

División de Salud Conductual
Herramienta de Resultados para el Trastorno por Uso de Sustancias en Adultos y Jóvenes

Cliente STARS ID: _____

Fecha: _____

Tipo de Instrumento:

- | | |
|---|---------------------------------|
| ☐ Inicial | ☐ Adulto |
| ☐ Transferencia de nivel de atención | ☐ Joven |
| ☐ Alta | |

1. ¿Diría que, en general, su salud mental es?:

- ☐ Excelente ☐ Muy Bueno/a ☐ Bueno/a ☐ Regular ☐ Deficiente

Por favor, responda las siguientes preguntas basándose en los últimos 30 días:

a. ¿Ha sido arrestado/a?	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
b. ¿Tuvo suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
c. ¿Ha estado satisfecho/a con las condiciones de su espacio de vivienda?	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
d. ¿Ha pasado tiempo en una instalación para:	
i. ¿Desintoxicación/tratamiento para trastornos por uso de sustancias en régimen de internación o residencial?	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
ii. ¿Atención de salud mental?	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
iii. ¿Alguna enfermedad, lesión o cirugía en el cuerpo humano?	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
a. e. ¿Ha pasado tiempo en una instalación correccional, incluyendo cárcel/prisión/JDC, debido a un arresto, violación de la libertad condicional o libertad vigilada?	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
f. ¿Ha tenido pensamientos suicidas?	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
g. En los últimos 30 días, ¿se ha sentido...?	
i. ¿Nervioso/a?	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
ii. ¿Desesperado/a?	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
iii. ¿Inquieto/a o nervioso/a?	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
iv. ¿Tan deprimido/a que nada podía animarle?	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
v. ¿Que todo es un esfuerzo?	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
vi. ¿Inútil?	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
vii. ¿Molestado/a por problemas psicológicos o emocionales?	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó

División de Salud Conductual
Adult and Youth Substance Use Disorder Outcome Tool

2. Por favor, indique su nivel de acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones marcando la opción que mejor represente sus sentimientos u opinión sobre su hijo/a en los últimos 6 meses.

Opciones de respuesta

Desacuerdo total	Desacuerdo	Indeciso	Acuerdo	Acuerdo total	No aplicable	Se negó
------------------	------------	----------	---------	---------------	--------------	---------

Dominio: Preguntas de Conectividad Social a-g

- | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Estoy feliz con las amistades que tengo, quienes me escuchan y me comprenden cuando hablo. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| b. Tengo personas con quienes puedo hacer cosas agradables. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| c. Me siento parte de la comunidad. | ☐ | | ☐ | | ☐ | ☐ |
| d. En una crisis, tendría el apoyo que necesito de mi familia o amigos. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| e. Tengo personas con quienes me siento cómodo/a hablando sobre mis problemas. | | | | ☐ | | |
| f. Tengo familiares o amigos que me apoyan en mi recuperación. | | | | | | |
| g. Generalmente logro lo que me propongo. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Dominio: Funcionamiento Preguntas h-q

- | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| h. Hago cosas que son más significativas para mí. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| i. Puedo hacerme cargo de mis necesidades. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| j. Puedo manejar las cosas cuando salen mal. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| k. Puedo hacer las cosas que quiero hacer. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| k. Me llevo bien con la familia, los amigos y otras personas. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| m. Puedo lidiar con las crisis. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| n. Me va bien en situaciones sociales. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| o. Me va bien en la escuela y/o en el trabajo. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| p. Mis síntomas no me molestan tanto. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| q. Mi situación de vivienda es un lugar seguro para vivir. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Completar solo en la transferencia de nivel de atención o al alta

3. Por favor, responda las siguientes preguntas según su experiencia durante los últimos 30 días.

Dominio: Percepción de la Atención: Preguntas a-n

a. El personal cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
b. Me sentí libre de quejarme.	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
c. Me proporcionaron información sobre mis derechos.	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
d. El personal me alentó a asumir la responsabilidad de cómo vivo mi vida.	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
e. El personal me informó sobre los efectos secundarios a los que debo estar atento.	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
f. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento.	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
g. El personal fue sensible a mi origen cultural, étnico, religioso y espiritual.	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
h. Se me alentó a participar en programas dirigidos por consumidores.	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
i. Me sentí cómodo/a haciendo preguntas sobre mi tratamiento.	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
j. Yo, no el personal, decidí mis objetivos de tratamiento.	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
k. Me gustaron los servicios que recibí aquí.	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
l. Si tuviera otras opciones, seguiría recibiendo servicios en esta agencia.	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
m. Recomendaría esta agencia a un amigo o a un miembro de mi familia.	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
n. El personal me ayudó a obtener la información que necesitaba para poder hacerme cargo de manejar mi enfermedad.	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó

Dominio: Percepción sobre el acceso a los servicios: Preguntas o-p

o. La ubicación de los servicios era (es) conveniente.	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
p. Pude obtener todos los servicios que creí necesitar.	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó

4. Por favor, marque la casilla correspondiente según cómo le ha ido desde que ingresó al programa y que mejor refleje lo que piensa.	Antes de comenzar el programa				Ahora (al finalizar el programa)			
	Deficiente	Promedio	Bueno/a	Excelente	Deficiente	Promedio	Bueno/a	Excelente
	1	2	3	4	1	2	3	4
a. Control del consumo de alcohol	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. Control del consumo de drogas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Preguntas que deben ser completadas solo por el clínico.

1. En este período, ¿cuál es su (del clínico) evaluación del entendimiento y disposición del cliente para participar en su programa de tratamiento? Por favor, marque un número en la escala a continuación:

Desconectado y bloqueado	Compromiso mínimo con la recuperación	Participación limitada en la recuperación	Participación positiva en la recuperación	Participación óptima en la recuperación
1	2	3	4	5

Solo para jóvenes

Calificación de evaluación breve GAIN (GAIN-SS)					
Cuestionario de evaluación	Ítems	Último mes (4)	Últimos 90 días (4, 3)	Último año (4, 3, 2)	Alguna vez (4, 3, 2, 1)
IDScr	1a – 1f				
EDScr	2a – 2g				
SDScr	3a – 3e				
CVScr	4a – 4e				
TDSer	1a – 4e				