



Estudio de los Resultados de Tratamiento de Kentucky (KTOS)

Para pacientes mayores de 18 años

Entrevista de admisión para el año fiscal 2024

Fecha de entrada en vigor: 1 de julio de 2023

Fecha de revisión: 1 de septiembre de 2023

Estudio de los Resultados de Tratamiento de Kentucky (KTOS) Para pacientes mayores de 18 años

Entrevista de admisión para el año fiscal 2024

Fecha de entrada en vigor: 1 de julio de 2023

Fecha de revisión: 1 de septiembre de 2023

Use el programa de recopilación de información en línea a través del enlace de ingreso de datos electrónico para hacer la entrevista de admisión, disponible en <https://ukcdar.uky.edu/KTOS>.

Si debe usar la versión impresa de la entrevista de admisión a KTOS (p. ej., si internet no funciona o no hay una computadora disponible en el momento de la entrevista), asegúrese de ingresar las respuestas en el sitio web de KTOS **en un plazo de 7 días** a fin de que la información pueda utilizarse para el estudio.

Instrucciones para el/la consejero/a: responda las siguientes preguntas antes de comenzar la entrevista con el/la paciente. Si el/la paciente es menor de 17 años, salga del programa actual y abra el programa KTOS para adolescentes en su lugar.

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Toda la información de los pacientes es confidencial (cuenta con identificadores que se almacenan por separado de las respuestas de admisión), está encriptada (o codificada) para que solo puedan leerla quienes tengan una clave específica, y su acceso está limitado solo al personal autorizado. La información de identificación se usa para cotejar los datos de los eventos de servicio.

1. Nombre del/de la paciente: Nombre _____ Apellido _____
2. Fecha de nacimiento del/de la paciente: _____ (MM/DD/AAAA)
3. Número de Seguro Social del/de la paciente (*Esta información se usa para cotejar los datos de los eventos de servicio. Se mantendrá encriptada, y el acceso a ella se limitará solo al personal autorizado.*)
____ - ____ - _____
4. Persona que completa esta encuesta (**marque la opción correspondiente con un círculo**):
 - a. Personal clínico
 - b. Paciente
5. Sede regional del centro comunitario para la salud mental (CMHC) para este programa de tratamiento:

1 = Four Rivers

2 = Pennyroyal

3 = River Valley

4 = LifeSkills

5 = Communicare

6 = Centerstone

7 = NorthKey

8 = Comprehend

10 = Pathways

11 = Mountain

12 = Kentucky River

13 = Cumberland River

14 = Adanta

15 = Bluegrass

16 = GENESIS

98 = Transitions

22 = Morehead State Univeristy

Si no conoce el número de identificación de su centro o no lo ve en la lista, seleccione la opción que más se corresponda con este (es decir, la sede principal, o el lugar donde asiste a las reuniones o donde se emite su cheque de pago).

6. Número de identificación o código del centro para este programa de tratamiento: _____
7. Para hacer un seguimiento preciso de los pacientes y permitirnos comunicarnos con el personal del programa en caso de tener preguntas, ingrese la información de contacto del/de la miembro del personal que realiza la entrevista de admisión con el/la paciente.
 - a. Nombre y apellido del/de la miembro del personal o profesional clínico/a: _____
 - b. Correo electrónico del/de la miembro del personal o profesional clínico/a: _____
 - c. Número de teléfono laboral del/de la miembro del personal o profesional clínico/a: (_____) ____ - _____

Preguntas preliminares

Responda las siguientes preguntas antes de comenzar la entrevista con el/la paciente.

1. Fecha de la entrevista de admisión (**es decir, la fecha real en que se realizó la entrevista con el/la paciente**):
_____ (MM/DD/AAAA)

Nota: Si registra las respuestas de la entrevista en la versión impresa, debe ingresar los datos en la encuesta de recopilación de información en línea en un plazo de 7 días.

2. Fecha de admisión (**es decir, la fecha en que se admitió al/a la paciente en este programa o episodio de tratamiento**): _____ (MM/DD/AAAA)

Introducción

Las siguientes preguntas son parte del **Estudio de los Resultados de Tratamiento de Kentucky (KTOS)**. El KTOS es un componente importante del plan de Kentucky para mejorar el tratamiento contra el abuso de sustancias. Implica la recopilación de información de pacientes antes y después de recibir tratamiento, a fin de conocer más sobre el proceso de tratamiento y las personas que participan en los programas de tratamiento. Los gobiernos federales y locales suelen responder a los problemas de abuso de sustancias financiando más prisiones. **El KTOS permite apoyar los programas de tratamiento contra el abuso de sustancias como una mejor alternativa a las prisiones para las personas que tienen este tipo de problemas de consumo.**

El KTOS es una encuesta confidencial de dos partes.

La **primera parte** consta de una entrevista presencial con un/a consejero/a, que se completa como parte del proceso de admisión al tratamiento y dura entre 20 y 30 minutos. Responderá una serie de preguntas sobre salud física y mental, educación y empleo, consumo de sustancias, participación legal y apoyo durante la rehabilitación.

La **segunda parte** incluye una entrevista telefónica que se realizará dentro de unos 12 meses. Al final de la primera parte, se le pedirá que se ofrezca como voluntario/a para la segunda parte del estudio. Si está de acuerdo, su nombre se incluirá en el grupo de pacientes que aceptaron recibir una llamada telefónica por parte del personal del **Estudio de Seguimiento de la Salud de la Universidad de Kentucky** para responder preguntas similares dentro de un año aproximadamente. Los pacientes que completen la **segunda mitad de la encuesta** recibirán un cheque de agradecimiento por un valor de **USD 20** de parte de la Universidad de Kentucky.

Es muy importante que sepa que **toda la información de la entrevista de seguimiento se mantendrá confidencial**. Nunca revelaremos su nombre ni lo vincularemos a las respuestas que dé en la encuesta de seguimiento. Al redactar los informes, solo se incluyen los resultados generales de todo el grupo de participantes, y no los resultados individuales. Contamos con un **Certificado Federal de Confidencialidad que nos prohíbe revelar información sobre una persona, incluso bajo orden judicial**. Sus respuestas a las preguntas de la encuesta de seguimiento están bien protegidas.

Su participación también nos ayudará a mejorar el tratamiento futuro de otras personas y nos proporcionará información importante sobre las experiencias de quienes están bajo tratamiento por abuso de sustancias.

Sección A: información básica sobre el/la paciente

El objetivo de estas primeras preguntas es recopilar la información básica que necesitamos para empezar la entrevista y saber un poco más sobre los servicios que podrían interesarle.

1. ¿Cuál es su género?
 - 1 = Masculino
 - 2 = Femenino
 - 3 = Transgénero (masculino a femenino)
 - 4 = Transgénero (femenino a masculino)

2. ¿Con qué raza/etnia se identifica? **Seleccione TODAS las opciones que correspondan.**
 - Blanca (no de origen hispano)
 - Afroamericana (no de origen hispano)
 - Indígena americana
 - Nativa de Alaska
 - Asiática o nativa de las islas del Pacífico
 - Hispana (mexicana)
 - Hispana (puertorriqueña)
 - Hispana (cubana)
 - Hispana (otra)
 - Otra (especificar): _____

3. ¿Cuál cree que es su principal fuente de remisión a este centro? **Seleccione una opción.**
 - 1 = Fui remitido/a por el tribunal (juez o agente de libertad condicional)
 - 2 = Fui remitido/a por los Servicios de Protección a Niños o Adultos (Departamento de Servicios Comunitarios [DCBS])
 - 3 = Fui remitido/a por conducir bajo la influencia de sustancias (DUI)
 - 4 = Fui remitido/a por mi padrino de Alcohólicos Anónimos (AA)/Narcóticos Anónimos (NA)
 - 5 = Fui remitido/a por mi empleador
 - 6 = Yo solo/a decidí que necesitaba ayuda
 - 7 = Ninguna de las anteriores

- 3a. ¿El tribunal u otro organismo estatal le ordenó este tratamiento? 0 = No 1 = Sí

Sección B: salud y estrés

Las siguientes preguntas tratan sobre la salud física. Es importante considerar la salud física para poder identificar los problemas y necesidades de salud que podría tener, y para poder hacer un seguimiento de estos.

1. Según su opinión, ¿cuál es el estado de su salud física?

- 1 = Deficiente
- 2 = Regular
- 3 = Bueno
- 4 = Muy bueno
- 5 = Excelente

2. ¿Alguna vez un médico le dijo que tenía alguna de las siguientes afecciones médicas crónicas?

Marque TODAS las opciones que correspondan.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad/insuficiencia renal |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Cirrosis hepática |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular/cardíaca
(p. ej., hipertensión, accidente cerebrovascular,
insuficiencia cardíaca, angina de pecho) | <input type="checkbox"/> Pancreatitis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
(EPOC) (p. ej., enfisema) | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Hepatitis C |
| <input type="checkbox"/> Problemas dentales graves | <input type="checkbox"/> VIH/sida |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Otras infecciones de transmisión sexual (ITS)
(p. ej., clamidia, gonorrea, herpes genital,
tricomoniasis, sífilis, virus del papiloma humano [HPV]) |
| | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |

3. Piense en el estado de su **salud física** (que incluye enfermedades y lesiones físicas) durante los 30 días previos al inicio de su participación en este programa. ¿Cuántos días su salud física no fue buena? _____ día/s

4. Piense en el estado de su **salud mental** (que incluye estrés, depresión y problemas emocionales) durante los 30 días previos al inicio de su participación en este programa. ¿Cuántos días su salud mental no fue buena? _____ día/s

(Si respondió "0" a las preguntas 3 y 4, omita la pregunta 5).

5. Durante los 30 días previos al inicio de su participación en este programa, ¿aproximadamente cuántos días dicho **estado de salud física o mental deficiente** le impidió realizar sus actividades habituales, como aquellas relacionadas con cuidado personal, el trabajo o el ocio? _____ día/s

6. El índice de masa corporal (IMC) se basa en el peso y la estatura de una persona. Esta medida ayuda a comprobar el estado de salud actual y sugiere la posibilidad de correr ciertos riesgos para la salud. ¿Cuál es su estatura? _____ pies _____ pulgadas

7. ¿Cuál es su peso? _____ libras

8. [SOLO PARA PACIENTES DE SEXO FEMENINO] Otro ámbito de necesidades y servicios de atención médica especiales incluye el embarazo. ¿Está cursando un embarazo actualmente?

(Si responde “No”, pase a la pregunta 9). 0 = No 1 = Sí 99 = N/C (paciente de sexo masculino)

8a. ¿Cuántas semanas lleva de embarazo? _____ semanas (de 0 a 45)

9. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia consumió bebidas alcohólicas, medicamentos recetados o drogas ilegales para aliviar el dolor físico?

