

# Herramienta para la evaluación y remisión de adultos

El Programa de Capacitación y Asistencia para la Consejería en Tiempos de Crisis (CCP, por sus siglas en inglés) debe tener protocolos o procedimientos establecidos sobre cómo debe responder un consejero en tiempos de crisis si se indican reacciones graves al utilizar esta herramienta. Muchos CCP tienen líderes de equipo u otro personal con experiencia en salud mental para administrar esta herramienta y garantizar una evaluación y remisión adecuadas. Todo el personal de asesoramiento en tiempos de crisis que utilice esta herramienta debe tener capacitación y orientación detallada sobre el uso de la herramienta y cuándo realizar una remisión para servicios más extensos.

Antes de utilizar esta herramienta, el CCP debería haber identificado al menos una organización o agencia que esté dispuesta a aceptar derivaciones del CCP para servicios de intervención más extensos en materia de salud mental o consumo de sustancias. Utilice esta herramienta como guía de entrevista en cualquier momento si el consejero en tiempos de crisis considera que el participante muestra angustia o si se beneficiaría de una remisión a otros servicios. Se recomienda que los formularios se administren durante los encuentros en los que se indican más de cuatro reacciones a eventos o ciertas categorías de riesgo relacionadas con el trauma (es decir, familiar, amigo o mascota desaparecido/muerto, vida amenazada, ayuda con el rescate, discapacidad física preexistente, lesiones o daño físico, testigo de muerte/lesión, consumo de sustancias en el pasado/problema de salud mental, trauma pasado).

Nombre del proveedor  Proveedor #

Fecha del servicio (mm/dd/aaaa)  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 grupales, 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 acontecimiento catastrófico 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 o catástrofes (ej., la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA], la Cruz Roja Americana)           | <input type="checkbox"/> Consejería por teléfono (llamadas salientes a los participantes que duren 15 minutos o más)  |
| <input type="checkbox"/> Lugar de culto (ej., iglesia, sinagoga, mezquita)  | <input type="checkbox"/> Línea de ayuda, línea de asistencia o línea de crisis (llamadas entrantes de los participante que duren 15 minutos o más)                  |
| <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"/> Virtual (p. ej., línea de texto, servicio de chat en línea, Zoom)  |
|   | <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"/> Cambio de escuela o formato de aprendizaje (p. ej., virtual)                                |
| <input type="checkbox"/> Amigos desaparecidos o muertos  | <input type="checkbox"/> Separación prolongada de la red social/familia, aislamiento físico o distanciamiento social |
| <input type="checkbox"/> Mascotas desaparecidas o muertas  | <input type="checkbox"/> Evacuado rápidamente sin tiempo para prepararse   |
| <input type="checkbox"/> Hogar dañado o destruido  | <input type="checkbox"/> Desplazado del hogar por 1 semana o más   |
| <input type="checkbox"/> Vehículo u otros bienes importantes dañados o destruidos                                    | <input type="checkbox"/> Tuvo que refugiarse en sitio o buscar refugio debido a amenaza inmediata de peligro         |
| <input type="checkbox"/> Otras pérdidas financieras  | <input type="checkbox"/> Antecedentes de abuso de sustancias o problemas de salud mental                             |
| <input type="checkbox"/> Desempleo o subempleo por el acontecimiento catastrófico (uno mismo o un miembro del hogar) | <input type="checkbox"/> Discapacidad física preexistente  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad, lesión o daño físico (a sí mismo o a miembros del hogar)                        | <input type="checkbox"/> Experiencia traumática anterior   |
| <input type="checkbox"/> Amenaza de vida (de la persona o de miembros de su hogar)                                   | <input type="checkbox"/> Inseguridad alimentaria causada por un desastre   |
| <input type="checkbox"/> Presenció la muerte o lesiones (la persona o algún miembro del hogar)                       | <input type="checkbox"/> Acceso reducido o nulo a información o comunicación confiable                               |
| <input type="checkbox"/> Asistió con el rescate/recuperación (de la persona o de algún miembro del hogar)            | <input type="checkbox"/> Acceso reducido o nulo a transporte confiable   |

## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

### PREGUNTAS QUE LEERÁ

¿Cuál es su edad?  
(seleccione solo una)

Adulto joven (18–29 años)

Adulto (30–64 años)

Adultos mayores (65 años o más)

¿Tiene alguna discapacidad u otra necesidad de acceso o funcional? En caso afirmativo, indique el tipo.  
(seleccione todas las 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, trastorno por uso de sustancias, etc.)

