

# División de salud conductual

## Herramienta de resultados de los trastornos por consumo de sustancias

### Familia

### Alta

Fecha de hoy:

ID STARS del cliente: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

- Programa**
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1.0 Paciente ambulatorio           | <input type="checkbox"/> 2.1 Servicios intensivos para pacientes ambulatorios |
| <input type="checkbox"/> 2.5 Tratamiento de día             | <input type="checkbox"/> 3.7 Hospitalización intensiva Tratamiento (PRTF)     |
| <input type="checkbox"/> 3.1 Residencial de baja intensidad |   |
| <input type="checkbox"/> Servicios de PBE para adolescentes |   |

#### 1. Diría que, en general, la salud de su hijo es:

- Excelente   
  Muy buena   
  Buena   
  Regular   
  Mala

- a.** Pensando en la salud física de su hijo, incluyendo enfermedades y lesiones físicas, ¿cuántos días durante los últimos 30 días la salud física de su hijo no fue buena? \_\_\_\_\_
- b.** Pensando en la salud mental de su hijo, incluyendo estrés, depresión y problemas emocionales, ¿cuántos días durante los últimos 30 días la salud mental de su hijo no fue buena? \_\_\_\_\_
- c.** Durante los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos días la mala salud física o mental de su hijo le impidió hacer sus actividades habituales, como el cuidado personal, el trabajo o el ocio? \_\_\_\_\_

#### 2. En este momento, ¿qué importancia tiene que su hijo cambie sus comportamientos o síntomas actuales? Marque con un círculo un número en la escala de abajo:

No es importante en absoluto			Tan importante como la mayoría de las otras cosas que me gustaría lograr ahora.					Lo más importante en mi vida ahora mismo		
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>

#### 3. En este momento, ¿qué tan seguro está de que su hijo cambiará sus comportamientos o síntomas actuales? Marque con un círculo un número en la escala de abajo:

No es importante en absoluto			Tan importante como la mayoría de las otras cosas que me gustaría lograr ahora.					Lo más importante en mi vida ahora mismo		
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>

#### 4. Responda las siguientes preguntas

En los últimos 30 días, ¿cuántas veces su hijo estuvo detenido? \_\_\_\_\_ Cantidad de noches/horas  No sabe

\*Elemento requerido a nivel federal

#### 5. Responda las siguientes preguntas basándose en los últimos 30 días...

- a.** ¿Tuvo su hijo problemas en casa, en la escuela, en el trabajo o en la comunidad por consumir alcohol, drogas, inhalantes o por apostar?      Sí      No
- b.** ¿Faltó su hijo a la escuela o al trabajo por consumir alcohol, drogas, inhalantes o por apostar?      Sí      No

## Formulario SUD para familias: alta

<b>6. Responda las siguientes preguntas basándose en los últimos 30 días...</b>	Cantidad de noches/horas	No sabe
a. ¿Cuántas veces fue su hijo a una sala de emergencias por un problema psiquiátrico o emocional?	—	<input type="checkbox"/>
b. Cuántas noches pasó su hijo en un centro por:		
i. Desintoxicación	—	<input type="checkbox"/>
ii. Tratamiento de trastornos por consumo de sustancias como paciente hospitalizado/residencial	—	<input type="checkbox"/>
iii. Atención a la salud mental	—	<input type="checkbox"/>
iv. Enfermedad, lesión, cirugía	—	<input type="checkbox"/>
c. ¿Cuántas noches pasó su hijo en un centro correccional, incluyendo el JDC o la cárcel (por arresto, violación de la libertad condicional o de la libertad vigilada)?	—	<input type="checkbox"/>
d. ¿Cuántas veces su hijo intentó suicidarse?	—	<input type="checkbox"/>
*Elemento requerido a nivel federal		

