

Encuesta de Servicios de Salud Mental

Gracias por dedicar unos minutos a contarnos su experiencia con los servicios de consejería ofrecidos por el Children's Advocacy Center. La información que nos brinde nos ayudará a mejorar nuestros servicios y a prestar una mejor ayuda a nuestros clientes. Sus respuestas son confidenciales y no permitirán que se le identifique, ni se podrá utilizar esta información en ningún procedimiento judicial. Su participación en la encuesta es voluntaria. Si no desea responder a una pregunta, puede dejarla en blanco. Si tiene alguna pregunta mientras completa la encuesta, póngase en contacto con el miembro del personal más cercano.

Edad del niño: _____

¿Con qué género se identifica su hijo/a? Marque todo lo que corresponda.

- Femenino
 Masculino
 Transgénero femenino
 Transgénero masculino
 No binario
 Otra identidad de género: _____
 Prefiero no decirlo

¿Cuál es la raza/etnia de su hijo/a? Marque todo lo que corresponda.

- Negra o afroamericana
 Hispana o latina
 Blanca
 Asiático/a del sur
 Indígena/India americana o nativa de Alaska
 Asiática a oriental o del sudeste
 Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico
 Multirracial
 Otra (especifique) _____

Las siguientes preguntas se refieren a sus experiencias y las de su hijo/a **con el proveedor de atención de salud mental de su hijo/a y con la psicoterapia/consejería**. "Proveedor de atención de salud mental" se refiere al terapeuta o consejero que trabaja con su hijo/a y con usted.

Sabemos que hay muchos tipos de cuidadores implicados en que un niño comience a recibir consejería (padres, tutores, abuelos, padres de acogida, otros parientes, etc.). Utilizamos las palabras "mi hijo/a" y "su hijo/a" en las preguntas que figuran a continuación para referirnos al joven que recibe los servicios de consejería, independientemente de su relación específica con ese niño.

¿En qué fase de la consejería se encuentran usted y su hijo/a? Elija la opción que mejor identifique su situación:

- Recién comenzamos (hemos tenido algunas citas)
 Estamos en pleno trabajo con el proveedor de atención de salud mental (hemos tenido varias citas)
 Probablemente estemos cerca de terminar la consejería con el Proveedor
 Hemos terminado la consejería

Mi hijo está haciendo consejería:

- Presencial
 De forma virtual, a través de servicios de telesalud
 A través de una combinación de terapia presencial y telesalud

En cuanto a las preguntas y afirmaciones que figuran a continuación, le pedimos que seleccione la respuesta que mejor refleje su experiencia con la consejería hasta el momento:

1. ¿Qué grado de ayuda recibió en relación con impedimentos para acceder a los servicios de consejería, como traslado, obstáculos relacionados con el idioma, costo, necesidades tecnológicas u otros problemas?

- Ninguna ayuda
 Un poco de ayuda
 Bastante ayuda
 Mucha ayuda
 No corresponde: no tuve ningún impedimento

¿Comentarios? (Opcional):

2. ¿La información que le brindaron sobre los servicios de consejería le ayudó a comprender que esperar?

- Para nada
 Ayudó un poco
 Ayudó bastante
 Ayudó mucho
 No corresponde: no recibí información

¿Comentarios? (Opcional):

3. El proveedor de atención de salud mental ayuda a mi hijo/a a sentirse seguro/a durante la consejería.

- Nada cierto
 Un poco cierto
 Bastante cierto
 Muy cierto
 No estoy seguro/a

¿Comentarios? (Opcional):

4. ¿En qué medida es respetuoso el proveedor de atención de salud mental con la identidad personal de su hijo/a (por ejemplo, raza, religión, cultura, sexo, orientación sexual, discapacidad, necesidades especiales)?

- Nada respetuoso Un poco respetuoso Bastante respetuoso Muy respetuoso No estoy seguro/a

¿Comentarios? (Opcional):

5. ¿En qué medida es respetuoso el proveedor de atención de salud mental con SU identidad personal (por ejemplo, raza, religión, cultura, sexo, orientación sexual, discapacidad, necesidades especiales)?

- Nada respetuoso Un poco respetuoso Bastante respetuoso Muy respetuoso

¿Comentarios? (Opcional):

6. ¿En qué medida se muestra receptivo el proveedor de atención de salud mental a sus preguntas e inquietudes?

- Nada receptivo Poco receptivo Bastante receptivo Muy receptivo

¿Comentarios? (Opcional):

7. ¿En qué medida participa activamente usted en la consejería de su hijo/a, como hablar con el proveedor de atención de salud mental o asistir a las sesiones con su hijo/a?

- Nada Poco Bastante Mucho

¿Comentarios? (Opcional):

8. En general, ¿hasta qué punto han resultado de utilidad para su hijo/a los servicios de consejería recibidos?

- Para nada útiles Algo útiles Bastante útiles Muy útiles

¿Comentarios? (Opcional):

9. Desde que comenzó la terapia, mi hijo/a:

- ha empeorado está igual que antes está un poco mejor que antes está mucho mejor que antes

¿Comentarios? (Opcional):

10. Desde que comenzó la consejería, puedo ayudar a mi hijo/a con sus sentimientos y su conducta:

- de manera más deficiente que antes de igual manera que antes un poco mejor que antes mucho mejor que antes

¿Comentarios? (Opcional):

¿Qué ha sido lo más útil o importante del trabajo de su hijo con el proveedor de atención de salud mental?

Describa todo lo que el personal o el proveedor de atención de salud mental podría haber hecho o podría hacer para ayudar en mayor medida a su hijo.

¿Qué más le gustaría compartir sobre la experiencia de su hijo con la consejería?

Esta es una encuesta nueva y le agradeceríamos que nos diera su opinión sobre las preguntas que acaba de responder. Utilice este espacio para compartir cualquier comentario que tenga sobre la encuesta. Por ejemplo, ¿la encuesta es demasiado larga o corta? ¿Las preguntas eran fáciles de entender? Muchas gracias por el tiempo dedicado a esta encuesta.

Gracias por su tiempo y respuestas reflexivas!