

**Iniciativa de SIDA de la Minoría Nacional (MAI)
Iniciativa para la Prevención de Abuso de Sustancias/VIH**

Cuestionario para Adultos

PARA QUE LO COMPLETE EL RECOLECTOR DE DATOS DEL SITIO LOCAL QUE
RECIBIÓ LA BECA

Número de identificación del participante: _____

Iniciativa de SIDA de la Minoría Nacional (MAI) Iniciativa de Prevención de Abuso de Sustancias/VIH

Cuestionario para Adultos

Los fondos para la recolección de datos fueron patrocinados por:
Centro de Prevención del Abuso de Sustancias (en inglés Center for Substance Abuse Prevention o CSAP)
Administración de Servicios para el Abuso de Sustancias y de Salud Mental
(en inglés Substance Abuse and Mental Health Services Administration o SAMHSA)
Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services o HHS)

Estas preguntas son parte de un esfuerzo para recolectar datos acerca de cómo prevenir el abuso de sustancias y la infección del VIH. Las preguntas se harán a cientos de otras personas que viven en los Estados Unidos. Los datos serán usados para ayudar a las iniciativas para la prevención a aprender más acerca de cómo prevenir el uso de drogas y la infección del VIH.

Completar este cuestionario es voluntario. Si no quiere responder a ninguna de estas preguntas, no tiene que hacerlo. Si usted decide no participar en esta encuesta, esto no afectará su participación en programas de servicios directos. Sin embargo, sus respuestas son muy importantes para nosotros. Por favor, responda a las preguntas con honestidad—en base a lo que usted realmente hace, piensa y siente. Sus respuestas no serán compartidas con nadie, ni con su familia ni con su comunidad. **No escriba su nombre en ninguna parte de este cuestionario.**

Quisiéramos que responda con cierta rapidez para que pueda terminar. Por favor, responda las preguntas en silencio por sí mismo(a). Si tiene alguna pregunta o no comprende algo, dígaselo al recolector de datos.

Pensamos que encontrará que este cuestionario es interesante y le gustará completarlo. ¡Muchas gracias por ser una parte importante de este esfuerzo por recolectar datos!

Declaración sobre responsabilidad pública: Ninguna agencia o patrocinador puede realizar una recolección de datos, y ninguna persona tiene la obligación de responder a un cuestionario que solicite información, a menos que lleve un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) válido. El número de control OMB para este proyecto es 0930-0298. Se calcula que el tiempo necesario para completar esta encuesta es un promedio de 0.20 horas (18 minutos). Envíe sus comentarios sobre la exactitud del tiempo estimado o cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluso sugerencias sobre la manera de reducir el tiempo a SAMHSA Reports Clearance Officer, 5600 Fishers Lane, Room 15E57-B, Rockville, MD 20857.

INSTRUCCIONES

1. Responda a cada pregunta marcando uno de los círculos con respuesta. Algunas preguntas le permiten marcar más de una respuesta. Si usted no encuentra una respuesta exacta, entonces elija la que sea más apropiada para usted.
2. Marque sus respuestas con cuidado para que podamos determinar qué círculo eligió. No escriba ni marque el espacio entre los círculos.
3. Es muy importante que responda cada pregunta con sinceridad. Sus respuestas no serán útiles a menos que diga la verdad.

CÓMO MARCAR SUS RESPUESTAS

- Use un lápiz N° 2 negro.
- No use una pluma de tinta ni tampoco un bolígrafo.
- Rellene el círculo por completo con marcas oscuras y gruesas.
- Borre con cuidado cualquier respuesta que quiera cambiar.
- No haga ningún otro tipo de marcas en este cuestionario.

EJEMPLOS

Marcas correctas:



Marcas incorrectas:



Sección de control de datos: Para que la complete el personal designado

Nº de identificación del becario

SP									
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Grupo de diseño del estudio (Elija uno)

- Intervención Comparación

Nº de identificación del participante

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de administración de la encuesta

			/				/				
Mes				Día				Año			

Tipo de entrevista (elija uno)

- Inicial
 De salida
 De seguimiento
 Solo servicios de prueba (pase a la sección B)

A) Detalles de la intervención

Tipo de encuentro (elija todo lo que corresponda)

- Individual Grupo

Nombre(s) de la intervención Si el participante está recibiendo servicios directos para más de una intervención, por favor liste cada intervención a continuación.

