



California Network of Mental Health Clients

1722 J Street, Suite 324 Sacramento, CA 95814
1-800-626-7447 (916) 443-3232 (916) 443-4089 (fax)

Website: www.californiaclients.org E-Mail: main@californiaclients.org

Cuestionario sobre la Participación de Los Clientes en MHSA Antecedentes del Cuestionario

El Departamento de Salud Mental (**DMH: siglas en Ingles**) requiere una fuerte participación de los clientes y sus familias en todo el proceso de planificación. La principal guía para evaluar esta es en primer lugar la participación e involucración de los clientes y sus familias. Así lo requiere El Departamento de Salud Mental (**DMH**), incrementar la participación en todos los aspectos incluyendo planificación, desarrollo de políticas, servicios a domicilios y evaluación. De la misma manera La Comisión que Vigila las Responsabilidades y Negligencias de Los Servicios de Salud Mental (**MHSOAC: siglas en Ingles**), tiene como principal prioridad la participación de Clientes/Sobrevivientes en todo el proceso de planificación del Acta de Servicios de Salud Mental (**MHSA: siglas en Ingles**).

El California Network Para Clientes de Salud Mental (**CNMHC: siglas en Ingles**), para la implementación del Acta de Servicios de Salud Mental (**MHSA**) recomienda: “Es esencial la participación de los consumidores en todos los aspectos de la implementación del Acta de Servicios de Salud Mental. Iniciado por la planificación, movimientos de ejecución, vigilancia de negligencias y evaluación.

El **CNMHC** dirige este cuestionario para clientes /sobrevivientes desde el final del 2005/ iniciando el 2006 intentando medir si los clientes a través del estado logran óptima participación en el proceso de planificación de Servicios Comunitarios y de Apoyo (**CSS: siglas en Ingles**).

Si usted es un cliente/sobreviviente que vive en California, y ha participado en los últimos tiempos o no a participado en este proceso, por favor tome unos minutos para completar este cuestionario de seguimiento para medir si la participación de los clientes tuvo un avanzado cambio el año pasado.

De igual forma medir si estuvieron fuera del rol de los nuevos componentes del Acta de Servicios de Salud Mental: Innovación; Prevención e Intervención Temprana/ Reducción de Discriminación y Estigma; Educación y Entrenamientos sobre mano de obra, Información Tecnológica y Facilitación de Capital y de los programas de Servicios Comunitarios y de Apoyo (**CSS: Siglas en Ingles**), que están implementados y evaluados, es esencial que los clientes estén participando de manera significativa en dichos programas. Este cuestionario también intenta medir esta participación.

Nosotros compartiremos los resultados con el Departamento de Salud Mental (**DMH**) y con La Comisión de Vigilancia de las Responsabilidades y Negligencias de los Servicios de Salud Mental (**MHSOAC: siglas en Ingles**), y mas importante, con usted, cliente/sobreviviente del estado de California. El **CNMHC** evaluara los resultados para saber como podemos asistir mejor a usted y hacer valer su total derecho en lugares como los Stakeholders y demás. Que tu opinión sea respetada en la planificación, implementación y evaluación de los programas del Acta de Servicios de Salud Mental.

Cuestionario sobre la Participación de Los Clientes en MHSA

Sexo: M / F Edad:-_____ Etnicidad/Origen: _____ Condado_____

Estatus de Vivienda: (marque solo una) renta_____ dueño:_____ borrad & care_____

SRO_____ Programa residencial _____ otros tipos de viviendas _____

Usted corresponde a una o mas grupos de población especial (como LGBTQ, físicamente deshabilitado, experiencia en la juvenil y / o sistema de justicia criminal, etc.) Si / No

Si es Si su respuesta, Con cual grupo usted se identifica?_____

1. Que tanto usted u otros clientes/sobrevivientes* de su condado estaban activos participando en el procesó de planificación de los Servicios Comunitarios y de Apoyo (CSS: siglas en Ingles)

Muy bueno _____ **Bueno** _____ **Poco** _____ **Muy poco** _____

Si es menos de muy bueno, Cuales fueron las barreras que tuvo para mas participación?

_____ Falta de suficiente propaganda (flayers) en lugares apropiados.

_____ Falta de material de propaganda (flayers) en diferentes idiomas.

_____ Falta de propaganda para población de bajo servicios y sin servicios.

_____ Falta de accesibles y conocidos lugares para las reuniones.

_____ Falta de financiamiento y apoyo de otras necesidades para poder participar.

_____ Falta de acceso a la Internet (computadoras) para obtener información acerca de los eventos y reuniones a venir.

_____ Otros: (por favor describa sus barreras)_____

2. Que tanto sus puntos de interés o los de otros clientes/sobrevivientes de su condado fueron respetados y con una efectiva influencia en la designación y elección de los programas incluidos en el plan de su Condado.

Muy bueno _____ **Bueno** _____ **Poco** _____ **Muy poco** _____

Si es menos de muy bueno, Cuales fueron las barreras que tuvo para una efectiva participación?

_____ Falta de suficientes entrenamiento de abogacia / destreza

_____ Falta de suficientes entrenamientos / educación sobre los materiales a usar.

_____ Falta de entrenamientos especiales para personas que no hablan Ingles.

_____ Falta de materiales (papelería) en diferentes idiomas.

_____ El lenguaje técnico que se uso no fue el mas conocido.

_____ Falta de un grupo organizado para clientes / sobrevivientes.

_____ Falta de suficiente numero de clientes / sobrevivientes con el mismo propósito de asistencia.

_____ Falta de actitud de empoderamiento en los grupos.

_____ Otros: (por favor describa sus barreras)_____

3. Que tanto sus puntos de interés o los de otros clientes/sobrevivientes de su condado fueron suficientes para influenciar en el escrito final del plan de su condado.