<b>7. Marque la casilla correspondiente sobre cómo le está yendo a su hijo desde que entró en el programa que mejor nos dice lo que piensa.</b>	Antes del programa				Ahora (al final del programa)			
	Mal 1	Regular 2	Bien 3	Excelente 4	Mal 1	Regular 2	Bien 3	Excelente 4
	a. Control del consumo de alcohol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Control del consumo de drogas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>8. Mi hijo podría resistir la tentación de beber mucho o consumir drogas...</b>	No estoy nada seguro <span style="float: right;">Muy seguro</span>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... si estuviera enojado por la forma en que salieron las cosas											
... si inesperadamente encontrara alcohol/drogas o si viera algo que le recuerde beber/consumir drogas											
... si otras personas le tratan injustamente o interfieren con sus planes											
... si saliera con amigos y siguieran sugiriendo de ir a algún lugar para beber/consumir drogas											

## Formulario SUD para familias: alta

9. Indique su nivel de acuerdo o desacuerdo con las declaraciones marcando la opción que mejor represente sus sentimientos u opiniones durante los últimos 30 días. (Responda por relaciones con personas que no sean sus proveedores de salud conductual). *Requerido a nivel federal	Opciones de respuesta					
	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Completamente de acuerdo	No aplica Rechazada
Área: Conexión social: preguntas 1-4						
1. Me hijo conoce personas que lo escucharán y entenderán cuando necesite hablar.						
2. En una crisis, mi hijo tendría el apoyo que necesita de familiares y amigos.						
3. Mi hijo cuenta con personas con las que se siente cómodo hablando sobre sus problemas.						
4. Mi hijo cuenta con personas con las que puede hacer cosas agradables.						
Área: Área de mejora del funcionamiento/resultados: preguntas 5-11						
5. Mi hijo puede hacer mejor las cosas que quiere hacer.						
6. Mi hijo se lleva mejor con los familiares.						
7. Mi hijo se lleva mejor con amigos y otras personas.						
8. A mi hijo le va mejor en la escuela o en el trabajo.						
9. Mi hijo puede sobrellevar mejor las cosas cuando salen mal.						
10. Mi hijo maneja mejor la vida diaria.						
11. Estoy satisfecho con nuestra vida familiar en este momento.						
Área: Percepción del acceso a los servicios: preguntas 12-13						
12. El lugar donde se prestan los servicios fue conveniente.						
13. Los servicios estaban disponibles en horarios convenientes para nosotros.						
Áreas: Percepción de la sensibilidad cultural: preguntas 14-17						
14. El personal me trató con respeto.						
15. El personal respetó las creencias religiosas/espirituales de mi familia.						
16. El personal habló conmigo de manera que pueda entender.						
17. El personal fue sensible a mi origen cultural/étnico.						
Área: Percepción de la participación en la planificación del tratamiento: preguntas 18-20						
18. Ayudé a elegir los servicios de mi hijo.						
19. Ayudé a elegir los objetivos del tratamiento de mi hijo.						
20. Con frecuencia participé en el tratamiento de mi hijo.						

## Formulario SUD para familias: alta

	Opciones de respuesta					
	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Completamente de acuerdo	No aplica
<b>Área: Satisfacción general: preguntas 21-26</b>						
21. En general, estoy satisfecho con los servicios que mi hijo recibió aquí.						
22. Las personas que ayudan a mi hijo se quedaron con nosotros sin importar lo que pasara.						
23. Siento que mi hijo tiene a alguien con quien hablar cuando tiene problemas.						
24. Los servicios que mi hijo o familia recibieron fueron los adecuados para nosotros.						
25. Mi familia recibió la ayuda que queríamos para mi hijo.						
26. Mi familia recibió toda la ayuda que necesitábamos para mi hijo.						

Pregunta que debe responder el médico

**10. En este período de intervalo, ¿cuál es la evaluación (del médico) sobre la comprensión y la voluntad del paciente de participar en el programa de tratamiento? Marque con un círculo un número en la escala de abajo:**

No comprometido y bloqueado	Compromiso mínimo en la recuperación	Participación limitada en la recuperación	Compromiso positivo en la recuperación	Compromiso óptimo en la recuperación
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>