

## Valoración Global de Necesidades Individuales - Q4 (GAIN-Q4)

Versión GVER]: 4.0.10 MI CT-DCF (PCC 4) (para diagnóstico y colocación provisionales)

Sitio ID [XSITE]: .....|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
ID del Personal [XSID]:|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
ID del Part [XPID]: .....|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Sitio Local [XSITEa]: .....|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
Iniciales del Personal [XSIN]:...|\_|\_|\_|\_|  
Apellido [XPNAM]: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ S.N.: \_\_\_\_\_

Observación [XOBS]: .....|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

v. \_\_\_\_\_

Personal Edición ID ... [XEDSID]:|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
Personal Base Datos ID [XDESID]:|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Fecha Edic. [XEDDT]:.....|\_|\_|/|\_|\_|/20|\_|\_|  
Fecha Inicial [XDEDT]:|\_|\_|/|\_|\_|/20|\_|\_|

### *Solo para Uso del Personal*

A1. Información Administrativa

A1a. Hora: .....|\_|\_| : |\_|\_| HH:MM .....A1b. |\_|\_| (AM/PM)

A1c. Fecha de Hoy [XOBSDT]: .....|\_|\_|/|\_|\_|/20|\_|\_| (MM/DD/AAAA)

### **Introducción**

**Propósito:** El propósito de esta evaluación es proveer un resumen de cómo han estado yendo las cosas en su vida. La información recolectada será únicamente empleada para identificar y abordar problemas con los que pueda desear asistencia así como para ayudarnos a evaluar nuestros servicios.

**Formato:** Esta evaluación tiene preguntas sobre qué ha estado ocurriendo en su vida en un amplio rango de áreas, incluyendo su salud física y mental, nivel de estrés y conductas de riesgo, y satisfacción con su vida. Usted podrá decir que no sabe o que rehúsa contestar cualquier pregunta que NO quiera responder.

**Tiempo:** Dependiendo de cuánto haya estado ocurriendo en su vida, tomará como 50 minutos el completarlo. Usted podrá tomar un descanso si lo necesita.

**Privacidad y Confidencialidad:** Sus respuestas son privadas. Todo el personal de investigación científica y de tratamiento que tiene acceso a sus respuestas entiende esta restricción y ha estado de acuerdo en no divulgar sus respuestas específicas sin su consentimiento por escrito. Esto incluye proveer información a miembros de su familia, otros individuos, otras agencias de tratamiento, agencias de servicio social, agencias de justicia criminal y otras agencias.

Su confidencialidad también está protegida bajo el acta de privacidad de 1974, el acta sobre normas de privacidad, portabilidad de seguro de salud y responsabilidad (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996, y el acta sobre informática de salud para la salud económica y clínica (HITECH, por sus siglas en inglés) de 2009. (LEÁLO SOLAMENTE SI FUERA APLICABLE): Hemos obtenido un certificado de confidencialidad para prevenir que nos obliguen a dar información alguna a la corte.

Hay, sin embargo, dos excepciones. Primero, estamos bajo la obligación legal de informar abuso de menores o si usted constituye un peligro para usted mismo o para otros. Segundo, oficiales del gobierno federal tienen el derecho de revisar nuestro trabajo para asegurarse de que hemos protegido su seguridad y hemos informado exactamente lo que hemos hecho.

¿Tiene alguna pregunta?

**A3. Lapso de tiempo para los eventos claves y preguntas para administrar inicialmente**

Varias preguntas le pedirán que recuerde cosas que han ocurrido durante **los últimos 90 días**. Para ayudarlo a recordar esos períodos de tiempo, mire por favor el calendario. Primero, busquemos la fecha de hoy y hágale un círculo.

Ahora cuente las 13 semanas pasadas, aprox. 90 días y haga un círculo en esa fecha. ¿Recuerda algo que estaba ocurriendo alrededor de esa fecha (FECHA HACE 90 DÍAS)?

