

Formulario para comentarios del proveedor del servicio

Fecha de hoy (mm/dd/aaaa)

Le pedimos que llene este breve formulario para que los administradores del programa puedan 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).

Evaluación de la capacitación CCP	¿Ha tenido esta capacitación?		En caso afirmativo, califique la utilidad de esta capacitación como preparación para poder hacer su trabajo.				
			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)	No <input type="checkbox"/>	Sí <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	No <input type="checkbox"/>	Sí <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	No <input type="checkbox"/>	Sí <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	No <input type="checkbox"/>	Sí <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	No <input type="checkbox"/>	Sí <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	No <input type="checkbox"/>	Sí <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 CCP para la recolección de datos	No <input type="checkbox"/>	Sí <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)	No <input type="checkbox"/>	Sí <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)	No <input type="checkbox"/>	Sí <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"/>

	Extremada- mente malo/a	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
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"/>
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), califique cada uno de los elementos de abajo. Estos se relacionan con otros aspectos que pueden influir en su trabajo, como la supervisión y el apoyo.

	Extremada- mente malo/a	Malo/a	Regular	Bueno/a	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.)

- No es pertinente, sí usé el formulario móvil
- No me siento cómodo con la tecnología
- No tenía acceso a un dispositivo electrónico
- Me preocupa la privacidad
- No supe cómo usarlo
- Otro; por favor especifique:

¿Pudo entender las instrucciones para llenar los formularios?

Sí

No; especifique:

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 al XXX-XXX-XXXX.

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

30–39 horas

20–29 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?

Sí

No

¿En cuál condado o parroquia trabaja usted normalmente?

¿Cuál es su sexo? (seleccione uno)

Hombre

Mujer

¿Cuál es su edad? (seleccione uno)

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 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 | |

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

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

Las personas experimentan los acontecimientos catastróficos 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 acontecimientos catastróficos, salte a la siguiente sección sobre las reacciones al acontecimientos catastróficos.

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

¿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.