



Realiza este cuestionario y conoce cómo está tu salud mental

¿Qué tan frecuente te ha pasado lo siguiente en las últimas dos semanas?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tienes poco interés o satisfacción en hacer cosas. | <input type="checkbox"/> Estás con pánico o atemorizado. | <input type="checkbox"/> Tienes problemas para ubicarte, por ejemplo: encontrar el camino a casa. |
| <input type="checkbox"/> Te sientes bajo de ánimo, deprimido o desesperanzado. | <input type="checkbox"/> Evitas situaciones que te ponen nervioso. | <input type="checkbox"/> Tienes pensamientos desagradables, necesidades urgentes o imágenes repetidas en tu cabeza. |
| <input type="checkbox"/> Estás más irritado, malhumorado o enfadado de lo normal. | <input type="checkbox"/> Sientes dolores o molestias inexplicados, por ejemplo: dolor de cabeza, espalda, articulaciones, abdomen, piernas. | <input type="checkbox"/> Te sientes impulsado a realizar ciertos comportamientos o actos mentales una y otra vez. |
| <input type="checkbox"/> Duermes menos de lo normal pero todavía con mucha energía. | <input type="checkbox"/> Sientes que tus enfermedades no son tomadas por los demás, lo suficientemente en serio. | <input type="checkbox"/> Te sientes indiferente o distanciado de sí mismo, de tu cuerpo, de lo que le rodea o de tus recuerdos. |
| <input type="checkbox"/> Empiezas más proyectos de lo normal o hacer cosas más arriesgadas de lo normal. | <input type="checkbox"/> Tienes problemas de sueño. | <input type="checkbox"/> No saber quién eres realmente o qué es lo que quieres de la vida. |
| <input type="checkbox"/> Te sientes nervioso, ansioso, preocupado o al límite. | <input type="checkbox"/> Tienes problemas con la memoria, por ejemplo: aprender nueva información. | <input type="checkbox"/> Te sientes distante a otras personas o no disfrutar de tus relaciones con ellas. |

Si alguno de estos sentimientos o situaciones te ocurrió más de dos días en las últimas dos semanas, consulta un profesional de la salud mental para una evaluación profesional.

¿Qué tan frecuente te ha pasado lo siguiente en las últimas dos semanas?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tienes pensamientos de dañarse a sí mismo. | <input type="checkbox"/> Tomas al menos cuatro bebidas de cualquier tipo de alcohol en un solo día. |
| <input type="checkbox"/> Oyes cosas que otras personas no podrían oír, como voces, incluso cuando no hay nadie alrededor | <input type="checkbox"/> Fumas cigarrillos, puros o en pipa, o usar tabaco en polvo, o masticar tabaco. |
| <input type="checkbox"/> Sientes que pueden oír tus pensamientos o que tú puedes escuchar los pensamientos de otros. | <input type="checkbox"/> Usas una de las siguientes medicinas A TU MANERA, es decir, sin la prescripción de un médico, en mayores cantidades o más tiempo de lo prescrito: analgésicos, estimulantes, sedantes o tranquilizantes, drogas psicoactivas inhalantes o disolventes como el pegamento, entre otros. |

Si alguno de estos pensamientos o situaciones te ocurrió al menos uno o dos días en las últimas dos semanas, consulta un profesional de la salud mental para una evaluación profesional.

