

# Herramienta de evaluación en jóvenes para los servicios de salud mental de Medi-Cal

***DRAFT – This document is a draft and is not intended to be filled out.***

El uso de la Herramienta de evaluación en jóvenes para los servicios de salud mental de Medi-Cal es necesario cuando una persona menor de 21 años, o una persona en nombre de una persona menor de 21 años, que actualmente no recibe servicios de salud mental, se comunica con el Plan de Atención Administrada (MCP) o el Plan de salud mental del condado (MHP) para buscar servicios de salud mental. Esta herramienta determina si una persona debe ser referida al sistema de prestación de MCP o al sistema de prestación de MHP para una evaluación clínica y asegura que las personas tengan acceso oportuno al sistema de prestación de salud mental apropiado. No se requiere el uso de la Herramienta de evaluación en jóvenes para los servicios de salud mental de Medi-Cal cuando las personas se comunican directamente con los proveedores de salud mental para buscar servicios de salud mental.<sup>1</sup>

## Instrucciones:

1. Hay dos versiones de la Herramienta de evaluación en jóvenes para los servicios de salud mental de Medi-Cal:
  - Una versión de la herramienta se usa cuando un joven responde en su propio nombre: ***Herramienta de evaluación en jóvenes para los servicios de salud mental de Medi-Cal: joven encuestado.***
  - Una versión de la herramienta se usa cuando una persona responde en nombre del joven: ***Herramienta de detección en jóvenes para los servicios de salud mental de Medi-Cal: encuestado en nombre del joven.***
2. La respuesta a la pregunta 2 de la evaluación determina qué versión de la herramienta se utiliza.
3. Cada pregunta a la que se le asignó un puntaje es una pregunta que se responde con “Sí” o “No”. No se puntúan todas las preguntas.
4. Cada pregunta puntuada tiene una cantidad de puntos definida para la respuesta seleccionada. La cantidad de puntos para cada pregunta no puede ser mayor o menor que lo que está en la hoja de puntaje.
5. Seleccione/marque el número en la columna “Sí” o “No” según la respuesta proporcionada.
6. Si el joven, o la persona que responde en su nombre, no puede o elige no responder una pregunta, omita la pregunta y califíquela como “0”.
7. Si una respuesta a la pregunta 5 indica que un niño de 3 años o menos no ha visto a un pediatra en los últimos 6 meses, o que un niño/joven de 4 años o más no ha visto a un pediatra o médico de atención primaria (PCP) en el último año, el evaluador debe ofrecer conectarlos con su MCP para una consulta con el pediatra/PCP además de la remisión al sistema de prestación de servicios de

<sup>1</sup> Como se describe en APL 22-028 y BHIN 22-065, los MCP y MHP deben permitir que los proveedores de salud mental contratados que son contactados directamente por personas que buscan servicios de salud mental comiencen el proceso de evaluación y brinden servicios durante el período de evaluación sin utilizar las herramientas de evaluación. de acuerdo con la Política sin puertas equivocadas para los servicios de salud mental descrita [BIN 22-011](#).

salud mental generada por el puntaje de la evaluación.<sup>2</sup>

8. Si el joven, o la persona que responde en su nombre, responde “Sí” a las preguntas 6, 7 o 9, cumplen con los criterios para servicios especializados de salud mental según [BHIN 21-073](#). En estos casos, la evaluación no es obligatoria y el evaluador debe ofrecer y coordinar una remisión para evaluación clínica por parte del MHP. La coordinación de la remisión debe incluir un seguimiento para garantizar que la evaluación esté disponible para la persona. Consulte [BHIN 21-073](#) para obtener detalles adicionales sobre los criterios de los servicios especializados de salud mental y las definiciones de la terminología clave.
9. Si el joven, o la persona que responde en su nombre, responde “Sí” a las preguntas 19, 20 o 21, el evaluador debe ofrecer y coordinar de inmediato la remisión a un médico para una evaluación adicional de tendencias suicidas y/u homicidas después de que se complete la evaluación. La coordinación de la remisión debe incluir compartir la Herramienta de evaluación en jóvenes para los servicios de salud mental de Medi-Cal completada. La remisión y la evaluación clínica subsiguiente pueden o no afectar la remisión del sistema de prestación de servicios de salud mental generada por el puntaje de la evaluación.
10. Una respuesta afirmativa a la pregunta 17 no afecta el puntaje de la evaluación. Si el joven, o la persona que responde en su nombre, responde “Sí” a la pregunta 17, el evaluador debe ofrecer y coordinar una remisión al plan de salud conductual del condado para la evaluación del trastorno por uso de sustancias además de la remisión al sistema de prestación de servicios de salud mental generada por la puntuación de la evaluación. La persona puede rechazar esta remisión sin afectar la remisión del sistema de prestación de servicios de salud mental.
11. Una vez que se hayan documentado las respuestas a todas las preguntas, los números seleccionados/marcados en la columna “Sí” deben sumarse y ese número total debe ingresarse en el cuadro “Puntaje total”.
  - a. Las personas con un puntaje total de 0 a 5 deben ser derivadas al MCP para una evaluación clínica.
  - b. Las personas con un puntaje total de 6 o más deben ser derivadas al MHP para una evaluación clínica.
12. Una vez que se ha generado un puntaje, se debe coordinar una remisión.
  - a. Si el puntaje de la persona requiere una remisión dentro del mismo sistema de prestación, se debe ofrecer y proporcionar una evaluación clínica oportuna.
  - b. Si el puntaje de la persona requiere una remisión al otro sistema de prestación de servicios de salud mental (es decir, MCP a MHP o MHP a MCP), la remisión se debe coordinar con el otro sistema de prestación, lo que incluye compartir la Herramienta de evaluación en jóvenes para los servicios de salud mental de Medi-Cal completada y hacer un seguimiento para garantizar que se haya puesto a disposición de la persona una evaluación clínica oportuna.

