

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

**Cuestionario para Jóvenes**

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 Jóvenes

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 personas que viven en los Estados Unidos. Los datos serán utilizados para ayudar a que las iniciativas para la prevención puedan aprender más acerca de cómo prevenir el uso de drogas y la infección del VIH en los jóvenes.

Completar este cuestionario es voluntario. Si no quieres responder a ninguna de estas preguntas, no tienes que hacerlo. Si decides no participar en esta encuesta, esto no afectará tu participación en programas de servicios directos. Sin embargo, tus respuestas son muy importantes para nosotros. Por favor responde a las preguntas con honestidad --en base a lo que realmente haces, piensas y sientes. Tus respuestas no serán compartidas con nadie, ni con tu familia ni con tu comunidad. **No escribas tu nombre en ninguna parte de este cuestionario.**

Quisiéramos que respondas con cierta rapidez para poder terminar de hacerlo. Por favor, responde las preguntas en silencio por ti mismo(a). Si tienes alguna pregunta o no comprendes algo, díselo al recolector de datos.

Pensamos que encontrarás que este cuestionario es interesante y te 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. Envía tus 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. Responde a cada pregunta marcando uno de los círculos con respuesta. Algunas preguntas te permiten que marques más de una respuesta. Si no encuentras una respuesta exacta, elige la más apropiada para ti.
2. Marca tus respuestas con cuidado para que podamos determinar qué círculo elegiste. No escribas ni marques el espacio entre los círculos.
3. Es muy importante que respondas cada pregunta con sinceridad. Tus respuestas no serán útiles a menos que digas la verdad.

### CÓMO MARCAR SUS RESPUESTAS

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

### EJEMPLOS

Marcas correctas:      Marcas incorrectas:

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

### Nº de Identificación del Becario

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

### Grupo de diseño del estudio (elija uno)

- Intervención
- Comparación

### Nº de Identificación del participante

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

### Fecha de administración de la encuesta

			/				/				
Mes				Día				Año			

### Tipo de entrevista (elija uno)

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

### A) Detalles de la intervención

#### Tipo de encuentro (Elija todo lo que corresponda)

- Individual
- Grupo

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

- 1.
- 2.
- 3.

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

\_\_\_\_\_encuentros de servicio directo

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

\_\_\_\_\_minutos

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

#### Servicios de prueba

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

#### Servicios de atención médica

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

#### Servicios individuales

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

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

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

#### Servicios grupales

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

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

### C) Referencias

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

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

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

## Sección Uno: Datos Sobre Ti

Primero, quisiéramos hacerte algunas preguntas sobre ti. No usaremos esta información para identificarte de ninguna manera, sino para ver qué tienen que decir los diferentes grupos de personas. Por ejemplo, lo que tienen que decir los jóvenes de 12 años y cómo eso puede ser diferente a lo que los jóvenes de 17 años tengan que decir.

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

Mes				Año							

Rehusado

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

- Sí
- No
- Rehusado

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

	Sí	No
Centroamericano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cubano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dominicano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mexicano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puertorriqueño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sudamericano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro (especificar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rehusado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**3. ¿Cuál es tu raza? (Puedes seleccionar una o más categorías)**

	Yes	No
Negra o afroamericana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blanca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indoamericana o nativa de Alaska	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
India asiática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Filipino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Japones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coreano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vietnamita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro asiático	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nativa de Hawái	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Guameño o chamorro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samoano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra isla del Pacífico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**4. ¿Cuál es su género?**

- Hombre
- Mujer
- Transgénero
- Otro (Especificar) \_\_\_\_\_
- Rehusado

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

- Transgénero, hombre a mujer
- Transgénero, mujer a hombre
- Transgénero, género no conforme

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

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

**6. Describe dónde vives.**

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

**7. ¿Con quién vives?**

(Marca todas las respuestas que correspondan)

- Solo(a)
- Con mis padres
- Con parientes que no son los padres
- Con una familia 'foster'.
- Con compañeros de habitación
- Otro

**8. ¿Alguna vez te han suspendido de la escuela debido al uso de drogas o alcohol?**

- Sí
- No

**9. En los últimos 30 días, ¿cuántas veces te han arrestado?**

- \_\_\_\_ veces
- Me niego a contestar
- No sé

10. ¿Alguna vez te han informado sobre tu condición de VIH (es decir, si eres o no eres VIH positivo) en base a los resultados de la prueba de VIH?
- Sí
  - No
11. ¿Alguna vez te han informado sobre tu condición de hepatitis viral (es decir, si tienes o no tienes la infección de hepatitis viral) en base a los resultados de la prueba de detección de hepatitis viral?
- Sí
  - No
12. ¿Hay un consultorio médico, centro de salud u otro lugar similar al que vas normalmente cuando te enfermas?
- Sí
  - No

## Sección Dos: Actitudes y Conocimiento

En esta sección, te preguntaremos cómo te sientes acerca de ciertas cosas, como el uso de sustancias y la conducta sexual. Recuerda que tus respuestas son privadas y no se usarán para identificarte.