Casi nunca	A veces	Aproximadamente la mitad del tiempo	La mayor parte del tiempo	Casi siempre
1	2	3	4	5

10. A lo largo de los 12 meses previos al inicio de su participación en este programa, ¿sufrió dolor crónico grave durante, al menos, 3 meses (p. ej., dolor a causa de artritis, fibromialgia o lesiones que no se curaron)?

(Si responde “No”, pase a la pregunta 11). 0 = No 1 = Sí

10a. Durante los 12 meses previos al inicio de su participación en este programa, ¿cuántos meses sufrió dicho dolor crónico? _____ meses

10b. Durante los 30 días previos al inicio de su participación en este programa, ¿cuántos días sufrió dicho dolor crónico? _____ día/s

10c. ¿A qué edad empezó a sufrir algún tipo de dolor crónico? _____

10d. Califique la intensidad PROMEDIO del dolor crónico que sufrió durante los 30 días previos al inicio de su participación en este programa. Seleccione un puntaje, donde “0” significa “Nada de dolor” y “10” corresponde a “El peor dolor imaginable”.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. ¿Qué tipo de seguro médico tenía antes del inicio de su participación en este programa? **Seleccione una opción.**

1 = Sin seguro médico

2 = Seguro a través de mi empleador

3 = Seguro a través del empleador de mi pareja

4 = Seguro a través del Mercado de Seguros Médicos

5 = Otro seguro privado (trabajador/a independiente)

6 = Medicaid (tarjeta médica, programa Passport)

7 = Medicare

8 = Seguro del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA)/Programa Médico y de Salud Civil del Departamento de Asuntos de los Veteranos (CHAMPVA)/TRICARE

9 = Seguro a través de mis padres o del empleador de mis padres

10 = Otro (especificar): _____

12. En una escala del 1 al 10 (donde “1” significa “La peor calidad posible” y “10” corresponde a “La mejor calidad posible”), ¿cómo calificaría su calidad de vida hoy?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sección C: salud emocional

Aunque las personas presentan dificultades debido al consumo de drogas o alcohol, muchas de ellas también tienen problemas en otras áreas de la vida, como la salud, el empleo o las relaciones. En la siguiente sección, se le preguntará si cree que tiene problemas significativos en ciertas áreas relacionadas con la salud emocional. Se trata de una oportunidad para que describa los posibles problemas que tuvo en los 12 meses previos al inicio de su participación en este programa.

Piense en los 12 meses previos al inicio de su participación en este programa:

1. ¿Sintió depresión o tristeza de forma constante, la mayor parte del día y prácticamente todos los días durante dos semanas consecutivas?

0 = No 1 = Sí

2. ¿Se sintió mucho menos interesado/a en la mayoría de los aspectos de la vida diaria o mucho menos capaz de disfrutar de las cosas que solía disfrutar la mayor parte del tiempo durante dos semanas consecutivas?

0 = No 1 = Sí

(Si respondió “No” a las preguntas 1 y 2, pase a la pregunta 3).

<i>Piense en el período de dos semanas durante el cual sintió depresión o desinterés:</i>	No	Sí
a. La mayoría de los días, ¿su apetito disminuyó o aumentó? ¿Su peso bajó o aumentó de forma involuntaria (p. ej., ±8 libras en un mes en una persona que pesa 160 libras)?	0	1
b. La mayoría de las noches, ¿tuvo problemas para dormir (p. ej., tener dificultad para conciliar el sueño, despertarse en mitad de la noche o durante la madrugada, o dormir en exceso)?	0	1
c. La mayoría de los días, ¿habló o se movió más despacio de lo normal, estuvo nervioso/a o intranquilo/a, o le costó quedarse quieto/a?	0	1
d. La mayoría de los días, ¿sintió cansancio o falta de energía?	0	1
e. La mayoría de los días, ¿se sintió inútil o culpable?	0	1
f. La mayoría de los días, ¿tuvo problemas para concentrarse o tomar decisiones?	0	1
g. ¿Pensó reiteradas veces en hacerse daño o quitarse la vida, o deseó estar muerto/a?	0	1

3. Durante los 12 meses previos al inicio del tratamiento, ¿experimentó algún período de 6 meses o más en el que se preocupó excesivamente o estuvo ansioso/a por varias cosas (como la familia, la salud, las finanzas, los estudios o los problemas laborales)? **(Si responde “No”, pase a la pregunta 7).** 0 = No 1 = Sí
4. ¿Tiene estas preocupaciones la mayoría de los días? 0 = No 1 = Sí
5. ¿Le cuesta controlar las preocupaciones o estas interfieren en su capacidad para concentrarse en lo que está haciendo? 0 = No 1 = Sí

<i>Piense en el período durante el cual sintió ansiedad:</i>	No	Sí
6a. ¿Se sintió intranquilo/a, nervioso/a o al límite?	0	1
6b. ¿Se sintió tenso/a (es decir, tensión muscular)?	0	1
6c. ¿Se sintió cansado/a, débil o exhausto/a con facilidad?	0	1
6d. ¿Tuvo problemas para concentrarse o para evitar que la mente se le pusiera en blanco?	0	1
6e. ¿Sintió irritabilidad?	0	1
6f. ¿Tuvo problemas para dormir (p. ej., tener dificultad para conciliar el sueño, despertarse en mitad de la noche o durante la madrugada, o dormir en exceso)?	0	1

Piense en los 12 meses previos al inicio de su participación en este programa:

7. ¿Pensó en quitarse la vida o cometer suicidio? 0 = No 1 = Sí
8. ¿Intentó quitarse la vida? 0 = No 1 = Sí
9. ¿Cuánto le preocupa su seguridad personal en el día a día?
 0 = Nada
 1 = Muy poco
 2 = Un poco
 3 = Bastante
 4 = Mucho
10. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia consumió bebidas alcohólicas, medicamentos recetados o drogas ilegales para reducir el estrés, la ansiedad, la preocupación, la tristeza o el miedo?

Casi nunca	A veces	Aproximadamente la mitad del tiempo	La mayor parte del tiempo	Casi siempre
1	2	3	4	5

La siguiente serie de preguntas se refiere a los actos hirientes que podría haber sufrido por parte de otras personas en la infancia (menor de 18 años). Estas preguntas son importantes porque, a veces, los antecedentes pueden influir en nuestras emociones y estilos para afrontar problemas. Conforme a las investigaciones, se demostró que los acontecimientos estresantes que nos suceden en la infancia y lo que nos ocurre de adultos son significativos. Solo deberá responder “SÍ” o “NO” a las preguntas, y no se le pedirá que proporcione detalles sobre ninguna de sus experiencias. **(Nota para la persona a cargo de la entrevista: Si el/la paciente no está seguro/a de si algo ocurrió o no, márkelo como “No”).**

<i>Piense en la etapa anterior a cumplir 18 años:</i>	No	Sí
11. ¿Algún miembro de su familia estuvo en prisión?	0	1
12. ¿Sus padres se separaron o se divorciaron (antes de que usted cumpliera 18 años)?	0	1
13. ¿Vivió con alguna persona que tenía problemas de alcoholismo o consumía drogas ilegales?	0	1
14. ¿Algún miembro de su familia sufría depresión o una enfermedad mental, o intentó suicidarse?	0	1
15a. ¿Solía sentir que no tenía suficiente para comer, que tenía que usar la ropa sucia y que no tenía a nadie que lo/a protegiera?	0	1
15b. ¿Solía sentir que sus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarlo/a o llevarlo/a al médico si lo necesitaba?	0	1
16a. ¿Solía sentir que ningún miembro de su familia lo/a quería o que nadie lo/a consideraba importante o especial?	0	1
16b. ¿Solía sentir que sus familiares no se cuidaban entre sí, no tenían una relación cercana o no se apoyaban mutuamente?	0	1
17a. ¿Su madre o madrastra solía sufrir empujones, agarrones y bofetadas, o se le lanzaban objetos para golpearla?	0	1
17b. ¿Su madre o madrastra solía recibir patadas, mordidas, puñetazos o golpes con un objeto duro (ya sea a veces o con frecuencia)?	0	1
17c. ¿Alguna vez a su madre o madrastra la golpearon repetidamente durante al menos unos minutos, o la amenazaron con un arma de fuego o con un cuchillo?	0	1
18a. ¿Su padre o madre u otro adulto del hogar solían insultarlo/a, menospreciarlo/a o humillarlo/a?	0	1
18b. ¿Su padre o madre u otro adulto del hogar solían actuar de una manera que le generaba temor de que podrían hacerle daño físico?	0	1
19a. ¿Su padre o madre u otro adulto del hogar solían empujarlo/a, agarrarlo/a, abofetearlo/a o lanzarle objetos para golpearlo/a?	0	1
19b. ¿Alguna vez su padre o madre u otro adulto del hogar lo/a golpearon con tanta violencia que le dejaron marcas o le provocaron lesiones?	0	1
20a. ¿Alguna vez un adulto o una persona al menos 5 años mayor que usted lo/a manoseó, lo/a acarició o le pidió que le tocara el cuerpo de forma sexual?	0	1
20b. ¿Alguna vez un adulto o una persona al menos 5 años mayor que usted intentó tener o tuvo relaciones sexuales orales, anales o vaginales con usted?	0	1

21. El siguiente grupo de preguntas se refiere a situaciones donde fue víctima de un delito, otra persona lo/a perjudicó o se sintió inseguro/a en algún momento de su vida y en los últimos 12 meses. Solo deberá responder “sí” o “no” a las preguntas; si selecciona “sí”, se le preguntará si el agresor fue su pareja o expareja, un conocido o familiar, o un desconocido. No deberá proporcionar ningún otro detalle.

