)

- a. Inglés
- b. Español/Criollo español
- c. Ruso
- d. Mandarín
- e. Cantonés
- f. Min (dialecto de Fujian)

- g. Francés/Criollo haitiano
- h. Portugués/Criollo
- i. Italiano
- j. Polaco
- k. Yidis/Alemán de Pennsylvania/Otro germánico occidental
- l. Hebreo
- m. Árabe
- n. Hindú
- o. Urdu
- p. Otro idioma indio (por ejemplo, sindi)
- q. Otro indoeuropeo
- r. Idiomas africanos
- s. Tagalo
- t. Coreano
- u. Vietnamita
- v. Otro asiático
- w. Lengua de signos
- x. Otro
- y. No sé

7. ¿Cuál de las siguientes opciones captura mejor su identificación de género o la de su ser querido?

- a. Masculino
- b. Femenino
- c. Transgénero, femenino a masculino
- d. Transgénero, masculino a femenino
- e. No binario
- f. Inconformidad de género

8. ¿Usted o su ser querido han participado en citas de telesalud? Esto significa hablar con su proveedor por teléfono o computadora.

- a. Sí
- b. No

9. Si contestó que sí, seleccione el modo de comunicación (seleccione todos los que correspondan):

- a. Teléfono
- b. Videoconferencia en un teléfono celular
- c. Videoconferencia en un iPad, tableta o computadora

10. Si contestó que sí, ¿en dónde participó en servicios de telesalud?

- a. En mi domicilio
- b. Programa de salud mental
- c. En la comunidad (especifique)

11. Seleccione su experiencia, o la de su ser querido, con telesalud:

- a. Fue fácil y efectiva
- b. Fue difícil y complicada de acceder
- c. Fue imposible porque no tengo acceso a un teléfono o computadora
- d. Otra: por favor describa

12. Califique su nivel de comodidad, o el de su ser querido, con los servicios de telesalud.

- a. Muy cómodo
- b. Cómodo
- c. Neutral
- d. Incómodo
- e. Muy incómodo

13. Seleccione la frecuencia con la que usted o su ser querido usan servicios de telesalud:

- a. La misma cantidad de contacto con proveedores
- b. Más contacto con proveedores
- c. Menos contacto con proveedores
- d. Otra (especifique)

14. Si no, ¿qué les impide a usted o a su ser querido usar servicios de telesalud?

- a. No tengo teléfono
- b. No tengo suficientes minutos o datos
- c. No tengo computadora
- d. No se me ofrecen servicios de telesalud

15. ¿Usted o su ser querido han recibido servicios presenciales en los últimos dos meses? (Marzo y abril)

- a. Sí
- b. No

16. Seleccione la opción que describe MEJOR su estado de salud mental, o el de su ser querido, durante la crisis por COVID:

- a. La ansiedad, el estrés y los síntomas no han sido afectados por la crisis
- b. Aumento ligero en la ansiedad, el estrés y los síntomas
- c. Aumento moderado en la ansiedad, el estrés y los síntomas
- d. Aumento significativo en la ansiedad, el estrés y los síntomas

17. ¿Siente que usted o su ser querido reciben suficiente apoyo?

- a. Sí
- b. No

18. Si contestó que sí, ¿de quién lo reciben usted y sus seres queridos?

- a. Proveedores y terapeutas profesionales
- b. Apoyo de personas en situación similar
- c. Familiares
- d. Amigos
- e. Otros apoyos en la comunidad
- f. ¿Qué apoyos utiliza en la comunidad? (especifique)

- 19. Además de los apoyos profesionales, ¿usted o su ser querido usan tecnología para comunicarse con otras personas para recibir apoyo?**
- Sí
 - No
 - Si contestó que sí, ¿qué medios están usando usted o su ser querido (redes sociales, aplicaciones, etc.)? (especifique)
- 20. ¿Qué cree que necesitarán usted o su ser querido en los próximos meses en términos de servicios y apoyos de salud mental? (especifique)**
- 21. Seleccione la opción que mejor describa su experiencia, o la de su ser querido, con el acceso a tratamiento con medicamentos:**
- Ninguna dificultad para conseguir recetas y recoger medicamentos
 - Algunas dificultades para recoger medicamentos debido a las medidas de distanciamiento social
 - Dificultades importantes debido a no contar con acceso a proveedores de tratamiento
 - Dificultades importantes debido a las medidas de distanciamiento social y aislamiento
 - Otra: (especifique)
- 22. Si usted o su ser querido tienen problemas para obtener acceso a tratamiento con medicamentos, ¿su médico o proveedor de tratamiento le está ayudando a usted o a su ser querido a superar estos obstáculos?**
- Sí
 - No
- 23. ¿Usted o su ser querido han tenido problemas para obtener acceso a equipo de protección personal? (máscaras, desinfectante de manos, productos de limpieza, etc.)**
- Sí
 - No
 - Si contestó que sí, indique por qué:
- 24. La pandemia de COVID ha aceptado muchos aspectos de nuestras vidas. Seleccione las áreas en las que usted o su ser querido actualmente enfrentan problemas debido a COVID. (Seleccione todas las que correspondan)**
- Vivienda
 - Ingresos/beneficios
 - Empleo
 - Alimentos
 - Productos de aseo personal y ropa limpia
 - Transporte
 - Educación o educación en línea
- 25. Seleccione la opción que mejor describa su experiencia, o la de su ser querido, con los servicios de salud físicos:**
- El acceso a tratamiento y medicamentos no se ha perturbado
 - El acceso a servicios de salud físicos ha sido más fácil que el acceso a tratamiento de salud mental
 - El acceso a medicamentos y tratamiento se ha perturbado significativamente
 - El acceso a médicos de salud física ha sido más difícil que a los proveedores de salud mental

- 26. Muchas personas han tenido problemas para afrontar la pandemia de COVID y podrían beber alcohol o consumir drogas con más frecuencia que antes de la pandemia. Si se siente cómodo contestando, seleccione la opción que mejor describa su experiencia, o la de su ser querido, con el consumo de drogas y alcohol:**
- Ningún cambio en el consumo de drogas o alcohol
 - Un ligero aumento en el consumo de drogas o alcohol
 - Un aumento importante en el consumo de drogas o alcohol
 - Una disminución en el consumo de drogas o alcohol
 - Nunca consumo drogas o alcohol
- 27. ¿Cuál opción describe mejor su experiencia, o la de su ser querido, con el acceso a las pruebas de COVID?**
- Ningún obstáculo para las pruebas
 - Algunos obstáculos con listas de espera o transporte para las pruebas
 - Obstáculos importantes debido a no saber a dónde acudir para las pruebas
 - Otra (especifique)
- 28. Identifique sus fortalezas, o las de su ser querido, que le han ayudado a afrontar la epidemia de COVID:**
- 29. En su opinión, ¿qué más podría hacer la Oficina de Salud Mental para brindarles apoyo a usted o a su ser querido durante estos tiempos difíciles? (pregunta abierta)**

¡Gracias por tomarse el tiempo para responder esta encuesta!