- 1.
- 2.
- 3.

Número total de encuentros de servicio directo Cuente cada encuentro una vez; si proporciona varios servicios durante un encuentro solo cuenta como un encuentro.

_____ encuentros de servicio directo

Duración promedio del encuentro(s) Redondee el tiempo al intervalo más cercano de cinco (5) minutos

_____ minutos

B) Tipo(s) de servicio(s) (marque todo lo que corresponda)

Servicios de prueba

- Prueba de detección del VIH
 Prueba de hepatitis viral (VH)
 Otras pruebas de enfermedades de transmisión sexual (STD, por sus siglas en inglés)

Servicios de atención médica

- Vacunación contra hepatitis viral
 Servicios de atención médica primaria
 Otros servicios de atención médica

Servicios individuales

- Reducción del riesgo y/o evaluación de la capacidad de resistencia
 Orientación /Educación sobre reducción del riesgo
 Orientación sobre la prueba del VIH
 Orientación sobre la prueba de hepatitis viral
 Orientación psico-social
 Orientación sobre abuso de sustancias
 Educación sobre abuso de sustancias
 Educación sobre prevención de opioides
 Orientación sobre prevención de opioides
 Educación sobre el VIH
 Educación sobre enfermedades de transmisión sexual
 Educación sobre hepatitis viral
 Mentoría/Tutoría (De compañeros o de otro tipo)
 Servicios de administración de casos
 Todos los otros servicios individuales

ESPECIFICAR: _____

***Educación se puede referir a información a nivel de la población y la orientación es clínica*

Servicios grupales

- Grupo de apoyo
 Orientación/Terapia grupal
 Capacitación/Educación para desarrollar habilidades
 Clases/sesiones de educación sobre la salud
 Educación sobre Hepatitis Viral
 Educación sobre el VIH
 Educación sobre enfermedades de transmisión sexual
 Educación sobre el abuso de sustancias
 Educación sobre prevención de opioides
 Actividades de enriquecimiento cultural
 Actividades alternativas
 Todos los otros servicios grupales

ESPECIFICAR: _____

C) Referencias

Por favor, marque los temas en los que el personal le facilitó acceso como participante en servicios de prevención, tratamiento o recuperación. Seleccione todo lo que corresponda. Si no corresponde, déjelo en blanco.

- Prueba de detección del VIH
 Orientación de VIH
 Tratamiento de VIH
 Prueba de hepatitis viral
 Orientación de hepatitis viral
 Vacunación contra hepatitis viral
 Tratamiento de hepatitis viral
 Tratamiento de abuso de sustancias
 Tratamiento debido a medicamentos recetados/opioides
 Servicios de salud mental (excluyendo orientación para VIH y hepatitis viral)
 Servicios de Atención Médica (excluyendo abuso de sustancias, VIH, medicamentos recetados/opioides y tratamiento de hepatitis viral)
 Tratamiento asistido con medicamentos
--- Por favor indique lo siguiente:
 Número de días en tratamiento asistido con medicamentos _____
 Tipo de medicamento recibido _____ (especificar)
 Vivienda asistida
 Otro apoyo social (por ejemplo, búsqueda de empleo, red pública de seguridad en la atención médica, programas de seguro médico, etc.)

ESPECIFICAR: _____

Sección Uno: Datos sobre usted

Primero, quisiéramos hacerle algunas preguntas básicas sobre usted. Sus respuestas no se usarán para identificarle de ninguna manera. Por lo contrario, sus respuestas nos ayudarán a entender cómo se sienten los distintos grupos (como personas de diferentes generaciones o con diferentes características) acerca del abuso de sustancias y la prevención del VIH.

1. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

_____ / _____
Mes Año

2. ¿Es usted de origen hispano, latino o español?

- Sí
- No

3. ¿Cuál es su raza? (Puede seleccionar una o más categorías)

- Blanca
- Negra o africana americana
- India americana o nativa de Alaska
- Asiática
- Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico

4. ¿Cómo se describe a sí mismo(a)?

- Hombre
- Mujer
- Transgénero
- No me identifico como hombre, mujer ni transgénero

5. ¿De cuál de los siguientes grupos se considera usted?

