

## Attachment 6. Client Questionnaire, Baseline, 12 and 24 months – Spanish

Formulario Aprobado  
Número de OMB: 0920-xxxx  
Fecha de vigencia: xx/xx/xxxx

Carga pública de la información de esta colección de la información varía de 40 a 60 minutos con un promedio estimado de 50 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para repasar las instrucciones, buscar las fuentes de información existentes, juntar y mantener los datos requeridos, así como completar y revisar la recopilación de la información. 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 OMB (Oficina de Administración y Presupuesto) válido. 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 CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NW, MS D-74, Atlanta, GA 30333; Attn: PRA (0920-XXXX).

PRIVACY ACT Section 7(a)(1)(b). The primary purpose for requesting the SSN is to assist with locating you and confirming your status if we are unable to contact you at contact information you provided. We will use your SSN to search vital records databases. You do not have to provide the requested information. Your response is voluntary. This collection is authorized under Section 301 of the Public Health Service Act (42 U.S.C. 241) 280-1a and covered by System of Records Notice (SORN) is 09-20-0136, "Epidemiologic Studies and Surveillance of Disease Problems".

**Note:** *The Client Questionnaire is administered at three points: baseline (initiation of new treatment episode), 12 months later, and 24 months later. It is self-administered by clients on a laptop. FI is present at baseline administration but may or may not be present at 12 and 24-month administration. Questions are meant to learn more about client's experience of OUD treatment, demographics, quit attempts, use of MATs and counseling, economic measures, ED and hospital usage, employment, health insurance, housing, drug use (prescribed and illicit), overdoses, physical and mental health issues, criminal activity, and childhood experience of trauma. The questionnaire must be self-explanatory as it is self-administered by client with or without FI present.*

**Programmer Note:** *At the beginning of the web questionnaire, we will briefly describe the nature of the questions to be asked and include contact information for the National Suicide Prevention Lifeline, which is a national network of local crisis centers that provides free and confidential emotional support to people in suicidal crisis or emotional distress 24 hours a day, 7 days a week. The telephone number is 1-800-273-TALK.*

The Flesh-Kincaid grade reading level is 5.3.

## I. Consentimiento (CO)

**CO1. ¿Reconoce que ha leído, comprendido y está de acuerdo en proporcionar su consentimiento para participar en este cuestionario de encuesta?**

1.  Sí, yo consiento
2.  No, yo no consiento

*Programmer Note: Include a link to the full text of the informed consent. Label the link:*

**CO2** Haga clic [aquí](#) si desea revisar el documento de consentimiento informado.

**CO3** Por favor ingrese su número de Seguro Social: *[Interviewer allows respondent to enter SSN privately]*

1. \_ \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_

*Programmer Note: If CO1=No, display the message:*

**CO4** Usted ha indicado que no da su consentimiento para participar en este estudio. Si eso es correcto, confirme que ha retirado su consentimiento. Un miembro del personal del estudio se comunicará con usted para hablar sobre sus preocupaciones. Tenga la seguridad de que siempre tiene el derecho de no responder a ninguna pregunta y de retirar el consentimiento en cualquier momento. Si esto no es correcto, confirme que proporciona el consentimiento a continuación y se le llevará a la siguiente pregunta.

1.  Sí, yo consiento [Return client to **CO1**]
2.  No, yo no consiento [Go to END]

---

## II. Estado del tratamiento en el lugar del estudio (SS)

*Programmer Note: MAT/COUN = type of treatment client is receiving at index facility. Codes are MMT, BUP, NATX, and COUN.*

*If MMT, use “terapia de mantenimiento con metadona”*

*If BUP, use “buprenorfina (por ejemplo, Suboxone, Probufina, genérico)”*

*If NATX, use “naltrexona (por ejemplo, Vivitrol, Revia, genérico)”*

*If COUN, use “consejería”*

*FACILITY = the Short\_Name of the index facility*

*START=the date that index treatment began*

*INDEX DAYS=days spent in INDEX treatment. If still in INDEX treatment, INDEX DAYS = (today-START). If no longer in INDEX treatment, INDEX DAYS=date ended treatment (SS3) - START*

## Definir tratamiento ÍNDICE

**BASE: All not previously sent to END.**

**SS1** Usted ha sido invitado(a) a tomar parte en el estudio MAT porque recibió tratamiento para la adicción de opioides en (FACILITY) usando (MAT/COUN) comenzando el (START).

**Este es su tratamiento ÍNDICE.**

Haga clic aquí si no recibió el tratamiento ÍNDICE arriba mencionado.

*Programmer Note: If  is clicked, display message below and go to END.*

**Parece haber un error en nuestros registros. Por favor, acepte nuestras disculpas. Un miembro del personal del estudio se comunicará con usted para resolver el error.**

*Survey Manager Note: Reconcile error and refield the survey.*

---

## Fechas de finalización del tratamiento ÍNDICE

**BASE: All not previously sent to END**

**SS2. ¿Sigue recibiendo su tratamiento ÍNDICE?**

**Responda NO si:**

- dejó de ir a (FACILITY)
- dejó de recibir (MAT/COUN)
- comenzó a recibir (MAT/COUN) en un centro diferente
- todavía va a (FACILITY) pero comenzó a recibir un tipo diferente de tratamiento para la adicción de opioides

1.  Sí
2.  No

**BASE: SS2=No**

**SS3. ¿Cuándo dejó de recibir su tratamiento ÍNDICE?** (Ingrese una fecha aproximada si no está seguro(a) de la fecha exacta).

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Mes / Día / Año

## Razón para dejar de recibir tratamiento ÍNDICE

**BASE: SS2=No**

*Programmer note: Do NOT randomly order list.*

**SS4. ¿Por qué dejó de recibir su tratamiento ÍNDICE?** (Si tiene varias razones, seleccione la razón más importante).

1.  Completé mi tratamiento ÍNDICE
2.  Dejé mi tratamiento ÍNDICE en forma voluntaria
3.  Seguí mi tratamiento con [MAT/COUN] en un centro diferente
4.  Todavía sigo recibiendo tratamiento para mi adicción de opioides en (FACILITY), pero ya no sigo recibiendo [MAT/COUN]
5.  Me retiraron del programa de mi tratamiento ÍNDICE en forma involuntaria (por ejemplo, por incumplimiento, por el uso continuo de sustancias, por violar las reglas del programa, por dejar de pagar, etc.)
6.  Por una razón diferente o ninguna de las razones arriba mencionadas (especificar): \_\_\_\_\_

**BASE: SS2=No**

*Programmer note: Randomly order list except none category. 1=checked, 0=not checked.*

**SS5. A continuación, se mencionan razones por las que alguien podría dejar de recibir tratamiento. ¿Corresponde alguna de estas opciones a su situación?** (Seleccione todas las opciones que correspondan).

- a. El programa tomó demasiada parte de mi tiempo
- b. No pude encontrar ni pagar a alguien que cuidara a mis niños
- c. Mi seguro médico venció
- d. No pude encontrar la manera de pagarlo
- e. No tenía transporte confiable
- f. Me enfermé y no pude ir a las citas
- g. No pensé que el tratamiento daba resultado
- h. Ya no necesitaba el tratamiento
- i. No me gustaba la gente
- j. Tuve una recaída
- k. Fui a la cárcel
- l. Me mudé bastante lejos
- m. Ninguna de estas razones corresponde

---

## Características del tratamiento ÍNDICE

**BASE: Only administer at baseline.**

*Programmer note: Randomly order list*

**SS5a-p. ¿Qué tan importantes fueron las siguientes razones para iniciar su tratamiento ÍNDICE?**

- a. Creí que tenía que recibir tratamiento
  - 1.  Muy importante
  - 2.  Algo importante
  - 3.  No importante
- b. Mi empleador creyó que tenía que recibir tratamiento
- c. Mis amigos/familiares creyeron que tenía que recibir tratamiento
- d. Fracasé en dejar las drogas por mi cuenta
- e. Encontré el tipo de tratamiento que quería

- f. Había una apertura en el centro que quería
- g. Tenía el transporte que necesitaba
- h. Tenía cuidado de niños que necesitaba
- i. El lugar del tratamiento estaba lo suficientemente cerca para mí
- j. El tratamiento estaba cubierto por mi plan de atención médica
- k. Podía pagarlo
- l. Decidí que no podía afrontar mi adicción por mi cuenta
- m. Tuve una sobredosis y estaba atemorizado(a) por mi vida
- n. Llegué a mi punto más bajo
- o. No podía encontrar heroína u opioides recetados y estaba sintiendo síntomas de abstinencia
- p. Mi doctor me recomendó que obtuviera tratamiento

**BASE: Only administer at baseline.**

*Programmer note: Do NOT randomly order list. Checked=1, not checked=0.*

**SS6a-h. ¿Participó en el tratamiento ÍNDICE para...?** (Seleccione todas las opciones que correspondan):

- a. Cumplir con una orden judicial
- b. Evitar la condena a un cargo o cargos
- c. Cumplir con una condición de su libertad condicional
- d. Evitar ir a la cárcel o a la prisión
- e. Evitar ser acusado(a) de un delito menor
- f. Evitar ser acusado(a) de un delito grave
- g. Obtener de regreso su licencia de conducir
- h. Reducir los puntos contra su licencia
- i. Cumplir con una orden de bienestar infantil
- j. Para que sirva de ayuda a retener o ganar la custodia de los niños
- k. Ninguna de estas opciones corresponde

**BASE: Only administer at baseline.**

*Programmer note: Do NOT randomly order list. Checked=1, not checked=0.*

**SS7a-h. ¿Quién le recomendó que vaya a (FACILITY) para recibir su tratamiento ÍNDICE?**  
(Seleccione todas las opciones que correspondan).

- a. Lo elegí yo mismo(a)
- b. Amistades o familiares
- c. Proveedor de servicios para el abuso de alcohol y drogas
- d. Proveedor primario de atención médica
- e. Consejero en la escuela
- f. Empleador
- g. Grupo comunitario (por ejemplo, organizaciones religiosas o grupos de auto ayuda)
- h. Referencia de la corte o justicia criminal (por ejemplo, oficial de policía, juez, fiscal, oficial de libertad condicional)
- i. Ninguna de estas opciones corresponde

**BASE: Only administer at baseline.**

*Programmer note: Do NOT randomly order list.*

**SS8. ¿Cómo describiría mejor el lugar en el que recibió su tratamiento ÍNDICE?**

- 1.  Centro de metadona/centro de tratamiento
- 2.  Centro de rehabilitación de drogas/centro de tratamiento
- 3.  Centro de salud mental/centro de tratamiento
- 4.  Doctor especialista en adicciones
- 5.  Consultorio médico general o médico de atención primaria
- 6.  Consejería en consultorio con psiquiatra, psicólogo o en oficina de trabajador social
- 7.  Otro tipo de lugar

**BASE: Only administer at baseline.**

*Programmer note: Do NOT randomly order list.*

**SS9. Este tratamiento fue:**

- 1.  Como paciente hospitalizado
- 2.  Residencial
- 3.  Ambulatorio intensivo
- 4.  Ambulatorio
- 5.  Otro

**BASE: Ask if R is still enrolled in INDEX treatment (SS2 = Yes) plus the first quex where R says they are no longer enrolled in INDEX treatment (first time SS2 = No).**

*Programmer note: Do NOT randomly order list. Checked=1, not checked=0.*

**SS10. Mientras estuvo inscrito(a) en el tratamiento ÍNDICE, ¿recibió usted...? (Seleccione todas las opciones que correspondan).**

- a.  Metadona
- b.  Buprenorfina oral (por ejemplo, Suboxone®, genérico)
- c.  Buprenorfina implantable e inyectable (por ejemplo, Probufina®, genérico)
- d.  Naltrexona oral (por ejemplo, Revia®)
- e.  Naltrexona inyectable (por ejemplo, Vivitrol®)
- f.  Otro medicamento (especificar) \_\_\_\_\_
- g.  Ningún medicamento

**BASE: Ask if R is still enrolled in INDEX treatment (SS2 = Yes) plus the first quex where R says they are no longer enrolled in INDEX treatment (first time SS2 = No).**

*Programmer note: Randomly order list (except Other Services and No Other Services). Checked=1, not checked=0.*

**SS11a-n. Mientras estuvo inscrito(a) en el tratamiento ÍNDICE, ¿qué otros tipos de servicios recibió? (Seleccione todas las opciones que correspondan).**

- a. Consejería individual
- b. Consejería grupal
- c. Otra terapia conductual/consejería
- d. Servicios de desintoxicación
- e. Servicios médicos (por ejemplo, exámenes físicos, medicamento)
- f. Prueba del VIH
- g. Prueba del virus de la hepatitis C (HCV)
- h. Pruebas de laboratorio/pruebas de orina
- i. Servicios de administración de casos (por ejemplo, capacitación de empleo, servicios de tipo familiar o de educación, servicios de vivienda)
- j. Servicios de apoyo de recuperación de unos a otros (por ejemplo, un mentor o “Peer Navigator”)
- k. Servicios de capacitación de recuperación distinto a un mentor o “Peer Navigator”
- l. Capacitación sobre cómo evitar la sobredosis
- m. Capacitación sobre cómo usar naloxona
- n. Otros servicios
- o. Ningún otro servicio

*Programmer Note: If no services are checked, display: Usted no seleccionó ninguno de los servicios arriba mencionados. Haga clic aquí  para regresar e ingresar el servicio o servicios o haga clic aquí  para confirmar que no recibió otros servicios.*



**BASE: Only administer at baseline.**

**SS12. Cuando empezó su tratamiento ÍNDICE, ¿cuánta confianza tenía usted que su tratamiento ÍNDICE tendría éxito?**

1.  No tenía confianza
  2.  Un poco de confianza
  3.  Confianza moderada
  4.  Mucha confianza
- 

## **Mentor o “Peer Navigator”/ “Provider Services” (PN)**

**Un mentor o “Peer Navigator” (también conocido como “Peer Provider” o “Peer Support Specialist” en inglés) se refiere a una persona que utiliza sus experiencias vividas personalmente con la adicción y la recuperación en un entorno de tratamiento para promover la recuperación y la resistencia de las personas con las mismas o similares condiciones.**

**BASE: Ask if R is still enrolled in INDEX treatment (SS2 = Yes) plus the first quex where R says they are no longer enrolled in INDEX treatment (first time SS2 = No).**

*Programmer Note: The following definition should appear here and be available as clickable definition wherever the term Peer Navigator occurs.*

**PN1. [SS2=YES: Desde que empezó su tratamiento ÍNDICE en (FACILITY)/ FIRST TIME SS2=NO: Mientras recibía su tratamiento ÍNDICE], ¿le ofrecieron servicios de un mentor o “peer navigator”?**

1.  Sí
2.  No

**BASE: If PN1=Yes**

**PN2. [SS2=YES: Desde que empezó su tratamiento ÍNDICE,/ [FIRST TIME SS2=No: En cualquier momento mientras recibía su tratamiento ÍNDICE], ¿con qué frecuencia se reunió con un mentor o “peer navigator”?**

1.  Menos de una vez al mes
2.  Como una vez al mes
3.  Varias veces al mes
4.  Como una vez a la semana
5.  Varias veces a la semana
6.  Nunca me reuní con un mentor o “peer navigator”

*Programmer note: If R still in INDEX treatment, use “es”. If no longer in INDEX treatment, use “fue”.*

**BASE: If PN1=Yes**

**PN3. ¿Qué tan útil [SS2=YES:es/SS2=NO:fue) su mentor o “peer navigator” para su recuperación?**

1.  Muy útil
2.  Algo útil
3.  Algo no útil
4.  No fue útil en lo absoluto

**BASE: If PN2= “Nunca me reuní con un mentor o “peer navigator”**

*Programmer Note: Do NOT randomize list. Checked=1, unchecked=0*

**PN4. ¿Por qué no se reunió con un mentor o “peer navigator”? (Seleccione todas las opciones que correspondan).**

- a.  No quise el servicio
- b.  No pensé que el servicio valía la pena para mí
- c.  No podía pagar el servicio
- d.  Haré arreglos para reunirme con el mentor o “peer navigator” si alguna vez necesito su servicio
- e.  Traté de hacer una cita, pero el mentor o “peer navigator” no tenía ninguna fecha disponible en su programa.
- f.  Planeo programar una cita pronto
- g.  Tengo una cita programada
- h.  Tenía una cita, pero el mentor o “peer navigator” no pudo asistir
- i.  Tuve una razón que no está mencionada en la lista (especificar): \_\_\_\_\_

