

Encuesta sobre los comentarios del participante

Fecha de hoy (dd/mm/año)

Este formulario anónimo ayudará a los líderes comunitarios conocer las necesidades que hay en nuestra comunidad y si los consejeros o promotores en tiempo de crisis están resolviendo estas necesidades. No ponga su nombre en este formulario. Si usted llenó un formulario parecido en la última semana, no llene éste. Muchas gracias por su tiempo.

¿Qué tan bueno fue el trabajo del consejero o promotor...	Extremadamente malo	Malo	Regular	Bueno	Excelente
tratándolo con respeto?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
respetando su cultura, raza, grupo étnico o religión?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
haciéndole sentir que está bien pedir ayuda?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
haciéndole sentir que usted se puede ayudar a sí mismo y a su familia?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
manteniendo en privado las cosas que usted dijo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Indique debajo cuáles servicios del programa ha utilizado. Si usted ha utilizado el servicio, indique si le fue útil o no.	<i>¿Ha utilizado este servicio?</i>		<i>¿Le pareció útil este servicio?</i>	
	Sí	No	Sí	No
Interacción uno a uno con el consejero o promotor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presentación de educación pública	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consejería de grupo o grupo de apoyo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folletos/materiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitios de Internet (Sitio web o Facebook del Programa de Asistencia y Capacitación para la Consejería en Tiempos de Crisis (CCP, por sus siglas en inglés), etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (especifique): <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recursos para remisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si usted ha utilizado los recursos para remisiones, ¿cuáles utilizó?

- | | |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Servicios comunitarios (ej., Agencia Federal para el Manejo de Emergencia, préstamos, vivienda, empleo, servicios sociales) |
| <input type="checkbox"/> Salud mental | <input type="checkbox"/> Recursos para las personas con discapacidades u otras necesidades de accesibilidad o funcionales |
| <input type="checkbox"/> Servicios del CCP | <input type="checkbox"/> Otro tipo de remisión (especifique qué tipo en la casilla): <input style="width: 400px; height: 20px;" type="text"/> |

¿Qué tan buen trabajo hizo este programa...

	Extremadamente malo	Malo	Regular	Bueno	Excelente
ayudándole a entender que sus sentimientos después del desastre eran los mismos que los de muchas otras personas?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
ayudándole a encontrar maneras de cuidarse a sí mismo, como alimentándose bien y descansando lo suficiente?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
ayudándole a mantenerse activo en cosas como pasatiempos, deportes, iglesia o trabajo voluntario?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

En general...

	Extremadamente mala	Mala	Regular	Buena	Excelente
¿Qué tan buena fue la información que obtuvo sobre cómo se sienten las personas después de desastres?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
¿Qué tan buena idea le parece que es decirle a un amigo que está agobiado por el desastre que vea a este consejero o promotor?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

	Para nada útil	Un poco útil	Moderadamente útil	Muy útil	Extremadamente útil
¿Qué tan útil fue este programa ayudándole a volver a la vida que llevaba antes del desastre?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
En general, ¿qué tan útil le resultó este programa?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Las personas experimentan desastres en una variedad de maneras. A continuación, hay una lista de experiencias que usted puede haber tenido. Seleccione todas las opciones que correspondan.

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Un miembro de la familia está desaparecido o muerto. | <input type="checkbox"/> Mi vida o la de alguien en mi hogar se vio amenazada. |
| <input type="checkbox"/> Mi amigo está desaparecido o muerto. | <input type="checkbox"/> Yo o un miembro de mi hogar fuimos testigos de una muerte o lesión. |
| <input type="checkbox"/> Mi mascota está desaparecida o muerta. | <input type="checkbox"/> Yo o un miembro de mi hogar ayudamos con el rescate o recuperación. |
| <input type="checkbox"/> Mi casa está dañada o destruida. | <input type="checkbox"/> Yo o un miembro de mi hogar estamos desempleados debido a este desastre. |
| <input type="checkbox"/> Perdí una propiedad importante, como mi auto o vehículo. | <input type="checkbox"/> Me evacuaron rápidamente sin tiempo para prepararme. |
| <input type="checkbox"/> Tuve otra pérdida financiera. | <input type="checkbox"/> Estuve separado de mi familia por largo tiempo. |
| <input type="checkbox"/> Yo o un miembro de mi hogar sufrimos lesiones o si nos hizo daño físico. | <input type="checkbox"/> Estuve desplazado de mi hogar por una semana o más. |