---

<sup>2</sup> Las pautas de control de niño sano de Bright Futures indican que un niño de 4 años o más debe ser revisado por un pediatra anualmente, y un niño de 3 años o menos debe ser revisado por un pediatra cada 1, 3 o 6 meses, según su edad.



| Pregunta  | Sí                                    | No                         |
|---|---------------------------------------|----------------------------|
| 6. ¿Está actualmente, o ha estado alguna vez, en un centro de detención juvenil, en libertad condicional o bajo supervisión judicial? <sup>1</sup><br><br><b>NOTA:</b> En caso afirmativo, detenga la evaluación y consulte al MHP para una evaluación clínica.                                   | <input type="checkbox"/> —            | <input type="checkbox"/> — |
| 7. ¿Está usted actualmente en cuidado de crianza o involucrado en el sistema de bienestar infantil? <sup>1</sup><br><br><b>NOTA:</b> En caso afirmativo, detenga la evaluación y consulte al MHP para una evaluación clínica.   | <input type="checkbox"/> —            | <input type="checkbox"/> — |
| 8. ¿Alguna vez ha estado en cuidado de crianza o involucrado en el sistema de bienestar infantil?   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 9. ¿Está usted actualmente sin vivienda o un lugar seguro para dormir? <sup>1</sup><br><br><b>NOTA:</b> En caso afirmativo, detenga la evaluación y consulte al MHP para una evaluación clínica.  | <input type="checkbox"/> —            | <input type="checkbox"/> — |
| 10. ¿Alguna vez ha estado sin vivienda o un lugar seguro para dormir?   | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 0 |
| 11. ¿Tiene pensamientos, sentimientos o comportamientos que le dificultan las cosas en el hogar, la escuela o el trabajo?   | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 0 |
| 12. ¿Tiene pensamientos, sentimientos o comportamientos que le dificultan estar con sus amigos o divertirse?  | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 0 |
| 13. ¿Se ausenta con frecuencia de la escuela, el trabajo o las actividades debido a que no se siente bien?  | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 0 |
| 14. ¿La persona que lo cuida a menudo no está cerca o no puede cuidarlo?  | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 0 |
| 15. ¿Se siente sin apoyo o riesgo?  | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 0 |
| 16. ¿Alguien le está haciendo daño?   | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 0 |
| 17. ¿Tiene problemas con las drogas o el alcohol? <sup>2</sup><br><br><b>NOTA:</b> En caso afirmativo, continúe con la evaluación y coordine la remisión al plan de salud conductual del condado para la evaluación del trastorno por uso de sustancias después de que se complete la evaluación. | <input type="checkbox"/> —            | <input type="checkbox"/> — |