**BASE: If PN1=Yes or No**

*Programmer note: Randomize list.*

**PN5. Así haya trabajado o no con un mentor o “peer navigator” alguna vez, nos gustaría saber si está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes declaraciones acerca de los mentores o “peer navigators”.**

- a. Los mentores o “peer navigators” son útiles
  1.  De acuerdo
  2.  Neutral o sin opinión

3.  En desacuerdo

- b. Me incomoda compartir mi vida personal con un mentor o “peer navigator”
  - c. Las personas que conozco me dijeron que no trabajara con un mentor o “peer navigator”
  - d. Un mentor o “peer navigator” no es útil o necesario dada mi situación
  - e. Yo recomendaría a mentores o “peer navigators” a un amigo
- 

### III. Uso de opioides inmediatamente antes y después del tratamiento ÍNDICE (OU)

**“Abuso de opioides” significa que usted:**

- usó heroína,
- usó fentanilo hecho ilegalmente, o
- usó opioides recetados sin propósitos médicos

**Sin propósitos médicos significa que usted:**

- Usó opioides recetados de una manera diferente a la indicada por un doctor
- Usó opioides recetados que no le fueron recetados a usted personalmente
- Usó algún opioide recetado para drogarse o sentirse alegre
- Usó algún opioide recetado para automedicarse por una afección médica

**OU1. ¿Cuándo fue la última vez que abusó los opioides antes de entrar en su tratamiento de INDEX?**

- 1.  El mismo día (START)
- 2.  1 a 2 días antes
- 3.  3 a 7 días antes
- 4.  8 a 14 días antes
- 5.  Más de 14 antes

**OU2. Desde el (START), ¿ha abusado los opioides, aunque haya sido solo una vez?**

- 1.  Sí
- 2.  No

**BASE: If OU2 = Yes**

**OU3. [IF SS2=YES: Han pasado (INDEX DAYS) desde que comenzó su tratamiento en (FACILITY)/**

**IF SS2=NO: Usted estuvo en tratamiento ÍNDICE por (INDEX DAYS)], ¿cuántos de esos días abusó los opioides?**

- Días (especificar)
- Ninguno

**OU4.**

**[12-MONTH: Usted comenzó su tratamiento ÍNDICE hace como 12 meses. Desde entonces, ¿con qué frecuencia ha abusado de los opioides? /**

**24-MONTH: En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha abusado de los opioides?]**

- 1.  No he abusado de ningún opioide desde que comencé mi tratamiento ÍNDICE
- 2.  He abusado de los opioides un par de veces, pero no he vuelto a usar opioides en forma regular
- 3.  He abusado los opioides por varios de los últimos 12 meses
- 4.  He abusado los opioides la mayoría o todos los 12 meses pasados

---

## **IV. Tratamiento posterior a INDEX (PX)**

**BASE: If SS2=No**

**PX1. Desde que dejó su tratamiento ÍNDICE, ¿comenzó otro programa de tratamiento para la adicción a los opioides?**

**Responda SÍ si es que:**

**comenzó a recibir (MAT/COUN) en un centro diferente**

**todavía va a (FACILITY) pero comenzó a recibir un tipo diferente de tratamiento para la adicción a los opioides**

- 1.  Sí
- 2.  No ► **GO TO MODULE V. HISTORIAL DEL TRATAMIENTO PREVIO A ÍNDICE**

**BASE: PX1=Yes**

**PX2. ¿Cuándo comenzó a recibir este tratamiento? (Ingrese una fecha aproximada si no está seguro(a) de la fecha exacta).**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MM / DD / AA

**BASE: PX1=Yes**

*Programmer note: Randomly order list.*

**PX3a-p. ¿Qué tan importantes fueron las siguientes razones para iniciar este tratamiento?**

- a. Creí que necesitaba tratamiento
  - 1.  Muy importante
  - 2.  Algo importante
  - 3.  No importante
- b. Mi empleador creyó que tenía que recibir tratamiento
- c. Mis amigos/familia creyeron que tenía que recibir tratamiento
- d. Fracase en dejar las drogas por mi cuenta
- e. Encontré el tipo de tratamiento que quería
- f. Había una apertura en el centro que quería
- g. Tenía el transporte que necesitaba
- h. Tenía cuidado de niños que necesitaba
- i. El lugar del tratamiento estaba lo suficientemente cerca para mí
- j. El tratamiento estaba cubierto por mi plan de atención médica
- k. Podía pagarlo
- l. Decidí que no podía afrontar mi adicción por mi cuenta
- m. Tuve una sobredosis y estaba atemorizado(a) por mi vida
- n. Llegué a mi punto más bajo
- o. No podía encontrar heroína u opioides recetados y estaba sintiendo síntomas de abstinencia
- p. Mi doctor me recomendó que obtuviera tratamiento

**BASE: PX1=Yes**

*Programmer note: Do NOT randomly order list. Checked=1, not checked=0*

**PX4a-h. ¿Fue su participación en este tratamiento para...? (Selecciones todas las opciones que correspondan):**

- a.  Cumplir con una orden judicial
- b.  Evitar la condena a un cargo o cargos
- c.  Cumplir con una condición de su libertad condicional
- d.  Evitar ir a la cárcel o a la prisión
- e.  Evitar ser acusado(a) de un delito menor
- f.  Evitar ser acusado(a) de un delito grave
- g.  Obtener de regreso su licencia de conducir
- h.  Reducir los puntos contra su licencia
- i.  Cumplir con una orden de bienestar infantil
- j.  Para que sirva de ayuda a retener o ganar la custodia de los niños
- k.  Ninguna de estas opciones corresponde

**BASE: PX1=Yes**

*Programmer note: Do NOT randomly order list. Checked=1, not checked=0*

**PX5a-h. ¿Quién le recomendó que vaya a este centro para recibir tratamiento?** (Seleccione todas las opciones que correspondan).

- a. Lo elegí yo mismo(a)
- b. Amistades o miembros de la familia
- c. Proveedor de servicios para el abuso de alcohol y drogas
- d. Proveedor primario de atención médica
- e. Consejero en la escuela
- f. Empleador
- g. Grupo comunitario (por ejemplo, organizaciones religiosas o grupos de auto ayuda)
- h. Referencia de la corte o justicia criminal (por ejemplo, oficial de policía, juez, fiscal, oficial de libertad condicional)
- i. Ninguna de estas opciones corresponde

**BASE: PX1=Yes**

*Programmer note: Do NOT randomly order list*

**PX6. ¿Cómo describiría mejor el lugar en el que recibió este tratamiento?**

- 1.  Centro/servicios de rehabilitación de drogas
- 2.  Centro o instalación de salud mental
- 3.  Doctor especialista en adicciones
- 4.  Consultorio médico general o médico de atención primaria
- 5.  Consejería de oficina con psiquiatra, psicólogo o trabajador social
- 6.  Otro tipo de lugar

**BASE: PX1=Yes**

*Programmer note: Do NOT randomly order list.*

**PX7. Este tratamiento fue:**

1.  Como paciente hospitalizado
2.  Residencial
3.  Ambulatorio intensivo
4.  Ambulatorio
5.  Otro

**BASE: PX1=Yes**

*Programmer note: Do NOT randomly order list. Checked=1, not checked = 0*

**PX8. Mientras estuvo inscrito(a) en este tratamiento, ¿recibió...? (Seleccione todas las opciones que correspondan).**

- a.  Metadona
- b.  Buprenorfina oral (por ejemplo, Suboxone®, genérico)
- c.  Buprenorfina implantable o inyectable (por ejemplo, Probufina®, genérico)
- d.  Naltrexona oral (por ejemplo, Revia®)
- e.  Naltrexona inyectable (por ejemplo, Vivitrol®)
- f.  Otro medicamento (especificar) \_\_\_\_\_
- g.  Ningún medicamento

**BASE: PX1=Yes**

*Programmer note: Randomly order list (except Other). Checked=1, not checked=0. Split between 2 or 3 screens.*

**PX9a-n. Mientras estuvo inscrito(a) en este tratamiento, ¿qué otros tipos de servicios recibió? (Seleccione todas las opciones que correspondan).**

- a. Consejería individual
- b. Consejería grupal
- c. Otra terapia conductual
- d. Servicios de desintoxicación
- e. Servicios médicos (por ejemplo, exámenes físicos, medicamento)

- f. Prueba del VIH
- g. Prueba del virus de la hepatitis C (HCV)
- h. Pruebas de laboratorio/pruebas de orina
- i. Servicios de administración de casos (por ejemplo, capacitación de empleo, servicios de tipo familiar o de educación, servicios de vivienda)
- j. Servicios de apoyo de recuperación de unos a otros (por ejemplo, un mentor o “Peer Navigator”)
- k. Servicios de capacitación de recuperación distinto a un mentor o “Peer Navigator”
- l. Capacitación sobre cómo evitar la sobredosis
- m. Capacitación sobre cómo usar naloxona
- n. Otros servicios
- o. Ningún otro servicio

*Programmer Note: If “No other services” is checked or question is skipped, display: **Usted no seleccionó ninguno de los servicios arriba mencionados. Haga clic aquí  para regresar e ingresar el servicio o servicios o haga clic aquí  para confirmar que no recibió otros servicios.***

**BASE: PX1=Yes**

**PX10. Cuando empezó este tratamiento, ¿cuánta confianza tenía usted de que este tratamiento tendría éxito?**

1.  No tenía confianza
2.  Un poco de confianza
3.  Confianza moderada
4.  Mucha confianza

**BASE: PX1=Yes**

**PX11. ¿Todavía sigue recibiendo su tratamiento en este centro?**

1.  Sí
2.  No

**BASE: If PX11 = No**

**PX12. ¿Cuándo dejó de recibir tratamiento en este centro?**

MM/DD/AA

**BASE: If PX11 = No**



*Programmer note: DO NOT randomly order list.*

**PX13a-f. ¿Por qué dejó de recibir tratamiento en este centro?**

1.  Completé este programa de tratamiento
2.  Me retiré de este tratamiento en forma voluntaria
3.  Continué este tratamiento en un centro diferente
4.  Todavía estoy recibiendo tratamiento para mi adicción a los opioides en este centro, pero he
  - a. cambiado los tratamientos
5.  Me retiraron de este programa en forma involuntaria (por ejemplo, por incumplimiento, por el uso continuo de sustancias, por violar las reglas del programa, por dejar de pagar, etc.)
6.  Por una razón diferente o ninguna de las razones arriba mencionadas (especificar): \_\_\_\_\_

**BASE: If PX11 = No**

*Programmer note: Randomly order list except none category. 1=checked, 0=not checked*

**PX14. A continuación, se mencionan razones por las que alguien podría dejar de recibir tratamiento. ¿Corresponde alguna de estas opciones a su situación? (Seleccione todas las opciones que correspondan).**

*Programmer note: Use response categories to SS5*

**BASE: If PX11 = No**

**PX14. ¿Ingresó al tratamiento para la adicción a los opioides en algún otro lugar después de eso?**

1.  Sí
2.  No

*Programmer note: Repeat PX series until R either says they are still obtaining treatment (PX11=Yes) or they say that they have not entered another treatment (PX14=No)*

---

## **V. Historial de tratamiento previo a INDEX (PH)**

*Programmer Note: The PH sequence covers the 12 months before INDEX. It will only be administered at Baseline.*

**BASE: All at baseline**

**PH1. En los 12 meses antes de comenzar su tratamiento ÍNDICE, ¿recibió algún tratamiento para la adicción a los opioides?**

1.  Sí
2.  No ► **VAYA A VI. MÓDULO DE INTENTOS DE DEJAR LOS OPIOIDES**

**BASE: PH1=Yes**

**PH2. ¿Estaba en algún tipo de tratamiento para la adicción a los opioides hace 12 meses, es decir, alrededor de este tiempo el año pasado?**

1.  Sí
2.  No

**If PH2=No**

**PH3. ¿Cuándo comenzó su tratamiento en los últimos 12 meses?**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM / DD / AA

**BASE: PH1=Yes**

*Programmer note: Randomly order list. Checked=1, not checked =0.*

**PH4a-p. ¿Qué tan importantes fueron las siguientes razones para iniciar este tratamiento?**

a. Creí que necesitaba tratamiento

1.  Muy importante
2.  Algo importante
3.  No importante

b. Mi empleador creyó que tenía que recibir tratamiento

c. Mis amigos/familia creyeron que tenía que recibir tratamiento

d. Fracapé en dejar las drogas por mi cuenta

e. Encontré el tipo de tratamiento que quería

f. Había una apertura en el centro que quería

g. Tenía el transporte que necesitaba

- h. Tenía servicios de cuidado de niños que necesitaba
- i. El lugar del tratamiento estaba lo suficientemente cerca para mí
- j. El tratamiento estaba cubierto por mi plan de atención médica
- k. Podía pagarlo
- l. Decidí que no podía afrontar mi adicción por mi cuenta
- m. Tuve una sobredosis y estaba atemorizado(a) por mi vida
- n. Llegué a mi punto más bajo
- o. No podía encontrar heroína u opioides recetados y estaba sintiendo síntomas de abstinencia
- p. Mi doctor me recomendó que obtuviera tratamiento

**BASE: PH1=Yes**

*Programmer note: Do NOT randomly order list. Checked=1, not checked=0*

**PH5a-h. ¿Fue su participación en este tratamiento para...?** (Selecciones todas las opciones que correspondan):

- a. Cumplir con una orden judicial
- b. Evitar la condena a un cargo o cargos
- c. Cumplir con una condición de su libertad condicional
- d. Evitar ir a la cárcel o a la prisión
- e. Evitar ser acusado(a) de un delito menor
- f. Evitar ser acusado(a) de un delito grave
- g. Obtener de regreso su licencia de conducir
- h. Reducir los puntos contra su licencia
- i. Cumplir con una orden de bienestar infantil
- j. Para que sirva de ayuda a retener o ganar la custodia de los niños
- k. Ninguna de estas opciones corresponde

**BASE: PH1=Yes**

*Programmer note: Do NOT randomly order list. Checked=1, not checked=0*

**PH6a-h. ¿Quién le recomendó que vaya a este centro para recibir tratamiento?** (Seleccione todas las opciones que correspondan).

- a. Lo elegí yo mismo(a)
- b. Amistades o miembros de la familia

- c. Proveedor de servicios para el abuso de alcohol y drogas
- d. Otro proveedor de atención médica
- e. Consejero en la escuela
- f. Empleador
- g. Otra referencia comunitaria (por ejemplo, organizaciones religiosas o grupos de auto ayuda)
- h. Referencia de la corte o justicia criminal (por ejemplo, oficial de policía, juez, fiscal, oficial de libertad condicional)
- i. Ninguna de estas opciones corresponde

**BASE: PH1=Yes**

*Programmer note: Do NOT randomly order list.*

**PH7. ¿Cómo describiría mejor el lugar en el que recibió este tratamiento?**

- 1.  Centro/servicios de rehabilitación de drogas
- 2.  Centro o instalación de salud mental
- 3.  Doctor especialista en adicciones
- 4.  Consultorio médico general o médico de atención primaria
- 5.  Consejería de oficina con psiquiatra, psicólogo o trabajador social
- 6.  Otro tipo de lugar

**BASE: PH1=Yes**

**PH8. Cuando entró en este tratamiento, ¿cuánta confianza tenía usted de que este tratamiento tendría éxito?**

- 1.  No tenía confianza
- 2.  Un poco de confianza
- 3.  Confianza moderada
- 4.  Mucha confianza

**BASE: PH1=Yes**

*Programmer note: Do NOT randomly order list.*

**PH9. Este tratamiento fue:**

- 1.  Como paciente hospitalizado
- 2.  Residencial
- 3.  Ambulatorio intensivo

- 4.  Ambulatorio
- 5.  Otro (especificar): \_\_\_\_\_

**BASE: PH1=Yes**

*Programmer note: Do NOT randomly order list. Checked=1, not checked=0*

**PH10. Mientras estuvo inscrito(a) en este tratamiento, ¿recibió...?:** (Seleccione todas las opciones que correspondan).

