

MANEJO DE ENFERMEDAD Y RECUPERACION

This document was translated by Delia Cortes from the Illness Management and Recovery toolkit, available in English at www.samhsa.gov.

POR FAVOR TOME UN MOMENTO PARA LLENAR ESTE CUESTIONARIO. CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS LO MEJOR QUE PUEDA AUNQUE NO ESTE SEGURO DE LA PREGUNTA.

1. Progreso hacia mis metas personales.

En los pasados 3 meses, yo he podido lograr.....

1.	2.	3.	4.	5.
NINGUNA META PERSONAL	UNA META PERSONAL PERO NO HE PODIDO FINALIZARLA.	UNA META PERSONAL Y HE HECHO POCO PROGRESO HACIA MI META.	UNA META PERSONAL EN LA QUE HE LOGRADO LLEGAR LEJOS PARA FINALIZARLA.	HE PODIDO FINALIZAR MI META.

2. Conocimiento:

Cuanto conocimiento cree que Usted tiene sobre sus síntomas, tratamiento y estrategias del manejo de sus emociones?

1.	2.	3.	4.	5.
CASI NADA	POCO	MAS O MENOS	LO SUFICIENTE	MUCHISIMO

3. Involucrando a mi familia y amigos en mi tratamiento de salud mental.

En que nivel estan involucrados los miembros de su familia, amigos, novio/novia y otras personas que son importantes para usted (fuera de el programa de salud mental) en su tratamiento de salud mental.

1.	2.	3.	4.	5.
NADA	SOLO CUANDO SE PRESENTA UN PROBLEMA SERIO.	ALGUNAS VECES CUANDO MI LAS COSAS SE ESTAN EMPEORANDO.	MUCHAS DE LAS VECES.	LA MAYORIA DE LAS VECES Y TAMBIEN ME AYUDAN EN MANTENER MI SALUD MENTAL

4. **Contacto con personas fuera de mi familia.**

En una semana normal, cuantas veces usted habla con alguien fuera de su familia (como: amigo/amiga, colega, compañero de clases, compañero de vivienda).

1.	2.	3.	4.	5.
0 veces en la semana.	1-2 veces en la semana.	3-4 veces en la seman.	6-7 veces a la semana.	8 o mas veces en la semana.

5. **Cuanto tiempo dedica:**

Trabajando, sirviendo de voluntario/a, de estudiante, de padre, de persona que cuida a otra persona o casa de otra persona.

1.	2.	3.	4.	5.
2 HORAS O MENOS A LA SEMANA	3-5 HORAS POR SEMANA	6-15 HORAS EN LA SEMANA.	16-30 HORAS EN LA SEMANA.	MAS DE 30 HORAS POR SEMANA.

6. **Sintomas de Angustia:**

Cuanto te molestan estos sintomas?

1.	2.	3.	4.	5.
MIS SINTOMAS ME MOLESTAN MUCHISIMO	MIS SINTOMAS ME MOLESTAN MUCHO.	MIS SINTOMAS ME MAS O MENOS ME MOLESTAN.	MIS SINTOMAS ME MOLESTAN UN POCO.	MIS SINTOMAS NO ME MOLESTAN.

7. **Deterioro de funcionamiento:**

Cuanto LE IMPIDEN sus sintomas hacer las cosas que necesita hacer dia a dia?

1.	2.	3.	4.	5.
MIS SINTOMAS ME IMPIDEN MUCHISIMO LOGRAR LO QUE NECESITO HACER DIA A DIA.	MIS SINTOMAS ME IMPIDEN MUCHO LOGRAR LO QUE NECESITO HACER DIA A DIA.	MIS SINTOMAS HABECES ME IMPIDEN HACER LO QUE NECESITO HACER DIA A DIA.	MIS SINTOMAS ME IMPIDEN SOLO UN POCO DE PODER HACER LO QUE NECESITO HACER DIA A DIA.	MIS SINTOMAS NO ME IMPIDEN HACER LO QUE NECESITO HACER DIA A DIA.

8. **Mi plan de prevenir una recaída.**

Cual de las siguientes mejor describe lo que usted sabe y lo que ha hecho para prevenir tener una recaída.

1.	2.	3.	4.	5.
NO SE COMO PREVENIR UNA RECAIDA.	SE MUY POCO DE PREVENIR UNA RECAIDA Y AUN NO HE HECHO UN PLAN DE PREVENCION.	SE DE UNA O DOS COSA QUE PUEDO HACER PARA PREVENIR UNA RECAIDA. AUN NO TENGO UN PLAN DE PREVENCION.	SE DE MUCHAS COSAS QUE PUEDO HACER PARA PREVENIR UNA RECAIDA. AUN NO TENGO UN PLAN DE PREVENCION.	TENGO PLAN ESCRITO Y LO HE COMPARTIDO CON OTRAS PERSONAS.