	Alguna vez en su vida		En los últimos 12 meses	
	No	Sí	No	Sí
a. ¿Sufrió algún robo o asalto (es decir, alguien le arrebató su cartera, dinero u otros objetos de valor) por parte de alguien que usó la fuerza o lo/a amenazó con usarla?	0	1	0	1
Si respondió “Sí”, indique quién fue el agresor. Marque todas las opciones que correspondan con un círculo. 1 = pareja/expareja 2 = conocido o familiar 3 = desconocido (alguien que no conocía bien)				
b. ¿Alguna persona lo/a atacó o agredió físicamente?	0	1	0	1
Si respondió “Sí”, indique quién fue el agresor. Marque todas las opciones que correspondan con un círculo. 1 = pareja/expareja 2 = conocido o familiar 3 = desconocido (alguien que no conocía bien)				
c. ¿Lo/a han amenazado con un arma de forma directa o indirecta, o le han apuntado con una pistola?	0	1	0	1
Si respondió “Sí”, indique quién fue el agresor. Marque todas las opciones que correspondan con un círculo. 1 = pareja/expareja 2 = conocido o familiar 3 = desconocido (alguien que no conocía bien)				
d. ¿Sintió miedo o preocupación por su seguridad o por la de otras personas cercanas a usted debido a que alguien, en repetidas ocasiones, lo/a siguió, se puso en contacto con usted o se presentó en su casa u otros lugares, cuando usted no quería que lo hiciera (es decir, lo/a acosó o persiguió de forma obsesiva)?	0	1	0	1
Si respondió “Sí”, indique quién fue el agresor. Marque todas las opciones que correspondan con un círculo. 1 = pareja/expareja 2 = conocido o familiar 3 = desconocido (alguien que no conocía bien)				
e. ¿Lo/a obligaron a tener relaciones sexuales bajo amenaza y contra su voluntad?	0	1	0	1
Si respondió “Sí”, indique quién fue el agresor. Marque todas las opciones que correspondan con un círculo. 1 = pareja/expareja 2 = conocido o familiar 3 = desconocido (alguien que no conocía bien)				

	Alguna vez en su vida		En los últimos 12 meses	
	No	Sí	No	Sí
f. ¿Lo/a forzaron a tener relaciones sexuales que no quería mientras estaba borracho/a, desmayado/a, dormido/a, drogado/a, o no podía aceptar ni dar su consentimiento para hacerlo?	0	1	0	1
Si respondió "Sí", indique quién fue el agresor. Marque todas las opciones que correspondan con un círculo. 1 = pareja/expareja 2 = conocido o familiar 3 = desconocido (alguien que no conocía bien)				
g. ¿Lo/a obligaron a mantener contactos sexuales no deseados o a realizar actos bajo amenaza y contra su voluntad (que no sean relaciones sexuales forzadas)?	0	1	0	1
Si respondió "Sí", indique quién fue el agresor. Marque todas las opciones que correspondan con un círculo. 1 = pareja/expareja 2 = conocido o familiar 3 = desconocido (alguien que no conocía bien)				
h. ¿Sufrió abusos por parte de alguna pareja casual o estable (es decir, alguna pareja lo/a agredió físicamente, lo/a controló, o abusó emocionalmente de usted y le hizo temer por su seguridad)?	0	1	0	1
i. ¿Sufrió alguna otra situación de acoso verbal, sexual o de otro tipo que le haya hecho temer por su seguridad y que no se haya mencionado anteriormente?	0	1	0	1
Si respondió "Sí", indique quién fue el agresor. Marque todas las opciones que correspondan con un círculo. 1 = pareja/expareja 2 = conocido o familiar 3 = desconocido (alguien que no conocía bien)				

22. Las siguientes cuatro preguntas se refieren a los problemas que tienen las personas, a veces, en respuesta a situaciones muy estresantes. Teniendo en cuenta su **peor acontecimiento**, indique en qué medida lo/a afectó esa experiencia en los 12 meses previos al inicio de su participación en este programa.

<i>Piense en los últimos 12 meses:</i>	Para nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
a. ¿En qué medida le afectaron los recuerdos recurrentes, perturbadores y no deseados de dichas experiencias?	0	1	2	3	4
b. ¿En qué medida evitó los recordatorios externos de esas experiencias (p. ej., personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones)?	0	1	2	3	4
c. ¿En qué medida tuvo pensamientos negativos sólidos sobre sí mismo/a, sobre otras personas o sobre el mundo a causa de dichas experiencias (p. ej., creer que no es una buena persona o que hay algo muy malo en usted, que no se puede confiar en nadie o que el mundo es muy peligroso)?	0	1	2	3	4
d. ¿En qué medida se sintió nervioso/a o se alarmó con facilidad?	0	1	2	3	4

Sección D: condiciones y estilo de vida

El objetivo de la siguiente serie de preguntas es que nos cuente más sobre usted, su familia y sus condiciones de vida, ya sea actualmente o antes de comenzar este programa de tratamiento. La situación familiar y las condiciones de vida pueden ser factores de riesgo o de protección para la recuperación.

1. ¿Consideró que no tenía hogar en algún momento por algún motivo durante los 12 meses previos al inicio de su participación en este programa? **(Si responde “No”, pase a la pregunta 2).** 0 = No 1 = Sí
 - 1a. ¿Por qué consideró que no tenía hogar en ese momento? **Seleccione una opción.**
 - 1 = Vivía en un refugio
 - 2 = Vivía con amigos/familiares de forma temporal
 - 3 = Vivía en la calle o en el coche
 - 4 = Otro (especificar): _____
 - 1b. Durante los 12 meses previos al inicio de su participación en este programa, ¿cuántos meses consideró que no tenía hogar? *(Nota: Un período de dos semanas o más equivale a un mes).*
 - 0 = Menos de un mes
 - 1 = Un mes
 - 2 = Dos meses
 - 3 = Tres meses
 - 4 = Cuatro meses
 - 5 = Cinco meses
 - 6 = Seis meses o más
2. Durante los 30 días previos al inicio de su participación en este programa, ¿cuántas noches pasó en un lugar donde no era libre de ir y venir a su antojo, como un hospital, una prisión o un programa residencial de tratamiento contra el abuso de drogas (no un refugio)? _____ noche/s EN TOTAL
3. Durante los 12 meses previos al inicio de su participación en este programa, ¿dónde vivió la mayor parte del tiempo? **Seleccione una opción.**
 - 1 = En mi propia casa o departamento
 - 2 = En la casa o departamento de otra persona
 - 3 = En una casa de un programa residencial
 - 4 = En un centro de rehabilitación
 - 5 = En una prisión o centro de detención
 - 6 = En el hospital
 - 7 = En una base militar
 - 8 = En un hogar de transición o casa de residentes sobrios
 - 9 = En un refugio o en la calle
 - 10 = Otro (especificar): _____
4. ¿Qué tan seguras son sus condiciones de vida en este momento?
 - 1 = Muy inseguras
 - 2 = Moderadamente inseguras
 - 3 = No lo sé
 - 4 = Moderadamente seguras
 - 5 = Muy seguras

5. ¿Cuántos hijos (que aún viven) tuvo en su vida? ___ hijos **(Si la respuesta es “0”, pase a la pregunta 6).**
- 5a. ¿Cuántos de esos hijos tenían menos de 18 años en algún momento durante los 12 meses previos al inicio de su participación en el programa? ___ hijos **(Si la respuesta es “0”, pase a la pregunta 6).**
- 5b. ¿Cuántos de sus hijos menores de 18 años vivieron con usted en algún momento durante los 12 meses previos al inicio de su participación en el programa? ___ hijos
6. ¿Del cuidado de cuántos niños que no son sus propios hijos (p. ej., hijastros, hijos de crianza temporal, hijos de su pareja, nietos, sobrinos) fue responsable durante los 12 meses previos al inicio de su participación en el programa? ___ hijos
7. Muchas personas tienen que viajar para obtener los servicios de atención médica que necesitan. ¿En qué condado y estado vivió la mayor parte de los 12 meses previos al inicio de su participación en el programa?
- _____ (Condado) _____ (Estado) ___ No lo recuerdo

Sección E: información demográfica, educación y empleo

El siguiente grupo de preguntas se refiere a ciertos datos demográficos básicos, lo que incluye su formación académica y su situación laboral. Esta información es importante para comprender los resultados del programa.

1. ¿Cuál es su estado civil actual?
- 1 = Casado/a (incluidos matrimonios de parejas del mismo sexo y de hecho)
(Si está casado/a, pase a la pregunta 3).
2 = Separado/a
3 = Divorciado/a
4 = Viudo/a
5 = Soltero/a
2. Si no contrajo matrimonio, ¿vive actualmente en pareja? 0 = No 1 = Sí
3. ¿Cuántos años de educación completó? En la siguiente lista, seleccione el nivel de educación más alto que haya completado.
- | | | |
|------------------------|---|--|
| 0 = Sin escolarización | 10 = 10.º grado | 16 = Diploma de escuela de formación vocacional/técnica |
| 1 = 1.º grado | 11 = 11.º grado | 17 = Título de asociado (título de técnico superior o similar) |
| 2 = 2.º grado | 12 = 12.º grado | 18 = Título universitario de grado |
| 3 = 3.º grado | 13 = Diploma de Educación General (GED) | 19 = Maestría |
| 4 = 4.º grado | 14 = Algunos años de educación superior | 20 = Doctorado |
| 5 = 5.º grado | 15 = Algunos años de formación vocacional/técnica | |
| 6 = 6.º grado | | |
| 7 = 7.º grado | | |
| 8 = 8.º grado | | |
| 9 = 9.º grado | | |

4. ¿Es veterano/a de guerra o actualmente forma parte del ejército, las fuerzas de reserva militar o la Guardia Nacional? Esto incluye a cualquier persona que preste servicio en las fuerzas armadas o que lo haya hecho en el pasado (**Si responde “No”, pase a la pregunta 5).** 0 = No 1 = Sí

4a. ¿Cuál fue la última guerra en la que prestó servicio?

- 1 = Corea
- 2 = Vietnam (Sudeste Asiático)
- 3 = Irak, 1990 (Golfo Pérsico, operación Tormenta del Desierto)
- 4 = Operación Libertad Iraquí (OIF)
- 5 = Operación Libertad Duradera, Afganistán (OEF)
- 6 = Bosnia o Somalia
- 7 = No presté servicio en ninguna guerra/zona de combate
- 8 = Otra (especificar): _____

4b. ¿Tiene una discapacidad relacionada con el servicio militar? 0 = No 1 = Sí

4c. ¿Recibe servicios de atención médica en un hospital o centro del Departamento de Asuntos de los Veteranos? 0 = No 1 = Sí

4d. ¿Está en servicio activo actualmente? 0 = No 1 = Sí

4e. ¿Forma parte de la Guardia Nacional? 0 = No 1 = Sí

5. Durante los 12 meses previos al inicio de su participación en este programa, ¿cuánto meses trabajó al menos a tiempo parcial? Un período de trabajo de dos semanas o más equivale a un mes.
_____ mes/es

6. Durante los 12 meses previos al inicio de su participación en este programa, ¿cuál fue su patrón de empleo habitual (es decir, su patrón de trabajo la mayor parte del tiempo)?

- 1 = Trabajador/a a tiempo completo (más de 35 horas por semana)
- 2 = Trabajador/a a tiempo parcial (<35 horas por semana)
- 3 = Trabajador/a a tiempo parcial (irregular, trabajo diurno)
- 4 = Desempleado/a: estudiante
- 5 = Jubilado/a
- 6 = Persona con discapacidad o postulante para recibir beneficios por discapacidad
- 7 = Desempleado/a: persona a cargo del hogar o del cuidado de otros
- 8 = Desempleado/a
- 9 = Residente de un entorno controlado (prisión, hospital, etc.)

