

PROYECTO #

Herramienta para la evaluación y remisión de adultos

OMB No. 0930-0270
Fecha de vencimiento 8/31/2025

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 equipo u otro personal con una formación en salud mental que utilizan esta herramienta para garantizar una evaluación y remisión correctas. 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 una remisión 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 las remisiones del CCP a servicios más extensos de salud mental o a 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 acontecimiento catastrófico.

Nombre del proveedor	<input type="text"/>	Proveedor #	<input type="text"/>
Fecha del servicio (dd/mm/año)	<input type="text"/>	Condado del servicio	<input type="text"/>
1er empleado #	<input type="text"/>	2do empleado #	<input type="text"/>
		Código postal del servicio	<input type="text"/>

UBICACIÓN DEL SERVICIO (seleccione solo una opción)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Escuelas y guardería (todas las edades hasta la universidad) | <input type="checkbox"/> Hogar permanente |
| <input type="checkbox"/> Centro comunitario (ej., club de recreación) | <input type="checkbox"/> SI ES UN HOGAR PERMANENTE: 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"/> Consejería por teléfono (llamadas salientes a los participantes que duren 15 minutos o más) |
| <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo (centro de trabajo de la persona sobreviviente de un acontecimiento catastrófico o del personal de intervención de primera línea) | <input type="checkbox"/> Marque aquí si es una LÍNEA DE AYUDA O PARA SITUACIONES DE CRISIS (llamadas entrantes de los participante que duren 15 minutos o más) |
| <input type="checkbox"/> Centro de recuperación de desastres o catástrofes (ej., la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA], la Cruz Roja Americana) | <input type="checkbox"/> Centro médico (ej. doctor, dentista, hospital, centro de salud mental) |
| <input type="checkbox"/> Lugar de culto (ej., iglesia, sinagoga, mezquita) | <input type="checkbox"/> Virtual (p. ej., línea de texto, servicio de chat en línea, Zoom) |
| <input type="checkbox"/> Comercios (ej., restaurante, centro comercial, tienda) | <input type="checkbox"/> Otro (especifique en esta casilla) |
| <input type="checkbox"/> Lugar o evento público (ej., calle, acera, plaza de la ciudad, festival, deportes) | <input type="text"/> |
| <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"/> SI ES UN HOGAR TEMPORAL: SELECCIONE ESTA CASILLA SI ALGÚN NIÑO MENOR DE 18 AÑOS VIVE ALLÍ. | |

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"/> Enfermedad, lesión o daño físico (a sí mismo o a miembros del hogar) | <input type="checkbox"/> Separación prolongada de la red social/familia, aislamiento físico o distanciamiento social |
| <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"/> Evacuado rápidamente sin tiempo para prepararse |
| <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"/> Desplazado del hogar por 1 semana o más |
| <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"/> Tuvo que refugiarse en sitio o buscar refugio debido a amenaza inmediata de peligro |
| <input type="checkbox"/> Vehículo u otros bienes importantes dañados o destruidos | <input type="checkbox"/> Cambio de escuela o formato de aprendizaje (p. ej., virtual) | <input type="checkbox"/> Antecedes de abuso de sustancias o problemas de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Otras pérdidas financieras | | <input type="checkbox"/> Discapacidad física preexistente |
| <input type="checkbox"/> Desempleo o subempleo por el acontecimiento catastrófico (uno mismo o un miembro del hogar) | | <input type="checkbox"/> Experiencia traumática anterior |

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Edad (elija 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 (problemas de aprendizaje, retraso en el desarrollo, etc.)
- Salud mental/abuso de sustancias (problema psiquiátrico, dependencia de sustancia, etc.)

Género Hombre Mujer Transgénero Ninguno de estos

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

RAZA/ETNIA (seleccione todas las que correspondan)

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

¿Emigró a los Estados Unidos en los últimos 5 años? (Seleccione una respuesta) Sí No

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? | 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 O DE 5 (este es el puntaje del participante) | <input type="text"/> | | | | |
| 12. | En el último mes, ¿ha tenido pensamientos sobre el suicidio? | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Sí | |
| 13. | ¿Alguna vez ha intentado suicidarse? | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Sí | |
| 14. | Si contestó sí a las preguntas 12 o 13, ¿tiene actualmente algún pensamiento sobre el suicidio? | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Sí | |

INSTRUCCIONES PARA REMITIR AL PARTICIPANTE

SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA #14 ES "SÍ," REMITA DE INMEDIATO A LA PERSONA A UNA INTERVENCIÓN PSIQUIÁTRICA. El 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 #14 ES "NO," CONTINÚE:

SI EL PUNTAJE ES DE 3 O MÁS O SI LA RESPUESTA A LAS PREGUNTAS 12 O 13 ES SÍ, 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.

REMISIÓN (seleccione todas las opciones que correspondan)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Otros servicios del programa de consejería de crisis (ej. terapia de grupo, remisión 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 necesidades de accesibilidad o funcionales |
| <input type="checkbox"/> Servicios para el abuso de sustancias (ej., profesionales, conductuales, de tratamiento médico o grupos 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 la remisión, no el sitio donde se realizará el servicio.

¿Aceptó el participante ir a uno o más de los servicios donde quiso remitirle? No Sí

Ver arriba las "Instrucciones para remitir al participante".

