

Formulario para comentarios del proveedor del servicio

Fecha de hoy (dd/mm/año)

Le pedimos que llene este breve formulario para que los administradores del programa pueden conocer sus opiniones y experiencias como promotor comunitario, consejero de crisis, líder del equipo o supervisor del Programa de Asistencia y Capacitación para la Consejería en Tiempos de Crisis (CCP, por sus siglas en inglés). No escriba su nombre en este formulario. Queremos que se sienta completamente libre de expresar su opinión.

¡Gracias por su participación!

El primer grupo de preguntas es sobre su capacitación en el CCP. Primero, indique si ha tenido o no cada tipo de capacitación. Luego, para cada capacitación que ya ha terminado, califique qué tan útil fue para prepararlo para el trabajo que hace usando una escala del 1 al 5 (en donde 1 = no es nada útil, 2 = un poco útil, 3 = moderadamente útil, 4 = muy útil y 5 = extremadamente útil).

Tipo de capacitación	¿Ha tenido esta capacitación?		En caso afirmativo, califique la utilidad de esta capacitación como preparación para poder hacer su trabajo.				
	NO	SÍ	No es nada útil	Un poco útil	Moderadamente útil	Muy útil	Extremadamente útil
Habilidades prácticas para incorporar a los sobrevivientes (ej. actividades prácticas, dramatizaciones o juegos de roles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Explicación de lo que son las reacciones "normales" o esperadas ante un evento catastrófico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Entendimiento del alcance del CCP a los sobrevivientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Promoción de la resiliencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Actividades psicoeducativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Creación de enlaces a recursos e identificación de recursos locales para fines de remisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Capacitación en el uso de la app móvil del CPP para la recolección de datos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Capacitación para completar las herramientas de evaluación del CCP (ej., registros, hoja de cómputo semanal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Otro tipo de capacitación en consejería en tiempos de crisis ofrecida por el estado o su agencia (ej., autocuidado o habilidades para la recuperación psicológica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Usando una escala de 1 a 5 (en donde 1 = extremadamente malo, 2 = malo, 3 = regular, 4 = bueno y 5 = excelente), califique cada uno de los siguientes puntos, que se relacionan con otras cosas que pueden influir en su trabajo, tales como la supervisión y el apoyo:

	Extremadamente malo/a	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
Calidad de la supervisión que le brindaron	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Oportunidades para interactuar con otros miembros del personal en forma de apoyo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Asistencia y capacitación brindada para ayudarle a evitar la "fatiga relacionada con la compasión" o lidiar con el estrés de escuchar y ayudar a otras personas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Oportunidades para el crecimiento profesional y personal	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Idoneidad de la carga de trabajo (ej., ni mucho ni muy poco)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

POR FAVOR CONTESTE TAMBIÉN LAS PREGUNTAS EN LA SIGUIENTE PÁGINA.

	Extremada- mente malo/a	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
Idoneidad de los recursos y las herramientas que tenía disponibles para hacer su trabajo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Qué tan bien entendió cómo su trabajo encaja dentro del panorama más general de la respuesta de su comunidad ante el acontecimiento catastrófico	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Qué tan bien se compartió la información de la evaluación con los equipos de consejería o se usó para informar sobre el trabajo que hacen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Qué tan bien cree que los tipos de servicios prestados por el proyecto satisficieron los tipos de necesidades presentes en la comunidad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Calidad en general de los servicios prestados por el proyecto	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Probabilidad de que recomiende este proyecto a un familiar o amigo si lo necesitara	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Tecnología móvil e ingreso de datos:

Usando una escala del 1 al 5 (en donde 1 = extremadamente malo/a, 2 = malo(a), 3 = regular, 4 = bueno y 5 = excelente),

	Extremada- mente malo(a)	Malo(a)	Regular	Bueno	Excelente
La app móvil del CCP es fácil de usar para completar los formularios durante o después de las visitas o encuentros	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
La app móvil del CCP funcionó según lo previsto para la recolección de datos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
El líder de mi equipo y los administradores del programa nos dieron un apoyo y capacitación adecuados sobre el uso de la app móvil del CCP	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Se compartieron los datos de la evaluación con los equipos de consejería de crisis o se usaron para orientar mi trabajo de manera eficaz.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Si **NO** usó el formato móvil, ¿qué le impidió hacerlo? (Marque todas las opciones que correspondan.)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente, sí usé el formulario móvil | <input type="checkbox"/> No me siento cómodo con la tecnología |
| <input type="checkbox"/> No tenía acceso a un dispositivo electrónico | <input type="checkbox"/> Me preocupa la privacidad |
| <input type="checkbox"/> No supe cómo usarlo | <input type="checkbox"/> Otro; por favor especifique: |

¿Pudo entender las instrucciones para llenar los formularios?