(INDAGUE POR UN EVENTO ESPECÍFICO. **SI NO PUEDE RECORDAR:** ¿Recuerda algún cumpleaños, días festivos, eventos deportivos u otros eventos que ocurrieran cerca de esa fecha (FECHA HACE 90 DÍAS)? ¿Hubo algún cambio en donde vivía, con quién estaba, estaba o no bajo tratamiento, trabajo, escuela o cárcel? ¿Dónde vivía en ese momento? ¿Estaba bajo tratamiento, trabajando, en la escuela o envuelto con la ley en ese entonces?)

A3a1. Anote el Evento Clave de 90 días: v. \_\_\_\_\_

Cuando hablamos de cosas que estaban ocurriendo durante "los últimos 90 días", hablamos de cosas que ocurrieron más o menos desde (EVENTO DE HACE 90 DÍAS).

Por favor, mantenga este calendario a mano y utilícelo a medida que hagamos la entrevista para que le ayude a acordarse de cuando pasaron distintas cosas.

***Instrucciones adicionales para administración***

A medida que hagamos el cuestionario, voy a leer las preguntas y anotaré sus respuestas. Es importante que trate de responder cada pregunta si puede y desea hacerlo. Sabemos que no siempre sabrá la respuesta exacta, pero nos gustaría que nos dé la respuesta que mejor crea, si puede. También puede decirnos si no sabe o no desea o rehúsa responder alguna pregunta. Tengo también tarjetas aquí que usaremos para ayudar a contestar algunas de las preguntas.

¿Tiene alguna pregunta antes de que comencemos?

A4a. En pocas palabras, ¿puede decirme por qué está aquí hoy? (¿Cuál es su razón principal para ponerse bajo tratamiento?) (No pregunte "¿Algo más?")

v1. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(Aclare y codifique)

Disponibilidad de las drogas (dificultades en conseguir drogas o drogas "buenas").....1  
 Finanzas (no puede seguir usando drogas, perdió fuente de ingresos).....2  
 Motivo personal general ("hábito fuera de control", "cansado", "desea cambiar", "mejorar el estilo de vida", "salvarse") .....3  
 Razones de salud (muy enfermo para seguir; las drogas o enfermedades relacionadas le están haciendo daño o amenazan su propia salud, bebé no ha nacido o en camino, para vivir).....4  
 Obligado por la familia (padre o madre, esposo(a), pareja).....5  
 Para conseguir o mantener custodia o para ser mejor padre o madre.....6  
 Obligado por el sistema de justicia criminal (mandato de la corte, oficial de probatoria ("probation officer"), oficial de libertad condicional ("parole officer"), abogado, etc.).....7  
 Obligado por el Departamento de Servicios de Familia y Niños (DCFS, por sus siglas en inglés)...8  
 Obligado por maestro, ministro, entrenador.....9  
 Desea recibir servicios (quiere vivienda u otro beneficio) .....10  
 Escuela o trabajo (conseguir, mantener o mejorar situación).....11  
 Otro (**Por favor describa en A4a**).....99

A4b. ¿Cuál es el nombre de la persona quien lo refirió a tratamiento?

v. \_\_\_\_\_

A4c. ¿Cuál es la relación de esa persona con usted?

v. \_\_\_\_\_

A4d. Código para la persona o agencia que lo refiere (escoja de la tabla bajo).....|\_|\_|

| Individuos                   |                                     | Agencias                                                                                                   |                                                                                           |
|------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 Yo mismo                   | 10 Juez                             | 21 Programa de abuso de alcohol/droga                                                                      | 41 Programa estatal de abuso de alcohol/drogas                                            |
| 2 Madre                      | 11 Maestro                          | 22 Proveedor de salud mental                                                                               | 42 Programa estatal de salud mental                                                       |
| 3 Padre                      | 12 Supervisor en el trabajo         | 23 Otro proveedor de cuidado de salud                                                                      | 43 Programa estatal de Servicios a Familia y Niños (DCFS) o programa de bienestar público |
| 4 Hermano                    | 13 Trabajador Social                | 24 Programa de alcance a la comunidad, apoyo o prevención                                                  | 44 Departamento estatal de salud                                                          |
| 5 Hermana                    | 14 Abogado                          | 25 Escuela                                                                                                 | 49 Otra agencia estatal                                                                   |
| 6 Abuelo, abuela             | 15 Oficial de Probatoria            | 26 Empleador                                                                                               | 50 Programa de justicia criminal (CJ) fuera del estado                                    |
| 7 Tía                        | 16 Oficial de Libertad Condicional  | 27 Agencia de Servicio Social                                                                              | 59 Otra agencia fuera del estado                                                          |
| 8 Tío                        | 17 Trabajador de Asistencia Pública | 28 Agencia de Justicia Criminal                                                                            | 99 Otro (Por favor describa en A4a)                                                       |
| 9 Otro miembro de la familia | 18 Sacerdote/Ministro               | 30 Treatment Alternatives to Street Crime (TASC) o programa alternativo: Tratamiento en lugar de detención |                                                                                           |
|                              | 19 Otro individuo                   | 39 Other Agency                                                                                            |                                                                                           |

## B. Información de Antecedentes

En esta primera sección, voy a hacerle preguntas básicas (y revisar rápidamente) acerca de si mismo.  
(¿Puedes informarme si algo ha cambiado?)

B1. ¿Cual era tu sexo al nacer?

(Escoja una)

Hombre..... 1  
Mujer..... 2  
Intersexuales..... 6  
Otro (**Por favor describa**)..... 99

v. \_\_\_\_\_

B1a. ¿Te identificas actualmente como hombre, mujer, no binario, transgénero o algo más?

(Escoja una)

Hombre..... 1  
Mujer..... 2  
Intersexuales..... 6  
No binario (género queer o fluido, bigénero, dos espíritus, agénero, género no conforme)..... 7  
Transgénero (de mujer a hombre, FTM, trans masculino)..... 8  
Transgénero (de hombre a mujer, MTF, trans femenino)..... 9  
Otro (**Por favor describa**)..... 99

v. \_\_\_\_\_

B1b. ¿Prefieres que usemos pronombres masculinos, femeninos o de género neutro al dirigirse a usted?

(Escoja una)

él/su/él..... 1  
ella/ella/ella..... 2  
ellos/ellos/los suyos ..... 3  
Otro (**Por favor describa**)..... 99

v. \_\_\_\_\_

BAC B1d. ¿Aproximadamente, ¿cuánto **mide** en pies y pulgadas?.....     
Pies Pulgadas

B1e. ¿Aproximadamente, ¿cuánto **pesa** sin zapatos?.....     
Libras

B2. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?.....   /   /      
Mes Día Año

B2a. ¿Cuántos años tiene hoy? .....     
Edad **[SI ES MAYOR DE 18, PASE a B3A]**

B2b. En este momento, ¿quién tiene **custodia legal** de usted? (Diría que...)

v. \_\_\_\_\_

(Aclare y codifique)

|                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Padres viviendo juntos.....                                                        | 1  |
| Padres que están separados pero comparten la custodia.....                         | 2  |
| Uno de los padres (aunque viva con padrastro o madrastra).....                     | 3  |
| Otros miembros de la familia.....                                                  | 4  |
| Menor emancipado legalmente, viviendo por su cuenta.....                           | 5  |
| Huyó de la casa/vive solo (sin emanciparse legalmente).....                        | 6  |
| Condado/Estado (hogar sustituto o servicios de protección<br>("foster home"))..... | 7  |
| Institución correccional o juvenil.....                                            | 8  |
| Otra ( <b>Por favor describa en B2bv</b> ).....                                    | 99 |

B3a. ¿De qué raza, grupo étnico, nacionalidad o tribu se considera? (¿Algún otro grupo?) (**Por favor anote y escoja todos los que apliquen**)

v1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor escoja por lo menos una raza.