13. ¿Qué nivel de riesgo piensas 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
14. ¿Qué nivel de riesgo piensas 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
15. ¿Qué nivel de riesgo piensas 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
16. ¿Qué nivel de riesgo piensas 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.*
- Ningún riesgo
  - Riesgo leve
  - Riesgo moderado
  - Gran riesgo
  - No sé o no puedo decirlo
17. ¿Qué nivel de riesgo piensas 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®), codeína, morfina, metadona, tramadol, hidromorfona, oximorfina, tapentadol.*
- Ningún riesgo
  - Riesgo leve
  - Riesgo moderado
  - Gran riesgo
  - No sé o no puedo decirlo
18. ¿Qué nivel de riesgo piensas que tienen las personas de dañarse físicamente cuando se **inyectan drogas** por razones no médicas?
- Ningún riesgo
  - Riesgo leve
  - Riesgo moderado
  - Gran riesgo
  - No sé o no puedo decirlo
19. Podría decir no si un amigo me ofreciera una bebida alcohólica.
- Muy de acuerdo
  - De acuerdo
  - En desacuerdo
  - Muy en desacuerdo

**20. Podría negarme si un(a) amigo(a) me ofreciera drogas, incluyendo marihuana.**

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

Las siguientes dos preguntas son sobre el **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.

**21. ¿Qué nivel de riesgo piensas que tienen las personas de dañarse a sí mismas si tienen relaciones sexuales sin condón?**

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

**22. Podría negarme si alguien quisiera tener sexo sin condón.**

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

## Sección Tres: Comportamiento

En esta sección te preguntaremos acerca del uso de sustancias y la conducta sexual. Recuerda que tus respuestas se mantendrán privadas.

### Tabaco, alcohol y drogas

Piensa acerca de los últimos 30 días y anota cuántos días, si hubo alguno, en que hiciste alguna de las siguientes cosas.

Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días, si hubo alguno, ...	Definiciones
<b>23. Usaste tabaco?</b>	<p style="text-align: center;"> __ __  Días</p> <input type="radio"/> No sé o no puedo decirlo
<b>24. Usaste productos de vapor electrónicos?</b>	<p style="text-align: center;"> __ __  Días</p> <input type="radio"/> No sé o no puedo decirlo
<b>25. Tomaste bebidas alcohólicas? (cualquier tipo de uso)</b>	<p style="text-align: center;"> __ __  Días</p> <input type="radio"/> No sé o no puedo decirlo
<b>26. Tomaste demasiadas bebidas alcohólicas?</b>	<p style="text-align: center;"> __ __  Días</p> <input type="radio"/> No sé o no puedo decirlo
<b>27. Usaste marihuana o hachís?</b>	<p style="text-align: center;"> __ __  Días</p> <input type="radio"/> No sé o no puedo decirlo
<b>28. Usaste medicamentos opioides recetados sin que te los haya recetado un médico?</b>	<p style="text-align: center;"> __ __  Días</p> <input type="radio"/> No sé o no puedo decirlo
<b>29. Usaste otros medicamentos recetados sin que te los haya recetado un médico?</b> Por favor, no incluyas medicamentos opioides recetados.	<p style="text-align: center;"> __ __  Días</p> <input type="radio"/> No sé o no puedo decirlo
<b>30. Usaste drogas o medicamentos opioides no recetados?</b>	<p style="text-align: center;"> __ __  Días</p> <input type="radio"/> No sé o no puedo decirlo
<b>31. Usaste alguna otra droga ilegal?</b> Por favor, no incluyas marihuana/hachís y drogas opioides no recetadas.	<p style="text-align: center;"> __ __  Días</p> <input type="radio"/> No sé o no puedo decirlo
<b>32. Te inyectaste alguna droga?</b>	<p style="text-align: center;"> __ __  Días</p> <input type="radio"/> No sé o no puedo decirlo



Ahora te queremos preguntar acerca de tus experiencias sexuales. Recuerda que tus respuestas se mantendrán privadas.

33. Durante los **últimos 3 meses**, ¿con cuántas personas tuviste sexo?

- 0 personas
- 1 persona
- 2 personas
- 3 personas
- 4 personas
- 5 personas
- 6 personas o más

34. En los **últimos 30 días**, ¿has tenido sexo después de haberte emborrachado o drogado?

- Sí
- No

35. Durante los **últimos 30 días**, ¿has tenido sexo sin protección? Si la respuesta es sí, selecciona todas las respuestas que correspondan. *Sexo sin protección, es sexo vaginal, oral o anal en el que no se utiliza una barrera como un condón.*

- No
- Sí, sexo oral sin protección
- Sí, sexo vaginal sin protección
- Sí, sexo anal sin protección

**¡HAS TERMINADO!**  
**¡Muchas gracias por tu ayuda!**