

PROYECTO #

Herramienta para la evaluación y referido de adultos

OMB No. 0930-0270
Fecha de vencimiento 30/09/2018

El Programa de Asistencia y Capacitación para la Consejería en Tiempos de Crisis (CCP, por sus siglas en inglés) debe tener protocolos o procedimientos establecidos sobre cómo un consejero debe actuar si mientras usa esta herramienta observa indicios de reacciones graves. Muchos CCP tienen líderes de equipos u otro personal con una formación en salud mental que utilizan esta herramienta para garantizar una evaluación y referido correcta. Todo el personal de asistencia en situaciones de crisis que use esta herramienta debe tener una capacitación y orientación detallada sobre el uso de la misma y cuándo hacer un referido a servicios más extensos. Antes de usar esta herramienta, el CCP debería haber identificado al menos una organización o agencia que esté dispuesta a aceptar los referidos del CCP para servicios más extensos de salud mental o de servicios de intervención en caso de abuso de sustancias.

Por favor use esta herramienta como una guía de entrevista:

- 1) Con adultos que han recibido consejería individual en dos o más ocasiones antes de esta visita (se recomienda usarla en la *tercera* y *quinta* visita), o
- 2) Con cualquier niño en cualquier momento si se sospecha que el niño está teniendo reacciones graves a la experiencia traumática o desastre.

Nombre del proveedor Proveedor #

Fecha del servicio (dd/mm/año) Condado del servicio

1er empleado # 2do empleado # Código postal del servicio

UBICACIÓN DEL SERVICIO (seleccione solo una opción)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Escuelas y guardería (todas las edades hasta la universidad) | <input type="checkbox"/> Hogar temporal (incluyendo los hogares de amigos o familiares, hogares funcionales de grupos, refugios, apartamentos, casas rodantes y otras viviendas) |
| <input type="checkbox"/> Centro comunitario (ej., club de recreación) | <input type="checkbox"/> SI ES UN HOGAR TEMPORAL: SELECCIONE ESTA CASILLA SI ALGÚN NIÑO MENOR DE 18 AÑOS VIVE ALLÍ. |
| <input type="checkbox"/> Sitio del proveedor/agencia de salud mental (agencia que trabaja con el CCP) | <input type="checkbox"/> Hogar permanente |
| <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo (centro de trabajo de la persona sobreviviente de un desastre o del personal de intervención de primera línea) | <input type="checkbox"/> SI ES UN HOGAR PERMANENTE: SELECCIONE ESTA CASILLA SI ALGÚN NIÑO MENOR DE 18 AÑOS VIVE ALLÍ. |
| <input type="checkbox"/> Centro de recuperación de desastres (ej., la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias – FEMA, la Cruz Roja Americana) | <input type="checkbox"/> Consejería por teléfono (de 15 minutos o más) |
| <input type="checkbox"/> Lugar de culto (ej., iglesia, sinagoga, mezquita) | <input type="checkbox"/> Marque aquí si es una LÍNEA DE AYUDA O PARA SITUACIONES DE CRISIS |
| <input type="checkbox"/> Comercios (ej., restaurante, centro comercial, tienda) | <input type="checkbox"/> Centro médico (ej. doctor, dentista, hospital, centro de salud mental) |
| <input type="checkbox"/> Lugar o evento público (ej., calle, acera, plaza de la ciudad, festival, deportes) | <input type="checkbox"/> Otro (especifique en esta casilla) <input type="text"/> |

VISITA NÚMERO Primera visita Segunda visita Tercera visita Cuarta visita Quinta visita o más

DURACIÓN 15 - 29 minutos 30 – 44 minutos 45 – 59 minutos 60 minutos o más

¿Hubo personal de supervisión que dirigió o estuvo presente cuando se usó esta herramienta? Sí No

CATEGORÍAS DE RIESGO (seleccione todas las opciones que correspondan)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Familiares desaparecidos o muertos | <input type="checkbox"/> Herido o lesionado físicamente (la persona o miembros del hogar) | <input type="checkbox"/> Evacuado rápidamente sin tiempo para prepararse |
| <input type="checkbox"/> Amigos desaparecidos o muertos | <input type="checkbox"/> Amenaza de vida (de la persona o de miembros de su hogar) | <input type="checkbox"/> Desplazado del hogar por 1 semana o más |
| <input type="checkbox"/> Mascotas desaparecidas o muertas | <input type="checkbox"/> Presenció la muerte o lesiones (la persona o algún miembro del hogar) | <input type="checkbox"/> Tuvo que refugiarse en sitio o buscar refugio debido a amenaza inmediata de peligro |
| <input type="checkbox"/> Hogar dañado o destruido | <input type="checkbox"/> Asistió con el rescate/recuperación (de la persona o de algún miembro del hogar) | <input type="checkbox"/> Antecedes de abuso de sustancias o problemas de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Vehículo u otros bienes importantes dañados o destruidos | <input type="checkbox"/> Tuvo que cambiar de escuela | <input type="checkbox"/> Discapacidad física preexistente |
| <input type="checkbox"/> Otras pérdidas financieras | <input type="checkbox"/> Separación prolongada de la familia | <input type="checkbox"/> Experiencia traumática anterior |
| <input type="checkbox"/> Sin empleo por el desastre (la persona o alguien en el hogar) | | |

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Edad (elijá una) adulto (18 - 39 años) adulto (40 - 64 años) adultos mayores (65 años o más)

Si usted tiene una discapacidad u otra necesidad de accesibilidad o funcional, indique el tipo (seleccione todas las opciones que correspondan).