- a.  Metadona
- b.  Buprenorfina oral (por ejemplo, Suboxone®, genérico)
- c.  Buprenorfina implantable o inyectable (por ejemplo, Probufina®, genérico)
- d.  Naltrexona oral (por ejemplo, Revia®)
- e.  Naltrexona inyectable (por ejemplo, Vivitrol®)
- f.  Otro medicamento (especificar) \_\_\_\_\_
- g.  Ningún medicamento

**BASE: PH1=Yes**

*Programmer note: Randomly order list (except Other). Checked=1, not checked=0*

**PH11a-n. Mientras estuvo inscrito(a) en este tratamiento, ¿Qué otros tipos de servicios recibió?** (Seleccione todas las opciones que correspondan).

- a.  Consejería individual
- b.  Consejería grupal
- c.  Otra terapia conductual
- d.  Servicios de desintoxicación
- e.  Servicios médicos (por ejemplo, exámenes físicos, medicamento)
- f.  Prueba del VIH
- g.  Prueba del virus de la hepatitis C (HCV)
- h.  Pruebas de laboratorio/pruebas de orina
- i.  Servicios de administración de casos (por ejemplo, capacitación de empleo, servicios de tipo familiar o de educación, servicios de vivienda)
- j.  j. Servicios de apoyo de recuperación de unos a otros (por ejemplo, un mentor o “Peer Navigator”)
- k.  k. Servicios de capacitación de recuperación distinto a un mentor o “Peer Navigator”
- l.  l. Capacitación sobre cómo evitar la sobredosis
- m.  m. Capacitación sobre cómo usar naloxona
- n.  n. Otros servicios (especificar): \_\_\_\_\_

*Programmer Note: If no services are checked, display:* **Usted no seleccionó ninguno de los servicios arriba mencionados. Haga clic aquí  para regresar e ingresar el servicio o servicios o haga clic aquí  para confirmar que no recibió otros servicios.**

**BASE: PH1=Yes**

**PH12. ¿Cuándo dejó de recibir tratamiento en este centro?**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM / DD / AA

**BASE: PH1=Yes**

*Programmer note: Do NOT randomly order list.*

**PH13. ¿Por qué dejó de recibir tratamiento en este centro?**

1.  Completé mi programa de tratamiento
2.  Decidí dejar de recibir tratamiento
3.  Continué mi tratamiento en un centro diferente
4.  Todavía estoy recibiendo tratamiento para mi adicción a los opioides en este centro, pero he cambiado los tratamientos
5.  Me retiraron de este programa en forma involuntaria (por ejemplo, por incumplimiento, por el uso continuo de sustancias, por violar las reglas del programa, por dejar de pagar, etc.)
6.  Por una razón diferente o ninguna de las razones arriba mencionadas (especificar):  
\_\_\_\_\_

**BASE: PH1=Yes**

**PH14. ¿Entró en el tratamiento para la adicción a los opioides en algún otro lugar después de eso?**

1.  El siguiente tratamiento que recibió fue mi tratamiento ÍNDICE
2.  Comencé el tratamiento para mi adicción a los opioides en otro lugar

*Programmer note: Repeat PH series until R says they entered index treatment (PH14=1)*

---

## **VI. Intentos de dejar los opioides (con o sin tratamiento) (QA)**

**[BASELINE: Piense en los 12 meses anteriores al inicio del tratamiento en (FACILITY)/  
12MONTH: Piense en los 12 meses desde que comenzó su tratamiento en (FACILITY)/  
24MONTH: Piense en los últimos 12 meses]**

**BASE: All clients not previously sent to END**

**QA1. ¿Cuántas veces trató de dejar los opioides en forma voluntaria (y no simplemente porque no pudo obtener opioides)? [If 12MONTH: Incluya el tiempo que recibió tratamiento en (facility)].**

Veces (0-99, soft check)  
Ninguna (Zero)

**BASE: QA1>0**

**QA2. De estas [insert QA1] veces, ¿cuántas veces dejó los opioides durante más de cinco días?**

\_\_\_\_\_Veces

*Programmer note: (0-QA1, soft check)*

**BASE: QA1>0**

**QA3. De estas [insert QA1] veces, ¿cuál fue el tiempo más largo que dejó los opioides?**

1.  Menos de un día
2.  1 a 2 días
3.  3 a 7 días
4.  8 a 14 días
5.  2 a 4 semanas
6.  1 a 3 meses
7.  4 a 6 meses
8.  Más de 6 meses

---

## **VII. Historial de uso de tratamiento asistido por medicamento - MAT (HM)**

**Las siguientes preguntas se refieren a los medicamentos que han sido recetados por proveedores de atención médica para tratar la adicción a los opioides.**

---

## Metadona (MM)

La metadona es un medicamento oral que se toma diariamente para reducir los síntomas de abstinencia en las personas adictas a la heroína u otros opioides recetados. Debe ser administrada por un profesional de la salud.

**BASE: All not previously sent to END**

**MM1. ¿Alguna vez ha estado en un programa de mantenimiento con metadona para tratar la adicción a los opioides?**

1.  Sí
2.  No

**BASE: MM1=Yes (ever in methadone program). BASELINE ONLY.**

**MM3. ¿Recibió metadona para tratar la adicción a los opioides en algún momento en los 12 meses antes de ingresar a su tratamiento ÍNDICE?**

- Sí
- No

**BASE: MM3=Yes. BASELINE ONLY.**

**MM3.a. ¿Recibió metadona para tratar la adicción a los opioides en algún momento en los 90 días antes de ingresar a su tratamiento ÍNDICE?**

1.  Sí
2.  No

**BASE: MM1=Yes**

*Programmer note: If R still in INDEX treatment (SS2=Yes), use “¿Recibe . . .”. If not longer in INDEX treatment (SS2=No), use “¿Recibió . . .”.*

**MM4. ¿Recibió/¿Recibe metadona como parte de su tratamiento ÍNDICE?**

1.  Sí



2.  No

BASE: MM4=No

BASE: 12 MONTH

**MM5. ¿Recibió tratamiento con metadona para la adicción a los opioides en algún momento desde su tratamiento ÍNDICE?**

1.  Sí  
2.  No

BASE: MM4=No

BASE: 24 MONTH

**MM6. ¿Recibió tratamiento con metadona para la adicción a los opioides en cualquier momento en los últimos 12 meses? (Considere el tratamiento con metadona recibido en CUALQUIER centro).**

1.  Sí  
2.  No

**MM6.a. ¿Recibió tratamiento con metadona para la adicción a los opioides en algún momento en los últimos 90 días? (Considere el tratamiento con metadona recibido en CUALQUIER centro).**

1.  Sí  
2.  No

BASE: MM1=Yes (been in methadone program)

**MM7. ¿Actualmente está recibiendo tratamiento con metadona para la adicción a los opioides?**

1.  Sí  
2.  No

BASE: MM7=Yes

**MM8. ¿Cuándo comenzó su programa de tratamiento actual con metadona?**

Inicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MM / DD / AA

**BASE: MM7=No (in methadone treatment in past year but not currently)**

**MM8- 9. ¿Cuándo comenzó y terminó su último programa de tratamiento con metadona?**

**MM8:** Inicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM / DD / AA

**MM9:** Conclusión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM / DD / AA

**BASE: MM1=Yes**

**Piense en su tratamiento más reciente con metadona,**

**MM10. (¿Toma/¿Tomó) metadona normalmente todos los días según las indicaciones de su doctor?**

1.  Sí
2.  No

**BASE: MM1=Yes**

**MM11. ¿Cuántos miligramos de metadona fue la dosis de tratamiento la última vez que tomó metadona?**

\_\_\_\_\_ Miligramos

**BASE: MM1=Yes**

**MM12. ¿Con qué frecuencia regaló o vendió la metadona que le recetaron?**

1.  Nunca
2.  Raras veces
3.  Algunas veces
4.  Con frecuencia
5.  Con mucha frecuencia

**BASE: All**

**MM13. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha usado metadona que no le fue recetada a usted?**

1.  Nunca
2.  Raras veces
3.  Algunas veces

4.  Con frecuencia
5.  Con bastante frecuencia

**BASE: MM13 >1**

*Programmer note: Do NOT randomly order list.*

**MM14. ¿Cuál fue la razón por la que tomó metadona que no le fue recetada a usted? (Seleccione todas las opciones que correspondan).**

- a.  Para drogarme
- b.  Para evitar la abstinencia
- c.  Para automedicarse para el dolor físico
- d.  Para automedicarse para el dolor emocional
- e.  Otra razón (especificar): \_\_\_\_\_

**BASE: MM1=Yes or MM13 >1**

**MM15. ¿Alguna vez notó algún efecto adverso o síntomas inesperados después de tomar metadona?**

1.  Sí
2.  No

**BASE: MM15=Yes**

*Programmer note: Do NOT randomly order list. Checked=1, not checked=0*

**MM16. ¿Cuáles fueron algunos de los efectos adversos o síntomas inesperados? (Seleccione todas las opciones que correspondan).**

- a.  Abundante sudoración
- b.  Sedación fuerte
- c.  Ansiedad
- d.  Continuar teniendo ansias de abusar opioides
- e.  Sentirse drogado(a) o alegre
- f.  Otros efectos o síntomas (especificar): \_\_\_\_\_
- g.  Ninguno de los efectos arriba mencionados

**BASE: MM1=Yes and MM7=No (been in methadone program but not now) and MM15=Yes**

**MM17. ¿Hasta qué punto estos efectos adversos o síntomas influyeron en su decisión de dejar de tomar metadona para tratar la adicción a los opioides?**

1.  Influyeron mucho
  2.  Influyeron algo
  3.  No influyeron
- 

## Buprenorfina oral (BU)

La buprenorfina oral se toma para ayudar a reducir los síntomas de abstinencia. A veces se combina con naloxona (por ejemplo, Suboxone)

**BASE: All not previously sent to END**

**BU1. ¿Alguna vez ha recibido buprenorfina oral para tratar la adicción a los opioides?**

1.  Sí
2.  No

**BASE: BU1=Yes (ever in oral buprenorphine program)**

**BU3. ¿Recibió buprenorfina oral para tratar la adicción a los opioides en algún momento en los 12 meses anteriores a su tratamiento ÍNDICE?**

1.  Sí
2.  No

**BU3.a. ¿Recibió buprenorfina oral para tratar la adicción a los opioides en algún momento en los 90 días anteriores a su tratamiento ÍNDICE?**

1.  Sí
2.  No

**BASE: BU1=Yes**

*Programmer note: If R still in INDEX treatment (SS2=Yes), use “¿Recibe . . .”. If not longer in INDEX treatment (SS2=No), use “¿Recibió . . .”.*

**BU4. ¿Recibió/¿Recibe buprenorfina oral como parte de su tratamiento ÍNDICE?**

1.  Sí

2.  No

BASE: BU4=No

BASE: 12 MONTH

**BU5. ¿Recibió buprenorfina oral para la adicción a los opioides en algún momento desde su tratamiento ÍNDICE?**

1.  Sí  
2.  No

BASE: BU4=No

BASE: 24 MONTH

**BU6. ¿Recibió buprenorfina oral para la adicción a los opioides en algún momento en los últimos 12 meses? (Considere el tratamiento recibido en CUALQUIER centro).**

1.  Sí  
2.  No

**BU6.a. ¿Recibió buprenorfina oral para la adicción a los opioides en algún momento en los últimos 90 días? (Considere el tratamiento recibido en CUALQUIER centro).**

1.  Sí  
2.  No

BASE: BU1=Yes

**BU7. ¿Actualmente está recibiendo tratamiento con buprenorfina oral para la adicción a los opioides?**

1.  Sí  
2.  No

BASE: BU7=Yes

**BU8. ¿Cuándo comenzó su tratamiento actual con buprenorfina oral?**

Inicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM / DD / AA

**BASE: BU7=No (in oral buprenorphine treatment in past year but not currently)**

**BU8-9. ¿Cuándo comenzó y terminó su último programa de tratamiento con buprenorfina oral?**

**BU8:** Inicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM / DD / AA

**BU9:** Conclusión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM / DD / AA

**BASE: BU1=Yes**

*Programmer note: If R still in treatment (BU7=Yes), use “¿Toma . . .”. If not longer in treatment (BU7=No), use “¿Tomó . . .”.*

**Piense en su programa de tratamiento más reciente con buprenorfina oral,**

**BU10. (¿Toma/¿Tomó) buprenorfina oral normalmente todos los días según las indicaciones de su doctor?**

1.  Sí
2.  No

**BASE: BU1=Yes**

**BU11. ¿Cuántos miligramos de buprenorfina oral fue la dosis de tratamiento la última vez que tomó buprenorfina oral?**

Miligramos

**BASE: BU1=Yes**

**80a) BU11a. ¿Recibió una receta de buprenorfina oral para tomar el medicamento en casa?**

1.  Sí
2.  No

**BASE: BU11a=Yes**

**80b) BU11b. ¿Qué tiempo de duración tenía la receta?**

1.  Menos de 1 semana (menos de 7 días)
2.  1 semana (7 días)
3.  2 semanas (14 días)
4.  30 días

BASE: BU1=Yes

**BU12.** ¿Con qué frecuencia regaló o vendió la buprenorfina oral que le recetaron?

1.  Nunca
2.  Rara vez
3.  Algunas veces
4.  Con frecuencia
5.  Con mucha frecuencia

BASE: All

**BU13.** En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha usado buprenorfina oral que no le fue recetada a usted?

1.  Nunca
2.  Rara vez
3.  Algunas veces
4.  Con frecuencia
5.  Con bastante frecuencia

BASE: BU13>1

*Programmer note: Do NOT randomly order list. Checked=1, not checked=0*

**BU14.** ¿Cuál fue la razón por la que tomó buprenorfina oral que no le fue recetada a usted?  
(Seleccione todas las opciones que correspondan).

1.  Para drogarme
2.  Para evitar la abstinencia
3.  Para automedicarse para el dolor físico
4.  Para automedicarse para el dolor emocional
5.  Otra razón o razones (especificar): \_\_\_\_\_

BASE: BU1=Yes or BU13>1

**BU15.** ¿Alguna vez notó algún efecto adverso o síntomas inesperados después de tomar buprenorfina oral?

1.  Sí
2.  No

**BASE: BU15=Yes**

*Programmer note: Do NOT randomly order list. Checked=1, not checked=0*

**BU16. ¿Cuáles fueron algunos de los efectos adversos o síntomas inesperados?** (Seleccione todas las opciones que correspondan).