7. ¿Cuál fue su situación laboral **en los 30 días previos al inicio de su participación en este programa?** Incluya todos los trabajos para calcular el total de horas trabajadas por semana en promedio. Si está de licencia (por maternidad, discapacidad, etc.), ¿cuántas horas trabajará normalmente cuando se reincorpore al trabajo?

- 0 = Sin empleo (**Si no tiene empleo, pase a la pregunta 8).**
- 1 = Trabajo a tiempo completo (más de 35 horas por semana)
- 2 = Trabajo a tiempo parcial (<35 horas por semana)
- 3 = Trabajo ocasional, irregular o por temporada

7a. ¿Cuánto tiempo tuvo este trabajo (en meses)? Ingrese el período más largo si tuvo muchos trabajos: ____ mes/es

7b. ¿Cuánto le pagan/pagaban **por hora**? Si tuvo muchos trabajos, ingrese el monto más alto. Si recibe un salario, calcule el pago por hora según la cantidad habitual de horas que trabaja por semana: USD _____.

7c. En los 30 días previos al inicio de su participación en este programa, ¿qué tipo de trabajo realizó? **Seleccione una opción. Si tuvo muchos trabajos, seleccione el tipo de trabajo que realizó con mayor frecuencia.**

- 1 = **Empleo profesional** (p. ej., bibliotecario; proveedor de atención médica, como enfermero, paramédico, higienista dental o médico; perito de seguros; consejero de salud mental; trabajador social; agente de libertad condicional; asistente jurídico; taquígrafo; docente; docente adjunto; fotógrafo; clérigo; etc.)
- 2 = **Servicios** (p. ej., personal de preparación y servicio de alimentos; proveedor de cuidado infantil; proveedor de cuidado diurno de adultos; personal de apoyo al cuidado de la salud, como auxiliar de enfermería [CNA], masajista o flebotomista; jardinero; personal de conserjería/limpieza; personal de limpieza; personal de control de plagas; oficial de policía; socorrista; guardia de seguridad; estilista; entrenador personal; gerente de restaurante; etc.)
- 3 = **Ventas y oficina** (p. ej., personal de apoyo administrativo y de oficina; cajero; personal de ventas al por menor; agente de bienes raíces; vendedor por teléfono; contador; cajero de banco; personal de recepción de hotel; personal del servicio postal; personal de ingreso de datos; gerente de tienda; etc.)
- 4 = **Recursos naturales, construcción y mantenimiento** (p. ej., trabajadores de los sectores de minería, pesca, agricultura, viveros, explotación forestal, construcción, carpintería, fontanería, techado, mecánica, taller de reparaciones, reparación de computadoras, servicios públicos, calefacción y aire acondicionado, etc.)
- 5 = **Producción, transporte y traslado de materiales** (p. ej., trabajadores de los sectores de línea de producción de una fábrica, panadería, carnicería, tintorería, sastrería y carpintería; personal de central eléctrica; auxiliar de vuelo; conductor de autobús; taxista; empaquetador; soldador; trabajador de saneamiento; etc.)
- 6 = **Empleos específicos del ejército**
- 7 = **Otro (especificar):** _____

7d. Además de trabajar, ¿estudiaba o recibía formación vocacional adicional? 0 = No 1 = Sí

Si tuvo empleo, OMITA la pregunta 8 y pase a las preguntas 9 y 10.

8. Si no tuvo empleo durante los 30 días previos al inicio de su participación en este programa, ¿cómo describiría su situación? **Seleccione una opción.**

- 1 = Desempleado/a, pero en busca de trabajo
- 2 = Desempleado/a, pero con licencia laboral involuntaria o despido temporal
- 3 = Desempleado/a, pero a cargo del hogar o del cuidado de los niños a tiempo completo
- 4 = Persona con discapacidad o postulante para recibir beneficios por discapacidad
- 5 = Jubilado/a
- 6 = Estudiante/en formación
- 7 = Residente de un entorno controlado/sin autorización para trabajar
- 8 = Desempleado/a y sin intención de buscar trabajo
- 9 = Otro (especificar): _____

9. ¿Espera tener trabajo en los próximos 12 meses? 0 = No 1 = Sí
10. ¿Recibe beneficios en virtud de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o del Seguro Social por Discapacidad (SSDI)? 0 = No 1 = Sí
11. El siguiente grupo de preguntas se refiere a la situación en su hogar durante los 12 meses previos al inicio de su participación en este programa. Responda “Sí” o “No” a cada pregunta.

<i>Piense en los 12 meses previos al inicio de su participación en este programa:</i>	NO	SÍ
a. ¿Usted o su familia tuvieron problemas para pagar el monto total del alquiler o la hipoteca?	0	1
b. ¿Usted o su familia fueron desalojados de su casa o departamento por no pagar el alquiler?	0	1
c. ¿Usted o su familia no pudieron pagar la factura de gas o electricidad?	0	1
d. ¿Usted o su familia no pudieron pagar la factura de teléfono/celular?	0	1
e. ¿En algún momento no hubo suficiente comida en su casa?	0	1
f. ¿Usted o algún miembro de su familia necesitó consultar a un médico o ir al hospital, pero no pudo hacerlo por motivos económicos?	0	1
g. ¿Usted o algún miembro de su familia necesitó consultar a un dentista, pero no pudo hacerlo por motivos económicos?	0	1
h. ¿Usted o algún miembro de su familia necesitó comprar medicamentos que le recetaron, pero no pudo hacerlo por motivos económicos?	0	1

Sección F: consumo de sustancias

El siguiente grupo de preguntas se refiere al consumo de sustancias durante los 12 meses y los 30 días previos al inicio de su participación en este programa. **NOTA:** Si consumió sustancias UNA vez en un mes, cuenta como un mes de consumo. Asimismo, el consumo no prescrito o indebido de medicamentos recetados (p. ej., tomar más de lo indicado) debe contarse como una instancia de consumo de drogas.

1. ¿Alguna vez ha consumido marihuana medicinal (cannabis)?

0 = No (**pase a la pregunta 2**) 1 = Sí

1a. ¿Alguna vez ha tenido una certificación de un médico para cannabis medicinal en Kentucky (o ha tenido una tarjeta de marihuana medicinal de Kentucky)?

0 = No 1 = Sí

1b. ¿Alguna vez ha tenido una tarjeta de marihuana medicinal o una receta de marihuana de otro estado?

0 = No 1 = Sí

1c. Durante los últimos... ¿cuántas...consumió...? *Si no se ha consumido durante los últimos 12 meses, pase a la siguiente pregunta y deje en blanco la columna de 30 días. (Nota para el entrevistador: si hubo CUALQUIER consumo dentro de un mes, cuenta como el consumo de un mes. Pregunte específicamente sobre el comportamiento en "los últimos 30 días". No use "en el último mes" como sustituto; esto puede generar confusión y respuestas inexactas.)*

	Últimos 12 meses (CANT. DE MESES)	Últimos 30 días (CANT. DE DÍAS)
Marihuana medicinal (cannabis)		

2. ¿Ha consumido alguna de las siguientes sustancias legales vendidas sin receta en los últimos 12 meses? (Si la respuesta es Sí para el consumo en los últimos 12 meses, pregunte sobre los últimos 30 días): ...en los últimos 30 días?

(El programa en línea mostrará las sustancias seleccionadas "sí" para el consumo en los últimos 12 meses para preguntar sobre el consumo en los últimos 30 días)

	Últimos 12 meses 0 = No 1 = Sí	Últimos 30 días 0 = No 1 = Sí
Kratom	0 1	0 1
Productos Delta 8 o 9	0 1	0 1

3. Consumo de tabaco/nicotina	
a. Durante los 12 meses previos al inicio de su participación en este programa, ¿cuántos meses fumó productos con tabaco (p. ej., cigarrillos, cigarros, pipas, bidis, etc.)? NO incluya el uso de cigarrillos electrónicos (productos de vapor electrónicos, cigarrillos electrónicos, pipas electrónicas, pipas de vapeo, bolígrafos de vapeo y pipas de agua electrónicas). (Si la respuesta es “0”, pase a la pregunta 3d).	_____ CANT. DE MESES
b. Durante los 30 días previos al inicio de su participación en este programa, ¿cuántos días fumó productos con tabaco (p. ej., cigarrillos, cigarros, pipas, bidis, etc.)?	_____ CANT. DE DÍAS
c. Los días en que fuma cigarrillos, ¿cuántos cigarrillos fuma por día en promedio (tomando como base que un paquete tiene 20)?	_____ CANT. DE CIGARRILLOS
d. ¿Cuántos años tenía cuando empezó a fumar de forma regular (es decir, diariamente)?	_____ AÑOS 0 = Nunca fumé de forma regular
e. Durante los 12 meses previos al inicio de su participación en este programa, ¿cuántos meses usó cigarrillos electrónicos (dispositivos que liberan nicotina en forma de vapor y tienen un aspecto similar al de los cigarrillos regulares, pero no contienen tabaco)?	_____ CANT. DE MESES
f. Durante los 30 días previos al inicio de su participación en este programa, ¿cuántos días usó cigarrillos electrónicos (dispositivos que liberan nicotina en forma de vapor y tienen un aspecto similar al de los cigarrillos regulares, pero no contienen tabaco)?	_____ CANT. DE DÍAS
g. Durante los 12 meses previos al inicio de su participación en este programa, ¿cuántos meses consumió tabaco sin humo (p. ej., tabaco para mascar, rapé, tabaco soluble, etc.)? (Si la respuesta es “0”, pase a la pregunta 3i).	_____ CANT. DE MESES
h. Durante los 30 días previos al inicio de su participación en este programa, ¿cuántos días consumió tabaco sin humo (p. ej., tabaco para mascar, rapé, tabaco soluble, etc.)?	_____ CANT. DE DÍAS
i. ¿Cuántos años tenía cuando empezó a consumir tabaco sin humo de forma regular (es decir, diariamente)?	_____ AÑOS 0 = Nunca fumé de forma regular

4. Consumo de alcohol <i>Entre las bebidas alcohólicas, se incluyen la cerveza, el vino, el vino espumante, el licor y el etanol. Un vaso equivale a una copa de cerveza o vino espumante de 12 onzas, una copa de vino de 5 onzas o un chupito de licor. Por lo tanto, una cerveza de 40 onzas equivaldría a 3 vasos y un cóctel con 2 chupitos contaría como 2 vasos.</i>	
a. ¿Cuántos años tenía cuando bebió alcohol por primera vez (más que solo unos tragos)?	_____ AÑOS 0 = Nunca bebí alcohol
<i>Piense en los 12 meses previos al inicio de su participación en este programa:</i>	
b. ¿Cuántos meses bebió alcohol? (Si la respuesta es “0”, pase a la pregunta 5).	_____ CANT. DE MESES
c. ¿Cuántos meses bebió alcohol hasta embriagarse?	_____ CANT. DE MESES
d. ¿Cuántos meses bebió 5 o más (4 o más si es mujer) bebidas alcohólicas en un período de 2 horas?	_____ CANT. DE MESES
<i>Piense en los 30 días previos al inicio de su participación en este programa:</i>	
e. ¿Cuántos días bebió alcohol? (Si la respuesta es “0”, pase a la pregunta 5).	_____ CANT. DE DÍAS
f. ¿Cuántos días bebió alcohol hasta embriagarse?	_____ CANT. DE DÍAS
g. ¿Cuántos días bebió 5 o más (4 o más si es mujer) bebidas alcohólicas en un período de 2 horas?	_____ CANT. DE DÍAS

