

Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP)

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA ADULTOS

Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) ADULT SATISFACTION SURVEY

Nos gustaría saber lo que piensa sobre *los servicios de salud mental y/o tratamiento para el trastorno por uso de sustancias* que ha recibido *en los últimos 6 meses* para que podamos proporcionarle los mejores servicios posibles. Es posible que también haya recibido atención por problemas de salud física en el último año, pero por favor no piense en esa atención cuando responda a esta encuesta. No escriba su nombre ni su dirección en esta encuesta. Sus respuestas son confidenciales y no se relacionarán con ninguno de los servicios que reciba.

Sección 1: Por favor, indique en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones sobre los servicios que ha recibido *en los últimos 6 meses*, encierre en un círculo el número que mejor representa su opinión. Si la pregunta se refiere a algo que no ha experimentado, encierre en un círculo el "N/A" para indicar que este punto no se aplica a usted.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No se aplica
1. Me gustan los servicios que recibí.	1	2	3	4	5	N/A
2. Si tuviera otras opciones, todavía elegiría obtener servicios de la misma agencia.	1	2	3	4	5	N/A
3. Recomendaría la misma agencia a un amigo o familiar.	1	2	3	4	5	N/A
4. La ubicación donde se prestaron los servicios era conveniente (estacionamiento, transporte público, distancia, etc.).	1	2	3	4	5	N/A
5. El personal estaba dispuesto a verme tan a menudo como yo lo considerara necesario.	1	2	3	4	5	N/A
6. El personal devolvió mis llamadas en 24 horas.	1	2	3	4	5	N/A
7. Los servicios estaban disponibles en momentos convenientes para mí.	1	2	3	4	5	N/A
8. Pude obtener todos los servicios que pensé que necesitaba.	1	2	3	4	5	N/A
9. Pude ver a un psiquiatra cuando quería.	1	2	3	4	5	N/A
10. El personal creía que podía crecer, cambiar y recuperarme.	1	2	3	4	5	N/A
11. Me sentí cómodo haciendo preguntas sobre mi tratamiento y medicación.	1	2	3	4	5	N/A

Sección 1 (Continuación de la página anterior)...						
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No se aplica
12. Me sentía libre de quejarme.	1	2	3	4	5	N/A
13. Me dieron información sobre mis derechos.	1	2	3	4	5	N/A
14. El personal me animó a asumir la responsabilidad de cómo vivía mi vida.	1	2	3	4	5	N/A
15. El personal me dijo cuales efectos secundarios tenía que tener en cuenta.	1	2	3	4	5	N/A
16. El personal respetó mis deseos acerca de quién recibe y quién no recibe información sobre mi tratamiento.	1	2	3	4	5	N/A
17. Yo, no el personal, decidí mis objetivos de tratamiento.	1	2	3	4	5	N/A
18. El personal era sensible a mis antecedentes culturales (raza, religión, idioma, etc.).	1	2	3	4	5	N/A
19. El personal me ayudó a obtener la información que necesitaba para que pudiera encargarme de controlar mi condición de salud mental y/o trastorno por uso de sustancias.	1	2	3	4	5	N/A
20. Me animaron a usar programas dirigidos por consumidores (grupos de apoyo, centros de acogida, línea de apoyo, i.e., “warm line”, etc.).	1	2	3	4	5	N/A

Sección 2: Como resultado directo de los <i>servicios de salud mental y/o tratamiento para el trastorno por uso de sustancias</i> que ha recibido en los <i>últimos 6 meses</i> , sírvase indicar en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones encerrando en un círculo el número que mejor represente su opinión.						
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No se aplica
21. Me ocupo más eficazmente de los problemas diarios.	1	2	3	4	5	N/A
22. Soy más capaz de controlar mi vida.	1	2	3	4	5	N/A
23. Soy más capaz de lidiar con la crisis.	1	2	3	4	5	N/A
24. Me llevo mejor con mi familia.	1	2	3	4	5	N/A
25. Me va mejor en situaciones sociales.	1	2	3	4	5	N/A