| Pregunta   | Sí                         | No                         |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 18. ¿Alguien en su familia o que vive con usted tiene problemas con las drogas o el alcohol?   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 19. ¿Se hace daño a propósito? <sup>3</sup><br><br><i>NOTA: En caso afirmativo, continúe con la evaluación y coordine de inmediato la remisión a un médico para una evaluación adicional de la tendencia suicida después de que se complete la evaluación.</i>   | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 20. En el último mes, ¿ha tenido pensamientos acerca de terminar con su vida, ha deseado estar muerto o poder dormirse y nunca despertar? <sup>3</sup><br><br><i>NOTA: En caso afirmativo, continúe con la evaluación y coordine de inmediato la remisión a un médico para una evaluación adicional de la tendencia suicida después de que se complete la evaluación.</i>  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 21. ¿Tiene planes de lastimar a otros? <sup>3</sup><br><br><i>NOTA: En caso afirmativo, continúe con la evaluación y coordine de inmediato la remisión a un médico para una evaluación adicional de la tendencia homicida después de que se complete la evaluación.</i>  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 22. ¿Alguien fuera de su familia le ha dicho que necesita ayuda con la ansiedad, la depresión o sus comportamientos?   | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 23. ¿Ha estado en el hospital para recibir ayuda por un trastorno de salud mental en los últimos seis meses?   | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 0 |
| <b>Puntaje total: 0</b>  |                            |                            |
| <b>Si el puntaje es de 0 a 5, consulte el MCP según la instrucción n.º 11</b>  |                            |                            |
| <b>Si el puntaje es 6 o superior, consulte el MHP según la instrucción n.º 11</b>  |                            |                            |
| <p>1 Las preguntas 6, 7 y 9 no se califican. Una respuesta afirmativa da como resultado una remisión al MHP para una evaluación clínica. Consulte <a href="#">BHIN 21-073</a> para obtener detalles adicionales sobre los criterios de los servicios especializados de salud mental y las definiciones de la terminología clave.</p> <p>2 La pregunta 17 no se califica. Una respuesta afirmativa da como resultado una remisión al plan del condado para la evaluación del trastorno por uso de sustancias además de la remisión al sistema de prestación de servicios de salud mental generada por el puntaje de la evaluación.</p> <p>3 Una respuesta afirmativa a las preguntas 19, 20 y 21 da como resultado la coordinación inmediata de la remisión a un médico para una evaluación adicional de las tendencias suicidas y/u homicidas después de que se complete la evaluación. La remisión y la evaluación posterior pueden o no afectar la remisión del sistema de prestación de servicios de salud mental generada por el puntaje de la evaluación.</p> |                            |                            |

# Herramienta de evaluación en jóvenes para los servicios de salud mental de Medi-Cal

## Encuestado en nombre del joven

|  |   |
|--|---|
| Nombre:  | Fecha de nacimiento:                                    |
| Edad: <b>NOTA:</b> Si tiene 21 años o más, cambie a la "Herramienta de evaluación en adultos para los servicios de salud mental de Medi-Cal."  |   |
| Número de Medi-Cal (CIN):  |   |
| 1. ¿Es esta una situación de emergencia o de crisis?<br><br><b>NOTA:</b> En caso afirmativo, no termine la evaluación y gestiónela de acuerdo con los protocolos de emergencia o crisis existentes.  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2. ¿Está llamando por usted o por otra persona? <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Otra persona<br>• Si llama por otra persona, ¿por quién llama y cuál es su relación con esa persona?<br><br><b>NOTA:</b> Si llama sí mismo, cambie a la versión de la herramienta "Joven encuestado".   |   |
| 3. ¿Puede decirme la razón por la que está buscando servicios de salud mental para el niño/joven hoy?  |   |
| 4. El niño/joven, ¿está recibiendo actualmente tratamiento de salud mental?<br>• En caso afirmativo, ¿dónde está recibiendo esos servicios?<br><br><b>NOTA:</b> Si la persona actualmente recibe servicios de salud mental de su MCP o MHP o MCP, no termine la evaluación. En su lugar, conéctela con su proveedor actual para una evaluación adicional.  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 5. ¿Cuándo fue la última vez que el niño/joven vio a su pediatra o proveedor de atención primaria?<br><br><b>NOTA:</b> Si el niño/joven tiene 3 años o menos y no ha visto a un pediatra en más de 6 meses o tiene 4 años o más y no ha visto a un pediatra o médico de atención primaria (PCP) en más de un año, continúe con la evaluación y conéctelo con su MCP para una consulta con el pediatra/PCP. |   |