**MENCIONADO**

|                                                                           | <u>Sí</u> | <u>No</u> |  |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|--|
| 1. Nativo de Alaska ( <b>Por favor anote la tribu en B3av1</b> ).....     | 1         | 0         |  |
| 2. Asiático.....                                                          | 1         | 0         |  |
| 3. Africano Americano/Negro.....                                          | 1         | 0         |  |
| 4. Caucásico/Blanco.....                                                  | 1         | 0         |  |
| 5. Hispano, Latino o Chicano.....                                         | 1         | 0         |  |
| a. Puertorriqueño.....                                                    | 1         | 0         |  |
| b. Mexicano.....                                                          | 1         | 0         |  |
| c. Cubano.....                                                            | 1         | 0         |  |
| e. Dominicano.....                                                        | 1         | 0         |  |
| f. Otro país de América Central.....                                      | 1         | 0         |  |
| g. Otro país de América del Sur.....                                      | 1         | 0         |  |
| z. Algún otro grupo ( <b>Por favor describa en B3av1</b> ).....           | 1         | 0         |  |
| 6. Indígena/Indio Americano ( <b>Por favor, anote la tribu en B3av1</b> ) | 1         | 0         |  |
| 7. Nativo de Hawaii.....                                                  | 1         | 0         |  |
| 8. Nativo de las Islas del Pacífico.....                                  | 1         | 0         |  |
| 99. Algún otro grupo ( <b>Por favor, describa in B3av1</b> ).....         | 1         | 0         |  |

- B12. ¿Cuál es el **último** grado/año que **completó en la escuela?**  
**(NOTA: Puede usar 12 para escuela secundaria, 16 para licenciatura y 17 para postgrado/maestría o más de 4 años de universidad).....**

□□□  
Grado

- B13. ¿Qué diplomas, títulos, certificados ocupacionales o licencias ha recibido?  
 (¿Algún otro?)

**MENCIONADO**

|                                                                 | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|-----------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| 1. Diploma de bachillerato o preparatoria.....                  | 1         | 0         |
| 2. Pasó el examen de equivalencia general (GED).....            | 1         | 0         |
| 3. Certificado de educación adulta básica (ABE).....            | 1         | 0         |
| 4. Título universitario de dos años.....                        | 1         | 0         |
| 5. Grado universitario de 4 años o licenciatura .....           | 1         | 0         |
| 6. Escuela de posgrado (maestría o doctorado) .....             | 1         | 0         |
| 7. Certificado vocacional/ocupacional .....                     | 1         | 0         |
| 8. Licencia de aprendizaje de algún oficio .....                | 1         | 0         |
| 9. Licencia de manejar (conducir) comercial .....               | 1         | 0         |
| 99. Otros títulos o licencias <b>(Por favor describa)</b> ..... | 1         | 0         |

v. \_\_\_\_\_

- B14. ¿Cuáles de las siguientes etiquetas está más de acuerdo con su identidad de orientación sexual?

**(Escoja una)**

|                                        |    |
|----------------------------------------|----|
| No-sexual o asexual.....               | 1  |
| Heterosexual.....                      | 2  |
| Homosexual, gay o lesbiana.....        | 3  |
| Bisexual.....                          | 5  |
| En duda o sintiendo curiosidad.....    | 6  |
| No está seguro(a).....                 | 7  |
| Otro <b>(Por favor describa)</b> ..... | 99 |

v. \_\_\_\_\_

- B15. ¿Cuál es su estado marital **actual**?

**(Aclare y codifique)**

|                                                               |   |
|---------------------------------------------------------------|---|
| Casado(a).....                                                | 1 |
| Casado(a) más de una vez.....                                 | 2 |
| Viviendo con alguien como si estuviera casado(a).....         | 3 |
| Casado(a) pero viviendo aparte.....                           | 4 |
| Divorciado(a).....                                            | 5 |
| Separado(a) legalmente.....                                   | 6 |
| Viudo(a).....                                                 | 7 |
| Nunca se ha casado y no vive como si estuviera casado(a)..... | 8 |

**[SI ES MENOR DE 17 AÑOS, PASE A B17]**

B16. ¿Ha estado **alguna vez** en las fuerzas armadas de los EEUU o de cualquier otro país?