26. Me va mejor en la escuela y/o en el trabajo.	1	2	3	4	5	N/A
27. Mi situación de vivienda ha mejorado.	1	2	3	4	5	N/A
28. Mis síntomas no me molestan tanto.	1	2	3	4	5	N/A
29. Hago cosas que son más significativas para mí.	1	2	3	4	5	N/A
30. Estoy mejor capacitado para atender mis necesidades.	1	2	3	4	5	N/A
31. Puedo manejar mejor las cosas cuando salen mal.	1	2	3	4	5	N/A
32. Soy más capaz de hacer las cosas que quiero hacer.	1	2	3	4	5	N/A

Sección 3: Los siguientes artículos se refieren a las relaciones actuales que tiene con personas que no sean sus proveedores de salud mental y/o tratamiento contra el uso de sustancias. Indique cuánto está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones encerrando en un círculo el número que mejor represente su opinión.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No se aplica
33. Estoy feliz con las amistades que tengo.	1	2	3	4	5	N/A
34. Tengo gente con la que puedo hacer cosas agradables.	1	2	3	4	5	N/A
35. Siento que pertenezco a mi comunidad.	1	2	3	4	5	N/A
36. En una crisis, tendría el apoyo que necesito de mi familia o amistades.	1	2	3	4	5	N/A

Sección 4:

37. ¿Existen otros problemas relacionados con la forma en que los servicios ayudan o dificultan su recuperación? Por favor explique.

Sección 5: Responda a las siguientes preguntas para informarnos un poco sobre usted. Le pedimos que proporcione esta información para que podamos tener una descripción general de los participantes que realizan esta encuesta. Encierre en un círculo la opción que mejor se ajuste a su respuesta a la pregunta o escriba su respuesta en la línea proporcionada.

38. ¿Cuál es su género?

1 = Femenino

3 = Mujer trans

5 = Otro – Por favor, indique:

2 = Masculino

4 = Hombre trans

39. ¿Qué edad tiene? _____ años

40. ¿Cuál es su raza u origen étnico? (Encierre en un círculo la respuesta que mejor corresponda).

1 = Indio americano o nativo de Alaska

5 = Blanco/Caucásico

2 = Asiático

6 = Más de una raza o grupo étnico

3 = Negro o afroamericano

7 = Otro - Por favor, indique:

4 = Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico

41. ¿Se considera hispano o latinx?

1 = Sí

2 = No

42. ¿Cuál es su nivel de educación? (Encierre en un círculo el nivel más alto que alcanzó o el nivel en que se encuentra actualmente).

43.

1 = Menos que la escuela secundaria

3 = Formación universitaria o técnica

5 = Otro - Por favor indique:

2 = Escuela secundaria o GED 4 = Escuela de posgrado

44. ¿Recibe actualmente servicios de salud mental y/o tratamiento para el trastorno por uso de sustancias?

1 = Salud mental solamente

2 = Tratamiento contra el uso de sustan solamente

3 = Tanto la salud mental como el tratamiento contra el uso de sustancias

45. ¿Cuánto tiempo lleva recibiendo los servicios de salud mental y/o tratamiento para el trastorno por uso de sustancias?

1 = Menos de un año

3 = De 3 a 5 años

2 = 1 a 2 años

4 = Más de 5 años

46. ¿En qué tipo de lugar vive? (Encierre en un círculo lo que se aplique mejor.)

1 = Mi propia casa o apartamento

5 = Sin hogar o refugio para los sin hogar

2 = Residencia supervisada o apoyada

6 = Casa o apartamento de un familiar o amigo

3 = Instalación residencial

7 = Otro – Por favor, indique:

4 = Pensión

47. ¿En qué condado de Wisconsin vive actualmente? En el condado de _____, WI

Sección 6: ¿Tiene algún otro comentario sobre los servicios que recibió en los últimos 6 meses?

¡Gracias por su tiempo y cooperación para completar esta encuesta!