



SUTTER-YUBA MENTAL HEALTH SERVICES

1965 Live Oak Boulevard
P. O. Box 1520
Yuba City, CA 95992



Tom Sherry, MFT
Assistant Director of Human Services
Director of Mental Health

Administration Service
(530) 822-7200
FAX (530) 822-7108

MHSA- Encuesta Comunitaria de Prevención y Intervención Temprana

El Acta de Servicios de la Salud Mental (MHSA), aprobado por el electorado en 2004 (Proposición 63) requiere que cada condado de California prepare un plan de Prevención y Intervención Temprana (PEI). Queremos saber que piensa usted de los servicios que se ofrecerán y de los grupos de personas quienes se beneficiaran con los programas de Prevención y Intervención Temprana de Salud Mental en el Condado de Sutter y Yuba. Por medio de su ayuda podremos desarrollar un plan para cumplir con las necesidades de nuestra comunidad.

El elemento de prevención PEI esta dirigido a reducir los factores de riesgo o de estrés para así prevenir el desencadenamiento de un problema de salud mental, así como para promover y apoyar el bienestar de las personas “con riesgo” que se encuentren bajo circunstancias estresantes en su vida y por lo tanto reducir el sufrimiento asociado con los problemas de salud mental.

El elemento de intervención temprana del programa PEI esta diseñado para prevenir que un problema de salud mental se empeore. Estos programas están dirigidos hacia las personas para quienes una intervención de corta duración o de relativamente baja intensidad es suficiente para mejorar sus problemas de salud y por lo tanto evitar un tratamiento más intensivo, o prevenir que un problema de salud mental se empeore.

Para mas información sobre los programas del Acta de Servicios de la Salud Mental por favor visite al sitio web: www.dmh.ca.gov/mhsa/PreventionEarlyIntervention.asp.

Le damos las gracias por adelantado por tomarse el tiempo para completar el siguiente cuestionario. Si usted tiene alguna pregunta o quisiera copias impresas del cuestionario, puede contactar Sutter-Yuba Mental Health Services, teléfono (530) 822-7200 o gratis al 1-888-933-3800.

La información que usted nos proporcione es confidencial y anónima.

•SERVING THE SUTTER-YUBA COMMUNITY SINCE 1969•

Adult Day Treatment: 822-7200
Adult Outpatient Services: 822-7200
Children's System of Care: 822-7478

TTY-CRS 1-800-735-2929

Inpatient Services: 822-7209
Youth Services: 822-7513
Business Office: 822-7208
Substance Abuse: 822-7200

Sutter-Yuba Mental Health Services MHSA- Encuesta Comunitaria de Prevención e Intervención Temprana

Su opinión es importante. Deseamos saber lo que usted piensa de los servicios que se ofrecerán y de los grupos de personas que se beneficiaran por los programas de prevención e intervención temprana diseñados para combatir las enfermedades de salud mental en el Condado de Sutter y Yuba. Ayúdenos respondiendo a las siguientes preguntas. La información que usted nos proporcione es confidencial y anónima.

1. Clasifique por favor los siguientes grupos para indicar cual es el que necesite urgente de prevención e intervención temprana relacionada con las enfermedades de salud mental en el Condado de Sutter y Yuba. **(Escoja una respuesta por cada pregunta.)**

A. Personas que comienzan a dar señales serias de enfermedad mental:

Muy Poca Necesidad Poca Necesidad Moderada Necesidad Bastante Necesidad Mucha Necesidad

B. Niños/adolescentes que viven con familias estresadas, y con riesgo de enfermedades de salud mental:

Muy Poca Necesidad Poca Necesidad Moderada Necesidad Bastante Necesidad Mucha Necesidad

C. Niños/adolescentes a riesgo de mal rendimiento escolar o a punto de dejar la escuela.

Muy Poca Necesidad Poca Necesidad Moderada Necesidad Bastante Necesidad Mucha Necesidad

D. Personas que están en riesgo de ser arrestado/as o de ir a la cárcel.

Muy Poca Necesidad Poca Necesidad Moderada Necesidad Bastante Necesidad Mucha Necesidad

E. Personas pasando por traumas (perdida de un ser querido, casa y/o trabajo, aislamiento, sufriendo abuso, violencia domestica, refugiados):

Muy Poca Necesidad Poca Necesidad Moderada Necesidad Bastante Necesidad Mucha Necesidad

F. Personas que no reciben los servicios de salud mental necesarios (debido a su raza, cultura, idioma, edad, genero, estilo de vida o religión):

Muy Poca Necesidad Poca Necesidad Moderada Necesidad Bastante Necesidad Mucha Necesidad

G. Personas cuyas familias tienen historial medico de salud mental y/o uso de sustancias adictivas.

Muy Poca Necesidad Poca Necesidad Moderada Necesidad Bastante Necesidad Mucha Necesidad

H. Personas con historial de suicidio.

Muy Poca Necesidad Poca Necesidad Moderada Necesidad Bastante Necesidad Mucha Necesidad