- a.  Abundante sudoración
- b.  Sedación fuerte
- c.  Ansiedad
- d.  Continuar teniendo ansias de abusar opioides
- e.  Sentirse drogado(a) o alegre
- f.  Otros efectos o síntomas (especificar): \_\_\_\_\_
- g.  Ninguno de los efectos arriba mencionados

**BASE: BU1=Yes and BU7=No (been in oral buprenorphine program but not now) and BU15=Yes (had side effects)**

**BU17. ¿Hasta qué punto estos efectos adversos o síntomas influyeron su decisión de dejar de tomar buprenorfina oral para tratar la adicción a los opioides?**

- 1.  Influyeron mucho
- 2.  Influyeron algo
- 3.  No influyeron

---

## Buprenorfina implantable o inyectable (Buprenorfina) (PB)

*La buprenorfina implantable o inyectable se administra mensualmente en su brazo u otro lugar en su cuerpo para ayudar a reducir los síntomas de abstinencia. Dura unos 30 días. Debe ser administrada por un profesional de la salud. Puede ser que usted la conozca como Probuflina o por algún otro nombre.*

**BASE: All not previously sent to END**

**PB1. ¿Alguna vez ha recibido un implante o inyección de buprenorfina para tratar la adicción a los opioides?**

- 1.  Sí
- 2.  No



**BASE: PB1=Yes (ever in implantable or injectable BUP program)**

**PB1type. ¿Recibió el implante o la inyección, o ambos?**

1.  Implante
2.  Inyección
3.  Ambos
4.  Ninguno

**PB2. ¿Recibió un implante o inyección de buprenorfina para tratar la adicción a los opioides en algún momento en los 12 meses anteriores a su tratamiento ÍNDICE?**

1.  Implante
2.  Inyección
3.  Ambos
4.  Ninguno

**PB2.a. ¿Recibió un implante o inyección de buprenorfina para tratar la adicción a los opioides en algún momento en los 90 días anteriores a su tratamiento ÍNDICE?**

1.  Implante
2.  Inyección
3.  Ambos
4.  Ninguno

**BASE: PB1=Yes**

*Programmer note: If R still in INDEX treatment (SS1=Yes), use “¿Recibe . . .”. If not longer in INDEX treatment (SS1=No, use “¿Recibió . . .”.*

**PB4. ¿Recibió/¿Recibe un implante o inyección de buprenorfina como parte de su tratamiento ÍNDICE?**

1.  Sí
2.  No

**BASE: PB4=No**

**BASE: 12 MONTH**

**PB5. ¿Recibió un implante o inyección de buprenorfina en algún momento desde su tratamiento ÍNDICE?**

1.  Implante
2.  Inyección
3.  Ambos
4.  Ninguno

**BASE: PB4=No**

**24 MONTH**

**PB6. ¿Recibió un implante o inyección de buprenorfina en algún momento en los últimos 12 meses? (Considere el tratamiento recibido en CUALQUIER centro).**

1.  Implante
2.  Inyección
3.  Ambos
4.  Ninguno

**PB6.a. ¿Recibió un implante o inyección de buprenorfina en algún momento en los últimos 90 días? (Considere el tratamiento recibido en CUALQUIER centro).**

1.  Implante
2.  Inyección
3.  Ambos
4.  Ninguno

**BASE: PB1=Yes (been in a buprenorphine implant/injection program)**

**PB7. ¿Actualmente está recibiendo implantes o inyecciones de buprenorfina?**

- Sí  
 No

**BASE: PB7=Yes**

**PB8. ¿Cuándo comenzó su programa actual con implantes/inyecciones de buprenorfina?**

Inicio: MM/DD/AA

**BASE: PB7=No (received buprenorphine implant/injection in past year but not currently)**

**PB8-9. ¿Cuándo comenzó y terminó su último programa de tratamiento con implantes/inyecciones de buprenorfina?**

**PB8:** Inicio: MM/DD/AA

**PB9:** Conclusión: MM/DD/AA

**BASE: PB1=Yes**

**Piense en la última vez que recibió un implante o inyección de buprenorfina,**

**PB11. ¿Cuántos miligramos de buprenorfina había en el último implante/inyección que recibió?**

Miligramos

**BASE: PB1=Yes**

**PB15. ¿Alguna vez notó algún efecto adverso o síntomas inesperados después de recibir un implante/inyección de buprenorfina?**

1.  Sí
2.  No

**BASE: PB15=Yes**

*Programmer note: Do NOT randomly order list. Checked=1, not checked=0*

**PB16. ¿Cuáles fueron algunos de los efectos adversos o síntomas inesperados? (Seleccione todas las opciones que correspondan).**

- a.  Abundante sudoración
- b.  Sedación fuerte
- c.  Ansiedad
- d.  Continuar teniendo ansias de abusar opioides
- e.  Sentirse drogado(a) o alegre
- f.  Otros efectos o síntomas (especificar): \_\_\_\_\_
- g.  Ninguno de los efectos arriba mencionados

**BASE: PB1=Yes and PB7=No (been in a buprenorphine implant/injection program but not now) and PB15=Yes (had side effects)**

**PB17. ¿Hasta qué punto estos efectos adversos o síntomas influyeron en su decisión de dejar de recibir implantes/inyecciones de buprenorfina para tratar la adicción a los opioides?**

1.  Influyeron mucho
2.  Influyeron algo
3.  No influyeron

## Naltrexona oral (ON)

*La naltrexona oral es una píldora que se toma diariamente que bloquea los efectos de los opioides y reduce los antojos. Usted debe desintoxicarse antes de tomar naltrexona oral. La marca más común es Revia.*

**BASE: All not previously sent to END**

**ON1. ¿Alguna vez ha recibido naltrexona oral para tratar la adicción a los opioides?**

1.  Sí
2.  No

**BASE: ON1=Yes (ever in oral naltrexone program)**

**ON3. ¿Recibió naltrexona oral para tratar la adicción a los opioides en algún momento en los 12 meses anteriores a su tratamiento ÍNDICE?**

1.  Sí
2.  No

**ON3.a. ¿Recibió naltrexona oral para tratar la adicción a los opioides en algún momento en los 90 días anteriores a su tratamiento ÍNDICE?**

1.  Sí
2.  No

**BASE: ON1=Yes**

**ON4. ¿Recibió naltrexona oral como parte de su tratamiento ÍNDICE?**

1.  Sí
2.  No

BASE: **ON4=No**

BASE: 12 MONTH

**ON5. ¿Recibió naltrexona oral para la adicción a los opioides en algún momento desde su tratamiento ÍNDICE?**

1.  Sí
2.  No

BASE: **ON4=No**

BASE: 24 MONTH

**ON6. ¿Recibió naltrexona oral para la adicción a los opioides en algún momento en los últimos 12 meses? (Considere el tratamiento recibido en CUALQUIER centro).**

1.  Sí
2.  No

**ON6.a. ¿Recibió naltrexona oral para la adicción a los opioides en algún momento en los últimos 90 días? (Considere el tratamiento recibido en CUALQUIER centro).**

1.  Sí
2.  No

BASE: **ON1=Yes (been in oral naltrexone program)**

**ON7. ¿Actualmente está recibiendo tratamiento con naltrexona oral para la adicción a los opioides?**

1.  Sí
2.  No

BASE: **ON7=Yes**

**ON8. ¿Cuándo comenzó su programa actual de tratamiento con naltrexona oral?**

Start: MM/DD/AA

BASE: **ON7=No (in oral naltrexone treatment in past year but not currently)**

**ON8-9. ¿Cuándo comenzó y terminó su último programa de tratamiento con naltrexona oral?**

ON8: Inicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM / DD / AA

ON9: Conclusión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM / DD / AA

BASE: ON1=Yes

*Programmer note: If R still in treatment (BU7=Yes), use “¿Toma . . .”. If not longer in treatment (BU7=No), use “¿Tomó . . .”.*

**Piense en su programa de tratamiento más reciente con naltrexona oral,**

**ON10. (¿Toma/¿Tomó) naltrexona oral normalmente todos los días según las indicaciones de su doctor?**

1.  Sí
2.  No

**ON11. ¿Cuántos miligramos de naltrexona oral fue la dosis de tratamiento la última vez que tomó naltrexona oral?**

Miligramos

BASE: ON1=Yes

**80a) ON11a. ¿Recibió una receta de naltrexona oral?**

1.  Sí
2.  No

BASE: ON11a=Yes

**ON11b. ¿Qué tiempo de duración tenía la receta?**

1.  Menos de 1 semana (menos de 7 días)
2.  1 semana (7 días)
3.  2 semanas (14 días)
4.  30 días

**BASE: ON1=Yes**

**ON15. ¿Alguna vez notó algún efecto adverso o síntomas inesperados después de tomar naltrexona oral?**

1.  Sí
2.  No

**BASE: ON15=Yes**

*Programmer note: Do NOT randomly order list. Checked=1, not checked=0*

**BS16. ¿Cuáles fueron algunos de los efectos adversos o síntomas inesperados? (Seleccione todas las opciones que correspondan).**

- a.  Abundante sudoración
- b.  Sedación fuerte
- c.  Ansiedad
- d.  Continuar teniendo ansias de abusar opioides
- e.  Sentirse drogado(a) o alegre
- f.  Otros efectos o síntomas (especificar): \_\_\_\_\_
- g.  Ninguno de los efectos arriba mencionados

**BASE: ON1=Yes and ON7=No (been in oral naltrexone program but not now) and ON15=Yes**

**ON17. ¿Hasta qué punto estos efectos adversos o síntomas influyeron en su decisión de dejar de tomar naltrexona oral para tratar la adicción a los opioides?**

1.  Influyeron mucho
2.  Influyeron algo
3.  No influyeron

## **Naltrexona inyectable (IN)**

*La naltrexona inyectable es una inyección que se aplica mensualmente. Funciona bloqueando los efectos de los opioides y reduciendo los antojos. Usted debe desintoxicarse antes de recibir una inyección de naltrexona. Debe ser administrada por un profesional de la salud y dura alrededor de un mes. La marca más común es Vivitrol.*

**BASE: All not previously sent to END**

**IN1. ¿Alguna vez ha recibido naltrexona inyectable para tratar la adicción a los opioides?**

1.  Sí
2.  No

**BASE: IN1=Yes (in injectable naltrexone program)**

**IN2. ¿Recibió inyección/inyecciones de naltrexona para tratar la adicción a los opioides en algún momento en los 12 meses anteriores a su tratamiento ÍNDICE?**

1.  Sí
2.  No

**IN2. ¿Recibió inyección/inyecciones de naltrexona para tratar la adicción a los opioides en algún momento en los 90 días anteriores a su tratamiento ÍNDICE?**

1.  Sí
2.  No

**BASE: IN1=Yes**

**IN4. ¿Recibió naltrexona inyectable como parte de su tratamiento ÍNDICE?**

1.  Sí
2.  No

**BASE: IN3=No**

**BASE: 12 MONTH**

**IN4. ¿Recibió naltrexona inyectable como parte de su tratamiento ÍNDICE?**

1.  Sí
2.  No

**BASE: IN4=No**

**BASE: 24 MONTH**



**IN5. ¿Recibió naltrexona inyectable para la adicción a los opioides en algún momento en los últimos 12 meses?** (Considere el tratamiento recibido en CUALQUIER centro).

1.  Sí
2.  No

**IN6. ¿Recibió naltrexona inyectable para la adicción a los opioides en algún momento en los últimos 90 días?** (Considere el tratamiento recibido en CUALQUIER centro).

1.  Sí
2.  No

**BASE: IN1=Yes (been in injectable naltrexone program)**

**IN7. ¿Actualmente está recibiendo tratamiento con naltrexona inyectable para la adicción a los opioides?**

1.  Sí
2.  No

**BASE: IN6=Yes**

**IN7. ¿Cuándo comenzó su programa actual de tratamiento con naltrexona inyectable?**

Start: MM/DD/AA

**BASE: IN7=No (in injectable naltrexone treatment in past year but not currently)**

**IN8-9. ¿Cuándo comenzó y terminó su último programa de tratamiento con naltrexona inyectable?**

**IN8:** Inicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM / DD / AA

**IN9:** Conclusión : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM / DD / AA

**BASE: IN1=Yes**

*Programmer note: If R still in treatment (BU7=Yes), use “¿Alguna vez nota algún efecto adverso o síntomas inesperados después recibir naltrexona inyectable?”. If not longer in treatment (BU7-=No),*

use “¿Alguna vez notó algún efecto adverso o síntomas inesperados después recibir naltrexona inyectable?”.

**BASE: IN1=Yes**

**IN15. ¿Alguna vez notó algún efecto adverso o síntomas inesperados después recibir naltrexona inyectable?**

1.  Sí
2.  No

**BASE: IN15=Yes**

*Programmer note: Do NOT randomly order list. Checked=1, not checked=0*

**IN16. ¿Cuáles fueron algunos de los efectos adversos o síntomas inesperados? (Seleccione todas las opciones que correspondan).**

- a.  Abundante sudoración
- b.  Sedación fuerte
- c.  Ansiedad
- d.  Continuar teniendo ansias de abusar opioides
- e.  Sentirse drogado(a) o alegre
- f.  Otros efectos o síntomas (especificar): \_\_\_\_\_
- g.  Ninguno de los efectos arriba mencionados

**BASE: IN1=Yes and IN7=No (been in injectable naltrexone program but not now) and IN15=Yes (have adverse effects)**

**IN17. ¿Hasta qué punto estos efectos adversos o síntomas influyeron su decisión de dejar de recibir naltrexona inyectable para tratar la adicción a los opioides?**

1.  Influyeron mucho
  2.  Influyeron algo
  3.  No influyeron
-

## VIII. Actitudes y Experiencias con el Tratamiento Asistido por Medicamentos (KA)

**BASE: All clients not previously sent to END**

*Programmer note: Do NOT randomly order list.*

**KA1a-l. Estamos interesados en lo que piensa acerca de los tratamientos asistidos por medicamentos para la adicción a los opioides. Responda a esta pregunta si alguna vez ha tomado o no algún medicamento para tratar la adicción a los opioides.**

### **Metadona**

**KA1a** La metadona es cara

1.  Muy de acuerdo
2.  De acuerdo
3.  En desacuerdo
4.  Muy en desacuerdo

**KA1b** La metadona es difícil de conseguir

**KA1c** Es más difícil dejar la metadona que los opioides

**KA1d** Estar con metadona es lo mismo que ser adicto a los opioides

### **Buprenorfina (Suboxone)**

**KA1e** La buprenorfina es cara

**KA1f** El tratamiento con buprenorfina es difícil de conseguir

**KA1g** Es más difícil dejar la buprenorfina que los opioides

**KA1h** Estar con buprenorfina es lo mismo que ser adicto a los opioides

### **Inyecciones de naltrexona (Vivitrol)**

**KA1i** La naltrexona es cara

**KA1j** La naltrexona es difícil de conseguir

**KA1k** Es más difícil dejar la naltrexona que los opioides

**KA1l** Estar con naltrexona es lo mismo que ser adicto a los opioides

**BASE: Only administer at Baseline and 3-month and if in MAT arm**

*Programmer note: Randomly order list. Checked=1, not checked=0. Break list up between 2 or 3 screens*

**KA2a-q. Por favor, díganos si cada una de las siguientes situaciones ocurrió como parte de su tratamiento ÍNDICE.** (Seleccione todas las opciones que correspondan).

- a.  Hablamos sobre cómo diferentes medicamentos para el tratamiento de la adicción a los opioides se adaptarían a mi estilo de vida.
  - b.  Me informaron acerca de los efectos secundarios y los riesgos de los diversos medicamentos para el tratamiento de la adicción a los opioides disponibles para mí.
  - c.  Se me pidió que firmara un contrato reconociendo mi papel como cliente en el tratamiento de la adicción.
  - d.  Hablamos de diferentes opciones de pago al elegir el medicamento que era adecuado para mí.
  - e.  Me informaron que me pedirían que proporcionara pruebas de drogas de orina.
  - f.  Me informaron que tendría que devolver mis envolturas/láminas usadas (para los clientes de buprenorfina).
  - g.  Tengo que surtir mi receta en una farmacia específica.
  - h.  Me dijeron que mi doctor no me recetaría medicina adicional si se me acababa antes de tiempo (para los clientes de buprenorfina).
  - i.  Me proporcionaron información sobre la consejería grupal.
  - j.  Hablamos sobre las dosis recetadas en relación a la medida de mi hábito de opiáceos.
  - k.  Hablamos sobre el uso limitado de buprenorfina cuando los hábitos de opioides son demasiado grandes.
  - l.  Juntos desarrollamos un plan de tratamiento para mí.
  - m.  Hablamos sobre cuánto tiempo deseo permanecer en este medicamento.
  - n.  Me proporcionaron información sobre los riesgos asociados con tomar sedantes (es decir, benzodiazepinas y alcohol) durante el tratamiento.
  - o.  Me preguntaron acerca de mi salud mental usando un formulario de papel o una entrevista.
  - p.  Tuve una oportunidad de decidir qué tipo de medicamento recibiría.
  - q.  Hablamos sobre el uso de naloxona para la prevención de sobredosis.
  - r.  Ninguna de estas opciones corresponde
-

## IX. Servicios recibidos

### Tratamiento para el abuso de sustancias (SA)

**BASE: 12 MONTH and 24 MONTH**

**BASE: All clients not previously sent to END**

**SA1. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántos meses recibió su tratamiento ÍNDICE?** (Registre un número del 1 al 12. Si fue menos de un mes, registre 1).

Mes(es)

**BASE: SA1>0**

**BASE: 12 MONTH and 24 MONTH**

**Piense en esos (SA1) meses que pasó en su tratamiento ÍNDICE...**

**SA2. ¿Cuántos días al mes pasó normalmente recibiendo tratamiento en (FACILITY)?** (Considere todos los tipos de tratamiento recibidos).