5. Seleccione todas las drogas que consumió en los 12 meses previos al inicio de su participación en este programa:	¿Consumió esta droga?
Marihuana (NO obtenida como marihuana medicinal para usted) (p. ej., hachís)	0 = NO 1 = SÍ
Opiáceos/opioides o analgésicos sin indicación médica (p. ej., morfina, Percocet®, oxicodona [Oxycontin®], Lortab®, hidrocodona, Dilaudid®, opana)	0 = NO 1 = SÍ
Metadona sin indicación médica (p. ej., dolofina, levacetilmetadol [LAAM])	0 = NO 1 = SÍ
Buprenorfina o Subutex®/Suboxone® sin indicación médica (incluidos los parches Butrans®)	0 = NO 1 = SÍ
Heroína (p. ej., heroína de alquitrán negro [smack], H, junk, skag)	0 = NO 1 = SÍ
Sedantes, hipnóticos, relajantes musculares o tranquilizantes sin indicación médica (p. ej., benzodiazepinas [Valium, Xanax, Librium y Halcion], ácido oxábico [GHB], éxtasis líquido, ketamina [Special K, vitamina K], barbitúricos, pastillas para los nervios)	0 = NO 1 = SÍ
Barbitúricos sin indicación médica (p. ej., mefobarbital [Mebacut], pentobarbital [Nembutal®], Seconal®, Amytal®)	0 = NO 1 = SÍ
Estimulantes sin indicación médica (p. ej., metanfetamina, Dexedrine®, Adderall®, cristal, speed, anfetaminas, MDMA, Ritalin®, éxtasis, crank)	0 = NO 1 = SÍ
Cocaína/crack (p. ej., cristales de cocaína, cocaína purificada, crack o cocaína en piedra)	0 = NO 1 = SÍ
Drogas alucinógenas/psicodélicas (p. ej., PCP, LSD, hongos, mescalina, psilocibina)	0 = NO 1 = SÍ
Inhalantes (p. ej., popper, rush, óxido nitroso, pintura, pegamento, aerosoles)	0 = NO 1 = SÍ

5. Seleccione todas las drogas que consumió en los 12 meses previos al inicio de su participación en este programa:	¿Consumió esta droga?
Drogas sintéticas/de diseño/novedosas (p. ej., cannabinoides sintéticos, marihuana sintética, catinonas sintéticas, K2, hierba falsa, sales de baño psicoactivas, flakka)	0 = NO 1 = Sí
Tianeptina (p. ej., ZaZa, Tianna Red)	0 = NO 1 = Sí
Otras drogas ilícitas (no registradas aún)	0 = NO 1 = Sí
No consumí NINGUNA droga en los 12 meses previos al inicio de mi participación en este programa. (Si no consumió drogas, pase a la pregunta 7).	1 = No consumí drogas

6. Detalles sobre el consumo de drogas (El programa en línea solo mostrará las sustancias seleccionadas en la pregunta 5).		
Piense en la etapa previa al inicio de su participación en este programa:	¿Cuántos meses de ese período de 12 meses consumió las siguientes drogas?	¿Cuántos días de ese período de 30 días consumió las siguientes drogas?
a. Marihuana (NO obtenida como marihuana medicinal para usted)	_____ CANT. DE MESES	_____ CANT. DE DÍAS
b. Opiáceos/opioides o analgésicos sin indicación médica	_____ CANT. DE MESES	_____ CANT. DE DÍAS
<i>Si consumió alguna droga, marque todos los tipos que usó.</i>	1 = Morfina 2 = Hidromorfona 3 = Demerol 4 = Percocet/Percodan/oxicodona/Roxicodone 5 = Darvon 6 = Codeína (Tylenol® con codeína n.º 2, 3, 4) 8 = Lortab/hidrocodona 9 = Ultram/tramadol 10 = Fentanilo 11 = Opana 12 = Otra (p. ej., Zohydro, Moxduo):	1 = Morfina 2 = Hidromorfona 3 = Demerol 4 = Percocet/Percodan/oxicodona/Roxicodone 5 = Darvon 6 = Codeína (Tylenol® con codeína n.º 2, 3, 4) 8 = Lortab/hidrocodona 9 = Ultram/tramadol 10 = Fentanilo 11 = Opana 12 = Otra (p. ej., Zohydro, Moxduo):
c. Metadona sin indicación médica	_____ CANT. DE MESES	_____ CANT. DE DÍAS
d. Buprenorfina o Subutex®/ Suboxone® sin indicación médica	_____ CANT. DE MESES	_____ CANT. DE DÍAS
e. Heroína	_____ CANT. DE MESES	_____ CANT. DE DÍAS
Piense en la etapa previa al inicio de su participación en este programa:	¿Cuántos meses en ese período de 12 meses consumió las siguientes drogas?	¿Cuántos días en ese período de 30 días consumió las siguientes drogas?
f. Sedantes, hipnóticos, relajantes musculares o tranquilizantes sin indicación médica	_____ CANT. DE MESES	_____ CANT. DE DÍAS
<i>Si consumió alguna droga, marque todos los tipos que usó.</i>	1 = Benzodiazepina (Valium®, Ativan®, Xanax®) 2 = GHB 3 = Ketamina 4 = Relajante muscular 5 = Otro tranquilizante:	1 = Benzodiazepina (Valium®, Ativan®, Xanax®) 2 = GHB 3 = Ketamina 4 = Relajante muscular 5 = Otro tranquilizante:

g. Barbitúricos sin indicación médica	_____ CANT. DE MESES	_____ CANT. DE DÍAS
h. Estimulantes sin indicación médica	_____ CANT. DE MESES	_____ CANT. DE DÍAS
<i>Si consumió alguna droga, marque todos los tipos que usó.</i>	1 = Metanfetamina, cristal, estimulantes, crank 2 = Anfetamina, Adderall®, Dexedrine® 3 = MDMA, éxtasis 4 = Ritalin®, Concerta®	1 = Metanfetamina, cristal, estimulantes, crank 2 = Anfetamina, Adderall®, Dexedrine® 3 = MDMA, éxtasis 4 = Ritalin®, Concerta®
i. Cocaína/crack	_____ CANT. DE MESES	_____ CANT. DE DÍAS
j. Drogas alucinógenas/ psicodélicas	_____ CANT. DE MESES	_____ CANT. DE DÍAS
k. Inhalantes	_____ CANT. DE MESES	_____ CANT. DE DÍAS
l. Drogas sintéticas/ de diseño/novedosas	_____ CANT. DE MESES	_____ CANT. DE DÍAS
<i>Si consumió alguna droga, marque todos los tipos que usó.</i>	1 = Marihuana sintética 2 = Sales de baño psicoactivas 3 = Flakka, otra	1 = Marihuana sintética 2 = Sales de baño psicoactivas 3 = Flakka, otra
m. Tianeptina — ZaZa, Tianna Red	_____ CANT. DE MESES	_____ CANT. DE DÍAS
n. Otras drogas ilícitas (no registradas aún)	Otra (especificar):	Otra (especificar):

7. ¿Cuánto tiempo podría permanecer libre de drogas/alcohol?

Un mes o más	Entre una semana y un mes	Menos de una semana	Algunos días en el mejor de los casos
4	3	2	1

(Si indicó que no consumió drogas ni alcohol en los últimos 30 días, pase a la pregunta 9).

8. Durante los 30 días previos al inicio de su participación en este programa, ¿cuántos días consumió más de una sustancia por día (incluidas las bebidas alcohólicas y las drogas ilegales, pero no los productos con tabaco/nicotina)? _____ día/s
9. ¿Cuántos años tenía cuando comenzó a consumir drogas ilegales, como marihuana, cocaína, heroína, tranquilizantes, estimulantes, sedantes, barbitúricos, inhalantes o analgésicos recetados sin indicación médica? _____ años (*Ingrese "0" si nunca consumió estas sustancias*).
10. ¿Cuántas veces sufrió una sobredosis de drogas (es decir, necesitó la intervención de otra persona para recuperarse, y no simplemente se quedó dormido/a, incluido cualquier intento de suicidio por sobredosis)?

- 10a. Durante toda su vida: _____ vez/veces **(Si la respuesta es "0", pase a la pregunta 11).**
10b. En los últimos 12 meses: _____ vez/veces

11. Antes de ingresar a este programa de tratamiento, ¿alguna vez se inyectó drogas?
(Si responde "No", pase a la pregunta 12).

0 = No 1 = Sí

- 11a. ¿Alguna vez usó un programa de intercambio de jeringas en Kentucky?

0 = No 1 = Sí

- 11b. Si respondió "Sí", ¿a qué condado/ciudad pertenecía el programa? _____

12. Antes de esta admisión, ¿cuántas veces recibió servicios para el abuso de sustancias a lo largo de su vida? Tenga en cuenta los tratamientos anteriores, incluidos tratamientos de desintoxicación, tribunales de drogas y programas de rehabilitación (no incluya el tratamiento actual). _____ vez/veces

13. Durante toda su vida, ¿alguna vez recibió buprenorfina/naloxona, naltrexona (Vivitrol™) o metadona como parte de un tratamiento asistido con medicamentos (MAT) para sus problemas de abuso de sustancias?
0 = No **(Si responde "No", pase a la pregunta 15).** 1 = Sí

- 13a. En los últimos 12 meses, ¿cuántos meses consumió buprenorfina/naloxona, naltrexona (Vivitrol™) o metadona bajo indicación médica para tratar su problema de abuso de sustancias?
_____ mes/es

- 13b. En los últimos 30 días, ¿cuántos días consumió estos medicamentos? _____ día/s

- 13c. ¿Qué tipo de medicamento consumió recientemente?

1 = Suboxone/Subutex (buprenorfina)

2 = Metadona

3 = Vivitrol

- 13d. ¿Dónde obtuvo el medicamento que consumió recientemente?

1 = Me lo recetó un médico en un centro de medicina general

2 = Me lo recetó un médico en una clínica especializada

3 = Lo obtuve en una clínica

- 13e. Teniendo en cuenta el medicamento que le recetaron recientemente para tratar sus problemas de consumo de opiáceos, ¿en qué medida cree que dicho medicamento le resultó de ayuda?
Seleccione una opción.