Para las siguientes preguntas, comparta sus reacciones (sentimientos, emociones y pensamientos) acerca del desastre, teniendo en cuenta sus reacciones EN EL ÚLTIMO MES. Usando una escala de 1 a 5 en donde 1 es para nada, 2 es un poco, 3 es algo, 4 es bastante y 5 es muchísimo, en el último mes:

	Para nada	Un poco	Algo	Bastante	Muchísimo
¿Hasta qué punto se ha sentido mal por las malas memorias, pesadillas, o recuerdos de lo que pasó?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
¿Hasta qué punto trató de NO pensar o hablar de lo que pasó o de NO hacer cosas que le recuerdan lo que pasó?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
¿Hasta qué punto se ha sentido mal por no poder dormir bien, la falta de concentración, porque se siente nervioso o enojado o porque le asusta que pase otra cosa mala?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
¿Hasta qué punto ha estado desanimado o deprimido?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
¿Hasta qué punto se le ha dificultado lidiar con otras cosas debido a lo que pasó?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
¿Hasta qué punto ha tenido problemas cuidando su salud (ej., está comiendo mal, no descansa lo suficiente, fuma o toma más)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
¿Hasta qué punto se le ha dificultado llevarse bien o distraerse con sus familiares y amigos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
¿Hasta qué punto necesitó ayuda de un consejero para lidiar con sus reacciones ante el desastre?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Si desea hablar con un consejero acerca de sus reacciones o si tiene inquietudes acerca de sus respuestas a estas preguntas, llame a

Si compara su bienestar mental y emocional antes del desastre y ahora, ¿se siente mejor, peor o más o menos igual?

- Me siento mejor ahora Me siento más o menos igual Me siento peor ahora

Si compara cuánto cuidaba su salud antes del desastre y ahora, ¿cuida su salud mejor, peor o más o menos igual?

- Cuido mi salud mejor ahora Cuido mi salud más o menos igual ahora Cuido mi salud peor ahora

Si compara como trabajaba (trabajo, tareas escolares y labores de la casa) antes del desastre y ahora, ¿se le dificulta el trabajo menos, más, o casi igual?

- Se me dificulta menos ahora Se me dificulta casi igual ahora Se me dificulta más ahora

Si compara qué tan activo era en cosas como pasatiempos, deportes, iglesia o trabajo voluntario antes del desastre y ahora, ¿considera que está más activo, menos activo, o más o menos igual?

- Más activo ahora Casi igual Menos activo ahora

CONTESTE TAMBIÉN LAS PREGUNTAS EN LA SIGUIENTE PÁGINA.

Estas últimas preguntas nos ayudarán a describir el grupo entero de personas que completaron este formulario.

¿Cómo se identifica usted?

Hombre

Mujer

¿En qué año nació usted?

¿Cuál es el nivel de estudios más alto que ha terminado o título que ha recibido?

0-6 años (primaria)

Algo de universidad

7-11 años (algo de secundaria)

Título universitario o más

12 años (título de bachiller de la secundaria o diploma de equivalencia)

¿En qué condado o parroquia vive actualmente?

¿Es usted hispano o latino?

Sí

No

¿Cuál de los siguientes grupos describe mejor su raza? (Seleccione todas las opciones que correspondan.)

Asiático o Isleño del Pacífico

Indígena norteamericano o nativo de Alaska

Negro o afroamericano

Blanco o caucásico

Otro (especifique):

¿Cuál idioma prefiere?

Inglés

Español

Otro (especifique):

Si usted tiene una discapacidad u otras necesidades de accesibilidad o funcionales, indique de qué tipo (seleccione todas las opciones que correspondan).

Física (movilidad, visual, auditiva, etc.)

Intelectual/cognitiva (problemas de aprendizaje, retraso mental, etc.)

Salud mental/abuso de sustancias (tema psiquiátrico, dependencia de sustancias, etc.)

Gracias por haberse tomado el tiempo para llenar esta encuesta.

Aviso sobre la carga pública: Una agencia no puede realizar o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a una solicitud de información a menos que tenga un número de control actualmente válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control de la OMB para este proyecto es 0930-0270. Se calcula que la carga o tiempo que tomará esta recopilación de información es de un promedio de 15 minutos por visita, lo que incluye el tiempo para revisar las instrucciones, investigar las fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y llenar y revisar la recopilación de información. Envíe sus comentarios sobre el cálculo del tiempo de esta carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir la carga, a SAMHSA Reports Clearance Officer, 1 Choke Cherry Road, Room 2-1057, Rockville, MD 20857.