

### Encuesta sobre los comentarios del participante

Fecha de hoy (dd/mm/año)

Este formulario anónimo ayudará a los líderes comunitarios a conocer las necesidades que hay en nuestra comunidad y si los promotores comunitarios o consejeros 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 este. Muchas gracias por su tiempo.

Díganos qué tan bueno fue el trabajo del promotor comunitario o consejero en las siguientes áreas:	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 abajo cuáles servicios del programa ha utilizado. Si usted ha utilizado el servicio, indique si le fue útil o no.	¿Ha utilizado este servicio?		¿Le pareció útil este servicio?	
	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, Facebook u otros sitios del Programa de Asistencia y Capacitación para la Consejería en Tiempos de Crisis [CCP, por sus siglas en inglés])	<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 [FEMA, por sus siglas en inglés], 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"/>   |

**Díganos qué tan buen trabajo hizo este programa en las siguientes áreas:**

	Extremadamente malo	Malo	Regular	Bueno	Excelente
Ayudándole a entender que sus sentimientos después del acontecimiento catastrófico 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 alimentarse bien y descansar 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 un acontecimiento catastrófico?	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 acontecimiento catastrófico 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 acontecimiento catastrófico?	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 un acontecimiento catastrófico 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 acontecimiento catastrófico. |
| <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 daños físicos. | <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 acontecimiento catastrófico, teniendo en cuenta sus reacciones EN EL ÚLTIMO MES. Usando una escala de 1 a 5 (en donde 1 = para nada, 2 = un poco, 3 = algo, 4 = bastante y 5 = muchísimo), en el último mes:

	Para nada	Un poco	Algo	Bastante	Muchísimo
¿Hasta qué punto le han molestado pesadillas, malos recuerdos o 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 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, por 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 para cuidar 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 disfrutar 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 acontecimiento catastrófico?	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 acontecimiento catastrófico 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 acontecimiento catastrófico y ahora, ¿cuida su salud más, menos o igual?**

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

**Si compara como trabajaba antes del acontecimiento catastrófico y ahora, ¿se le dificulta el trabajo menos, más, o casi igual? Esto incluye en el trabajo, las tareas escolares y labores de la casa.**

- 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 acontecimiento catastrófico y ahora, ¿considera que está más activo, menos activo, o más o menos igual?**

- Más activo ahora       Más o menos igual de activo       Menos activo ahora

**POR FAVOR 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  Transgénero  Ninguno de estos

¿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)

¿Cuál es su ingreso bruto anual?  Menos de \$10,000  De \$10,000 a 25,000  De \$25,000 a \$40,000  
 De \$40,000 a \$51,000  Más de \$51,000

¿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

¿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 en el desarrollo, etc.)  
 Salud mental/abuso de sustancias (problema psiquiátrico, dependencia de sustancias, etc.)

**Gracias por haberse tomado el tiempo para llenar esta encuesta.**

**Declaración de la Ley de Reducción de Trámites** Esta información se recopila para ayudar a la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA, por sus siglas en inglés) con el monitoreo del Programa de Capacitación y Asistencia en Asesoramiento para Casos de Crisis de la FEMA. Se requiere que los asesores de crisis completen este formulario luego de la prestación de servicios de asesoramiento de crisis a los sobrevivientes de catástrofes (44 CFR 206.171 [F] [3]). La información recopilada a través de este formulario se utilizará a nivel agregado para determinar el alcance, la congruencia y la calidad del Programa de Capacitación y Asistencia en Asesoramiento para Casos de Crisis. Según la Ley de Privacidad de 1974, cualquier información de identificación personal obtenida se mantendrá en privado en la medida que lo dicta la ley. Una agencia no puede realizar ni patrocinar y una persona no está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB actualmente válido. 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 15-25 minutos por cada formulario, 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, 5600 Fishers Ln, Room 15E57B, Rockville, MD 20857.