¿Cuál es su sexo?  
(seleccione solo una)

Hombre

Mujer

¿Cuál es el idioma principal hablado durante este encuentro? (seleccione solo una)

Inglés

Español

Otro (especifique en la casilla)

¿Cuál es su raza o etnia? (seleccione todas las que correspondan)

Indígena americano o nativo de Alaska

Asiático

Negro o afroamericano

Hispano/latino

Oriente Medio o Norte de África

Nativo de Hawái o isleño del Pacífico

Blanco

## PREGUNTAS PARA LA EVALUACIÓN

Antes de comenzar la evaluación, revise las opciones de respuesta con la persona que responderá a las preguntas. Las opciones ayudarán a la persona a comprender mejor con qué frecuencia experimenta ciertas reacciones. Piense en sus pensamientos, sentimientos y comportamientos **DURANTE EL ÚLTIMO MES**. Utilice estas opciones de frecuencia para ayudar a responder con qué frecuencia ha ocurrido el problema en el último mes. Para cada pregunta, elija **UNA** de las siguientes respuestas.

**0**

D	L	M	M	J	V	S

“Nada en absoluto” significa nunca en el último mes.

**1**

D	L	M	M	J	V	S
		X				
					X	

“Un poco” significa aproximadamente dos veces durante el último mes.

**2**

D	L	M	M	J	V	S
		X			X	
			X			
		X		X		

“Algo” significa aproximadamente de una a dos veces por semana durante el último mes.

**3**

D	L	M	M	J	V	S
	X		X		X	
	X		X		X	
X		X				

“Bastante” significa de dos a tres veces por semana durante el último mes.

**4**

D	L	M	M	J	V	S
X	X	X	X	X	X	X
						X
				X		
	X		X	X	X	
X	X	X	X	X	X	X

“Mucho” significa casi todos los días durante el último mes.

## 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 = nada en absoluto  2 = un poco  3 = algo  4 = bastante  5 = mucho

### PREGUNTAS QUE LEERÁ

1. ¿Cuánto le han molestado(a) sus recuerdos no deseados, pesadillas o memorias de lo que pasó?
2. ¿Cuánto esfuerzo ha hecho para evitar pensar o hablar sobre lo que pasó o evitar hacer cosas que le recuerdan lo que pasó?
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?
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?
5. ¿Qué tan triste o deprimido(a) ha estado por lo que pasó?
6. ¿Ha disminuido su capacidad para manejar otras experiencias o situaciones estresantes?
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?
8. ¿Qué tan angustiado(a) o preocupado(a) está sobre sus reacciones?
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?
10. ¿En qué medida han afectado sus reacciones a sus relaciones con su familia o amigos o sus actividades sociales, recreativas o comunitarias?
11. ¿Qué tan preocupado(a) ha estado sobre su capacidad para superar los problemas que puede enfrentar sin necesidad de ayuda adicional?

### RESPUESTAS DEL PARTICIPANT

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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)

### INSTRUCCIONES PARA REMITIR AL PARTICIPANTE

**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]. Me gustaría remitirle a [escriba]

**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]. Me gustaría remitirle a [escriba]

**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)

- Otros servicios del programa de consejería de crisis (ej. terapia de grupo, remisión al líder del equipo, visita de seguimiento)
- Servicios de salud mental (ej., consejería profesional a largo plazo o servicios de tratamiento, conductuales o psiquiátricos)
- Servicios para el abuso de sustancias (ej., profesionales, conductuales, de tratamiento médico o grupos de autoayuda, como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos)
- Programas financiados por FEMA
- Servicios comunitarios (p. ej., préstamos, vivienda, empleo, servicios sociales)
- Recursos para las personas con discapacidades u otro tipo de necesidades de accesibilidad o funcionales
- Otros (especifique en la casilla)

Anote el tipo de servicio al que hizo la remisión, no el sitio al que hizo la remisión.

¿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 que este formulario se utilice en cualquier momento si el consejero de crisis considera que el participante muestra signos de angustia o podría beneficiarse de una remisión a otros servicios. Se recomienda que los formularios se administren durante encuentros en los que se indiquen más de cuatro reacciones a eventos o ciertas categorías de riesgo relacionadas con traumas (por ejemplo, familiares, amigos o mascotas desaparecidos/fallecidos, amenaza a la vida, asistencia en rescates, discapacidad física preexistente, lesiones o daño físico, haber presenciado muerte/lesión, problemas previos de consumo de sustancias/salud mental, traumas previos). 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 acontecimiento catastrófico de FEMA, e.g., Estado, territorio o tribu-XXXX.

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

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

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

CONDADO DEL SERVICIO—Condado donde se prestó el servicio.

1er EMPLEADO #—Su número de empleado emitido por ODCES

2do EMPLEADO #—Número de empleado emitido por ODCES para su compañero durante esta visita.

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 U OTRAS NECESIDADES DE ACCESIBILIDAD Y DE FUNCIONALIDAD—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 postraumático, dependencia de sustancias, etc.)

SEXO—El sexo que la persona indicó. ELIJA SOLO UNA OPCION.

IDIOMA PRINCIPAL QUE SE USÓ EN ESTA VISITA—¿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.

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."

**¡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 10 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 .