1 = ME AYUDÓ con mis problemas de abuso de drogas

2 = NO TUVO NINGÚN EFECTO en mis problemas de abuso de drogas

3 = EMPEORÓ mis problemas de abuso de drogas

14. En las últimas 48 horas, ¿consumió buprenorfina/naloxona, naltrexona (Vivitrol™) o metadona bajo indicación médica? 0 = No 1 = Sí

Aunque no haya consumido alcohol ni drogas antes de comenzar este tratamiento, es posible que haya gastado dinero o se haya sentido ansioso/a, molesto/a o preocupado/a por su capacidad para mantenerse sobrio/a.

Piense en los 30 días previos al inicio de su participación en este programa:

15. Según su opinión, ¿cuánto dinero gastó en ALCOHOL durante los 30 días previos al inicio de su participación en este programa? Incluya solo los pagos en efectivo por las bebidas alcohólicas que haya consumido o tenga previsto consumir. USD _____

16. Durante los 30 días previos al inicio de su participación en este programa, ¿cuántos días tuvo problemas relacionados con el consumo de alcohol/drogas (deseo incontrolable de consumir, abstinencia, deseo de dejar de consumir pero no poder hacerlo, preocupación por sufrir una recaída, etc.)?

ALCOHOL	DROGAS
CANT. DE DÍAS	CANT. DE DÍAS

17. ALCOHOL	PARA NADA	UN POCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	EXTREMADAMENTE
a. ¿En qué medida sus problemas de alcoholismo lo/a afectaron o molestaron en los 30 días previos al inicio de su participación en este programa?	0	1	2	3	4
b. ¿En qué medida acceder a un programa de tratamiento fue importante para usted con respecto a sus problemas de alcoholismo en los 30 días previos al inicio de su participación en este programa?	0	1	2	3	4
18. DROGAS	PARA NADA	UN POCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	EXTREMADAMENTE
a. ¿En qué medida sus problemas de consumo de drogas lo/a afectaron o molestaron en los 30 días previos al inicio de su participación en este programa?	0	1	2	3	4
b. ¿En qué medida acceder a un programa de tratamiento fue importante para usted con respecto a sus problemas de consumo de drogas en los 30 días previos al inicio de su participación en este programa?	0	1	2	3	4

(PREGUNTAS PARA TODOS)

Piense en los últimos 12 meses:

	No	Sí
19. ¿Consumió drogas o alcohol en exceso o durante un período más largo de lo planeado?	0	1
20. ¿Tuvo un deseo continuo de consumir drogas o alcohol, o no pudo reducir ni controlar su consumo?	0	1
21. ¿Dedicó mucho tiempo a actividades necesarias para obtener o consumir alcohol o drogas, o para recuperarse de sus efectos?	0	1
22. ¿Sintió antojos, un fuerte deseo o un sentido de urgencia de consumir drogas o alcohol?	0	1
23. ¿No fue capaz de cumplir con las expectativas en la escuela o en casa debido al consumo de drogas o alcohol?	0	1
24. ¿Siguió consumiendo drogas o alcohol a pesar de tener problemas sociales o personales relacionados con dicho consumo?	0	1
25. ¿Abandonó actividades sociales, educativas o recreativas debido al consumo de drogas o alcohol?	0	1
26. ¿Consumió drogas o alcohol repetidamente en situaciones en las que era físicamente peligroso hacerlo?	0	1
	NO	SÍ
27. ¿Siguió consumiendo sustancias a pesar de tener problemas físicos o emocionales relacionados con las drogas o el alcohol?	0	1
28. ¿Necesitó mayores cantidades de drogas o alcohol para conseguir el mismo efecto?	0	1
29. ¿Consiguió un efecto más débil a causa del consumo continuado de la misma cantidad de drogas o alcohol, por ejemplo, debido al desarrollo de cierta tolerancia?	0	1
30. ¿Tuvo síntomas de abstinencia sin haber consumido drogas ni alcohol?	0	1
31. ¿Consumió drogas o alcohol para aliviar o evitar los síntomas del síndrome de abstinencia?	0	1

Si respondió "No" a todas las preguntas de la 19 a la 31, pase a la sección G.

Si respondió "Sí" a alguna pregunta de la 19 a la 31, responda la siguiente pregunta.

32. Teniendo en cuenta las preguntas anteriores que respondió como afirmativas, ¿con qué sustancias tuvo más problemas (empezando por la más problemática)?

Sustancia 1	Sustancia 2	Sustancia 3
Alcohol	Alcohol	Alcohol
Cannabis (marihuana)	Cannabis (marihuana)	Cannabis (marihuana)
Opiáceos o analgésicos sin indicación médica	Opiáceos o analgésicos sin indicación médica	Opiáceos o analgésicos sin indicación médica
Metadona sin indicación médica	Metadona sin indicación médica	Metadona sin indicación médica
Suboxone/Subutex sin indicación médica	Suboxone/Subutex sin indicación médica	Suboxone/Subutex sin indicación médica
Heroína	Heroína	Heroína

Sustancia 1	Sustancia 2	Sustancia 3
Sedantes o tranquilizantes sin indicación médica (p. ej., Valium, Xanax, relajantes musculares)	Sedantes o tranquilizantes sin indicación médica (p. ej., Valium, Xanax, relajantes musculares)	Sedantes o tranquilizantes sin indicación médica (p. ej., Valium, Xanax, relajantes musculares)
Barbitúricos sin indicación médica	Barbitúricos sin indicación médica	Barbitúricos sin indicación médica
Estimulantes (p. ej., metanfetamina, anfetamina, éxtasis/MDMA)	Estimulantes (p. ej., metanfetamina, anfetamina, éxtasis/MDMA)	Estimulantes (p. ej., metanfetamina, anfetamina, éxtasis/MDMA)
Cocaína/crack	Cocaína/crack	Cocaína/crack
Drogas alucinógenas/psicodélicas	Drogas alucinógenas/psicodélicas	Drogas alucinógenas/psicodélicas
Inhalantes	Inhalantes	Inhalantes
Drogas sintéticas/de diseño (p. ej., marihuana sintética, sales de baño psicoactivas)	Drogas sintéticas/de diseño (p. ej., marihuana sintética, sales de baño psicoactivas)	Drogas sintéticas/de diseño (p. ej., marihuana sintética, sales de baño psicoactivas)
Tianeptina (ZaZa, Tianna Red)	Tianeptina (ZaZa, Tianna Red)	Tianeptina (ZaZa, Tianna Red)
Otra (especificar):	Otra (especificar):	Otra (especificar):
No tuve preferencia por ninguna		

Sección G: situación legal

En esta sección, se le pedirá que responda preguntas sobre su participación en el sistema de justicia penal en los 12 meses previos al inicio de su participación en este programa. La participación en el sistema de justicia penal puede cambiar con el tiempo, y esta información nos ayudará a entender ese cambio.

- Durante los 12 meses previos al inicio de su participación en este programa, ¿cuántas **NOCHES** estuvo privado/a de su libertad (prisión o centro de detención)? _____ noche/s
- ¿Está en libertad condicional actualmente?: 0 = No 1 = Sí
- ¿Está en libertad bajo palabra actualmente?: 0 = No 1 = Sí
- Durante los 12 meses previos al inicio de su participación en este programa, ¿cuántas veces lo/a arrestaron o acusaron por algún delito? _____ vez/veces
(Consejo para la persona a cargo de la entrevista: Si la persona encuestada no sabe cuántas veces fueron, puede ayudarla a acortar las opciones preguntándole por rangos amplios [como “¿Fueron más bien 2 o 20 veces?”]; si dice “varias veces”, puede preguntarle por un rango más estrecho [“¿Fueron más bien 2 o 5 veces?”]. Esto la ayudará a recordar).
- ¿Recibió alguna condena por un delito menor o grave en los 12 meses previos al inicio de su participación en este programa? Las condenas tienen lugar cuando usted llega a un acuerdo con el fiscal sobre un cargo, o bien cuando un jurado lo/a declara culpable. Nota: En Kentucky, conducir bajo la influencia de sustancias se considera un delito grave después de la tercera infracción en un período de cinco años. Si respondió “Sí”, ¿cuántos fueron delitos menores? ¿Cuántos fueron delitos graves?

CANT. DE CONDENAS POR
DELITOS MENORES

CANT. DE CONDENAS POR
DELITOS GRAVES

Sección H: apoyos durante la rehabilitación

La última serie de preguntas trata sobre los apoyos que tiene a su disposición actualmente para la rehabilitación. Estos son importantes para comprender el proceso de rehabilitación a lo largo del tiempo.

1. Durante los 30 días previos al inicio de su participación en este programa, ¿cuántas veces asistió a una reunión de AA, NA, Marihuana Anónimos (MA) u otro grupo de autoayuda? **Cuente la cantidad de reuniones a las que asistió.** _____ reunión/reuniones
2. Durante los 30 días previos al inicio de su participación en este programa, ¿tuvo contacto con un padrino de AA, NA, MA u otro grupo de autoayuda? 0 = No 1 = Sí 2 = No tengo un padrino
3. Durante los 30 días previos al inicio de su participación en este programa, ¿tuvo contacto con familiares o amigos que apoyaron su rehabilitación? 0 = No 1 = Sí
4. Durante los 30 días previos al inicio de su participación en este programa, ¿a cuántas personas pudo acudir para obtener apoyo durante la rehabilitación cuando lo necesitó? _____ persona/s
5. Además del tratamiento contra el abuso de sustancias, ¿cuáles son los otros dos aspectos de su vida que cree que lo/a ayudarán a evitar consumir drogas ilegales o alcohol? **Seleccione hasta DOS respuestas.**
 - Empleo
 - Orientación psicológica
 - Autoayuda (es decir, programas o servicios como AA o NA)
 - Fe o religión
 - Otras personas en rehabilitación
 - Apoyo de familiares
 - Apoyo de amigos
 - Apoyo de su pareja (novio/a, cónyuge)
 - Hijos (es decir, ser responsable de sus dependientes)
 - La necesidad de no terminar en prisión
 - Cambios en el entorno (p. ej., alejarse de ciertas personas, no ir a ciertos lugares)
 - Ocupaciones
 - Fuerza de voluntad/diálogo interno/determinación/motivación
 - Recuerdos del pasado/consecuencias
 - Otra (especificar): _____
6. Según lo que sabe de sí mismo/a y su situación, ¿cuántas posibilidades hay de que deje de consumir drogas/alcohol a largo plazo?
 - 1 = Muy pocas
 - 2 = Pocas
 - 3 = No lo sé
 - 4 = Bastantes
 - 5 = Muchas

7. Para mí, es importante ayudar a otras personas que tuvieron problemas de consumo de sustancias.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

**Gracias por responder estas preguntas.
Su información nos ayudará a mejorar el tratamiento contra el abuso de sustancias en Kentucky.**

ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE KENTUCKY

Gracias por considerar participar en el estudio de seguimiento, el cual nos ayudará a mejorar programas similares al programa en el que usted desea participar. Este es un resumen del estudio, y el formulario de consentimiento (que se incluye en la página siguiente) tiene más detalles. Es posible que el personal del Estudio de Seguimiento de la Salud de la Universidad de Kentucky se comunique con usted dentro de unos 12 meses si (1) acepta dicha comunicación y (2) resulta seleccionado/a para participar.



¿Qué se me pedirá que haga?

Si acepta y lo/a seleccionan para participar, nos comunicaremos con usted por teléfono dentro de unos 12 meses para realizar una breve encuesta (de aproximadamente 15 minutos). Se le pagarán USD 20 como agradecimiento por su tiempo. Le preguntaremos acerca de su experiencia en el programa y cómo ha estado durante los últimos 12 meses.

La información que proporcione puede resultar útil para ayudar a otras personas en todo el estado, así como también contribuir a mejorar los programas.

Puede aceptar participar en este momento, pero también tendrá la posibilidad de decidir si acepta o no formar parte si nos comunicamos con usted.

¿Quién tendrá acceso a mis respuestas?

Nadie tendrá acceso a la información que nos proporcione. Su nombre no se incluirá en las respuestas que dé, por lo que no podrán vincularse con usted. Alrededor de 1,200 personas de todo Kentucky participan en este estudio cada año, y todas sus respuestas se divulgan en conjunto. Nunca se revelan los nombres.

¿Por qué debería inscribirme?

Cada persona tiene una experiencia de tratamiento diferente, y queremos conocer la suya. Cuando termine la encuesta, la Universidad de Kentucky le enviará un cheque por un monto de USD 20 como agradecimiento por sus comentarios y su tiempo.

¿Cómo me inscribo?

En la página siguiente, indíquenos si desea que nos comuniquemos con usted con respecto al estudio de seguimiento. También necesitaremos información sobre cómo podremos ponernos en contacto con usted dentro de 12 meses.

Su información solo se compartirá con usted. Utilizaremos un procedimiento especial de seguridad para asegurarnos de hablar solo con usted cuando lo/a llamemos.

¿Qué sucede si tengo preguntas?

Puede visitar nuestro sitio web en ukhealthfollowup.com, enviarnos un mensaje de texto o llamarnos al 866-304-5467 para obtener más información; o bien puede llamar a la Dra. TK Logan al 859-323-5467 en caso de tener preguntas o inquietudes.

ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE KENTUCKY
Consentimiento básico para adultos para participar en un estudio de
los resultados de tratamiento
University of Kentucky Medical Center
Center on Drug and Alcohol Research

¿POR QUÉ SE ME PIDE QUE PARTICIPE EN ESTA INVESTIGACIÓN?

Se le pide que participe en un estudio de investigación de seguimiento sobre el tratamiento contra el abuso de sustancias porque usted es paciente de un programa de tratamiento contra el abuso de sustancias financiado por el estado. Su participación en este proyecto de investigación es completamente voluntaria. Si decide participar, formará parte del grupo de 1,200 personas que participan en esta investigación cada año. Este estudio de investigación es independiente de su participación en los servicios de orientación psicológica en el centro de tratamiento contra el abuso de sustancias. No es necesario que participe en el estudio para recibir tratamiento en el programa.

¿QUIÉN LLEVA A CABO EL ESTUDIO?

La investigadora principal a cargo del estudio es la Dra. TK Logan, profesora de la Universidad de Kentucky. La Dra. Jennifer Cole también forma parte del estudio. Es posible que otros profesionales que trabajan con las investigadoras brinden ayuda durante la investigación.

¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DE ESTE ESTUDIO?

El propósito de este estudio es recopilar información sobre el abuso de sustancias y los problemas de salud conductual relacionados. También se analizan otros factores, como el empleo, la educación, la situación legal, el estrés y el estado de salud, y el uso que hace de los servicios de tratamiento. Además, parte del propósito es conocer más sobre sus experiencias en el programa de tratamiento.

¿DÓNDE SE LLEVARÁ A CABO EL ESTUDIO Y CUÁNTO DURARÁ?

Cuando acuda a las visitas de admisión al tratamiento, su consejero/a le hará preguntas sobre el consumo de sustancias y los comportamientos relacionados. Además, 12 meses después de haber comenzado el tratamiento, nos comunicaremos con usted por teléfono para hacerle una entrevista de seguimiento que durará unos 20 minutos. En general, nos comunicamos con un 20 % de las personas que aceptan participar en el estudio de seguimiento. Por lo tanto, la probabilidad de que lo/a contactemos para el seguimiento es de una entre cinco.

¿QUÉ SE ME PEDIRÁ QUE HAGA?

Se le pedirá que responda preguntas sobre el consumo de sustancias y los problemas de salud conductual relacionados. También se le preguntará sobre su empleo, educación, situación legal, estrés y uso de servicios. No se le pedirá que participe en ningún tratamiento o procedimiento experimental.

Además, se le pedirá que nos brinde su información de contacto para que podamos comunicarnos en 12 meses. Le pediremos el nombre, la dirección y el número de teléfono de las dos personas que tengan más probabilidades de saber cómo comunicarse con usted 12 meses después del tratamiento. Es posible que lo/a llamemos para actualizar su información, a fin de que podamos comunicarnos con usted para el seguimiento. En caso de que lo/a llamemos para una entrevista de seguimiento por teléfono, le haremos algunas de las mismas preguntas que le hace su consejero/a. Esta llamada telefónica durará unos 20 minutos.

También se le pedirá que permita a las investigadoras utilizar la información estatal sobre la cantidad, el tipo y los costos de los servicios financiados por el estado y por Medicaid que recibe, así como también que las autorice a recopilar información de los registros públicos sobre las detenciones y los hechos judiciales en los que se haya

visto involucrado/a. Es posible que nos comuniquemos con usted (o con las personas que indique como contactos) por teléfono, correo postal o correo electrónico, o a través de las redes sociales, como Facebook, a fin de ubicarlo/a para que complete la entrevista de seguimiento. Podemos utilizar bases de datos públicas para encontrar información actualizada con el fin de ponernos en contacto con usted para que complete la entrevista de seguimiento. En algunos casos, es posible que intentemos comunicarnos con usted de forma confidencial por correo postal o por teléfono usando direcciones o números de teléfono que estén o hayan estado vinculados a usted de alguna manera.

¿HAY ALGUNA RAZÓN POR LA QUE NO DEBERÍA PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

No hay ninguna condición que le impida participar en este estudio. Si está únicamente en proceso de desintoxicación o en un programa de educación sobre conducción bajo la influencia de sustancias, no debería participar en el estudio.

¿CUÁLES SON LOS POSIBLES RIESGOS Y MOLESTIAS ASOCIADOS?

No se conocen riesgos por participar en estas entrevistas. Es posible que las preguntas le causen cierto malestar emocional, ya que pueden hacer que recuerde momentos en los que sintió tristeza o estrés. Además, algunas personas pueden sentirse incómodas al compartir información confidencial. Debido a las medidas que tomamos para proteger su privacidad, el riesgo de que su información se revele sin autorización es mínimo. Si se siente incómodo/a durante la entrevista de seguimiento, se le ofrecerá una remisión a los consejeros de su zona.

¿OBTENDRÉ ALGÚN BENEFICIO POR PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

No hay beneficios directos para usted por participar en el estudio de seguimiento. Sin embargo, en el caso de algunas personas, participar en entrevistas sobre su vida y sus problemas de consumo de sustancias les resulta útil porque las ayuda a pensar en su salud desde una perspectiva diferente. Además, estas preguntas sobre el consumo de sustancias podrían ayudarlo/a a darse cuenta de la necesidad de cambiar, lo que constituye un beneficio.

¿TENGO LA OBLIGACIÓN DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

La decisión de participar en este estudio de seguimiento es completamente voluntaria. Si decide no participar, no perderá ninguno de los beneficios o derechos que normalmente tendría. Puede dejar de participar en cualquier momento durante el estudio y, aun así, seguir sin problemas con el programa de tratamiento contra el abuso de sustancias.

SI NO QUIERO PARTICIPAR EN EL ESTUDIO, ¿HAY OTRAS OPCIONES DISPONIBLES?

Si no quiere participar en el estudio de seguimiento, no hay otras opciones disponibles.

¿CUÁNTO ME COSTARÁ PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

La participación en el estudio de seguimiento no tendrá ningún costo para usted.

¿QUIÉN TENDRÁ ACCESO A LA INFORMACIÓN QUE BRINDE?

Debido a las medidas que tomamos para proteger su privacidad, el riesgo de que su información se revele sin autorización es mínimo. Su información se combinará con la de otras personas que participen en el estudio. Todos los informes que redactemos sobre el estudio se basarán en la información combinada que recopilamos. Usted no será identificado/a en estos materiales escritos. Cuando publiquemos los resultados del estudio, mantendremos la confidencialidad de su nombre y otros datos de identificación personal. Su consejero/a le pedirá su número de Seguro Social, el cual se codificará para garantizar su seguridad y protección. Este número nos ayudará a cotejar claramente toda la información con su expediente; sin embargo, si no quiere darnos el número de Seguro Social, aún puede participar en el estudio. Toda la información se almacenará en computadoras seguras y protegidas por contraseña. Los archivos estarán encriptados para proteger aún más la confidencialidad de su información.

También obtuvimos un Certificado de Confidencialidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS), el cual protege a las investigadoras contra la obligación de identificar a una persona, incluso bajo orden judicial o citación. (El Certificado de Confidencialidad no implica la aprobación ni la desaprobación del proyecto por parte del secretario del DHHS). Sin embargo, es importante que sepa que podemos compartir información con las personas o agencias apropiadas si tomamos conocimiento de que usted u otras personas sufrieron algún daño, o de que se produjo un caso de abuso infantil. Además, la agencia que financia esta investigación (la División de Salud Conductual de Kentucky) y el personal de la Universidad de Kentucky también pueden acceder a su información si es necesario.

¿RECIBIRÉ ALGUNA RECOMPENSA POR PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

Recibirá USD 20 por completar la entrevista de seguimiento a los 12 meses del tratamiento. Debe participar en la entrevista de seguimiento para obtener esta recompensa, que se le enviará por correo. Si recibe más de USD 600 por participar en varios estudios en un año, la Universidad de Kentucky deberá informar estos pagos como ingresos ante el Servicio Interno de Impuestos (IRS). No se otorga ninguna compensación por completar la entrevista de admisión.

