

## Encuesta sobre los comentarios del participante

Fecha de hoy  
(mm/dd/aaaa)

**Este formulario anónimo ayudará a los líderes comunitarios a conocer las necesidades de nuestra comunidad y a evaluar qué tan bien los consejeros de crisis/trabajadores de alcance comunitario están atendiendo estas necesidades. Si usted completó un formulario como este en la última semana, no complete este.**

**No escriba su nombre en este formulario. Completar este formulario es voluntario y puede omitir las preguntas que desee. ¡Muchas gracias por su tiempo!**

**Díganos qué tan bueno fue el trabajo del promotor comunitario o consejero en las siguientes áreas:**

	Extremada-mente malo	Malo	Regular	Bueno	Excelente	Prefiero NO responder
	1	2	3	4	5	6
Tratándolo con respeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respetando su cultura, raza, grupo étnico o religión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haciéndole sentir que está bien pedir ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haciéndole sentir que usted se puede ayudar a sí mismo y a su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manteniendo en privado las cosas que usted dijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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?		Prefiero NO responder
	Sí	No	Sí	No	6
Interacción uno a uno con el consejero o promotor	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Consejería de grupo o grupo de apoyo	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (especifique): <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

**Si usted ha utilizado los recursos para remisiones, ¿qué tipos utilizó?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Consumo de sustancias                                       | <input type="checkbox"/> Programas financiados por FEMA   |
| <input type="checkbox"/> Salud mental  | <input type="checkbox"/> Servicios comunitarios (p. ej., préstamos, vivienda, empleo, servicios sociales)                 |
| <input type="checkbox"/> Servicios del CCP   | <input type="checkbox"/> Recursos para las personas con discapacidades u otras necesidades de accesibilidad o funcionales |
| <input type="checkbox"/> Otro tipo de remisión (especifique qué tipo en la casilla): | <input type="text"/>  |

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

	Extremada-mente malo	Malo	Regular	Bueno	Excelente	Prefiero NO responder
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"/>	6 <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"/>	6 <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"/>	6 <input type="checkbox"/>
En general...	Extremada-mente malo	Malo	Regular	Bueno	Excelente	Prefiero NO responder
¿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"/>	6 <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"/>	6 <input type="checkbox"/>
¿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"/>	6 <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"/>	6 <input type="checkbox"/>

**Las personas experimentan los desastres de diversas maneras. A continuación, se presenta una lista de experiencias que usted puede haber tenido. Seleccione todas las que correspondan. Si NO se vio afectado por el acontecimiento catastrófico, salte a la siguiente sección sobre las reacciones al acontecimiento catastrófico.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Un familiar mío está desaparecido o falleció.  | <input type="checkbox"/> Mi vida o la de alguien en mi hogar estuvo en peligro.  |
| <input type="checkbox"/> Un amigo mío está desaparecido o falleció.   | <input type="checkbox"/> Yo o un miembro de mi hogar presencié muertes o lesiones.   |
| <input type="checkbox"/> Mi mascota está desaparecida o falleció.   | <input type="checkbox"/> Yo o un miembro de mi hogar ayudé en labores de rescate/recuperación.                                   |
| <input type="checkbox"/> Mi vivienda resultó dañada o destruida.  | <input type="checkbox"/> Yo o un miembro de mi hogar está desempleado o subempleado a causa de este acontecimiento catastrófico. |
| <input type="checkbox"/> Tuve una pérdida importante de propiedad, como la pérdida de un auto/vehículo.                 | <input type="checkbox"/> Fui evacuado rápidamente sin tiempo para prepararme.  |
| <input type="checkbox"/> Tuve otra pérdida financiera.  | <input type="checkbox"/> Tuve una separación prolongada de mi red social/familia, aislamiento físico o distanciamiento social.   |
| <input type="checkbox"/> Yo o un miembro de mi hogar tuvo una enfermedad, resultó herido o sufrió daños físicos.        | <input type="checkbox"/> Estuve desplazado de mi vivienda durante 1 semana o más.  |
| <input type="checkbox"/> Yo o un miembro de mi hogar cambió de escuela o de modalidad de aprendizaje (p. ej., virtual). | <input type="checkbox"/> Tuve inseguridad alimentaria causada por el acontecimiento catastrófico.                                |
| <input type="checkbox"/> Me refugié en mi lugar o busqué refugio debido a una amenaza inmediata de peligro.             | <input type="checkbox"/> Tuve acceso reducido o nulo a información/comunicación confiable.                                       |
|   | <input type="checkbox"/> Tuve acceso reducido o nulo a transporte confiable.   |

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	Prefiero NO responder
¿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"/>	6 <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"/>	6 <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"/>	6 <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"/>	6 <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"/>	6 <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"/>	6 <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"/>	6 <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"/>	6 <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?**

<input type="checkbox"/> Me siento mejor ahora	<input type="checkbox"/> Me siento más o menos igual
<input type="checkbox"/> Prefiero NO responder	<input type="checkbox"/> Me siento peor ahora

**Si compara cuánto cuidaba su salud antes del acontecimiento catastrófico y ahora, ¿cuida su salud más, menos o igual?**

<input type="checkbox"/> Cuido mi salud más ahora	<input type="checkbox"/> Cuido mi salud más o menos igual ahora
<input type="checkbox"/> Prefiero NO responder	<input type="checkbox"/> 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.**

<input type="checkbox"/> Se me dificulta menos ahora	<input type="checkbox"/> Se me dificulta casi igual ahora
<input type="checkbox"/> Prefiero NO responder	<input type="checkbox"/> 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?**

<input type="checkbox"/> Más activo ahora	<input type="checkbox"/> Más o menos igual de activo
<input type="checkbox"/> Prefiero NO responder	<input type="checkbox"/> Menos activo ahora

**CONTESTE TAMBIÉN LAS PREGUNTAS EN EL REVERSO.**

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

¿Cuál es su sexo? (seleccione uno)  Hombre  Mujer

¿Cuál es su edad? (seleccione una)  Adulto joven (18-29 años)  Adulto (30-64 años)  Adulto mayor (65 años o más)

¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado o el título que ha obtenido? (Seleccione uno)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sin escuela secundaria      | <input type="checkbox"/> Estudios universitarios incompletos                    |
| <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta       | <input type="checkbox"/> Graduado universitario (p. ej., técnico, licenciatura) |
| <input type="checkbox"/> Diploma de secundaria o GED | <input type="checkbox"/> Posgrado (p. ej., M.S.W., Ph.D.)                       |

¿Cuál es el ingreso bruto anual de su hogar? (Seleccione uno)

- Menos de \$27,000  \$27,000 - \$37,000  \$37,000 - \$47,000  Más de \$47,000

¿En qué condado o parroquia vive actualmente?

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

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Asiático                              | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Hispano o latino |
| <input type="checkbox"/> Oriente Medio o África del Norte      | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> Blanco                |   |

¿Cuál idioma prefiere? (seleccione uno)

- 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/consumo de sustancias (problema psiquiátrico, dependencia de sustancias, etc.)

**¡Gracias por tomarse el tiempo para completar esta encuesta 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 15-25 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.