- Días al mes (especificar) \_\_\_\_\_  
 Ninguno

**BASE: SA1>0**

**SA3. De esos días, ¿cuántos días incluyeron sesiones de consejería (ya sea individuales o en grupo) en (FACILITY)?**

- Días al mes (especificar) \_\_\_\_\_  
 Ninguno

**BASE: SA1>0**

**SA4. ¿Cuánto tiempo (horas, minutos) pasó normalmente viajando a y desde (FACILITY)?** (Sume el tiempo de ida y vuelta).

\_\_\_\_\_ Horas  
\_\_\_\_\_ Minutos

**BASE: SA1>0**

**SA5. ¿Cuánto *tiempo* (horas, minutos) pasó usted normalmente allí? (Cuenta el tiempo desde el momento en que entró y el momento en que salió).**

\_\_\_\_\_ Horas  
\_\_\_\_\_ Minutos

**BASE: SA1>0**

**SA6. ¿Cuánto *tiempo* (horas, minutos) faltó al trabajo normalmente para ir allá?**

\_\_\_\_\_ Horas  
\_\_\_\_\_ Minutos

**BASE: SA1>0**

**SA7. ¿Cuántos *dólares* gastó normalmente para viajar para llegar allí? (Sume los costos por los viajes de ida y vuelta. Incluya costos de gasolina, tarifas de autobús, etc.)**

\_\_\_\_\_ Dólares

**BASE: SA1>0**

**SA8. ¿Cuántos *dólares* le cobraron normalmente por tarifas y co-pagos por una visita de tratamiento?**

\_\_\_\_\_ Dólares

**SA9. Durante los últimos 90 días, ¿cuántos días pasó recibiendo su tratamiento **ÍNDICE** en **(FACILITY)**? (Considere todos los tipos de tratamiento recibidos).**

- Días (especificar) \_\_\_\_\_  
 Ninguno

**SA10. De esos días, ¿cuántos días pasó en sesiones de consejería (ya sea individuales o en grupo) en **(FACILITY)**?**

- Días (especificar) \_\_\_\_\_  
 Ninguno

## Atención alternativa (AC)

**BASE: Baseline, 12mo, and 24mo** \_\_\_\_\_

*Programmer note: Randomly order list a-j. Checked=1, not checked=0.*

**AC1. Durante los últimos 12 meses, ¿ha recibido tratamiento por parte de los siguientes profesionales de la salud:** (Seleccione todas las opciones que correspondan).

- a.  Acupunturista
- b.  Herbolario
- c.  Homeópata
- d.  Hipnotizador
- e.  Naturopata
- f.  Terapeuta de masaje
- g.  Practicante religioso
- h.  Practicante de yoga
- i.  Terapeuta físico
- j.  Entrenador de ejercicios
- k.  Otro
- l.  Ninguno de los mencionados

**BASE: Baseline, 12mo, and 24mo. If item checked in AC1.**

*Programmer Note: Offer AT2, AT3 and AT4 for each provider checked in AT1 after R completes AT1. Checked=1, not checked=0.*

**AC2. ¿Por qué vio usted a un (AC1)?** (Seleccione todas las opciones que correspondan).

- a.  Para ayudar a aliviar el dolor
- b.  Para ayudar con mi recuperación de la adicción a los opioides
- c.  Para mejorar mi salud en general
- d.  Otra razón (especificar): \_\_\_\_\_

**AC3. ¿Qué tan efectivo fue este tratamiento?**

- 1.  Muy efectivo
- 2.  Algo efectivo
- 3.  No muy efectivo

**AC4. ¿Le ayudó su seguro médico a cubrir el costo del (AC1)?**

1.  Sí
2.  No
3.  No sé
4.  No tengo seguro médico

## Desintoxicación de opioides (DW)

Los servicios de desintoxicación / abstinencia se refieren a un proceso a corto plazo con supervisión médica por el que pasan las personas con adicción antes de embarcarse en un plan de rehabilitación de drogas a mayor largo plazo. La desintoxicación es el proceso de sacar los opioides del organismo de la persona adicta y conseguir que él o ella se sienta físicamente estable.

**BASE:BASELINE**

**DW1. En los 12 meses antes de ingresar a su tratamiento ÍNDICE, ¿cuántas veces pasó por desintoxicación de opioides supervisado médicamente?**

- Veces (especificar) \_\_\_\_\_  
 Ninguna

**BASE:Ask at BASELINE when DW1>0**

**DW2. En los 90 días antes de ingresar a su tratamiento ÍNDICE, ¿cuántas veces pasó por desintoxicación de opioides supervisado médicamente?**

- Veces (especificar) \_\_\_\_\_  
 Ninguna

**BASE:Ask at BASELINE**

**DW3. ¿Se le requirió pasar por desintoxicación de opioides médicamente supervisado inmediatamente antes de ingresar a su tratamiento ÍNDICE?**

1.  Sí
2.  No



**BASE: Ask at 12, and 24 months**

**DW4. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces pasó por desintoxicación de opioides supervisado médicamente?**

- Veces (especificar) \_\_\_\_\_  
 Ninguna

**BASE: Ask at 3, 6, 12, 24 months. If DW4>0.**

**DW5. Durante los últimos 90 días, ¿cuántas veces pasó por desintoxicación de opioides supervisado médicamente?**

- Veces (especificar) \_\_\_\_\_  
 Ninguna
- 

## Visitas al hospital (HS)

**BASE: BASELINE**

**DO NOT INCLUDE HOSPITAL STAYS FOR DETOXING THAT YOU REPORTED ABOVE**

**HS1. En los 12 meses antes de ingresar a su tratamiento ÍNDICE, ¿cuántas noches pasó en el hospital?**

- Noches (especificar) \_\_\_\_\_  
 Ninguna

**BASE: If HS1>0**

**HS1a. ¿Cuántas de esas noches estuvieron relacionadas con lesiones o afecciones como resultado de la adicción a los opioides?**

- Noches (especificar) \_\_\_\_\_  
 Ninguna

**BASE:BASELINE**

**BASE: IF HS1>0**

**HS2. En los 90 días antes de ingresar a su tratamiento ÍNDICE, ¿cuántas noches pasó en el hospital?**

- Noches (especificar) \_\_\_\_\_
- Ninguna

**BASE:If HS2>0**

**HS2a. ¿Cuántas de esas noches estuvieron relacionadas con lesiones o afecciones como resultado de la adicción a los opioides?**

- Noches (especificar) \_\_\_\_\_
- Ninguna

**BASE:Ask at 12, and 24 months**

**HS3. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas noches pasó en el hospital?**

- Noches (especificar) \_\_\_\_\_
- Ninguna

**BASE:If HS4>0**

**HS3a. ¿Cuántas de esas noches estuvieron relacionadas con lesiones o afecciones como resultado de la adicción a los opioides?**

- Noches (especificar) \_\_\_\_\_
- Ninguna

**BASE:Ask at 3, 6, 12, 24 months. If HS3>0**

**HS4. Durante los últimos 90 días, ¿cuántas noches pasó en el hospital?**

- Noches (especificar) \_\_\_\_\_
- Ninguna

**BASE: If HS5>0**

**HO4a. ¿Cuántas de esas noches estuvieron relacionadas con lesiones o afecciones como resultado de la adicción a los opioides?**

- Noches (especificar) \_\_\_\_\_
  - Ninguna
- 

## Visitas a la sala de emergencias (ED)

**BASE: All clients not previously sent to END**

**BASE: BASELINE**

**ED1. En los 12 meses antes de ingresar a su tratamiento ÍNDICE, ¿cuántas veces fue a la sala de emergencias?**

- Veces (especificar) \_\_\_\_\_
- Ninguna

**BASE: If ED1>0**

**ED1a. ¿Cuántas de esas veces estuvieron relacionadas con lesiones o afecciones como resultado de la adicción a los opioides?**

- Veces (especificar) \_\_\_\_\_
- Ninguna

**BASE: BASELINE**

**BASE: if ED1>0**

**ED2. En los 90 días antes de ingresar a su tratamiento ÍNDICE, ¿cuántas veces fue a la sala de emergencias?**

- Veces (especificar) \_\_\_\_\_
- Ninguna

**BASE:If ED2>0**

**ED2a. ¿Cuántas de esas veces estuvieron relacionadas con lesiones o afecciones como resultado de la adicción a los opioides?**

- Veces (especificar) \_\_\_\_\_
- Ninguna

**BASE:Ask all at 12 and 24 months**

**ED3. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces fue a la sala de emergencias?**

- Veces (especificar) \_\_\_\_\_
- Ninguna

**BASE:If ED3>0**

**ED3a. ¿Cuántas de esas veces estuvieron relacionadas con lesiones o afecciones como resultado de la adicción a los opioides?**

- Veces (especificar) \_\_\_\_\_
- Ninguna

**BASE:Ask all at 3, 6, 12, and 24 months. If ED3>0**

**ED4. Durante los últimos 90 días, ¿cuántas veces fue a la sala de emergencias?**

- Veces (especificar) \_\_\_\_\_
- Ninguna

**BASE:If ED4>0**

**ED4a. ¿Cuántas de esas veces estuvieron relacionadas con lesiones o afecciones como resultado de la adicción a los opioides?**

- Veces (especificar) \_\_\_\_\_
  - Ninguna
-

## Servicios de autoayuda (SH)

**BASE: All clients not previously sent to END**

**SH1. ¿Alguna vez ha asistido a un grupo de autoayuda, como Alcohólicos o Narcóticos Anónimos?**

- Sí
- No

**BASE:BASELINE**

**BASE: SH1=Yes**

**SH2. En los 12 meses antes de ingresar a su tratamiento ÍNDICE, ¿cuántas veces asistió a un grupo de autoayuda, como Alcohólicos o Narcóticos Anónimos?**

1.  Nunca
2.  Menos de una vez al mes
3.  Más de una vez al mes
4.  La mayoría de las semanas

**BASE:BASELINE**

**BASE: SH1=Yes**

**SH3. En los 90 días antes de ingresar a su tratamiento ÍNDICE, ¿cuántas veces asistió a un grupo de autoayuda, como Alcohólicos o Narcóticos Anónimos?**

1.  Nunca
2.  Menos de una vez al mes
3.  Más de una vez al mes
4.  La mayoría de las semanas

**BASE:3, 6, 12, 24 MONTHS**

**BASE: SH1=Yes**

**SH5. Durante los últimos 90 días, ¿cuántas veces asistió a un grupo de autoayuda, como Alcohólicos o Narcóticos Anónimos?**

1.  Nunca
2.  Menos de una vez al mes
3.  Una vez a la semana
4.  Más de una vez al mes
5.  Todos los días o casi todos los días de la semana

**BASE:12 and 24 MONTHS**

**BASE: SH1=Yes**

**SH6. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces asistió a un grupo de autoayuda, como Alcohólicos o Narcóticos Anónimos?**

1.  Nunca
  2.  Menos de una vez al mes
  3.  Una vez a la semana
  4.  Más de una vez al mes
  5.  Todos los días o casi todos los días de la semana
- 

## **Servicios de atención médica primaria (PC)**

**BASE:BASELINE**

**PC1. En los 12 meses antes de ingresar a su tratamiento ÍNDICE, ¿cuántas veces fue a ver a un proveedor de atención médica primaria (por ejemplo, doctor de familia, internistas, ginecólogos, asistente médico o una enfermera especializada)?**

Veces \_\_\_\_\_

**BASE:If PC1>0**

**PC1a. ¿Cuántas de esas veces estuvieron relacionadas con lesiones o afecciones como resultado de la adicción a los opioides?**

**BASE:BASELINE**

**BASE: PC1>0**

**PC2.** En los 90 días antes de ingresar a su tratamiento **ÍNDICE**, ¿cuántas veces fue a ver a un proveedor de atención médica primaria (por ejemplo, doctor de familia, internistas, ginecólogos, asistente médico o una enfermera especializada)?

**BASE:If PC2>0**

**PC2a.** ¿Cuántas de esas veces estuvieron relacionadas con lesiones o afecciones como resultado de la adicción a los opioides?

**BASE: 12, 24 months**

**PC3.** Durante los últimos 90 días, ¿cuántas veces fue a ver a un proveedor de atención médica primaria (por ejemplo, doctor de familia, internistas, ginecólogos, asistente médico o una enfermera especializada)?

**BASE:If PC3>0**

**PC3a.** ¿Cuántas de esas veces estuvieron relacionadas con lesiones o afecciones como resultado de la adicción a los opioides?

**BASE:Ask at 12 and 24 months**

**PC4.** D los últimos 12 meses, ¿cuántas veces fue a ver a un proveedor de atención médica primaria (por ejemplo, doctor de familia, internistas, ginecólogos, asistente médico o una enfermera especializada)?

**BASE:If PC4>0**

**PC4a.** ¿Cuántas de esas veces estuvieron relacionadas con lesiones o afecciones como resultado de la adicción a los opioides?

---

## x. Mercado laboral (LM)

**BASE: All clients not previously sent to END**

*Programmer note: Do NOT randomly order list.*

**LM1. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación laboral?**

1.  Empleado(a)/Empleado(a) por cuenta propia
2.  Sin empleo y buscando trabajo
3.  Sin empleo y sin estar buscando trabajo
4.  Encargado(a) del hogar de tiempo completo
5.  En la escuela o en un programa de capacitación
6.  Jubilado(a)
7.  Discapacitado(a), sin poder trabajar
8.  Otro

**BASE: LM1>2**

**LM1a. ¿Estuvo empleado(a) en algún momento en los últimos 12 meses?**

1.  Sí
2.  No → **SKIP TO XI SUBSTANCE ABUSE HISTORY MODULE**

**BASE: LM1=Employed/Self-employed or LM1a=Yes**

[LM1=1 or 2: Si actualmente tiene más de un trabajo, conteste las siguientes preguntas sobre el empleo donde pasa la mayor parte del tiempo. Este es su empleo principal.]

LM1a=1: Conteste las siguientes preguntas sobre el trabajo donde pasó la mayor parte de horas a la semana en los últimos 12 meses. Este es su empleo principal.

**LM2. ¿Cuánto tiempo ha estado o estuvo empleado(a) en su trabajo principal?**

Años/meses/semanas/días

**LM3. ¿Cuál es o fue su sueldo, salario o tasa de pago en su empleo principal, antes de impuestos o deducciones?**

\_\_\_\_\_ Dólares por

1.  Hora
2.  Día



3.  Semana
4.  Mes
5.  Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**LM4. ¿Cuántas semanas en total trabajó en su empleo principal durante los últimos 12 meses?**  
*(Incluya semanas que estuvo ausente con pago, como vacaciones pagadas o permiso de maternidad pagado. Registre un número del 0 al 52).*

\_\_\_\_\_ Total número de semanas

**LM5. ¿Cuántas horas por semana trabajó normalmente en su empleo principal durante los últimos 12 meses?**

\_\_\_\_\_ Horas por semana

**LM6. ¿Cuántos días estuvo ausente de su trabajo en su empleo principal durante los últimos 90 días?** *(Registre un número del 1 al 90).*

- Días (especificar) \_\_\_\_\_  
 Ninguno

**BASE: LM6>0**

**LM7. De los (LM6) días que estuvo ausente, ¿cuántos estuvieron relacionados con la adicción a los opioides?**

- Días (especificar) \_\_\_\_\_  
 Ninguno

**LM8. En los últimos 12 meses, ¿recibió dinero de...** *(Seleccione todas las opciones que correspondan).*

1.  Sueldos/Salario
  2.  Asistencia pública
  3.  Jubilación
  4.  Discapacidad
  5.  Ingresos no legales
  6.  Familia y/o amistades
  7.  Otro (Especificar)  
\_\_\_\_\_
  8.  No recibí dinero
-

## XI. Historial de abuso de sustancias (SU)

Las siguientes preguntas son sobre:

- **drogas de la calle que usó ilegalmente**
- **medicamentos recetados que usó sin propósitos médicos**
- **consumo de alcohol y uso de tabaco**

**Sin propósitos médicos significa**

- *Usó sus medicamentos recetados de una manera diferente a la indicada por un doctor*
- *Usó medicamentos recetados que no le fueron recetados a usted personalmente*
- *Usó algún medicamento recetado para drogarse o sentirse alegre*
- *Usó algún medicamento recetado para automedicarse por una afección médica*

### **BASE:BASELINE ONLY**

*Programmer note: Do NOT randomly order any lists in this section. Checked = 1, not checked=0.*

**SU10a-o. En su vida, ¿cuál de los siguientes medicamentos o drogas ha usado alguna vez? Conteste con exactitud.** (Seleccione todas las opciones que correspondan).