¿QUÉ SUCEDE SI TENGO PREGUNTAS?

Antes de decidir si participará en este estudio de seguimiento, asegúrese de hacer todas las preguntas que se le ocurran en este momento. Si tiene preguntas sobre el estudio más adelante, puede comunicarse con la investigadora, la Dra. TK Logan, llamando al 859-257-8248. Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante en esta investigación, comuníquese con el personal de la Oficina de Integridad de la Investigación de la Universidad de Kentucky llamando al 859-257-9428 o al número gratuito 1-866-400-9428. También puede ponerse en contacto con la Junta de Revisión Institucional (IRB) del Gabinete de Salud y Servicios Familiares (CHFS) llamando al 502-564-5497 (ext. 4102). Le daremos una copia de este formulario de consentimiento para que la conserve.

¿QUÉ MÁS DEBO SABER?

Este estudio está financiado por la División de Salud Conductual de Kentucky con el objetivo de comprender mejor el tratamiento contra el abuso de sustancias que se brinda a través de los programas financiados por el estado. Se le comunicará si surge alguna información nueva que pueda afectar su voluntad de seguir participando en este estudio.

Por último, después de indicar si está de acuerdo en que nos comuniquemos con usted para la entrevista de seguimiento en aproximadamente 12 meses, le preguntaremos si estaría dispuesto/a a que el equipo de investigación lo/a contactara en el futuro para brindarle información sobre otros estudios que podrían surgir. Debe aceptar que nos comuniquemos con usted para el estudio de seguimiento y para futuros estudios por separado; puede dar su consentimiento para uno, para ambos o para ninguno de los estudios. Si da su consentimiento para que nos comuniquemos con usted a fin de informarle sobre otra posible oportunidad de investigación, puede decidir si desea participar o no en el momento en que lo/a contactemos.

Al elegir la opción correspondiente a continuación, el/la paciente acepta que lo/a contactemos por teléfono en aproximadamente 12 meses para una entrevista de seguimiento. En ese momento, podrá volver a decidir si desea participar o no en dicha entrevista de seguimiento.

Elija una de las siguientes opciones:

- Acepto que me contacten para participar en la entrevista de seguimiento dentro de 12 meses.
- NO acepto que me contacten para participar en la entrevista de seguimiento dentro de 12 meses.

Si el/la paciente respondió “NO acepto”:

Gracias por responder estas preguntas. Su información nos ayudará a mejorar el tratamiento contra el abuso de sustancias en Kentucky. (Continúe con la siguiente pregunta sobre si acepta que lo/a contacten para estudios de investigación futuros).

Si el/la paciente respondió “Acepto”:

Gracias por permitir que nos comuniquemos con usted en el futuro. En esta última sección, le preguntaremos algunos datos que nos ayudarán a ponernos en contacto con usted. Al igual que el resto de las respuestas que acaba de dar, la información de localización se almacena encriptada en un archivo protegido por contraseña al que solo tiene acceso el personal autorizado del estudio. Solo utilizaremos esta información para contactarlo/a en el futuro y no la compartiremos con ninguna otra persona. Le preguntaremos si podemos comunicarnos con alguna persona conocida (como su madre o su abuela) para tratar de ubicarlo/a a usted. Si lo hacemos, no compartiremos ningún tipo de información con esa persona; solo le diremos que a usted se le pidió que participara en un **estudio de seguimiento del programa de salud**. Antes de recopilar la información de contacto, debemos hacerle una pregunta más. (Continúe con la siguiente pregunta sobre si acepta que lo/a contacten para estudios de investigación futuros).

¿Le gustaría que nos comuniquemos con usted en el futuro para informarle sobre otro estudio de investigación? En caso de contactarlo/a, le brindaremos más detalles sobre el estudio en cuestión, y podrá decidir si quiere participar en ese momento.

1 = Sí
0 = No

Gracias por permitir que nos comuniquemos con usted en el futuro. En esta última sección, le preguntaremos algunos datos que nos ayudarán a ponernos en contacto con usted. Al igual que el resto de las respuestas que acaba de dar, la información de localización se almacena encriptada en un archivo protegido por contraseña al que solo tiene acceso el personal autorizado del estudio. Solo utilizaremos esta información para contactarlo/a en el futuro y no la compartiremos con ninguna otra persona. Le preguntaremos si podemos comunicarnos con alguna persona conocida (como su madre o su abuela) para tratar de ubicarlo/a a usted. Si lo hacemos, no compartiremos ningún tipo de información con esa persona; solo le diremos que a usted se le pidió que participara en un **estudio de seguimiento del programa de salud**.

1. Para ayudarnos a garantizar que solo hablaremos con usted durante el seguimiento, elija dos preguntas de seguridad de la siguiente lista y proporcione respuestas que pueda recordar dentro de un año.

- a. ¿Cuál es el nombre de su primera mascota? _____
- b. ¿De qué modelo/marca era su primer coche? _____
- c. ¿En qué ciudad nació? _____
- d. ¿Cuál es el nombre de la última escuela primaria a la que asistió? _____
- e. ¿Cuál era su apodo en la infancia? _____
- f. ¿Cuál es el nombre de su mejor amigo de la infancia? _____

Proporcione tanta información como sea posible para que podamos comunicarnos con usted dentro de 12 meses a fin de llevar a cabo la segunda parte del KTOS, el Estudio de Seguimiento de la Salud de la Universidad de Kentucky.

<u>2. Información de contacto del/de la paciente</u>	
Nombre de soltera u otro nombre asociado del/de la paciente (sobrenombre)	
Dirección del/de la paciente (número y calle)	
Número de apartamento del/de la paciente (si corresponde)	
Ciudad donde vive el/la paciente	
Estado donde vive el/la paciente	
Código postal del lugar donde vive el/la paciente	
Número de teléfono particular (con código de área)	
Número de teléfono celular (con código de área)	
¿Tiene otro número de teléfono al que podamos comunicarnos con usted? (con código de área)	
¿Esta es la dirección del/de la paciente?	_____ Sí _____ No
Si no se trata de la dirección del/de la paciente, ¿quién vive en esta dirección? Nombre (nombre y apellido)	
Vínculo con el/la paciente	<input type="checkbox"/> Madre/padre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja/novio/novia <input type="checkbox"/> Excónyuge/expareja/exnovio/exnovia <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Primo/a <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Suegro/a <input type="checkbox"/> Cuñado/a <input type="checkbox"/> Empleador o compañero/a de trabajo <input type="checkbox"/> Amigo/a o vecino/a <input type="checkbox"/> Otro (especificar el vínculo): _____

Indique las DOS personas que siempre sabrán dónde ubicarlo/a. Las madres y las parientes de sexo femenino suelen ser mejores para mantenerse en contacto. **Recuerde que las personas que entrevistan NUNCA revelarán que estuvo bajo tratamiento** ni compartirán información personal; solo dirán que dio su consentimiento para que lo/a contacten con respecto al Estudio de Seguimiento de la Salud de la Universidad de Kentucky.

4. Persona 1

Información de contacto:	
Nombre y apellido	
Dirección (número y calle)	
Número de apartamento (si corresponde)	
Ciudad	
Estado	
Código postal	
Dirección de correo electrónico	
Número de teléfono particular (con código de área)	
Número de teléfono celular (con código de área)	
Vínculo con el/la paciente (seleccionar una opción)	<input type="checkbox"/> Madre/padre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja/novio/novia <input type="checkbox"/> Excónyuge/expareja/exnovio/exnovia <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Primo/a <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Suegro/a <input type="checkbox"/> Cuñado/a <input type="checkbox"/> Empleador o compañero/a de trabajo <input type="checkbox"/> Amigo/a o vecino/a <input type="checkbox"/> Otro (especificar el vínculo): <hr/>

5. Persona 2

Información de contacto:	
Nombre y apellido	
Dirección (número y calle)	
Número de apartamento (si corresponde)	
Ciudad	
Estado	
Código postal	

Dirección de correo electrónico	
Número de teléfono particular (con código de área)	
Número de teléfono celular (con código de área)	
Vínculo con el/la paciente (seleccionar una opción)	<input type="checkbox"/> Madre/padre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja/novio/novia <input type="checkbox"/> Excónyuge/expareja/exnovio/exnovia <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Primo/a <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Suegro/a <input type="checkbox"/> Cuñado/a <input type="checkbox"/> Empleador o compañero/a de trabajo <input type="checkbox"/> Amigo/a o vecino/a <input type="checkbox"/> Otro (especificar el vínculo):

6. Podemos comunicarnos con usted por mensaje a través de Facebook Messenger o alguna otra plataforma de redes sociales. En caso de usar Facebook Messenger o las redes sociales, solo lo haremos para ponernos en contacto con usted o con la persona de contacto que haya indicado. No revelaremos ninguna información privada.
 ¿Cuál es su nombre en Facebook?

* Nota: Los mensajes provendrán de nuestra página comunitaria de Facebook en inglés sobre el estudio, Ukhfs Page (Health Follow Up Study), o de la página Ukhfs K Page (Kentucky Health Follow Up). Es posible que le enviemos una solicitud de amistad desde nuestra página; sus amigos de Facebook podrían ver esta actividad. Si decide no seguir nuestra página, compruebe la carpeta de correo no deseado de Facebook Messenger para ver si tiene mensajes de nuestro equipo del estudio. Además, le aconsejamos no divulgar ninguna información privada en los mensajes de Facebook que nos envíe.

Descargo de responsabilidad sobre la privacidad: No compartiremos ningún tipo de información privada; sin embargo, todos los mensajes que se envían a través de Facebook Messenger están sujetos a las políticas de privacidad y de datos de Facebook. Facebook recopila información sobre contenido y de otro tipo que se envía o comunica a otras personas. Esto puede incluir información sobre el contenido que se publica, como la ubicación de una foto o la fecha de creación de un archivo. Para obtener más información, visite www.facebook.com/about/privacy/.

7. ¿Cuál es la dirección de correo electrónico principal a la que podemos contactarlo/a?

7a. ¿Tiene otra dirección de correo electrónico a la que podamos contactarlo/a?

8. Indique cuál es su nombre de usuario en las siguientes redes sociales:

Instagram: _____

Twitter: _____

TikTok: _____

Otra cuenta de redes sociales: _____

9. ¿Cuál es el mejor medio para contactarlo/a? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Mensaje de texto Llamada telefónica Correo electrónico Facebook Trabajo Redes sociales

10. Si su lugar de trabajo es una buena opción para comunicarnos con usted, proporcione los datos de contacto:

Nombre de la compañía/agencia	
Número de oficina o unidad	
Número de teléfono de la compañía/agencia	

11. Si dentro de un año alguien le debiera USD 1,000 y su número de teléfono y dirección hubieran cambiado, ¿cómo podría encontrarlo/a esa persona para devolverle la plata?