Muy bueno ____ Bueno ____ Poco ____ Muy poco ____

Si es menos de muy bueno, Cuales fueron las barreras que tuvo para influenciar en el escrito final del plan de su condado?

____ Falta de entendimiento sobre los principios de la recuperación y de la auto-ayuda por parte de los trabajadores de Salud Mental / consultantes del procesó de planificación de los Servicios Comunitarios y de Apoyo (CSS) y de los escritores (los que toman nota) de los programas.

____ La actitud y los valores tradicionales de la burocracia de Salud Mental.

____ Insuficiente asignación de fondos para programas de apoyo.

____ Poca presencia o ausencia de consumidores involucrados en la creación del plan.

____ Falta de tiempo por la presión del condado de recibir el plan terminado.

____ Otros: (por favor describa sus barreras) _____

4. a) Que tanto usted, o clientes/sobrevivientes de su condado continuaron participando en la implementación básica del plan de los Servicios Comunitarios y de Apoyo (CSS: siglas en Ingles), del Acta de Servicio de Salud Mental (MHSA), de su condado para los programas venideros que componen el Acta.

Muy bueno ____ Bueno ____ Poco ____ Muy poco ____

De que manera (si la hay) se incremento la participación de los clientes en el proceso del Acta de Servicios de Salud Mental (MHSA), de su condado? De que manera (si la hay) se declino la participación de los clientes? Hacen frente los clientes de su condado a cualquier nueva o continua barrera para una efectiva participación?

PorfavorExplique:

b) ¿Continua usted participando en el procesó del Acta de Salud Mental (MHSA) de su condado? SI ____
No ____

Si es no, Tiene sus razones personales para no estar participando en el proceso? SI__NO__

Si es si, Por favor Explique: _____

5. ¿ Que tanto los programas de Servicios Comunitarios y de Apoyo (CSS: siglas en Ingles) de su condado incremento la representación de sus intereses y los intereses de los clientes/sobrevivientes de su condado en el proceso de planificación del ultimo ano, y como se reflejo en el plan de su condado?

Muy bueno ____ Bueno ____ Poco ____ Muy poco ____

Si es menos de muy bueno, Que aspecto de la implementación de los programas se extravió (se predio)? _____

6. ¿Que tanto usted y otros clientes/sobrevivientes fueron tratados con respeto cuando participaron en el proceso de los Servicios Comunitarios y de Apoyo (CSS) de su condado?

Muy bueno ____ Bueno ____ Poco ____ Muy poco ____

Que aspecto del proceso lo hizo sentir respetado? Que aspecto del proceso no lo hizo sentir respetado? (usted puede usar adicional espacio o hoja de papel para esta y otras respuestas si lo necesita) _____

7. ¿Que cobertura tuvo en el proceso de planificación del Acta de Servicios de Salud Mental (MHSA), de su condado los programas que promueven conceptos que son llave de la recuperación de los individuos con enfermedades mentales: Esperanza, actitud de seguridad personal, respeto, conexiones sociales, auto-responsabilidad, y auto-determinación?

Muy bueno ____ Bueno ____ Poco ____ Muy poco ____

Cuales de estos conceptos de recuperación tuvo promoción? Cuales de estos conceptos no tuvo promoción? Explique: _____

8. ¿Que cobertura tuvo su condado al inicio o en todo el proceso para los programas dirigidos por clientes / programas de Auto-ayuda, a través de fondos de los Servicios Comunitarios y de Apoyo?

Muy bueno ____ Bueno ____ Poco ____ Muy poco ____

Describa cualquier programa dirigido por clientes / programas de Auto-ayuda que su condado a patrocinado con fondos de los Servicios Comunitarios y de Apoyo (CSS). ¿Enfrento estos programas barreras para obtener estos fondos? Por favor Explique _____

9. ¿Qué cobertura tuvieron los programas del Acta de Servicios de Salud Mental de su condado que reflejara la cultura, etnicidad, y diversidad racial de los consumidores de salud mental de su localidad?

Muy bueno ____ Bueno ____ Poco ____ Muy poco ____

¿Cuáles programas (si lo hay) en su condado reflejo las necesidades de la diversidad de clientes? ¿Cuáles programas (si lo hay) no lo reflejo? Explique: _____

10. ¿Cuáles son las tres (3) cosas que California Network para Clientes de Salud Mental (CNMHC), puede hacer para asistirte en que usted tenga más influencia efectiva en la implementación de los programas de Servicios Comunitarios y de Apoyote, así como la planificación del desarrollo de otros componentes del Acta de Servicios de Salud Menta de su condado?

* Nosotros, como personas que recibe o recibió servicio de salud mental, nos describimos de muchas maneras. "Clientes/Sobrevivientes", es una manera de describirnos o identificarnos nosotros mismos.

**Por favor regrese este cuestionario antes del viernes 15 de junio, 2007, para:
California Network of Mental Health Clients
1722 "J" Street, Suite 324
Sacramento, CA 95814
Tel: 1-800-626-7447 • Fax: 916-443-4089 • E-mail: main@californiaclients.org**