

## Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA LA FAMILIA

### Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) FAMILY SATISFACTION SURVEY

Para proporcionar los mejores servicios posibles de salud mental y abuso de sustancias, queremos saber qué piensa sobre los servicios que recibió en los últimos 6 meses. El padre o tutor que tuvo más contacto con el proveedor de servicios de su hijo debe completar esta encuesta. Sus respuestas son confidenciales y no estarán vinculadas a ninguno de los servicios de salud mental y/o abuso de sustancias que reciba.

Indique qué tanto está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Lea cada declaración y encierre en un círculo el número (del "1"= Muy de acuerdo al "5"= Muy en desacuerdo) que mejor represente su opinión. Si la declaración es sobre algo que no experimentó, encierre en un círculo la última respuesta "N/A" para indicar que este artículo no se aplica a usted.

|   | Muy de acuerdo | De acuerdo | Indeciso(a) | En desacuerdo | Muy en desacuerdo | N/A |
|---|----------------|------------|-------------|---------------|-------------------|-----|
| 1. En general, estoy satisfecho con los servicios mi hijo recibió.                  | 1              | 2          | 3           | 4             | 5                 | N/A |
| 2. Ayudé a elegir los servicios de mi hijo.   | 1              | 2          | 3           | 4             | 5                 | N/A |
| 3. Ayudé a elegir los objetivos de tratamiento de mi hijo.                          | 1              | 2          | 3           | 4             | 5                 | N/A |
| 4. Las personas que ayudan a mi hijo se quedaron con nosotros pase lo que pase.     | 1              | 2          | 3           | 4             | 5                 | N/A |
| 5. Sentí que mi hijo tenía a alguien con quien hablar él o ella estaba preocupado.  | 1              | 2          | 3           | 4             | 5                 | N/A |
| 6. Participé en el tratamiento de mi hijo.  | 1              | 2          | 3           | 4             | 5                 | N/A |
| 7. Los servicios que mi hijo y/o familia recibieron eran lo correcto para nosotros. | 1              | 2          | 3           | 4             | 5                 | N/A |
| 8. La ubicación de los servicios fue conveniente para nosotros.                     | 1              | 2          | 3           | 4             | 5                 | N/A |
| 9. Los servicios estaban disponibles en momentos en que conveniente para nosotros.  | 1              | 2          | 3           | 4             | 5                 | N/A |
| 10. Mi familia recibió la ayuda que queríamos para mi hijo.                         | 1              | 2          | 3           | 4             | 5                 | N/A |
| 11. Mi familia recibió tanta ayuda como necesitábamos para mi hijo(a).              | 1              | 2          | 3           | 4             | 5                 | N/A |
| 12. El personal me trató con respeto.   | 1              | 2          | 3           | 4             | 5                 | N/A |
| 13. El personal respetaba la religión o creencias espirituales de mi familia.       | 1              | 2          | 3           | 4             | 5                 | N/A |
| 14. El personal habló conmigo de una manera que yo entendí.                         | 1              | 2          | 3           | 4             | 5                 | N/A |
| 15. El personal era sensible a mi cultura u origen étnico.                          | 1              | 2          | 3           | 4             | 5                 | N/A |

**Preguntas 16-22: Como resultado directo de los servicios de salud mental y/o uso de sustancias que mi hijo recibió...**

|   | Muy de acuerdo | De acuerdo | Indeciso(a) | En desacuerdo | Muy en desacuerdo | N/A |
|---|----------------|------------|-------------|---------------|-------------------|-----|
| 16. Mi hijo está en mejores condiciones de manejar su vida cotidiana.               | 1              | 2          | 3           | 4             | 5                 | N/A |
| 17. Mi hijo se lleva mejor con los miembros de la familia.                          | 1              | 2          | 3           | 4             | 5                 | N/A |
| 18. Mi hijo se lleva mejor con los amigos y otras personas.                         | 1              | 2          | 3           | 4             | 5                 | N/A |
| 19. A mi hijo le va mejor en la escuela y/o el trabajo.                             | 1              | 2          | 3           | 4             | 5                 | N/A |
| 20. Mi hijo está en mejores condiciones para hacer frente cuando las cosas van mal. | 1              | 2          | 3           | 4             | 5                 | N/A |
| 21. Estoy satisfecho con nuestra vida familiar en este momento.                     | 1              | 2          | 3           | 4             | 5                 | N/A |
| 22. Mi hijo está en mejores condiciones de hacer las cosas que quiere hacer.        | 1              | 2          | 3           | 4             | 5                 | N/A |

**Preguntas 23 a 26: Por favor cuéntenos sobre las relaciones actuales que tiene con las personas que no sean el proveedor(es) de salud mental y/o uso de sustancias de su hijo.**

|  | Muy de acuerdo | De acuerdo | Indeciso(a) | En desacuerdo | Muy en desacuerdo | N/A |
|--|----------------|------------|-------------|---------------|-------------------|-----|
| 23. Conozco personas que me escucharán y comprenderán cuando necesite hablar.            | 1              | 2          | 3           | 4             | 5                 | N/A |
| 24. Tengo personas con las que me siento cómodo hablando sobre los problemas de mi hijo. | 1              | 2          | 3           | 4             | 5                 | N/A |
| 25. En una crisis, tendría el apoyo que necesito de familiares o amigos.                 | 1              | 2          | 3           | 4             | 5                 | N/A |
| 26. Tengo personas con quienes puedo hacer cosas agradables.                             | 1              | 2          | 3           | 4             | 5                 | N/A |

**Preguntas 27-35: Responda las siguientes preguntas para dejarnos saber un poco sobre su hijo.**

27. ¿Recibe su hijo actualmente los servicios de salud mental y/o uso de sustancias?  
 1 = Solo los servicios de salud mental                      2 = Solos los servicios de uso de sustancias  
 3 = Los servicios de salud mental y uso de sustancias

28. ¿Por cuánto tiempo ha recibido su hijo estos servicios?  
 1 = Menos de 6 meses                      3 = 1 año a 2 años  
 2 = 6 meses a 1 año                      4 = Más de 2 años

29. ¿Vive su hijo actualmente con uno o ambos padres?  
 1 = Sí                      2 = No

30. ¿Qué es el género de su hijo?  
 1 = Femenino      2 = Masculino      3 = mujer transgénero      4 = hombre transgénero  
 5 = Otro (Favor de indicar: \_\_\_\_\_)

31. ¿Qué edad tiene su hijo(a)?                      \_\_\_\_ años de edad

32. ¿Cuál es la raza u origen étnico de su hijo(a)? (Encierra en un círculo lo que corresponda mejor.)

- 1 = Indio americano/nativo de Alaska    5 = Blanco/caucásico  
2 = Asiático    6 = Más de una raza o grupo étnico  
3 = Negro/afroamericano    7 = Otro (describa: \_\_\_\_)  
4 = Nativo de Hawai/Islas del Pacífico

33. ¿Considera a su hijo(a) hispano(a) o latino(a)?

- 1 = Sí    2 = No

34. ¿En qué condado de Wisconsin vive su hijo(a) actualmente? Condado de \_\_\_\_\_ en WI

35. ¿Tiene algún otro comentario sobre los servicios que recibió su hijo(a) en los últimos 6 meses?

---

---

---

**¡Gracias por su tiempo y cooperación al completar esta encuesta!**

[Esta encuesta fue creada por el Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) en 2001.]