Cliente STARS ID:

Fecha:

Tipo de Instrumento:

- Inicial Familia
 Actualización
 Alta

1. ¿Dirías que, en general, la salud mental de tu hijo/a es?

- Excelente Muy Bueno/a Bueno/a Regular Deficiente

2. ¿Cuál es el estado laboral de tu hijo/a?

- Empleado/a a tiempo completo (35+ horas por semana) Empleado/a a tiempo parcial Ama de casa
 Estudiante Jubilado/a Otro (especificar)
 Discapacitado/a Desempleado/a

3. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el estado residencial actual de tu hijo/a?

- Independiente, viviendo en una residencia privada Sin hogar Dependiente, viviendo en una residencia privada
 Cuidado residencial (hogar grupal, centro de rehabilitación, cuidado operado por agencia) Hogar de acogida/Cuidado de acogida Entorno institucional (cuidado 24/7 por personal especializado/calificado/médicos)
 Otro (especificar) Residencia de crisis Cárcel/centro de corrección

4. ¿Cuál es el nivel educativo más alto completado por su hijo/a?

(12 = GED y diploma de escuela secundaria o clases de educación especial autointegradas)

- a. Si está inscrito/a en la escuela, ¿ha asistido su hijo/a a la escuela en algún momento en los últimos 3 meses?

Sí No Se negó

5. Por favor, responda las siguientes preguntas basadas en los últimos 30 días:

a. ¿Ha sido arrestado/a su hijo/a?

Sí No Se negó

b. ¿Tuviste suficiente dinero para cubrir las necesidades de tu hijo/a?

Sí No Se negó

c. ¿Has estado satisfecho/a con las condiciones del espacio donde vive tu hijo/a?

Sí No Se negó

d. En los últimos 30 días, ¿ha sentido tu hijo/a...?

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 animar a tu hijo/a?

Sí No Se negó

División de Salud Conductual
Herramienta de Resultados para Trastornos de Salud Mental Familiar

v.	<i>¿Que todo es un esfuerzo?</i>	☐ Sí	☐ No	☐ Se negó
vi.	<i>¿Inútil?</i>	☐ Sí	☐ No	☐ Se negó
vii.	<i>¿Molestado/a por problemas psicológicos o emocionales?</i>	☐ Sí	☐ No	☐ Se negó
-

6. Por favor, responda las siguientes preguntas basadas en los últimos 6 meses:

- a. ¿Ha pasado su hijo/a tiempo en una institución para...:
i. ¿Desintoxicación/tratamiento para trastornos por uso de sustancias en régimen de internación o residencial?	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
ii. ¿Cuidado de salud mental?	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
iii. ¿Alguna enfermedad, lesión o cirugía en el cuerpo humano?	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
- b. ¿Ha pasado su hijo/a tiempo en una institución correccional, incluyendo cárcel/prisión/detención (debido a un arresto, violación de libertad condicional o de prueba)? Sí No Se negó
- c. ¿Ha tenido su hijo/a pensamientos suicidas? Sí No Se negó

7. 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. Mi hijo/a está feliz con las amistades que tiene, sus amigos/as lo/a escuchan y lo/a entienden cuando habla.	☐
b. Mi hijo/a tiene personas con las que puede hacer cosas agradables.	☐
c. Siento que mi hijo/a pertenece a la comunidad.	☐
d. En una crisis, mi hijo/a tendría el apoyo que necesita de la familia o amigos.	☐
e. Mi hijo/a tiene personas con las que se siente cómodo/a hablando.	☐
f. Mi hijo/a tiene familiares o amigos que apoyan su recuperación.	☐
g. Mi hijo/a generalmente logra lo que se propone hacer.	☐

Dominio: Funcionamiento Preguntas h-q

h. Mi hijo/a hace cosas que son más significativas para él/ella.	☐
i. Mi hijo/a puede cuidar de sus necesidades.	☐
j. Mi hijo/a puede manejar las cosas cuando van mal.	☐
k. Mi hijo/a puede hacer las cosas que quiere hacer.	☐

División de Salud Conductual
Herramienta de Resultados para Trastornos de Salud Mental Familiar

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.	Response Options						
	Desacuerdo total	Desacuerdo	Indeciso	Acuerdo	Acuerdo total	No aplicable	Se negó
l. Mi hijo/a se lleva bien con la familia, los amigos y otras personas.	☐						
m. Mi hijo/a puede enfrentar una crisis.	☐						
n. Mi hijo/a se desenvuelve bien en situaciones sociales.	☐						
o. Mi hijo/a se desenvuelve bien en la escuela y/o el trabajo.	☐						
p. Los síntomas de mi hijo/a no les están molestando tanto.	☐						
q. La situación de vivienda de mi hijo/a es un lugar seguro para vivir.	☐						

Completar solo en Actualización o Alta

8. Por favor, responda las siguientes preguntas según su experiencia durante los últimos 6 meses.

Dominio: Percepción de la Atención: Preguntas a-n

a. El personal cree que mi hijo/a podría crecer, cambiar y recuperarse.	☐ Sí	☐ No	☐ Se negó
b. Mi hijo/a se sintió libre de quejarse.	☐ Sí	☐ No	☐ Se negó
c. A mi hijo/a se le dio información sobre sus derechos.	☐ Sí	☐ No	☐ Se negó
d. El personal alentó a mi hijo/a a tomar responsabilidad por cómo vive su vida.	☐ Sí	☐ No	☐ Se negó
e. El personal le dijo a mi hijo/a qué efectos secundarios debe tener en cuenta.	☐ Sí	☐ No	☐ Se negó
f. El personal respetó los deseos de mi hijo/a sobre quién debe y quién no debe recibir información sobre su tratamiento.	☐ Sí	☐ No	☐ Se negó
g. El personal fue sensible al trasfondo cultural/étnico/religioso/espiritual de mi hijo/a.	☐ Sí	☐ No	☐ Se negó
h. Mi hijo/a a participar en programas gestionados por consumidores.	☐ Sí	☐ No	☐ Se negó
i. Mi hijo/a se sintió cómodo/a haciendo preguntas sobre su tratamiento.	☐ Sí	☐ No	☐ Se negó
j. Mi hijo/a, no el personal, decidió sus metas de tratamiento.	☐ Sí	☐ No	☐ Se negó
k. Mi hijo/a le gustaron los servicios que recibió aquí.	☐ Sí	☐ No	☐ Se negó
l. Si mi hijo/a tuviera otras opciones, aún recibiría servicios en esta agencia.	☐ Sí	☐ No	☐ Se negó
m. Mi hijo/a recomendaría esta agencia a un amigo o familiar.	☐ Sí	☐ No	☐ Se negó
n. El personal ayudó a mi hijo/a a obtener la información que necesitaba para poder encargarse de gestionar su enfermedad.	☐ Sí	☐ No	☐ Se negó

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

o. La ubicación de los servicios fue (es) conveniente.	☐ Sí	☐ No	☐ Se negó
p. Mi hijo/a pudo obtener todos los servicios que pensó que necesitaba.	☐ Sí	☐ No	☐ Se negó

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				