9. **Sintomas de recaída.**

Cual fue la ultima vez que tuvo sintomas que causaron una recaída (esto quiere decir cuando su sintomas se empeorado)?

1.	2.	3.	4.	5.
HACE UN MES	EN LOS PASADOS 2-3 MESES.	EN LOS PASADOS 4-6 MESES	EN LOS PASADOS 7-12 MESES	EN EL PASADO AÑO NO HE TENIDO UNA RECAIDA.

10. **HOSPITALIZACIONES SIQUIATRICOS.**

Cual fue la ultima vez que haya tenido una hospitalizacion por razones siquiaticas o de abuso de sustancias?

1.	2.	3.	4.	5.
HACE UN MES.	EN LOS PASADOS 2-3 MESES.	EN LOS PASADOS 4-6 MESES.	EN LOS PASADOS 7-12 MESES	EN EL PASADO AÑO NO HE TENIDO UNA HOSPITALIZACION.

11. **Su habilidad de afrontamiento.**

(Sus metados para resolver problemas dia a dia.) Cual es su habilidad de afrontamiento con su enfermedad mental o emocional?

1.	2.	3.	4.	5.
NADA BIEN	NO MUY BIEN	MAS O MENOS	BIEN	MUY BIEN.

12. **Participando en actividades de auto-ayuda:**

Cuanto estas participando en servicios que son corridos por consumidores, grupos de apoyo con sus compañeros, alcoholicos anonimos, centros sociales de apoyo, Plan de accion para la recuperacion y otros programs de auto ayuda similares?

1.	2.	3.	4.	5.
NO SE NADA DE ACTIVIDADES DE AUTO AYUDA.	SE DE ALGUNA ACTIVIDADES DE AUTO-AYUDA Y NO ME INTERESA.	ESTOY INTERESADO EN ACTIVIDADES DE AUTO AYUDA PERO NO HE PARTICIPADO EN ESTE AÑO.	HABECES YO PARTICIPO EN ACTIVIDADES DE AUTO AYUDA.	YO PARTICIPO EN ACTIVIDADES DE AUTO AYUDA.

13. **USANDO LA MEDICINA EFECTIVAMENTE:** (no conteste esta pregunta si su doctor no te haya prescrito medicina.)
 CON QUE FRECUENCIA SE TOMA LA MEDICINA PRESCRIBIDA POR SU DOCTOR?

1.	2.	3.	4.	5.
NUNCA	HABECES	ME LA TOMO 50% DE LAS VECES.	MAYORIA DE LAS VECES.	TODOS LOS DIAS.

14. **FUNCIONAMIENTO AFECTADO POR EL USO DEL ALCOHOL.**

Tomar puede interfiere con mi funcionamiento diario y crea conflictos en mis:

- Relaciones
- Finanzas.
- Preocupaciones de vivienda
- Cuestiones legales
- Dificultad de mantener una citas.
- Poner atencion en una cita.
- Aumento de sintomas.

En los pasados 3 meses cuanto se ha afectado su funcionamiento diario afectado por el alcohol?

1.	2.	3.	4.	5.
EL ALCOHOL HA IMPEDIDO MUCHISIMO MI FUNCIONAMIENTO DIARIO.	EL ALCOHOL HA IMPEDIDO MUCHO MI FUNCIONAMIENTO DIARIO.	EL ALCOHOL HA IMPEDIDO MAS O MENOS MI FUNCIONAMIENTO DIARIO.	EL ALCOHOL HA IMPEDIDO MI FUNCIONAMIENTO UN POCO.	EL ALCOHOL NO ME A AFECTADO.

15. **FUNCIONAMIENTO AFECTADO POR EL USO DE LAS DROGAS.**

Las drogas pueden interfiere con mi funcionamiento diario y crea conflictos en mis:

- Relaciones
- Finanzas.
- Preocupaciones de vivienda
- Cuestiones legales
- Dificultad de mantener una citas.
- Poner atencion en una cita.
- Aumento de sintomas.

En los pasados 3 meses cuanto se ha afectado su funcionamiento diario afectado por las drogas?

1.	2.	3.	4.	5.
LAS DROGAS HAN IMPEDIDO MUCHISIMO MI FUNCIONAMIENTO DIARIO.	LAS DROGAS HAN IMPEDIDO MUCHO MI FUNCIONAMIENTO DIARIO.	LAS DROGAS HAN IMPEDIDO MAS O MENOS MI FUNCIONAMIENTO DIARIO.	LAS DROGAS HAN IMPEDIDO MI FUNCIONAMIENTO UN POCO.	LA DROGAS NO ME A AFECTADO.