

# ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA JÓVENES

## (YOUTH SATISFACTION SURVEY)

Queremos saber lo que piensa sobre los *servicios de salud mental o tratamiento de adicciones a sustancias químicas* que recibió durante los *últimos 6 meses*, para poder mejorar y brindarle los mejores servicios posibles. No escriba su nombre en la encuesta. Sus respuestas se manejarán de forma confidencial. No tenemos forma de saber que usted respondió la encuesta; sin embargo, revisaremos sus respuestas para mejorar nuestros servicios.

**Sección 1: indique su nivel de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones sobre los *servicios de salud mental o tratamiento de adicciones a sustancias químicas* que recibió en los últimos 6 meses; para ello, encierre en un círculo el número que mejor represente su opinión. Si la afirmación se refiere a algo que usted no ha experimentado, responda “N/C” para indicar que no corresponde en su caso.**

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Aún no me he decidido	De acuerdo	Muy de acuerdo	No corresponde
1. En general, estoy satisfecho con los servicios que he recibido.	1	2	3	4	5	N/C
2. Participé en la elección de mis servicios.	1	2	3	4	5	N/C
3. Participé en la elección de las metas de mi tratamiento.	1	2	3	4	5	N/C
4. Las personas que me ayudaron no me abandonaron a pesar de las dificultades.	1	2	3	4	5	N/C
5. Sentí que tuve a alguien con quien hablar cuando estuve inquieto.	1	2	3	4	5	N/C
6. Participé en mi propio tratamiento.	1	2	3	4	5	N/C
7. Los servicios que recibí fueron los adecuados para mí.	1	2	3	4	5	N/C
8. La ubicación de los servicios fue muy conveniente para mí.	1	2	3	4	5	N/C
9. Los servicios estaban disponibles en horarios convenientes para mí.	1	2	3	4	5	N/C
10. Recibí la ayuda que quería.	1	2	3	4	5	N/C
11. Recibí toda la ayuda que necesitaba.	1	2	3	4	5	N/C
12. El personal me trató con respeto.	1	2	3	4	5	N/C
13. El personal respetó las creencias religiosas o espirituales de mi familia.	1	2	3	4	5	N/C
14. El personal me habló de una manera que pude entender.	1	2	3	4	5	N/C
15. El personal fue respetuoso con mi origen cultural o étnico.	1	2	3	4	5	N/C

**Sección 2: como resultado directo de los servicios de salud mental o tratamiento de adicciones a sustancias químicas que recibí durante los últimos 6 meses...**

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Aún no me he decidido	De acuerdo	Muy de acuerdo	No corresponde
16. Me desenvuelvo mejor en la vida cotidiana.	1	2	3	4	5	N/C
17. Me llevo mejor con los miembros de mi familia.	1	2	3	4	5	N/C
18. Me llevo mejor con mis amigos y con otras personas.	1	2	3	4	5	N/C
19. Me va mejor en la escuela o en mi trabajo.	1	2	3	4	5	N/C
20. Tengo la capacidad para lidiar de mejor forma con situaciones complicadas.	1	2	3	4	5	N/C
21. Estoy satisfecho con mi vida familiar actual.	1	2	3	4	5	N/C
22. Tengo la capacidad para decidir las cosas que quiero hacer.	1	2	3	4	5	N/C

**Sección 3: responda sobre las relaciones que tiene en la actualidad con las personas que no son sus proveedores de salud mental y/o tratamiento de adicciones a sustancias químicas.**

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Aún no me he decidido	De acuerdo	Muy de acuerdo	No corresponde
23. Conozco personas que me escucharán y entenderán cuando necesite conversar.	1	2	3	4	5	N/C
24. Cuento con personas con quienes me siento cómodo para hablar de mis problemas.	1	2	3	4	5	N/C
25. En casos de crisis, tengo el apoyo que necesito de familiares o amigos.	1	2	3	4	5	N/C
26. Tengo personas con quienes puedo hacer cosas entretenidas.	1	2	3	4	5	N/C

**Sección 4: responda las siguientes preguntas para conocer un poco más sobre usted.**

27. ¿Recibe actualmente servicios de salud mental o tratamiento de adicciones a sustancias químicas?  
 1 = Solo de salud mental                      3 = De salud mental y tratamiento de adicciones a sustancias químicas  
 2 = Solo tratamiento de adicciones a sustancias químicas                      4 = No lo sé
28. ¿Desde cuándo recibe estos servicios?  
 1 = Menos de 6 meses                      3 = De 1 a 2 años                      5 = No lo sé  
 2 = De 6 meses a 1 año                      4 = Más de 2 años
30. ¿Cuál es su género?  
 1 = Mujer                      3 = Mujer transgénero                      5 = No lo sé  
 2 = Hombre                      4 = Hombre transgénero                      6 = Otro (indique: \_\_\_\_\_)
31. ¿Qué edad tiene? \_\_\_\_\_ años
32. ¿Cuál es su origen racial? (seleccione todas las opciones que correspondan)  
 1 = Indígena de las Américas/Nativo de Alaska                      5 = Blanco/Caucásico  
 2 = Asiático                      6 = No lo sé  
 3 = Negro/Afroamericano                      7 = Otro (indique: \_\_\_\_\_)  
 4 = Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico
33. ¿Es usted de origen mexicano, hispano o latino?  
 1 = Sí                      2 = No                      3 = No lo sé
34. ¿En qué condado vive actualmente? \_\_\_\_\_
35. ¿Tiene algún otro comentario sobre los servicios que recibió en los últimos 6 meses?

---



---



---



---

**¡Gracias por su tiempo y colaboración para completar esta encuesta!**

<b>Office Use Only:</b>	Survey ID: _____	Date Survey Received: ____/____/____
	Program Enrollment Status: (select all that apply)	CCS <input type="checkbox"/> CST <input type="checkbox"/> FEP <input type="checkbox"/>