INSTRUCCIONES: HERRAMIENTA PARA LA EVALUACIÓN Y REMISIÓN DE ADULTOS

Cuándo utilizar este formulario: Se recomienda usar este formulario con todos los adultos que son usuarios intensivos de los servicios. Se considera que una persona es un “usuario intensivo” si está participando en su tercera visita individual de consejería de crisis con cualquier consejero de crisis del programa o si sigue teniendo angustia profunda que puede estar afectando su capacidad para realizar las actividades diarias de rutina. Este formulario se debe usar como una guía de entrevista (1) con adultos que reciben asistencia de crisis individualizada en su tercera y quinta visita o (2) con cualquier adulto en cualquier momento si se sospecha que puede estar teniendo reacciones graves a la experiencia traumática o catastrófica. No use este formulario con los niños. En ese caso, use el formulario “Herramienta para la evaluación y remisión de niños y jóvenes”.

PROYECTO #—Número de declaración de desastre de FEMA, ej., DR-XXXX-Estado.

NOMBRE DEL PROVEEDOR—El nombre del programa o de la agencia.

PROVEEDOR #—El número único que usa su programa o agencia para otorgar servicios.

1er EMPLEADO #—Su número de empleado 2do EMPLEADO #—El número de empleado del compañero de equipo durante esta visita.

FECHA DEL SERVICIO—La fecha de la visita en el formato dd/mm/año, ej. 01/01/2016.

CONDADO DEL SERVICIO—Condado donde se prestó el servicio.

CÓDIGO POSTAL DEL SERVICIO—Código postal donde se prestó el servicio.

UBICACIÓN DEL SERVICIO—¿Dónde se prestó el servicio? ELIJA SOLO UNA OPCION.

VISITA NÚMERO—¿Es la primera, segunda, tercera, cuarta, quinta vista o más de esta persona a su programa? No es necesario que todas las visitas hayan sido con usted. ELIJA SOLO UNA OPCION.

DURACIÓN—¿Cuánto tiempo duró la visita? ELIJA SOLO UNA OPCION. Si la visita fue de menos de 15 minutos, regístrela en la “Hoja de cómputo semanal”.

CATEGORÍAS DE RIESGO—Estos son factores que una persona puede haber tenido o puede tener en su vida que podrían aumentar su necesidad de recibir servicios de crisis. PUEDE HABER MÁS DE UNA CATEGORÍA QUE CORRESPONDA. SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN. La “Herramienta para la evaluación y remisión de adultos” es una guía de entrevista. Usted puede preguntarle a la persona si ha tenido los factores enumerados. (Tenga en cuenta que esta instrucción no es igual en el caso del “Registro de visita individual o familiar para servicios de consejería en tiempos de crisis”).

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA—Para cada variable, ELIJA SOLO UNA OPCION. La “Herramienta para la evaluación y remisión de adultos” es una guía de entrevista. Puede preguntarle al participante las preguntas que correspondan. (Tenga en cuenta que esta instrucción no es igual en el caso del “Registro de visita individual o familiar para servicios de consejería en tiempos de crisis”. Para cada pregunta, lea las opciones y pídale al participante que elija la opción u opciones que mejor le describe.

EDAD—¿Qué edad dice la persona que tiene? ELIJA SOLO UNA OPCION.

PERSONAS CON DISCAPACIDADES—Si el participante considera que tiene una discapacidad o una necesidad de accesibilidad o funcional, ¿qué tipo de discapacidad indica tener? (¿Física, intelectual, de salud mental o abuso de sustancias?) SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.

- Física: Incluye trastornos que alteran la movilidad, la vista, la audición, así como problemas médicos como diabetes, Parkinson, lupus, SIDA, esclerosis múltiple.
- Intelectual/cognitiva: Incluye problemas de aprendizaje, defectos de nacimiento, trastornos neurológicos, discapacidades del desarrollo o lesiones traumáticas cerebrales, por ejemplo, el síndrome de Down y el retraso mental.
- Salud mental/Abuso de sustancias: Incluye trastornos psiquiátricos como trastorno bipolar, depresión, esquizofrenia, trastorno por estrés posttraumático, dependencia de sustancias, etc.)

GÉNERO—El género que la persona indicó. ELIJA SOLO UNA OPCION.

IDIOMA PRINCIPAL QUE SE USÓ EN ESTA VISITA O EN OTRAS VISITAS—¿Cuál fue el idioma que realmente usó y habló principalmente con el participante durante la visita? Esto puede ser diferente al idioma de preferencia. Si la respuesta es “OTRO” (ni inglés ni español), por favor anote el idioma que usó la persona (esto puede incluir el lenguaje de señas). ELIJA SOLO UNA OPCION.

RAZA/ETNIA—¿Con cuál o cuáles razas o etnias se identifica la persona? SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.

MIGRÓ A LOS ESTADOS UNIDOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS - Indique si algún participante emigró a los Estados Unidos en los últimos 5 años desde cualquier país y por cualquier motivo. SELECCIONE SOLO UNA RESPUESTA.

PREGUNTAS PARA LA EVALUACIÓN—**DELE AL PARTICIPANTE LA TARJETA DE REPUESTAS.**

Para cada pregunta, marque la casilla basándose en las respuestas del participante.

Al final de las 11 preguntas, CUENTE el número de veces que marcó las casillas 4 y 5. Este es el puntaje del participante. Por ejemplo, una persona que contestó “bastante” en las preguntas 6 y 7, “muchísimo” en la pregunta 11, y “algo” en las preguntas 1 a 5 y 8 a 10, tendría un puntaje de 3.

REMISIÓN—En la sección de REMISIÓN, seleccione todos los tipos de servicios a los que remitió al participante. Si el servicio no está listado, por favor indique el tipo de servicio en la casilla al lado de “Otros.”

Por favor envíe el formulario finalizado a la persona designada en su agencia para revisarlo.

¡Gracias por haberse tomado el tiempo para llenar este formulario correctamente y en su totalidad!

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 minutos por cada evaluación, 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 .