| Pregunta   | Sí                         | No                         |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 6. El niño/joven, ¿está actualmente, o ha estado alguna vez, en un centro de detención juvenil, en libertad condicional o bajo supervisión judicial? <sup>1</sup><br><i>NOTA: En caso afirmativo, detenga la evaluación y consulte al MHP para una evaluación clínica.</i> | <input type="checkbox"/> — | <input type="checkbox"/> — |
| 7. El niño/joven, ¿está actualmente en cuidado de crianza o involucrado en el sistema de bienestar infantil? <sup>1</sup><br><i>NOTA: En caso afirmativo, detenga la evaluación y consulte al MHP para una evaluación clínica.</i>   | <input type="checkbox"/> — | <input type="checkbox"/> — |
| 8. El niño/joven, ¿alguna vez ha estado en cuidado de crianza o involucrado en el sistema de bienestar infantil?   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 9. El niño/joven, ¿está actualmente sin vivienda o un lugar seguro para dormir? <sup>1</sup><br><i>NOTA: En caso afirmativo, detenga la evaluación y consulte al MHP para una evaluación clínica.</i>  | <input type="checkbox"/> — | <input type="checkbox"/> — |
| 10. El niño/joven, ¿alguna vez ha estado sin vivienda o un lugar seguro para dormir?   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 11. El niño/joven, ¿tiene pensamientos, sentimientos o comportamientos que le dificultan las cosas en el hogar, la escuela o el trabajo?   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 12. El niño/joven, ¿tiene pensamientos, sentimientos o comportamientos que le dificultan estar con sus amigos o divertirse?  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 13. ¿El niño/joven a menudo se ausenta de la escuela, el trabajo o las actividades debido a que no se siente bien?   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 14. El cuidador principal del niño/joven, ¿a menudo no está cerca o no puede cuidar al niño/joven?   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 15. El niño/joven, ¿se siente sin apoyo o riesgo?  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 16. ¿Alguien está lastimando al niño/joven?  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |

| Pregunta  | Sí                         | No                         |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 17. El niño/joven, ¿tiene problemas con las drogas o el alcohol? <sup>2</sup><br><b>NOTA:</b> En caso afirmativo, continúe con la evaluación y coordine la remisión al plan de salud conductual del condado para la evaluación del trastorno por uso de sustancias después de que se complete la evaluación.  | <input type="checkbox"/> — | <input type="checkbox"/> — |
| 18. ¿Alguien en la familia del niño/joven o que vive con él tiene problemas con las drogas o el alcohol?  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 19. El niño/joven, ¿se autolesiona o se comporta de una manera que puede causarse daño a sí mismo? <sup>3</sup><br><b>NOTA:</b> En caso afirmativo, continúe con la evaluación y coordine de inmediato la remisión a un médico para una evaluación adicional de la tendencia suicida después de que se complete la evaluación.  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 20. En el último mes, ¿el niño/joven ha tenido pensamientos acerca de terminar con su vida, ha deseado estar muerto o poder dormirse y nunca despertar? <sup>3</sup><br><b>NOTA:</b> En caso afirmativo, continúe con la evaluación y coordine de inmediato la remisión a un médico para una evaluación adicional de la tendencia suicida después de que se complete la evaluación. | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 21. El niño/joven, ¿tiene planes de lastimar a otros? <sup>3</sup><br><b>NOTA:</b> En caso afirmativo, continúe con la evaluación y coordine de inmediato la remisión a un médico para una evaluación adicional de la tendencia homicida después de que se complete la evaluación.  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 22. ¿Alguien fuera de la familia del niño/joven ha dicho que el niño/joven necesita ayuda con la ansiedad, la depresión o su comportamiento?  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 23. El niño/joven, ¿ha estado en un hospital por un trastorno de salud mental en los últimos seis meses?  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 0 |
| <b>Puntaje total: 0</b><br><br><b>Si el puntaje es de 0 a 5, consulte el MCP según la instrucción n.º 11</b><br><b>Si el puntaje es 6 o superior, consulte el MHP según la instrucción n.º 11</b>   |                            |                            |

- 1 Las preguntas 6, 7 y 9 no se califican. Una respuesta afirmativa da como resultado una remisión al MHP para una evaluación clínica. Consulte [BHIN 21-073](#) para obtener detalles adicionales sobre los criterios de los servicios especializados de salud mental y las definiciones de la terminología clave.
- 2 La pregunta 17 no se califica. Una respuesta afirmativa da como resultado una remisión al plan del condado para la evaluación del trastorno por uso de sustancias además de la remisión al sistema de prestación de servicios de salud mental generada por el puntaje de la evaluación.
- 3 Una respuesta afirmativa a las preguntas 19, 20 y 21 da como resultado la coordinación inmediata de la remisión a un médico para una evaluación adicional de las tendencias suicidas y/u homicidas después de que se complete la evaluación. La remisión y la evaluación posterior pueden o no afectar la remisión del sistema de prestación de servicios de salud mental generada por el puntaje de la evaluación.

DRAFT