- a) Opioides recetados *usados sin propósitos médicos* (por ejemplo, OxyContin, Percocet, Dilaudid, Opana, Vicodin, Duragesic, Ultram, Morfina, Tramadol)
- b) Medicamentos recetados para el tratamiento con opioides *usados sin propósitos médicos* (por ejemplo, metadona, Suboxone)
- c) Estimulantes recetados *usados sin propósitos médicos* (por ejemplo, Ritalin, Adderall)
- d) Sedantes recetados *usados sin propósitos médicos* (por ejemplo, Xanax, Klonopin, Ativan)
- e) Heroína
- f) Fentanilo hecho ilegalmente (no los parches recetados Duragesic)
- g) Medicamentos para tratar la neuropatía *usados sin propósitos médicos* (por ejemplo, gabapentina, pregabalina)
- h) Marihuana/ Cannabis
- i) Cocaína/Crack (por ejemplo, talco, piedra, o en alguna otra forma o combinación)
- j) Metanfetamina/crank

- k) Krokodil
- l) Éxtasis, PCP u otras drogas sintéticas
- m) Inhalantes
- n) Alcohol
- o) Tabaco

**Programmer Note: For fill-in, use the following short names:**

- a) opioides recetados
- b) metadona/Suboxone
- c) estimulantes recetados
- d) sedantes recetados
- e) heroína
- f) fentanilo hecho ilegalmente
- g) gabapentina
- h) marihuana/cannabis
- i) cocaína/crack
- j) metanfetamina/crank
- k) krokodil
- l) éxtasis, PCP u otras drogas sintéticas
- m) inhalantes
- n) alcohol
- o) tabaco

*Programmer note: For SU11, ask for drugs checked in SU10. Ask SU11 immediately after subject checks drug in SU10. Do not ask for m, n, and o (inhalants, alcohol, and tobacco). Checked=1, not checked=0.*

*If R selects a (prescription opioids), go thru SU module, then administer PO module. Then return here to pick up next drug checked.*

*If R selects e (heroin), go thru go thru SU module, then administer HU module. Then return here to pick up next drug checked.*

**SU11a-l. En su vida, ¿en qué formas ha usado (SU10)?** (Seleccione todas las opciones que correspondan).

- a.  Oral, consumido(a) entero(a) (por ejemplo, la píldora entera)
- b.  Oral, consumido(a) después de ser masticado(a)/molido(a)
- c.  Oral, con comida (por ejemplo, “brownies” de marihuana)

- d.  Fumado(a)
- e.  Inhalado(a)
- f.  Inyectado(a)
- g.  Ninguna de estas opciones corresponde

*Programmer note: For SU20, only ask about drugs reported in SU10.*

**SU20a-o. En los 12 meses antes de ingresar a su tratamiento ÍNDICE, ¿con qué frecuencia usó (SU10):**

- 1.  Nunca
- 2.  Menos de una vez al mes
- 3.  Como una vez al mes
- 4.  Más de una vez al mes
- 5.  La mayoría de las semanas

*Programmer note: For SU21, only ask for drugs checked in SU20 > Never. Ask SU21 immediately after subject checks drug in SU20. Do not ask for m, n, and o (inhalents, alcohol, and tobacco)*

**SU21a-l. En los 12 meses antes de ingresar a su tratamiento ÍNDICE, ¿en qué formas usó (SU20)? (Seleccione todas las opciones que correspondan).**

*Programmer note: Use SU11 response categories.*

**Programmer note: For SU30, only ask about drugs reported in SU20 (>Never). If none, skip this item.**

**SU30a-o. En los 90 días antes de ingresar a su tratamiento ÍNDICE, ¿con qué frecuencia usó (SU20):**

- 1.  Nunca
- 2.  Menos de una vez a la semana
- 3.  Una vez a la semana
- 4.  Más de una vez a la semana
- 5.  Casi todos los días de la semana

*Programmer note: For SU31, only ask for drugs checked in SU30 >Never. Ask SU31 immediately after subject selects drug in SU30. Do not ask for m, n, and o (inhalents, alcohol, and tobacco)*

**SU31a-l. En los 90 días antes de ingresar a su tratamiento ÍNDICE, ¿en qué formas usó (SU30)? (Seleccione todas las opciones que correspondan).**

*Programmer note: Use SU11 response categories.*

*Programmer note: For SU40, only ask about drugs reported in SU30 >Never. If none, skip this item.*

**SU40a-o. En los 30 días antes de ingresar a su tratamiento ÍNDICE, ¿cuántos días usó (SU30)?**

- Días (especificar de 1 a 30) \_\_\_\_\_
- Ninguno

*Programmer note: For SU41, only ask for drugs reported in SU40>0. Ask SU41 immediately after subject selects drug in SU40. Do not ask for m, n, and o (inhalents, alcohol, and tobacco)*

**SU41a-l. En los 30 días antes de ingresar a su tratamiento ÍNDICE, ¿en qué formas usó (SU40)?** (Seleccione todas las opciones que correspondan).

*Programmer note: Use SU11 response categories.*

## **BASE: 12 and 24 MONTHS**

**SU50a-o. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia usó los siguientes medicamentos o drogas?**

*Programmer note: Use list from SU10. Use response categories from SU20.*

*Programmer note: For SU51, only ask for drugs reported in SU50. Ask SU51 immediately after subject selects drug in SU50. Do not ask for m, n, and o (inhalents, alcohol, and tobacco)*

**SU51a-l. Durante los últimos 12 meses, ¿en qué formas usó (SU50)?** (Seleccione todas las opciones que correspondan).

*Programmer note: Use SU11 response categories.*

*Programmer note: For SU60, only ask for drugs reported in SU50 >Never. If none, skip this item.*

**SU60a-o. Durante los últimos 90 días, ¿con qué frecuencia usó (SU50)?**

1.  Nunca
2.  Menos de una vez a la semana
3.  Una vez a la semana
4.  Más de una vez a la semana
5.  Casi todos los días de la semana

*Programmer note: For SU61, only ask for drugs reported in SU60 > Never. Ask SU61 immediately after subject selects drug in SU60. Do not ask for m, n, and o (inhalents, alcohol, and tobacco)*

**SU61a-l. Durante los últimos 90 días, ¿en qué formas usó (SU60)?** (Seleccione todas las opciones que correspondan).

*Programmer note: Use SU11 response categories.*

*Programmer note: For SU70, use list of checked responses from SU60 > Never. If none, skip this item.*

**SU70a-o. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días usó (SU60)?**

- Días (especificar de 1 a 30) \_\_\_\_\_
- Ninguno/Cero días

*Programmer note: For SU71, only ask for drugs reported in SU70 > 0. Ask SU71 immediately after subject selects drug in SU70. Do not ask for m, n, and o (inhalents, alcohol, and tobacco)*

**SU71a-l. Durante los últimos 30 días, ¿en qué formas usó (SU70)?** (Seleccione todas las opciones que correspondan).

*Programmer note: Use SU11 response categories.*

---

## Uso de opioides recetados sin propósitos médicos (PO)

**BASE: SU10=a) Prescription opioids used non-medically or b) Prescription opioid treatment medications used non-medically**

**PO1. ¿Qué edad tenía la primera vez que usó opioides recetados sin propósitos médicos?**  
\_\_\_\_\_ Edad

**PO2. La primera vez que usó opioides recetados sin propósitos médicos, ¿tenía la receta de un doctor o un profesional médico para una afección médica legítima?**

1.  Sí
2.  No

**PO3. ¿Cuándo fue la última vez que usó opioides recetados sin propósitos médicos?**

1.  Hoy
2.  Últimos 7 días
3.  Últimos 30 días
4.  Últimos 90 días
5.  Últimos 6 meses
6.  Últimos 12 meses
7.  Hace más de 1 año

**BASE: PO3=1-6 (used in past 12 months)**

**PO4. En los últimos 12 meses, ¿cuántos meses usó opioides recetados sin propósitos médicos?**  
(Registre 1 si fue menos de 1 mes).

- Meses (especificar de 1 a 12) \_\_\_\_\_  
 Ninguno

**BASE: SU10=a) Prescription opioids used non-medically or b) Prescription opioid treatment medications used non-medically**

**PO5. En el mes más reciente que usó opioides recetados sin propósitos médicos, ¿cuántos días al mes los usó normalmente?**

- Días (especificar de 1 a 30) \_\_\_\_\_  
 Ninguno

**BASE: PO3=1-4**

**PO6. Durante los últimos 90 días, ¿cuántos días usó opioides recetados sin propósitos médicos?**

- Días (especificar de 1 a 90) \_\_\_\_\_  
 Ninguno

**BASE: SU10=a) Prescription opioids used non-medically or b) Prescription opioid treatment medications used non-medically**

*Programmer note: Do NOT randomly order list. Checked=1, not checked=0*

**PO7a-c. ¿Cómo obtuvo los opioides recetados que usó sin propósitos médicos?**

a) En toda su vida: *Seleccione cualquier opción que corresponda.*

- a.  Los conseguí de un doctor
- b.  Los conseguí de varios doctores

- c.  Escribí una receta falsa
- d.  Los robé del consultorio de un doctor, una clínica, un hospital o una farmacia
- e.  Los conseguí gratis de una amistad o de un pariente
- f.  Los compré a una amistad o a un pariente
- g.  Los robé de una amistad o de un pariente
- h.  Los compré de un narcotraficante o de otra persona extraña
- i.  Los conseguí de alguna otra manera (especificar): \_\_\_\_\_

*Programmer note: limit list to items checked in PO7a*

- b) En los últimos 12 meses: *Seleccione cualquier opción que corresponda*
- c) La manera más típica de obtenerlos: *Escoja una*

*Programmer note: Do NOT randomly order list. Checked=1, not checked=0*

**PO8a-c. ¿Cuál de los siguientes opioides recetados ha usado sin propósitos médicos?**

- a) En toda su vida: *Seleccione cualquier opción que corresponda*
  - a.  Oxidodona de liberación inmediata (por ejemplo, Percocet, Roxicodona)
  - b.  Oxidodona de liberación prolongada (por ejemplo, OxyContin OC/OP)
  - c.  Hidrocodona de liberación inmediata (por ejemplo, Vicodin)
  - d.  Hidrocodona de liberación prolongada (por ejemplo, Hysingla, Zohydro)
  - e.  Buprenorfina (por ejemplo, Suboxone, Subutex)
  - f.  Metadona
  - g.  Fentanilo (parche o piruleta)
  - h.  Morfina (por ejemplo, Embeda, MS-Contin)
  - i.  Oximorfona (por ejemplo, Opana)
  - j.  Hidromorfona (por ejemplo, Dilaudid)
  - k.  Tramadol (por ejemplo, Ultram)
  - l.  Codeína (por ejemplo, Tylenol #3)
  - m.  Meperidina (por ejemplo, Demerol)
  - n.  Otro (especificar)

*Programmer note: limit list to items checked in PO8a*

- b) En los últimos 12 meses: *Seleccione cualquier opción que corresponda*
- c) La opción que me gusta más: *Escoja una*

**BASE: SU10=a) Prescription opioids used non-medically or b) Prescription opioid treatment medications used non-medically**



**PO9. La última vez que usó [One I like the best named in PO11e], ¿cuál fue la dosis?**

Miligramos (especificar) \_\_\_\_\_

Otra unidad

Especificar número de unidades \_\_\_\_\_

Especificar la cantidad en esas unidades \_\_\_\_\_

---

## Uso de heroína (HU)

**BASE: SU10=e) Heroin**

**HU1. ¿Qué edad tenía la primera vez que usó heroína?**

\_\_\_\_\_ Edad

**BASE: SU10=e) Heroin**

**HU2. ¿Usó un opioide recetado (por ejemplo, Duragesic, Percocet, Roxicodona, OxyContin) antes de usar heroína por primera vez?**

1.  Sí

2.  No

**BASE: SU10=e) Heroin**

**HU3. ¿Cuándo fue la última vez que usó heroína?**

1.  Hoy

2.  Últimos 7 días

3.  Últimos 30 días

4.  Últimos 90 días

5.  Últimos 6 meses

6.  Últimos 12 meses

7.  Hace más de 1 año

**BASE: HU3=1-6**

**HU4. En los últimos 12 meses, ¿cuántos meses usó heroína?**

(Registre 1 si fue menos de 1 mes).

Meses (especificar de 1 a 12) \_\_\_\_\_

Ninguno

**BASE: SU10=e) Heroin**

**HU5. En el mes más reciente que usó heroína, ¿cuántos días al mes la usó normalmente?**

- Días (especificar de 1 a 30) \_\_\_\_\_  
 Ninguno

**BASE: HU3=1-4**

**HU6. Durante los últimos 90 días, ¿cuántos días usó heroína?**

- Días (especificar de 1 a 90) \_\_\_\_\_  
 Ninguno

**BASE: SU10=e) Heroin**

**HU7. En el mes más reciente que usó heroína, ¿cuánta cantidad de heroína consumió al día normalmente? (Seleccione una opción).**

1.  Una bolsa pequeña
2.  De 2 a 3 bolsas pequeñas
3.  De 4 a 6 bolsas pequeñas
4.  Más de 6 bolsas pequeñas
5.  Menos de un gramo
6.  Más de un gramo (especificar cuántos gramos) \_\_\_\_\_

**BASE: SU10=e) Heroin**

**HU8. En el mes más reciente que usó heroína, ¿cuántas veces al día la usó normalmente?**

Veces al día \_\_\_\_\_

---

**Fentanilo hecho ilegalmente (FE)**

**BASE: SU10=f) Illicitly-made Fentanyl**

**FE1. ¿Qué edad tenía la primera vez que usó fentanilo hecho ilegalmente?**

\_\_\_\_\_ Edad

**BASE: SU10=f) Illicitly-made Fentanyl**

**FE2. ¿Usó un opioide recetado (por ejemplo, Duragesic, Percocet, Roxicodona, OxyContin) antes de usar fentanilo hecho ilegalmente por primera vez?**

1.  Sí
2.  No

**BASE: SU10=f) Illicitly-made Fentanyl**

**FE3. ¿Cuándo fue la última vez que usó fentanilo hecho ilegalmente?**

1.  Hoy
2.  Últimos 7 días
3.  Últimos 30 días
4.  Últimos 90 días
5.  Últimos 6 meses
6.  Últimos 12 meses
7.  Hace más de 1 año

**BASE: FE3=1-6**

**FE4. En los últimos 12 meses, ¿cuántos meses usó fentanilo hecho ilegalmente?**

*(Registre 1 si fue menos de 1 mes).*

- Meses (especificar de 1 a 12) \_\_\_\_\_
- Ninguno

**BASE: SU10=f) Illicitly-made Fentanyl**

**FE5. En el mes más reciente que usó fentanilo hecho ilegalmente, ¿cuántos días al mes lo usó normalmente?**

- Días (especificar de 1 a 30) \_\_\_\_\_
- Ninguno

**BASE: FE3=1-4**

**FE6. Durante los últimos 90 días, ¿cuántos días fentanilo hecho ilegalmente?**

- Días (especificar de 1 a 90) \_\_\_\_\_  
 Ninguno
- 

## **XII. Sobredosis de drogas (DO)**

**BASE: All clients not previously sent to END**

**DO1. ¿Alguna vez ha tenido una sobredosis de drogas en su vida?**

1.  Sí  
2.  No

**BASE: BASELINE**

**DO2. En los 12 meses antes de ingresar a su tratamiento ÍNDICE, ¿cuántas veces tuvo una sobredosis de drogas?**

- Veces (especificar) \_\_\_\_\_  
 Ninguna

**BASE: DO2>0**

**DO3. En los 12 meses antes de ingresar a su tratamiento ÍNDICE, ¿cuántas veces tuvo una sobredosis debido a los opioides?**

- Veces (especificar) \_\_\_\_\_  
 Ninguna

**BASE: Ask at BASELINE when DO2>0**

**DO4. En los 90 días antes de ingresar a su tratamiento ÍNDICE, ¿cuántas veces tuvo una sobredosis de drogas?**

- Veces (especificar) \_\_\_\_\_  
 Ninguna

**BASE: Ask at BASELINE when DO4>0**

**DO5. En los 90 días antes de ingresar a su tratamiento ÍNDICE, ¿cuántas veces tuvo una sobredosis debido a los opioides?**

- Veces (especificar) \_\_\_\_\_
- Ninguna

**BASE: Ask at 12, and 24 months when DO1=Yes**

**DO6. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces tuvo una sobredosis de drogas?**

- Veces (especificar) \_\_\_\_\_
- Ninguna

**BASE: DO6>0**

**DO7. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces tuvo una sobredosis debido a los opioides?**

- Veces (especificar) \_\_\_\_\_
- Ninguna

**BASE: Ask at 3, 6, 12, 24 months**

**DO8. Durante los últimos 90 días, ¿cuántas veces tuvo una sobredosis de drogas?**

- Veces (especificar) \_\_\_\_\_
- Ninguna

**Base: DO8>0**

**DO9. Durante los últimos 90 días, ¿cuántas veces tuvo sobredosis a causa de los opioides?**

- Veces (especificar) \_\_\_\_\_
- Ninguna

**Base: DO1=Yes**

**Piense en su última sobredosis que tuvo que ver con los opioides...**

*Programmer note: Do NOT randomly order list. Checked=1, not checked=0*

**DO10. ¿Llamó alguien:** (Seleccione todas las opciones que correspondan).

- a.  Al 911 o a los Servicios de Emergencia Médica (EMS, por sus siglas en inglés)
- b.  A la policía o al departamento de bomberos
- c.  A una amistad o amistades
- d.  A alguien más

**Base: DO1=Yes**

**DO11. ¿Vinieron los Servicios de Emergencia Médica a tratarlo(a) donde estaba usted?**

- 1.  Sí
- 2.  No

**Base: DO1=Yes**

**DO12. Le administraron naloxona?**

- 1.  Sí
- 2.  No

**BASE: DO13=Yes**

**DO13. ¿Quién le proporcionó la naloxona?**

- 1.  Ayudante de emergencias (Servicios de Emergencia Médica /policía/bombero)
- 2.  Una persona conmigo tenía naloxona y me la dio
- 3.  Otra persona profesional (por ejemplo, consejero, personal de la organización comunitaria, etc.)
- 4.  Yo tenía naloxona y alguien me la dio
- 5.  Otra manera (especificar): \_\_\_\_\_

**Base: DO1=Yes**

**DO14. ¿Lo(a) llevaron a una sala de emergencias?**

- 1.  Sí
- 2.  No

*Programmer note: Do NOT randomly order list. Checked=1, not checked=0*

**DO15. ¿Que otras drogas tenía en su organismo en el momento de su sobredosis?** (Seleccione cualquier opción que corresponda).

Programmer note: Use response categories from SU1.

---

### XIII. Actividad criminal (CA)

**BASE: All not previously sent to END**

**CA1. ¿Lo(a) han arrestado alguna vez?**

1.  Sí
2.  No

**BASE: CA1=Yes**

**CA2. ¿Cuándo fue la última vez que fue arrestado(a)?**

1.  Hoy
2.  Últimos 7 días
3.  Últimos 30 días
4.  Últimos 90 días
5.  Últimos 6 meses
6.  Últimos 12 meses
7.  Hace más de 1 año

**BASE: CA2=1-5**

**CA3. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha sido arrestado(a)?** (Incluya cargos originales, así como arrestos por “no presentarse a corte”).

- Veces (especificar) \_\_\_\_\_
- Ninguna

**BASE: CA2=1-3**

**CA4. En los últimos 90 días, ¿cuántas veces ha sido arrestado(a)?** (Incluya cargos originales, así como arrestos por “no presentarse a corte”).

- Veces (especificar) \_\_\_\_\_
- Ninguna

**BASE: CA2=1-5**

**CA5. En los últimos 12 meses, ¿cuántas noches ha pasado en la cárcel o en la prisión?**

- Veces (especificar) \_\_\_\_\_
- Ninguna

**BASE: CA5>0**

**CA6. En los últimos 90 días, ¿cuántas noches ha pasado en la cárcel o en la prisión?**

- Veces (especificar) \_\_\_\_\_
- Ninguna

**BASE: All not previously sent to END**

*Programmer note: Do NOT randomly order list. Checked=1, not checked=0*

**CA7. ¿Actualmente está usted... (Seleccione cualquier opción que corresponda)**

- a.  esperando los cargos, juicio o sentencia?
  - b.  en libertad condicional o libertad bajo palabra?
  - c.  en Derivación asistida por oficiales del orden (LED, por sus siglas en inglés) o en programa de Derivación previo al arresto (PAD, por sus siglas en inglés)?
  - d.  inscrito(a) en una corte de drogas o en un programa de derivación de detención por drogas?
  - e.  Ninguno de los mencionados
- 

## Diagnosis de la salud física (PD)

**BASE: All not previously sent to END**

**PD1a. ¿Qué sexo le asignaron al nacer, en su acta de nacimiento original? (GEN)**

- 1.  Hombre
- 2.  Mujer

**PD1b. ¿Cómo describe su identidad sexual? (GID)**

- 1.  Hombre
- 2.  Mujer
- 3.  Transexual de hombre a mujer (MTF)



4.  Transexual de mujer a hombre (FTM)
5.  Otra identidad sexual (especificar)\_\_\_\_\_

*Programmer note: Do NOT randomly order list. Checked=1, not checked=0*

**PD2. ¿Cuál de los siguientes trastornos le dijo alguna vez un doctor u otro profesional médico que usted tenía?** (Seleccione cualquier opción que corresponda)

- a.  Anemia
- b.  Artritis
- c.  Asma
- d.  Cáncer
- e.  Cirrosis del hígado
- f.  Diabetes tipo I
- g.  Diabetes tipo II
- h.  Fibromialgia
- i.  Enfermedad del corazón
- j.  Hepatitis C
- k.  Presión sanguínea alta (Hipertensión)
- l.  VIH/SIDA
- m.  Osteoporosis
- n.  Pancreatitis
- o.  Neumonía
- p.  Enfermedad transmitida sexualmente (por ejemplo, clamidia, herpes, sífilis, gonorrea)
- q.  Apnea del sueño
- r.  Derrame cerebral
- s.  Tuberculosis
- t.  Úlcera(s)
- u.  Otra afección/ninguna de las mencionadas

---

## Embarazo (PO)

**BASE: PD1=female**

**PO1. ¿Ha estado embarazada alguna vez?**

1.  Sí
2.  No

**BASE: PO1=Yes**

**Piense en su último embarazo...**

**PO2. ¿Usó opioides recetados o heroína durante su embarazo?**

1.  Sí
2.  No

**PO3. ¿Resultó su último embarazo en el nacimiento de un bebé vivo?**

1.  Sí
2.  No

**BASE: PO3=Yes**

**PO4. ¿Se le diagnosticó a su recién nacido con un síndrome de abstinencia neonatal (por ejemplo, abstinencia de opioides)**

1.  Sí
2.  No

**BASE: PO1=Yes**

**BASE: BASELINE, 12 MONTH, 24 MONTH**

**PO5. ¿Está embarazada actualmente?**

1.  Sí
2.  No
3.  No sé/Prefiero no decirlo

---

## **VIH (HV)**

**BASE: All not previously sent to END**

**HV1. ¿Alguna vez se ha hecho la prueba de VIH/SIDA?**

- Sí
- No

**BASE: HV1=Yes**

**HV2. Fecha más reciente de su prueba de VIH**

MM/DD/AA

**BASE: HV1=Yes**

**HV3. ¿Sabe los resultados de su prueba más reciente de VIH?**

1.  No, me hice la prueba, pero no obtuve el resultado
2.  Sí, fue negativa
3.  Sí, fue positiva

**BASE: HV3=3 (Yes, it was positive)**

**HV4. ¿Está tomando medicamentos para su VIH/SIDA actualmente?**

1.  Sí
  2.  No
- 

## HEPATITIS C (HC)

**BASE: All not previously sent to END**

**HC1. ¿Alguna vez se ha hecho la prueba de Hepatitis C?**

1.  Yes
2.  No

**BASE: HC1=Yes**

**HC2. Fecha más reciente de su prueba de Hepatitis C**

MM/DD/AA

**BASE: HC1=Yes**

**HC3. ¿Sabe los resultados de su prueba más reciente de Hepatitis C?**

1.  No, me hice la prueba, pero no obtuve el resultado
2.  Sí, fue negativa
3.  Sí, fue positiva

**BASE: HC3=3 (Yes, it was positive)**

**HC4. ¿Recibió tratamiento para la Hepatitis C?**

1.  Sí
  2.  No
- 

## **XIV. Cómo le va en su vida diaria (EQ)**

*Analyst note: Quality of Life EQ-5D (EQ)*

**Las siguientes preguntas son acerca de su salud y su bienestar.**

**BASE: All not previously sent to END**

**EQ1. ¿Cómo está su habilidad de moverse de un lado a otro?**

1.  No tengo problemas para caminar de un lado a otro
2.  Tengo pocos problemas para caminar de un lado a otro
3.  Tengo problemas moderados para caminar de un lado a otro
4.  Tengo muchos problemas para caminar de un lado a otro
5.  No puedo caminar de un lado a otro

**EQ2. ¿Qué tan bien puede cuidarse a sí mismo(a)?**

1.  No tengo problemas para lavarme o vestirme yo mismo(a)
2.  Tengo pocos problemas para lavarme o vestirme yo mismo(a)
3.  Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme yo mismo(a)
4.  Tengo muchos problemas para lavarme o vestirme yo mismo(a)
5.  No puedo lavarme ni vestirme yo mismo(a)

**BASE: All not previously sent to END**

**EQ3. ¿Cómo se siente al realizar actividades regulares (por ejemplo, trabajo, estudios, tareas domésticas, actividades familiares o de tiempo libre)?**

1.  No tengo problemas para realizar mis actividades normales
2.  Tengo pocos problemas para realizar mis actividades normales

3.  Tengo problemas moderados para realizar mis actividades normales
4.  Tengo muchos problemas para realizar mis actividades normales
5.  No puedo realizar mis actividades normales

**BASE: All not previously sent to END**

**EQ4. ¿Hasta qué punto siente dolor o malestar?**

1.  No siento dolor ni malestar
2.  Siento poco dolor o malestar
3.  Siento dolor o malestar en forma moderada
4.  Siento mucho dolor o malestar
5.  Siento extremo dolor o malestar

**BASE: All not previously sent to END**

**EQ5. ¿Hasta qué punto siente ansiedad o depresión?**

1.  No me siento con ansiedad ni depresión
2.  Me siento con poca ansiedad o depresión
3.  Me siento con ansiedad o depresión en forma moderada
4.  Me siento con mucha ansiedad o depresión
5.  Me siento con extrema ansiedad o depresión

**BASE: All not previously sent to END**

**EQ6. Nos gustaría saber qué tan buena o mala está su salud hoy.** *(Esta escala está numerada del 0 al 100. 100 significa la mejor salud que pueda imaginarse. 0 significa la peor salud que pueda imaginarse. Registre un número del 1 al 100).*

Mi salud hoy es: \_\_\_\_\_

---

## Cómo se siente físicamente (BF)

**BASE: All not previously sent to END.**

**BF1. ¿Diría usted que su estado de salud general es...?:**

1.  Excelente

2.  Muy bueno
3.  Bueno
4.  Regular
5.  Malo

**BF2. Respecto a su salud física –que incluye enfermedades y lesiones—en los últimos 30 días, ¿por cuántos días su salud física no fue buena? (Seleccione Ninguno si es cero días).**

- Días (especificar de 1 a 30) \_\_\_\_\_  
 Ninguno

**BF3. Ahora piense en su salud mental –lo que incluye estrés, depresión y problemas emocionales--. En los últimos 30 días, ¿por cuántos días su salud mental no fue buena? (Seleccione Ninguno si es cero días).**

- Días (especificar de 1 a 30) \_\_\_\_\_  
 Ninguno

**BF4. En los últimos 30 días, ¿por cuántos días la mala salud física o mental le impidieron realizar sus actividades habituales, como cuidados personales, trabajo o actividades recreativas? (Seleccione Ninguno si es cero días).**

- Días (especificar de 1 a 30) \_\_\_\_\_  
 Ninguno

**Las siguientes preguntas se refieren a problemas físicos, mentales o emocionales, o limitaciones que pueda tener en su vida diaria.**

**BF5. ¿Tiene actualmente algún problema físico, mental o emocional que LIMITE de alguna manera sus actividades?**

1.  Sí
2.  No

**Base: BF5=Yes**

*Programmer note: Do NOT randomly order list. Checked=1, not checked=0*

**BF6. ¿Cuál es el MAYOR impedimento o problema de salud que limita sus actividades? (Seleccione uno)**

1.  Artritis/Reumatismo
2.  Problema con la espalda o el cuello
3.  Fracturas, lesiones del hueso o en las articulaciones

4.  Problema para caminar
5.  Problema del pulmón o la respiración
6.  Problema para oír
7.  Problema con los ojos o con la visión
8.  Problema cardíaco
9.  Problema de derrame cerebral
10.  Hipertensión/presión arterial alta
11.  Diabetes
12.  Cáncer
13.  Depresión/ansiedad/problema emocional
14.  Otro impedimento o problema

**Base: BF5=Yes**

**BF7. ¿Por cuánto tiempo han sido limitadas sus actividades debido a su mayor impedimento o problema de salud?**

Días \_\_ \_\_  
Semanas \_\_ \_\_  
Meses \_\_ \_\_  
Años \_\_ \_\_

**Base: All not previously sent to END**

**BF8. Debido a algún impedimento o problema de salud, ¿necesita la ayuda de otras personas con sus necesidades de cuidado personal, tales como comer, bañarse, vestirse o moverse por la casa?**

1.  Sí
2.  No

**BF9. Debido a algún impedimento o problema de salud, ¿necesita la ayuda de otras personas para encargarse de sus necesidades habituales, como las tareas domésticas diarias, atender sus asuntos necesarios, ir de compras o trasladarse de un lugar a otro para otros fines?**

1.  Sí
2.  No

**BF10. En los últimos 30 días, ¿aproximadamente durante cuántos días el DOLOR le dificultó realizar sus actividades habituales, como el cuidado personal, el trabajo o la recreación? (Seleccione Ninguno si es cero días).**

- Días (especificar de 1 a 30) \_\_\_\_\_  
 Ninguno

**BF11. En los últimos 30 días, ¿aproximadamente durante cuántos días se sintió TRISTE, MELANCÓLICO(A) o DEPRIMIDO(A)? (Seleccione Ninguno si es cero días).**

- Días (especificar de 1 a 30) \_\_\_\_\_  
 Ninguno

**BF12. En los últimos 30 días, ¿aproximadamente durante cuántos días se sintió PREOCUPADO(A), TENSO(A) o ANSIOSO(A)?** (Seleccione Ninguno si es cero días).

- Días (especificar de 1 a 30) \_\_\_\_\_  
 Ninguno

**BF13. En los últimos 30 días, ¿aproximadamente durante cuántos días ha sentido que NO DESCANSÓ o DURMIÓ lo SUFICIENTE?** (Seleccione Ninguno si es cero días).

- Días (especificar de 1 a 30) \_\_\_\_\_  
 Ninguno

**BF14. En los últimos 30 días, ¿aproximadamente durante cuántos días se ha sentido MUY SALUDABLE Y LLENO(A) DE ENERGÍA?** (Seleccione Ninguno si es cero días).

- Días (especificar de 1 a 30) \_\_\_\_\_  
 Ninguno

---

## XV. Salud emocional y mental

### Diagnosis de salud emocional y mental (MD)

**BASE: All not previously sent to END**

*Programmer note: Do NOT randomly order list. Checked=1, not checked=0*

**MD1. ¿Alguna vez lo(a) diagnosticaron con cualquiera de las siguientes afecciones?** (Seleccione cualquier opción que corresponda)

- a.  Depresión grave/Depresión clínica
- b.  Trastorno bipolar/ Depresión maníaca
- c.  Distimia
- d.  Trastorno de ansiedad generalizada
- e.  Fobia (por ejemplo, fobias específicas como arañas o fobias generales como agorafobia)
- f.  Trastorno de Estrés Post-Traumático / PTSD, por sus siglas en inglés
- g.  Trastorno de pánico
- h.  Trastorno de conducta (antes de los 18 años)



- i.  Trastorno de la personalidad (por ejemplo, trastorno de personalidad límite, trastorno de personalidad antisocial)
- j.  Trastorno explosivo intermitente
- k.  Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)
- l.  Trastorno obsesivo compulsivo
- m.  Trastorno de la alimentación (por ejemplo, anorexia nerviosa, trastorno alimentario compulsivo)
- n.  Otra afección de salud mental
- o.  Ninguno

*Las siguientes dos preguntas son sobre el suicidio.*

**MD2. En algún momento en los últimos 12 meses, ¿pensó seriamente en tratar de suicidarse?**

- 1.  Sí
- 2.  No

**MD3. Durante los últimos 12 meses, ¿trato de suicidarse?**

- 1.  Sí
  - 2.  No
- 

## **Estrés (PS)**

*Analyst note: This is Perceived Stress Scale (PS)*

**BASE: All not previously sent to END**

*Programmer note: Randomly order list.*

**PS1a-j. Las preguntas en esta escala son acerca de sus emociones y pensamientos en los últimos 30 días. En cada caso, se le pedirá que indique su respuesta al marcar con qué frecuencia se sintió de esa manera. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia...**

a). ...Ha estado molesto(a) por algo que sucedió inesperadamente?

- 1.  Nunca
- 2.  Casi nunca
- 3.  Algunas veces
- 4.  Con frecuencia

5.  Muy seguido

b). ...Sintió que usted no era capaz de controlar las cosas importantes en su vida?

c). ...Se sintió nervioso(a) y tensionado(a)?

d). ...Se sintió seguro(a) acerca de su habilidad para manejar sus propios problemas?

e). ...Sintió que las cosas no estaban saliendo como usted lo deseaba?

f). ...Sintió que usted no podía enfrentar todas las cosas que tenía que hacer?

g). ...Ha sido capaz de controlar molestias en su vida?

h). ...Sintió que usted estaba al corriente de todo?

i). ...Se ha enojado por cosas que estaban fuera de su control?

j). ...Sintió que las dificultades se estaban acumulando tanto que usted no podía vencerlas?

---

## Cómo siente emocionalmente (PQ)

*Analyst note: This is Depression Module - PHQ-8 (PQ)*

**BASE: All not previously sent to END**

*Programmer note: Randomly order list.*

**PQ1a-h. Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias por cualquiera de las siguientes dificultades?**

a) Poco interés o placer en hacer cosas

1.  No del todo
2.  Varios días
3.  Más de la mitad de los días
4.  Casi todos los días

b) Sintiendo decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas

- c) Dificultad en caer o permanecer dormido(a), o dormir demasiado
  - d) Sintiéndose cansado(a) o teniendo poca energía
  - e) Poco apetito o comer en exceso
  - f) Sintiéndose mal con usted mismo(a) — o que usted es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia
  - g) Dificultad en concentrarse en cosas, tales como leer el periódico o ver televisión
  
  - h) Moviéndose o hablando tan lento, que otras personas podrían notarlo. O lo contrario — muy inquieto(a) o agitado(a) que usted ha estado moviéndose mucho más de lo normal
- 

*Analyst note: This is PTSD Scale (PT)*

**BASE: All not previously sent to END**

*Programmer note: Do NOT randomly order list.*

**PT1a-d. En su vida, ¿alguna vez ha tenido alguna experiencia tan espantosa, horrible o molesta que, en los últimos 30 días usted**

- a) ... Ha tenido pesadillas sobre eso o ha pensado en lo que le pasó, sin querer hacerlo?
    - 1.  Sí
    - 2.  No
  
  - b) ... Trató de evitar esos pensamientos o evitó situaciones que para usted le podrían recordar la terrible experiencia que tuvo?
  - c) ... Estaba constantemente en guardia, atento(a) o asustado(a) fácilmente?
  - d) ... Se ha sentido entumecido(a) o separado(a) de otros, de actividades o sus alrededores?
-

## XVI. Apoyo social (SS)

*Programmer Note: This is perceived Social Support Scales (SS)*

**BASE: All not previously sent to END.**

*Programmer note: Randomly order list.*

**SS1a-l. Estamos interesados en lo que piensa sobre las siguientes declaraciones. ¿Diría usted que:**

- a) Hay una persona especial a mi alrededor cuando lo necesito.
    - 1.  Muy de acuerdo
    - 2.  Bastante de acuerdo
    - 3.  Moderadamente de acuerdo
    - 4.  Neutral
    - 5.  Moderadamente en desacuerdo
    - 6.  Bastante en desacuerdo
    - 7.  Muy en desacuerdo
  - b) Hay una persona especial con la que puedo compartir mis alegrías y mis penas.
  - c) Mi familia realmente trata de ayudarme.
  - d) Yo obtengo la ayuda emocional y el apoyo que necesito de mi familia.
  - e) Yo tengo una persona especial que es una verdadera fuente de consuelo para mí.
  - f) Mis amistades realmente tratan de ayudarme.
  - g) Yo puedo contar con mis amistades cuando las cosas salen mal.
  - h) Yo puedo hablar sobre mis problemas con mi familia.
  - i) Yo tengo amistades con quien puedo compartir mis alegrías y mis penas.
  - j) Hay una persona especial en mi vida que se preocupa de mis sentimientos.
  - k) Mi familia está dispuesta a ayudarme a tomar decisiones.
  - l) Yo puedo hablar de mis problemas con mis amistades.
-

## **xvii. Sentimientos de estigma (SG)**

### **BASE: BASELINE**

*Programmer note: Randomly order list.*

**SG1. Por favor, díganos hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes declaraciones.**

- a) Evito ser amigo(a) de personas que no usan drogas.
    - 1.  Muy de acuerdo
    - 2.  De acuerdo
    - 3.  En desacuerdo
    - 4.  Muy en desacuerdo
  - b) Pongo mucho esfuerzo en esconder mi historial de uso de sustancias.
  - c) La vergüenza obstaculiza el modo en que vivo mi vida.
  - d) A menudo miento a las personas sobre mi uso de sustancias si sé que nunca podrían descubrir la verdad.
  - e) A menudo culpo mi historial de uso de sustancias para muchas cosas que NO van a mi manera en la vida.
- 

## **XVIII. Experiencias adversas durante la infancia (AC)**

**Nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre acontecimientos que sucedieron durante su niñez. Esta información nos permitirá comprender mejor los problemas que puedan ocurrir temprano en la vida, y puede ayudar a otros en el futuro. Todas las preguntas se refieren al período de tiempo antes de los 18 años de edad.**

**Ahora, piense en el pasado, antes de tener 18 años de edad ...**

### **BASE: BASELINE**

**AC1. ¿Vivió con alguien que estaba deprimido, mentalmente enfermo o suicida?**

- 1.  Sí
- 2.  No
- 3.  No sé/Prefiero no decirlo

**AC2. ¿Vivió con alguien que tenía problemas de beber o era alcohólico?**

1.  Sí
2.  No
3.  No sé/Prefiero no decirlo

**AC3. ¿ Vivió con alguien que usó drogas ilegales de la calle o que abusó de medicamentos recetados?**

1.  Sí
2.  No
3.  No sé/Prefiero no decirlo

**AC4. ¿ Vivió usted con alguien que estuvo encarcelado o fue sentenciado a cumplir su condena en una prisión, cárcel u otro centro correccional?**

1.  Sí
2.  No
3.  No sé/Prefiero no decirlo

**AC5. ¿ Con qué frecuencia sus padres o adultos en su hogar se golpeaban, se pateaban, se daban puñetes o se lastimaban físicamente entre sí?**

1.  Nunca
2.  Una vez
3.  Más de una vez
4.  No sé/prefiero no decirlo

**AC6. Antes de los 18 años de edad, ¿ con qué frecuencia sus padres o adultos en su hogar le golpeaban, le pateaban o le lastimaban físicamente de alguna manera? No incluya las nalgadas.**

1.  Nunca
2.  Una vez
3.  Más de una vez
4.  No sé/prefiero no decirlo

**AC7. ¿ Con qué frecuencia sus padres o adultos en su hogar le decían groserías, le insultaban o le humillaban?**

1.  Nunca
2.  Una vez
3.  Más de una vez
4.  No sé/prefiero no decirlo

**AC8. ¿ Alguna vez alguien por lo menos 5 años mayor que usted o un adulto, le tocó de manera sexual, trató de hacer que usted lo tocara o le forzó a tener relaciones sexuales?**

1.  Sí

2.  No
3.  No sé/Prefiero no decirlo

**AC9. ¿Con qué frecuencia había un adulto en su hogar que se esforzó para asegurarse de que sus necesidades básicas se cumplieran?**

1.  Nunca
2.  Rara vez
3.  Algunas veces
4.  La mayoría del tiempo
5.  Siempre
6.  No sé/Prefiero no decirlo

**AC10. ¿Con qué frecuencia había un adulto en su hogar que le hacía sentir seguro(a) y protegido(a)?**

1.  Nunca
2.  Rara vez
3.  Algunas veces
4.  La mayoría del tiempo
5.  Siempre
6.  No sé/Prefiero no decirlo

---

## XIX. Seguro de salud (HI)

**BASE: All clients not previously sent to END**

*Programmer note: Do NOT randomly order list. Checked=1, not checked=0*

**HI1. ¿Tiene usted alguno de los siguientes tipos de seguro de salud? (Seleccione todas las opciones que correspondan).**

- a.  Plan de seguro a través de un empleador actual/anterior o un sindicato/unión
- b.  Seguro a través del plan del empleo de otra persona (por ejemplo, esposo(a)/pareja doméstica/uno de los padres u otra persona)
- c.  Seguro privado comprado por usted mismo(a)
- d.  Medicare
- e.  Medicaid
- f.  Seguro proporcionado por la Administración de Veteranos
- g.  Otro
- h.  No tengo seguro de salud

**BASE: HI1=1-7**

**HI2. ¿Cubre su seguro de salud parte de los costos asociados con los servicios de tratamiento asistido por medicamentos (es decir, metadona, buprenorfina, naltrexona)?**

1.  Sí, la mayor parte (75% o más de los costos)
2.  Sí, una parte (menos del 75% pero menos del 25% de los costos)
3.  Sí, muy poco (menos del 25%)
4.  No cubre

**BASE: HI1=1-7**

**HI3. ¿Cubre su seguro de salud parte de los costos asociados con los servicios de consejería para el tratamiento de abuso de sustancias?**

1.  Sí, la mayor parte (75% o más de los costos)
2.  Sí, una parte (menos del 75% pero menos del 25% de los costos)
3.  Sí, muy poco (menos del 25%)
4.  No cubre

---

## xx. Datos demográficos (D)

Select the answer that best describes your current situation.

**BASE: All clients not previously sent to END**

**D1. Su fecha de nacimiento (DOB)**

MM/DD/AA

**BASE: All clients not previously sent to END; baseline only**

*Programmer note: Do NOT randomly order list. Checked=1, not checked=0*

**D1. ¿Es usted de origen hispano o latino? (ETH)**

1.  Sí
2.  No



**D2. ¿A qué raza pertenece? (RCE)** (Seleccione todas las opciones que correspondan).

- a.  Blanca
- b.  Negra o afroamericana
- c.  Indoamericana
- d.  Nativa de Alaska
- e.  Asiática
- f.  Hawaiana o de otras islas del Pacífico
- g.  Otra

*Programmer note: Do NOT randomly order list.*

**D3. ¿Cuál de las siguientes opciones representa cómo se considera usted? (SXP)**

- 1.  Lesbiana o gay
- 2.  Heterosexual o “straight” (no es lesbiana ni gay)
- 3.  Bisexual
- 4.  Algo diferente
- 5.  No sé

**BASE: All clients not previously sent to END**

*Programmer note: Do NOT randomly order list.*

**D4. Su estado civil. (MAS)**

- 1.  Soltero(a), nunca se ha casado
- 2.  Casado(a) o en una relación doméstica
- 3.  Divorciado(a) o separado(a)
- 4.  Viudo(a)
- 5.  Otro

**BASE: All clients not previously sent to END**

**D5. Código postal de su dirección actual (ZIP)**

Código postal

**BASE: All clients not previously sent to END**

*Programmer note: Do NOT randomly order list.*

**D6. ¿Dónde ha vivido la mayor parte del tiempo durante los...**

**[BASELINE:**

**...12 meses antes de ingresar al tratamiento ÍNDICE/**

**12MONTH and 24MONTH:**

**...últimos 12 meses] ?. (HOU)**

1.  Casa o condominio de mi propiedad
2.  Casa, apartamento o habitación que rento o alquilo, o donde tengo permiso para vivir
3.  Dormitorio residencial universitario
4.  Habitación de un hotel
5.  Vivienda con habitaciones de ocupación individual (SRO, por sus siglas en inglés)
6.  Centro de tratamiento residencial
7.  Casa de rehabilitación/Reinserción social (por ejemplo, casa de sobriedad)
8.  Albergue (por ejemplo, alojamiento transitorio de día o noche)
9.  Al aire libre (por ejemplo, en la calle, edificio abandonado, parque público)
10.  Cárcel/prisión
11.  Hospital/centro residencial de atención a largo plazo/casa de reposo o asistencia
12.  Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**BASE: All clients not previously sent to END**

*Programmer note: Do NOT randomly order list.*

**D7a-h. ¿Con quién ha vivido la mayor parte del tiempo durante los...**

**BASELINE:**

**...12 meses antes de ingresar al tratamiento ÍNDICE/**

**12MONTH and 24MONTH:**

**...últimos 12 meses](Seleccione todas las opciones que correspondan) (LIV)**

1.  Con mi esposo(a)/pareja
2.  Con mis hijos
3.  Con mis padres
4.  Con otros familiares cercanos (hermanos, abuelos)
5.  Con amistades/compañeros de vivienda
6.  Nadie más
7.  Otro (por ejemplo, vivo en la cárcel, albergue, sin hogar)

**BASE: All clients not previously sent to END**

*Programmer note: Do NOT randomly order list.*

**D8. Su título o nivel educativo más alto que ha alcanzado. (Si está inscrito(a) en la escuela actualmente, díganos el grado más avanzado que ha completado). (SCH)**

1.  8° grado o menos
2.  Algo de preparatoria o “high school” per sin recibir diploma
3.  Diploma de preparatoria o “high school” o equivalente (por ejemplo, GED)
4.  Algo de capacitación vocacional/técnica después de la preparatoria o “high school”, pero sin recibir diploma
5.  Diploma vocacional/técnico después de la preparatoria o “high school”
6.  Algunos créditos universitarios (college), pero sin título
7.  Grado de asociado
8.  Título de bachillerato
9.  Maestría/Doctorado/Título profesional
10.  Otro

**D9. ¿Está actualmente inscrito(a) en la escuela o en un programa de capacitación laboral? (TRN)**

1.  Inscrito(a), a tiempo completo
2.  Inscrito(a), a tiempo parcial
3.  No estoy inscrito(a)
4.  Otro

**D10. ¿Alguna ha servido en las fuerzas armadas de los Estados Unidos, en la reserva o en la guardia nacional? (MIL)**

1.  Sí, sirviendo actualmente
2.  Sí, separado(a) o retirado(a) actualmente
3.  No

*Programmer note: Do NOT randomly order list.*

**D11. ¿Cómo [SS2=Yes:llega/ SS2=No:llegó] normalmente a sus citas en (FACILITY)? (Si (usa/usó) varios métodos, díganos el que (usó/usaba) más). (TRN)**

1.  Automóvil, camioneta o van que usted conduce/conducía
2.  Automóvil, camioneta o van que conduce/conducía su familia o amistades
3.  Transporte público (por ejemplo, autobús, tren subterráneo)
4.  Taxi o servicio de automóvil (por ejemplo, Uber, Lyft)
5.  Motocicleta
6.  Bicicleta
7.  Caminar
8.  Yo vivo en (FACILITY)
9.  Otro

## Gracias

**¡Gracias por completar la encuesta!**

*[Message if in person with RTI interviewer]*

**Gracias por completar la encuesta. Ahora, su entrevistador(a) hará arreglos para su pago de incentivo.**

*[Message if online with no interviewer]*

**Gracias por completar la encuesta. Haga clic en el botón de abajo para obtener su pago de incentivo.**