- No gay o lesbiana, o sea, heterosexual
- Gay o lesbiana
- Bisexual
- Otro
- Prefiero no decirlo

6. Describa dónde vive.

- En mi propia casa o apartamento
- En la casa de un pariente
- En una casa grupal
- En el campus/dormitorio universitario
- En un hogar de crianza bajo el programa "foster"
- Sin hogar o en un refugio
- Otro lugar

7. ¿Está asistiendo actualmente a la universidad o "college"?

- Sí
- No

8. ¿Alguna vez ha servido en las Fuerzas Armadas, la Reserva Militar o la Guardia Nacional?

- Sí
- No

9. En los últimos 30 días, ¿cuántas veces lo(a) han arrestado?

- _____ veces
- Me niego a contestar
- No sé

10. ¿Está actualmente bajo libertad provisional o «parole» o libertad condicional o «probation»?

- Sí
- No

11. ¿Alguna vez le han informado sobre su condición de VIH (es decir, si es o no es VIH positivo) en base a los resultados de la prueba de VIH?

- Sí
- No

12. ¿Alguna vez le han informado sobre su condición de hepatitis viral (es decir, si tiene o no tiene la infección de hepatitis viral) en base a los resultados de la prueba de detección de hepatitis viral?

- Sí
- No

13. ¿Sabría usted a dónde ir cerca de donde vive para consultar a un profesional de salud sobre problemas relacionados con el alcohol y las drogas?

- Sí
- No

14. ¿Sabría usted a dónde ir cerca de donde vive para consultar a un profesional de salud sobre el VIH/SIDA o algún otro problema de transmisión sexual?

- Sí
- No

15. Piense acerca de los miembros de su hogar que viven con usted en este momento.

Aproximadamente, ¿cuál ha sido su ingreso y el de los miembros de su familia durante los últimos 12 meses, antes de pagar los impuestos o "taxes"?

(Incluya manutención infantil y pagos en efectivo del gobierno, como por ejemplo asistencia social [Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, en inglés Temporary Assistance for Needy Families o TANF], Seguridad de Ingreso Suplementario [SSI, por sus siglas en inglés] o compensación por desempleo)

- \$0–\$10,000
- \$10,001–\$30,000
- \$30,001–\$50,000
- \$50,001–\$70,000
- Más de \$70,000

Sección Dos: Actitudes y conocimiento

A continuación, nos gustaría preguntarle cómo se siente acerca del uso de sustancias y conducta sexual. Nuevamente, sus respuestas son privadas y no se usarán para identificarlo(a).

16. ¿Qué nivel de riesgo piensa usted que tienen las personas de dañarse físicamente o de otras maneras cuando usan **tabaco** una o dos veces por semana?

Por tabaco, queremos decir cigarrillos mentolados, cigarrillos regulares, tabaco suelto enrollado como cigarrillos o puros, tabaco en pipa, rapé, tabaco de mascar, tabaco en polvo, tabaco picado "snus" y otros.

- Ningún riesgo
- Riesgo leve
- Riesgo moderado
- Gran riesgo
- No sé o no puedo decirlo

17. ¿Qué nivel de riesgo piensa usted que tienen las personas de dañarse físicamente o de otras maneras cuando toman demasiadas **bebidas alcohólicas** una o dos veces por semana?

Tomar demasiadas bebidas alcohólicas es 5 o más bebidas alcohólicas a la vez o en un lapso de un par de horas para los hombres, 4 o más para las mujeres. Por bebida alcohólica queremos decir, cerveza, vino, "wine cooler," bebidas de malta o licor.

- Ningún riesgo
- Riesgo leve
- Riesgo moderado
- Gran riesgo
- No sé o no puedo decirlo

18. ¿Qué nivel de riesgo piensa usted que tienen las personas de dañarse físicamente o de otras maneras cuando usan **marihuana o hachís** una o dos veces por semana?

A la marihuana a veces se la conoce como hierba, mota, mafu, juana, porro. Hachís a veces se conoce como hash o aceite de hash.

- Ningún riesgo
- Riesgo leve
- Riesgo moderado
- Gran riesgo
- No sé o no puedo decirlo

19. ¿Qué nivel de riesgo piensa usted que tienen las personas de dañarse físicamente si comparten jeringas u otros artefactos para inyectarse cuando usan drogas?