- Física (de movilidad, visual, auditiva, médica, etc.)
- Intelectual/Cognitiva (problema de aprendizaje, retraso mental, etc.)
- Salud mental/Abuso de sustancias (psiquiátrica, dependencia de sustancia, etc.)

Sexo Hombre Mujer

Idioma principal que se usó en esta visita (elijá solo una opción) Inglés Español Otro

Etnicidad (elijá una) Hispano o latino Ni hispano ni latino

RAZA (seleccione todas las que correspondan)

- Indígena americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái o de las islas del del Pacífico Blanco

PREGUNTAS PARA LA EVALUACIÓN

DELE AL PARTICIPANTE LA TARJETA DE RESPUESTAS.

LÉALE AL PARTICIPANTE: Estas preguntas se refieren a las reacciones que usted ha tenido EN EL ÚLTIMO MES. Por reacciones, me refiero a los sentimientos, emociones o pensamientos sobre las experiencias que ha tenido. Para cada pregunta elija una de las siguientes respuestas de esta tarjeta.

1 = para nada 2 = un poco 3 = algo 4 = bastante 5 = muchísimo

PREGUNTAS QUE LEERÁ

RESPUESTAS DEL PARTICIPANTE

1. ¿Cuánto le han molestado(a) sus recuerdos no deseados, pesadillas o memorias de lo que pasó?	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Cuánto esfuerzo ha hecho para evitar pensar o hablar sobre lo que pasó o evitar hacer cosas que le recuerdan lo que pasó?	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿En qué medida ha dejado de disfrutar de las cosas, mantiene su distancia de las personas o tiene dificultad para experimentar sentimientos por lo que pasó?	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Cuánto le han afectado la falta de sueño, problemas de concentración, el nerviosismo, la irritabilidad o la sensación de tener que vigilar lo que pasa a su alrededor por lo que pasó?	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Qué tan triste o deprimido(a) ha estado por lo que pasó?	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha disminuido su capacidad para manejar otras experiencias o situaciones estresantes?	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Han interferido sus reacciones con el cuidado de su salud física? Por ejemplo, ¿está usted comiendo mal, no descansa lo suficiente, fuma más o se ha dado cuenta que ha aumentado su consumo de alcohol o de otras sustancias?	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Qué tan angustiado(a) o preocupado(a) está sobre sus reacciones Se le dificulta concentrarse o prestar atención a las cosas que generalmente hace?	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿En qué medida han interferido sus reacciones con su capacidad para trabajar o llevar a cabo sus actividades diarias, como las labores de la casa o las tareas escolares?	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿En qué medida han afectado sus reacciones a sus relaciones con su familia o amigos o sus actividades sociales, recreativas o comunitarias?	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Qué tan preocupado(a) ha estado sobre su capacidad para superar los problemas que puede enfrentar sin necesidad de ayuda adicional?	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NÚMERO DE RESPUESTAS DE 4 Ó 5 (este es el puntaje del participante) <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/>					
12. También debo preguntarle: ¿Hay alguna posibilidad de que usted se haga daño o se suicide?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí			

INSTRUCCIONES PARA REFERIR AL PARTICIPANTE

SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA #12 ES "SÍ," REFIERA DE INMEDIATO A LA PERSONA A UNA INTERVENCIÓN PSIQUIÁTRICA. EI CCP debe tener protocolos o procedimientos establecidos sobre la manera cómo un consejero de crisis debe responder o reaccionar si la respuesta es "SÍ."

SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA #12 ES "NO," CONTINÚE:

SI EL PUNTAJE ES DE 3 O MÁS, LEA: Por lo que usted me ha dicho, parece que podría beneficiarse de la participación en otro servicio [DESCRIBA EL SERVICIO]. Me gustaría remitirle a _____.

SI EL PUNTAJE ES MENOS DE 3, LEA: Por lo que me ha dicho, me parece que está manejando sus reacciones. ¿Le parece que es así?

SI LA RESPUESTA ES NO, LEA: Tal vez se beneficiaría de participar en otro servicio. [DESCRIBA EL SERVICIO]. Me gustaría remitirle a _____.

SI LA RESPUESTA ES SÍ, LEA: Debemos establecer metas específicas para la consejería que podamos satisfacer hoy o dentro de un par de visitas más.

REFERIDO (seleccione todas las opciones que correspondan)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Otros servicios del programa de consejería de crisis (ej. terapia de grupo, referido al líder del equipo, visita de seguimiento) | <input type="checkbox"/> Servicios comunitarios (ej., FEMA, préstamos, vivienda, servicios sociales) |
| <input type="checkbox"/> Servicios de salud mental (ej., consejería profesional a largo plazo o servicios de tratamiento, conductuales o psiquiátricos) | <input type="checkbox"/> Recursos para las personas con discapacidades, u otro tipo de acceso o necesidades funcionales |
| <input type="checkbox"/> Servicios para el abuso de sustancias (ej., grupos profesionales, de conducta, de tratamiento médico o de autoayuda, como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos) | <input type="checkbox"/> Otros (Especifique en la casilla de abajo) |

Anote el tipo de servicio al que hizo el referido, no el sitio donde se realizará el servicio.

¿Aceptó el participante ir a uno o más de los servicios donde quiso referirle? no sí

Ver arriba las "Instrucciones para referir al participante".

