

División de Salud Conductual
Herramienta de Resultados para el Trastorno por Uso de Sustancias Familiar

Cliente STARS ID:

Fecha:

Tipo de Instrumento:

Family should answer for how they feel their child is doing for the services.

- ☐ Inicial ☐ Familia
☐ Transferencia de nivel de atención
☐ Alta

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

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

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. ¿Ha pasado su hijo/a tiempo en una institución para...:	
i. ¿Desintoxicación/Tratamiento residencial o hospitalizado para trastornos por uso de sustancias?	☐ 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
e. ¿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
f. ¿Ha tenido su hijo/a pensamientos suicidas?	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó
g. 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
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
Herramienta de Resultados para el Trastorno por Uso de Sustancias Familiar

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
<i>Dominio: Preguntas de Conectividad Social a-g</i>							
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.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Dominio: Funcionamiento Preguntas h-q</i>							
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.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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 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 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

4. Marque la casilla correspondiente para indicar cómo le ha ido a su hijo/a desde que ingresó al programa, de acuerdo con su opinión.	Antes de comenzar el programa				Ahora (al finalizar el programa)			
	Deficiente	Promedio	Buena/a	Excelente	Deficiente	Promedio	Buena/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				