- Sí No

Especifique:

POR FAVOR CONTINÚE EN LA SIGUIENTE PÁGINA.

Para las siguientes preguntas, comparta sus reacciones (sentimientos, emociones y pensamientos) sobre el acontecimiento catastrófico, teniendo en cuenta sus reacciones EN EL ÚLTIMO MES. Usando una escala del 1 al 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 se le ha dificultado lidiar con otros eventos o situaciones estresantes debido a su trabajo de consejería de crisis o a sus reacciones ante esta?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
¿Hasta qué punto ha interferido el trabajo de consejería de crisis o su reacción ante esta con el cuidado de su salud física (ej., está comiendo mal, no descansando lo suficiente, fumando más, bebiendo más)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
¿Hasta qué punto ha interferido el trabajo de consejería de crisis o su reacción ante esta con su capacidad laboral o el desempeño de otras actividades diarias como las tareas domésticas o las tareas escolares?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
¿Hasta qué punto ha afectado su trabajo de consejería de crisis, o su reacción ante esta, a sus relaciones familiares o con sus amigos, o ha interferido con sus actividades sociales, recreativas o comunitarias?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
¿Hasta qué punto se siente angustiado o preocupado por sus reacciones?	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

Estas últimas preguntas finales nos ayudarán a describir a todo el grupo de personas que completaron esta encuesta.

¿Cuántas horas de trabajo dedica en una semana normal al programa de consejería de crisis?

- Menos de 20 horas 20-29 horas 30-39 horas 40 o más horas

¿Cuántos meses ha trabajado con el programa de consejería en tiempos de crisis?

(Si es menos de un mes, escriba 0).

¿Supervisa usted el trabajo de otros consejeros de crisis? No Sí

¿En cuál condado o parroquia trabaja usted normalmente?

¿Cómo se identifica usted? Hombre Mujer Transgénero Ninguno de estos

¿En qué año nació?

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

- No cursó la escuela secundaria Escuela secundaria, pero sin título ni equivalente al título (GED) Título de bachillerato de la secundaria o equivalente al título de la secundaria (GED)
- Título de bachillerato de la secundaria Algunos estudios universitarios, pero sin título Título de asociado al completar dos años de un programa en la universidad comunitaria (ej., A.A. (Asociado en Artes), A.S. (Asociado en Ciencias))
- Título universitario (ej., B.A. o B.S.) Maestría o título profesional (ej., M.A. [Maestría en Artes], Ph.D. [Doctorado], M.D. [Médico], J.D. [Licenciatura en Derecho])

¿Es usted hispano o latino? No Sí

POR FAVOR CONTINÚE EN LA SIGUIENTE PÁGINA.

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

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

¿Ha sido afectado por el acontecimiento catastrófico actual? No Sí

De ser así, por favor conteste las siguientes preguntas. Si la respuesta fue no, por favor vaya a la última pregunta (abierta)

¿Cuál era el ingreso bruto anual de su familia? Menos de \$10,000 De \$10,00 a \$25,000
 De \$25,000 a \$40,000 De \$40,00 a \$65,000 Más de \$65,000

Antes del acontecimiento catastrófico, usted:

¿Vivía solo, con su esposo o pareja, otro familiar (ej. hijos, padres) o compañero de cuarto? No Sí
¿Tenía empleo? No Sí
¿Tenía un carro que funcionaba? No Sí

Cómo resultado del acontecimiento catastrófico:

¿Evacuó rápidamente sin tiempo para prepararse? No Sí
¿Sufrió daños en su hogar? No Sí
¿Perdió su auto o vehículo u otra propiedad importante? No Sí
¿Se quedó desempleado usted o algún miembro del hogar? No Sí
¿Sostuvo algún cambio en cuanto a las personas con quien vivía (ej. vive solo, con su esposa o pareja, otro familiar, un compañero de cuarto)? No Sí
¿Conoce a alguien cercano a usted que quedó gravemente herido durante el acontecimiento catastrófico? No Sí
¿Fue usted o alguien de su hogar testigo de alguna muerte o lesión? No Sí
¿Conoce a alguien que sufrió una lesión grave como resultado del acontecimiento catastrófico? No Sí
¿Fue desplazado de su residencia principal? Menos de 1 mes De 1 a 2 meses
 De 2 a 3 meses Más de 3 meses

POR FAVOR CONTINÚE EN LA SIGUIENTE PÁGINA.

¿Tiene algún comentario que le gustaría compartir? Si es así, por favor escríbalo en la siguiente casilla.

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.