- Ningún riesgo
- Riesgo leve
- Riesgo moderado
- Gran riesgo
- No sé o no puedo decirlo

20. ¿Qué nivel de riesgo piensa usted que tienen las personas de dañarse físicamente o de otras maneras cuando usan **drogas opioides no recetadas** una o dos veces por semana?

Por drogas opioides no recetadas nos referimos a la droga ilegal heroína y los opioides sintéticos ilícitos como fentanilo.

- No hay riesgo
- Riesgo leve
- Riesgo moderado
- Gran riesgo
- No sé o no puedo decirlo

21. ¿Qué nivel de riesgo piensa usted que tienen las personas de dañarse físicamente o de otras maneras cuando toman **medicamentos opioides recetados** sin que los recete un médico una o dos veces por semana?

Por medicamentos opioides recetados, nos referimos a medicamentos para el dolor como oxycodona, (OxyContin®, Percocet), hidrocodona (Vicodin®), codeína, morfina, metadona, tramadol, hidromorfona, oximorfina, tapentadol.

- Ningún riesgo
- Riesgo leve
- Riesgo moderado
- Gran riesgo
- No sé o no puedo decirlo

Las siguientes preguntas son sobre tener sexo. Al decir sexo o actividad sexual, nos referimos a una situación en la que una pareja se estimula o excita sexualmente (se calienta) al tocarse los genitales (pene o vagina) o el ano con sus propios genitales, manos o boca.

22. ¿Qué nivel de riesgo piensa usted que tienen las personas de dañarse a sí mismas si tienen sexo (oral, vaginal o anal) sin condones ni barreras dentales?

- Ningún riesgo
- Riesgo leve
- Riesgo moderado
- Gran riesgo
- No sé o no puedo decirlo

23. ¿Qué nivel de riesgo piensa usted que tienen las personas de dañarse a sí mismas si tienen sexo bajo los efectos de las drogas o la influencia del alcohol?

- Ningún riesgo
- Riesgo leve
- Riesgo moderado
- Gran riesgo
- No sé o no puedo decirlo

24. Podría negarme si alguien quisiera tener sexo sin condón o una barrera dental.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

Sección Tres: Comportamiento

Tabaco, alcohol y drogas

Piense acerca de los últimos 30 días y anote cuántos días, si hubo alguno, hizo alguna de las siguientes cosas.

Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días, si hubo alguno, ...	Definiciones
25. ¿Fumó cigarrillos? <input type="radio"/> No sé o no puedo decirlo	__ __ Días <i>Por cigarrillos, queremos decir cigarrillos mentolados, cigarrillos regulares y tabaco suelto enrollado como cigarrillos o puros.</i>
26. Usó otros productos de tabaco? No incluya cigarrillos.	__ __ Días <input type="radio"/> No sé o no puedo decirlo <i>Por otros productos de tabaco, queremos decir tabaco en pipa, rapé o "snuff," tabaco de mascar, tabaco en polvo, tabaco picado "snus" y otros.</i>
27. Usó productos de vapor electrónicos?	__ __ Días <input type="radio"/> No sé o no puedo decirlo <i>Por productos de vapor electrónicos, queremos decir vapeadores, vaporizadores, bolígrafo para vapear ("Vape pen"), pipa turca hookah, cigarrillos electrónicos (e-cigarettes o e-cigs), pipas electrónicas o sistemas de entrega de nicotina electrónicos (ENDS). Algunos ejemplos de marcas incluyen JUUL, NJOY, Blu, Vuse, MarkTen, Logic, Vapin Plus, eGo y Halo.</i>
28. Tomó bebidas alcohólicas? (cualquier tipo de uso)	__ __ Días <input type="radio"/> No sé o no puedo decirlo <i>Por bebida alcohólica queremos decir, cerveza, vino, "wine cooler", bebidas de malta o licor.</i>
29. Tomó demasiada bebida alcohólica?	__ __ Días <input type="radio"/> No sé o no puedo decirlo <i>Tomar demasiada bebida alcohólica es 5 o más bebidas alcohólicas a la vez o en un lapso de un par de horas para los hombres, 4 o más para las mujeres.</i>
30. Usó marihuana o hachís?	__ __ Días <input type="radio"/> No sé o no puedo decirlo <i>A la marihuana a veces se la conoce como cannabis, hierba, mota, mafu, juana, porro. Hachís a veces se conoce como hash o aceite de hash.</i>
31. Usó medicamentos opioides recetados sin que se los haya recetado un médico a usted?	__ __ Días <input type="radio"/> No sé o no puedo decirlo <i>Por medicamentos opioides recetados, nos referimos a medicamentos para el dolor como oxicodona, (OxyContin®), hidrocodona (Vicodin®), codeína, morfina, metadona, tramadol, hidromorfona, oximorfina, tapentadol.</i>
32. Usó otros medicamentos recetados sin que se los haya recetado un médico a usted? Por favor, no incluya medicamentos opioides recetados.	__ __ Días <input type="radio"/> No sé o no puedo decirlo <i>Por otros medicamentos recetados, nos referimos a sustancias como barbitúricos, sedantes, hipnóticos, tranquilizantes no benzoicos.</i>
33. Usó drogas o medicamentos opioides no recetados?	__ __ Días <input type="radio"/> No sé o no puedo decirlo <i>Por drogas o medicamentos opioides no recetados nos referimos a la droga ilegal heroína y los opioides sintéticos ilícitos como fentanilo.</i>
34. Usó alguna otra droga ilegal? Por favor, no incluya marihuana/hachís y drogas opioides no recetadas.	__ __ Días <input type="radio"/> No sé o no puedo decirlo <i>Por otras drogas ilegales, nos referimos a sustancias como crack o cocaína, anfetamina o metanfetamina, alucinógenos (como LSD/ácido, Éxtasis/MDMA, PCP/polvo de ángel, peyote), inhalantes (sustancias que se inhalan, como pegamento, gasolina, solvente de pintura, líquidos de limpieza, betún para zapatos).</i>
35. Se inyectó alguna droga?	__ __ Días <input type="radio"/> No sé o no puedo decirlo <i>Solo cuente las inyecciones que no fueron recetadas por su doctor, las que usó para sentirse bien o para drogarse.</i>
36. Compartió artículos para inyectarse?	__ __ Días <input type="radio"/> No sé o no puedo decirlo <i>Por artículos para inyectarse, nos referimos a jeringas, agujas y parafernalia de drogas.</i>

Ahora le queremos preguntar acerca de sus experiencias sexuales. Recuerde que sus respuestas son privadas.

37. Durante los **últimos 30 días**, ¿cuántas parejas sexuales ha tenido? Una pareja sexual es alguien con quien usted tiene sexo, o sea alguien con quien practica actividad sexual.

- Ninguna
- 1 persona
- 2 personas
- 3 personas
- 4 personas
- 5 personas
- 6 personas
- 7 personas
- 8 personas
- 9 personas
- 10 personas o más

38. Las siguientes preguntas son sobre el sexo sin protección. Sexo sin protección, queremos decir sexo vaginal, oral o anal en el que no se utiliza una barrera como un condón o una barrera dental.

Durante los últimos 30 días, ¿ha tenido sexo sin protección con ...			
Un hombre	<input type="radio"/> sí	<input type="radio"/> no	
Una mujer	<input type="radio"/> sí	<input type="radio"/> no	
Un individuo transgénero	<input type="radio"/> sí	<input type="radio"/> no	
Una pareja romántica en una relación monógama	<input type="radio"/> sí	<input type="radio"/> no	
Varias parejas	<input type="radio"/> sí	<input type="radio"/> no	
Una persona VIH positiva	<input type="radio"/> sí	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> no sé
Una persona con hepatitis positiva	<input type="radio"/> sí	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> no sé
Una persona que se inyecta drogas	<input type="radio"/> sí	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> no sé
Un hombre que tiene sexo con hombres	<input type="radio"/> sí	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> no sé

39. ¿Alguna vez ha tenido sexo (vaginal, anal u oral) con alguien a cambio de dinero, drogas o albergue?

- No, nunca tuve sexo a cambio de dinero, drogas o albergue
- Sí, en los últimos 3 meses
- Sí, hace más de 3 meses

40. En los **últimos 3 meses**, ¿con qué frecuencia alguien con quien usted mantuvo una relación íntima (sexual o no) abusó de usted en forma emocional, física o sexual?

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Con frecuencia
- Con mucha frecuencia

¡HA TERMINADO!
¡Muchas gracias por su ayuda!