**Evaluación de NAMI Conexión, Grupo de Apoyo y Recuperación**

Gracias por participar en el grupo de NAMI Conexión y por tomarse un momento para compartir sus opiniones. Sus comentarios y sugerencias nos ayudarán a mejorar los grupos de Apoyo de NAMI Conexión para otras personas.

Estado donde asistió a los grupos de NAMI Conexión:

Ciudad o pueblo donde asistió a los grupos de NAMI Conexión:

Filial de NAMI que patrocina su grupo:

Asiste a un grupo de NAMI Conexión:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Neutral | En desacuerdo | Completamente en desacuerdo | N/C |
| Ofrece apoyo de personas que están pasando por circunstancias similares |  |  |  |  |  |  |
| Me deja sintiéndome mejor cuando me voy que cómo me sentía cuando llegué |  |  |  |  |  |  |
| Me da información práctica para ayudarme a manejar mis problemas o desafíos |  |  |  |  |  |  |
| Me da una mejor comprensión de los recursos disponibles en mi comunidad |  |  |  |  |  |  |
| Me ha ayudado a tomar decisiones sobre mi propia recuperación |  |  |  |  |  |  |
| Ha producido cambios positivos en mi recuperación |  |  |  |  |  |  |
| Ha mejorado mi toma de decisiones con respecto a mi salud mental |  |  |  |  |  |  |

Como resultado de asistir a NAMI Conexión:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Neutral | En desacuerdo | Completamente en desacuerdo | N/C |
| Veo estos síntomas de enfermedad mental como algo separado de la persona que tiene la enfermedad |  |  |  |  |  |  |
| No creo que la enfermedad mental sea culpa de nadie |  |  |  |  |  |  |
| Las personas tienen el derecho y la obligación de participar en su tratamiento y de cuestionar a su proveedor de tratamiento |  |  |  |  |  |  |

Infórmenos el grado en el cual está de acuerdo o en desacuerdo con los siguientes:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Neutral | En desacuerdo | Completamente en desacuerdo | N/C |
| Este grupo de apoyo es útil para mí |  |  |  |  |  |  |
| He aprendido información que era nueva para mí |  |  |  |  |  |  |
| Los facilitadores de este programa se comunicaron de forma eficaz |  |  |  |  |  |  |
| Recomendaría este programa a otros |  |  |  |  |  |  |

¿A cuántos grupos de NAMI Conexión asistió?

□ 2 o menos □ 3 a 9 □ 10 o más

Comparta sus comentarios sobre el grupo de apoyo.

Comparta sus comentarios sobre los facilitadores que lideran su grupo.

¿Qué cambios personales ha realizado, o cree que realizará, como resultado de su participación en el grupo de NAMI Conexión?

¿Qué sugerencia tiene para mejorar este programa?

Estoy dispuesto a que mis respuestas y comentarios sean utilizados anónimamente con fines de investigación y divulgación.

□ Sí □ No

**Información demográfica**

Responda tantas de las siguientes preguntas como se sienta cómodo de responder para ayudarnos a aprender más sobre los participantes de los programas de NAMI.

¿Qué edad tiene?

□ 17 o menor □ 18-20 □ 21-29

□ 30-39 □ 40-49 □ 50-59

□ 60 o mayor

¿Cuál es su sexo?

□ Masculino □ Femenino □ Otro, o prefiere no responder

¿Cuál es su raza/origen étnico?

□ Asiático/isleño del Pacífico □ Negro/afroamericano

□ Caucásico □ Hispano, latino

□ Nativo americano/nativo de Alaska □ Otro/multirracial

□ No responde

¿Cómo se enteró sobre NAMI Conexión?

□ Familiar o amigo □ Proveedor de atención médica

□ nami.org □ Sitio web de una filial de NAMI

□ Periódico local/publicidad□ Publicación de NAMI (*Advocate, Voice,* etc.)

□ Otro, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Es miembro de NAMI?

□ Sí

□ No, pero pienso unirme □ No, y actualmente no planeo unirme