2. Mencione otro grupo(s) que necesitan mas ayuda de servicios de prevención e intervención temprana. Por favor, especifique que grupo(s) y su correspondiente nivel de necesidad:

3. Por favor, seleccione tres de los siguientes problemas que usted piensa son los mas importantes y que requieren la prevención e intervención temprana para evitar las enfermedades mentales en el Condado de Sutter y Yuba. **(Seleccione tres)**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Suicidio | <input type="checkbox"/> Violencia domestica o en la comunidad |
| <input type="checkbox"/> Arresto y encarcelamiento | <input type="checkbox"/> Separación de los niños de sus hogares/familias |
| <input type="checkbox"/> Mal rendimiento escolar o abandono del estudios | <input type="checkbox"/> Numero de problemas de salud mentales no detectados |
| <input type="checkbox"/> Desempleo | <input type="checkbox"/> Estigma/discriminación relacionada con los problemas de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Indigencia/pobreza | <input type="checkbox"/> Problemas que sufren veteranos militares y sus familias |
| <input type="checkbox"/> Sufrimiento prolongado/trauma | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): |

4. Hay suficientes recursos para la prevención y intervención temprana de la enfermedades mentales en el Condado de Sutter y Yuba **(seleccione uno)**:

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Completamente de acuerdo | Un poco de acuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | Algo en desacuerdo | Completamente en desacuerdo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Hay suficiente información disponible sobre como localizar y acudir a servicios disponibles para las prevención y intervención temprana de las enfermedades mentales en el Condado de Sutter y Yuba **(seleccione uno)**:

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Completamente de acuerdo | Un poco de acuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | Algo en desacuerdo | Completamente en desacuerdo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Por favor seleccione tres de los siguientes lugares donde se puede identificar efectivamente a residentes del Condado de Sutter y Yuba con necesidades de enfermedades mentales que se puedan beneficiar de servicios de prevención y intervención temprana **(seleccione tres)**:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Oficinas de doctores o clínicas | <input type="checkbox"/> Lugares de trabajo (programas de asistencia al empleado) |
| <input type="checkbox"/> Instituciones de Cuidado de Salud (hospitales, asilos de ancianos) | <input type="checkbox"/> Centros de desempleo/empleos |
| <input type="checkbox"/> Escuelas (publicas, privadas, industriales, técnicas) | <input type="checkbox"/> Servicios en casa (correo, trabajadores de servicio publico, personal de servicios de emergencia, empleados domésticos) |
| <input type="checkbox"/> Iglesias | <input type="checkbox"/> Organizaciones Comunitarias (centros comunitarios, centros de recursos familiares) |
| <input type="checkbox"/> Lugares de implementación de la ley (cárceles, cortes judiciales, centros de supervisión de libertad condicional) | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): |
| <input type="checkbox"/> Oficinas de Servicios Sociales (Programa WIC, CalWORKS) | |

7. ¿ Cuales son las dos mejores maneras de proporcionar prevención e intervención temprana para enfermedades mentales en el Condado de Sutter y Yuba? (**seleccione dos**)

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Proporcionar periódicamente exámenes, diagnósticos, y tratamientos de enfermedades mentales (en lugares de atención básica en escuelas/universidades, escuelas infantiles, lugares de empleo) | <input type="checkbox"/> Entrenar a profesores, policías, personal de servicios de emergencia, doctores, enfermeras, y al personal de asilos de ancianos en la detección y pronta atención de las enfermedades mentales |
| <input type="checkbox"/> Proporcionar educación y servicios de apoyo para los padres, abuelos y proveedores de cuidados en los centros comunitarios, iglesias, otras organizaciones en la comunidad. | <input type="checkbox"/> Programas en el lugar de trabajo (programas de asistencia al empleado, programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo) |
| <input type="checkbox"/> Proporcionar recursos o información (a centros de salud, escuelas/universidades, centros de educación preescolar, asilo de ancianos, lugares de trabajo) | <input type="checkbox"/> Otro (por favor, especifique): |

8. La siguiente información nos ayudara a entender las diferentes experiencias y opiniones entre los participantes de esta encuesta. La información que usted proporcione será confidencial y anónima.

- Su edad:** 15 años o menos
 16 años – 25 años
 26 años – 59 años
 60 años o mas

- Su genero:** Masculino (Hombre/Varón)
 Femenino (Mujer)
 Otro

Su Código Postal:

Su ingreso familiar:

Su raza/origen étnico?

- Indio Americano / Nativo Americano
 Asiático (por favor especifique de donde en la categoría “Otro”):
 Afro Americano / Africano Americano
 Hispano / Latino
 De las Islas del Pacifico
 Blanco / Caucásico
 Otro, por favor, especifique:

Which of the following group(s) apply to you?

- Cliente/Consumidor Médico
 Miembro de familia Empleado de Sutter-Yuba Mental Health
 Nodriz Red de proveedores de la comunidad
 CPS / Servicios sociales Organización de Fe/ Religión
 Maestro(a)
 Policía Miembro de la comunidad o negocio
 Otro:

9. Tiene usted algún comentario adicional: