Número de OMB:
0930-0357

Fecha de
vencimiento: XX/XX/XXXX

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

# Cuestionario para Adultos

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

**Número de identificación del participante:**

**RESPONDEDOR O PARTICIPANTE: Antes de responder a cualquiera de las preguntas, por favor asegure que su nombre este correcto. Si es incorrecto, hacer el cambio en la caja anterior. No escriba su nombre en ninguna de las otras páginas de este cuestionario. Gracias.**

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

# Cuestionario para Adultos

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

---

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

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

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

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

Declaración sobre responsabilidad pública: Ninguna agencia o patrocinador puede realizar una recolección de datos, y ninguna persona tiene la obligación de responder a un cuestionario que solicite información, a menos que lleve un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) válido. El número de control OMB para este proyecto es 0930-0357. Se calcula que el tiempo necesario para completar esta encuesta es un promedio de 0.20 horas (18 minutos). Envíe sus comentarios sobre la exactitud del tiempo estimado o cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluso sugerencias sobre la manera de reducir el tiempo a SAMHSA Reports Clearance Officer, 5600 Fishers Lane, Room 15E57-B, Rockville, MD 20857.

**INSTRUCCIONES**

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

**CÓMO MARCAR SUS RESPUESTAS**

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

**EJEMPLOS**

Marcas correctas:

Marcas incorrectas:

## Sección de Control de Datos: Para que la complete el personal designado

**N$^{O}$ de identificación del becario**

| SP | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|

**Grupo de diseño del estudio (Elija uno)**
- ○ Intervención
- ○ Comparación

**N$^{O}$ de identificación del participante**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|

**Fecha de administración de la encuesta**

|___|___| / |___|___| / |___|___|___|___|

**Mes** **Día** **Año**

**Tipo de entrevista (elija uno)**
- ○ Inicial
- ○ De salida
- ○ De seguimiento
- ○ Solo servicios de prueba *(pase a la sección B)*

**A )**

**Detalles de la intervención**

**Tipo de encuentro** (elija todo lo que corresponda)
- ○ Individual
- ○ Grupo

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

1.

2.

3.

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

_____encuentros de servicio directo

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

_____minutos

**B )**

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

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

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

Servicios individuales

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

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

Servicios grupales

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

**C) Referencias**

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

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

# Sección Uno: Datos Sobre Usted

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

**1. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?**

|____|____| / |____|____|____|____|
Mes Año

- O Rehusado

**2. ¿Es usted de origen hispano, latino/a o latinx?**

- O Sí
- O No
- O Rehusado

**2a. [Si la respuesta es sí] ¿A qué grupo étnico considera que pertenece? Puede responder "si" a más de una.**

| | Sí | No |
|---|---|---|
| Centroamericano | O | O |
| Cubano | O | O |
| Dominicano | O | O |
| Mexicano | O | O |
| Puertorriqueño | O | O |
| Sudamericano | O | O |
| Otro (especificar) | _____ | |
| Rehusado | O | O |

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

| | Yes | No |
|---|---|---|
| Negra o afroamericana | O | O |
| Blanca | O | O |
| Indoamericana o nativa de Alaska | O | O |
| India asiática | O | O |
| Chino | O | O |
| Filipino | O | O |
| Japones | O | O |
| Coreano | O | O |
| Vietnamita | O | O |
| Otro asiático | O | O |
| Nativa de Hawái | O | O |
| Guameño o chamorro | O | O |
| Samoano | O | O |
| Otra isla del Pacifico | O | O |

**4. ¿Cuál es su género?**

- O Hombre
- O Mujer
- O Transgénero
- O Otro (especificar) _____
- O Rehusado

**4a. [Si la respuesta es SI a transgénero] se considera usted?**

- O Transgénero, hombre a mujer
- O Transgénero, mujer a hombre
- O Transgénero, genero no conforme

**5. ¿Cuál es su orientación sexual?**

- O No gay o lesbiana, o sea, heterosexual
- O Gay o lesbiana
- O Bisexual
- O Queer, pansexual, y/o que se cuestiona
- O ¿Otro? Favor especificar_____
- O Rehusado

**6. Describa dónde vive.**

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

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

- O Sí
- O No

8. **¿Alguna vez ha servido en las Fuerzas Armadas, la Reserva Militar o la Guardia Nacional?**
   - ○ Sí
   - ○ No

9. **En los últimos 30 días, ¿cuántas veces lo(a) han arrestado?**
   - ○ ____veces
   - ○ Me niego a contestar
   - ○ No sé

10. **¿Está actualmente bajo libertad provisional o "parole" o libertad condicional o "probation"?**
    - ○ Sí
    - ○ No

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

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

13. **¿Sabría usted a <u>dónde</u> ir cerca de donde vive para consultar a un profesional de salud sobre problemas relacionados con el alcohol y las drogas?**
    - ○ Sí
    - ○ No

14. **¿Sabría usted a <u>dónde</u> ir cerca de donde vive para consultar a un profesional de salud sobre el VIH/SIDA o algún otro problema de transmisión sexual?**
    - ○ Sí
    - ○ No

15. **Piense acerca de los miembros de su hogar que viven con usted en este momento. Aproximadamente, ¿cuál ha sido su ingreso y el de los miembros de su familia durante los últimos 12 meses, antes de pagar los impuestos o "taxes"?** *(Incluya manutención infantil y pagos en efectivo del gobierno, como por ejemplo asistencia social [Asistencia Temporaria para Familias Necesitadas, en inglés Temporary Assistance for Needy Families o TANF], Seguridad de Ingreso Suplementario [SSI, por sus siglas en inglés] o compensación por desempleo)*
    - ○ $0–$10,000
    - ○ $10,001–$30,000
    - ○ $30,001–$50,000
    - ○ $50,001–$70,000
    - ○ Más de $70,000

# Sección Dos: Actitudes y Conocimiento

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

**16. ¿Qué nivel de riesgo piensa usted que tienen las personas de dañarse físicamente o de otras maneras cuando usan tabaco una o dos veces por semana?** *Por tabaco, queremos decir cigarrillos mentolados, cigarrillos regulares, tabaco suelto enrollado como cigarrillos o puros, tabaco en pipa, rapé, tabaco de mascar, tabaco en polvo, tabaco picado "snus" y otros.*

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

**17. ¿Qué nivel de riesgo piensa usted que tienen las personas de dañarse físicamente o de otras maneras cuando toman demasiadas bebidas alcohólicas una o dos veces por semana?** *Tomar demasiadas bebidas alcohólicas es 5 o más bebidas alcohólicas a la vez o en un lapso de un par de horas para los hombres, 4 o más para las mujeres. Por bebida alcohólica queremos decir, cerveza, vino, "wine cooler," bebidas de malta o licor.*

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

**18. ¿Qué nivel de riesgo piensa usted que tienen las personas de dañarse físicamente o de otras maneras cuando usan marihuana o hachís una o dos veces por semana?** *A la marihuana a veces se la conoce como hierba, mota, mafu, juana, porro. Hachís a veces se conoce como hash o aceite de hash.*

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

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

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

**20. ¿Qué nivel de riesgo piensa usted que tienen las personas de dañarse físicamente o de otras maneras cuando usan drogas opioides no recetadas una o dos veces por semana?** *Por drogas opioides no recetadas nos referimos a la droga ilegal heroína y los opioides sintéticos ilícitos como fentanilo.*

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

**21. ¿Qué nivel de riesgo piensa usted que tienen las personas de dañarse físicamente o de otras maneras cuando toman medicamentos opioides recetados sin que los recete un médico una o dos veces por semana?** *Por medicamentos opioides recetados, nos referimos a medicamentos para el dolor como oxicodona, (OxyContin®, Percocet), hidrocodona (Vicodin®), codeina, morfina, metadona, tramadol, hidromorfona, oximorfina, tapentadol.*

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

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

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

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

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

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

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

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

# Sección Tres: Comportamiento

## Tabaco, Alcohol y Drogas

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

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

## Conducta Sexual

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

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

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

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

| **Durante los últimos 30 días, ¿ha tenido sexo sin protección con …** | | | |
|---|---|---|---|
| Un hombre | ○ sí | ○ no | |
| Una mujer | ○ sí | ○ no | |
| Un individuo transgénero | ○ sí | ○ no | |
| Una pareja romántica en una relación monógama | ○ sí | ○ no | |
| Varias parejas | ○ sí | ○ no | |
| Una persona VIH positiva | ○ sí | ○ no | ○ no sé |
| Una persona con hepatitis positiva | ○ sí | ○ no | ○ no sé |
| Una persona que se inyecta drogas | ○ sí | ○ no | ○ no sé |
| Un hombre que tiene sexo con hombres | ○ sí | ○ no | ○ no sé |

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

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

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

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

# ¡HA TERMINADO!
# ¡Muchas gracias por su ayuda!