(Escoja una)

No, nunca ha servido en las fuerzas armadas..... 0 [PASE A B17]

Si, sirvió en las fuerzas armadas de los EEUU..... 1

¿Que rama? v. \_\_\_\_\_

Si, sirvió en las fuerzas armadas de otro país..... 99

¿Que país? v. \_\_\_\_\_

B16a. ¿Estuvo **alguna vez** en una zona de combate?..... 

|    |           |
|----|-----------|
| Sí | <u>No</u> |
| 1  | 0         |

¿Dónde? v. \_\_\_\_\_

B16b. ¿Cuál fue su rango militar **más alto**?

v. \_\_\_\_\_

B16c. ¿Está usted actualmente en servicio activo en las fuerzas armadas, incluyendo en la reserva o guardia?..... 

|    |           |
|----|-----------|
| Sí | <u>No</u> |
| 1  | 0         |

 [SI NO, PASE A B16c\_2]

B16c\_1. ¿Cuál es su estado militar actual?

v. \_\_\_\_\_

(Aclare y codifique)

Activo en las fuerzas armadas (sin incluir la reserva activa o Guardia)..... 1 [PASE A B17]

En la guardia o componente de reserva que entrena regularmente..... 2

En la Reserva Individual Lista (Reserva Inactiva Lista, Secciones no Afiliadas de Reserva)..... 3

Otra (**Por favor describa en B16c\_1v**)..... 99

|         |                                                     |           |           |                     |
|---------|-----------------------------------------------------|-----------|-----------|---------------------|
|         |                                                     | <u>Sí</u> | <u>No</u> |                     |
| B16c_2. | ¿Alguna vez ha sido dado de baja del ejército?..... | 1         | 0         | [SI NO, PASE A B17] |

B16c\_2a. ¿Cuál es su estado de dado de baja?

v. \_\_\_\_\_

**(Aclare y codifique)**

|                                                                |           |
|----------------------------------------------------------------|-----------|
| Retirado/Dado de baja honorable.....                           | 1         |
| Dado de baja honorable (no retirado).....                      | 2         |
| Dado de baja General o Separación de nivel de entrada.....     | 3         |
| Otro diferente de dado de baja honorable.....                  | 4         |
| Mala conducta o dada de baja administrativa o destitución..... | 5         |
| Dada de baja deshonorale o destitución después de corte        |           |
| Marcial.....                                                   | 6         |
| Otra <b>(Por favor describa in B16c_2av.....</b>               | <b>99</b> |

|       |                                                                                                           |           |           |                     |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|---------------------|
|       |                                                                                                           | <u>Sí</u> | <u>No</u> |                     |
| B16d. | ¿Estuvo su baja relacionada con algún problema físico, mental, con alcohol, drogas, u otro problema?..... | 1         | 0         | [SI NO, PASE A B17] |

B16d. ¿Cuáles fueron los problemas? **(Por favor registre y seleccione todos los que aplican)**

v. \_\_\_\_\_

**MENCIONADO**

|     |                                                         |           |           |
|-----|---------------------------------------------------------|-----------|-----------|
|     |                                                         | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
| 1.  | Físicos.....                                            | 1         | 0         |
| 2.  | Médicos.....                                            | 1         | 0         |
| 3.  | Mentales.....                                           | 1         | 0         |
| 4.  | De Alcohol.....                                         | 1         | 0         |
| 5.  | De Drogas.....                                          | 1         | 0         |
| 99. | Otro problema <b>(Por favor describa en B16dv).....</b> | 1         | 0         |

**[SI B1 = HOMBRE, PASE A WB1]**

|      |                                    |           |           |
|------|------------------------------------|-----------|-----------|
|      |                                    | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
| B17. | ¿Está actualmente embarazada?..... | 1         | 0         |

## BC. Barreras para la Atención a la Salud

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

BC1a. **En este momento** ¿quiere (más) ayuda para ponerse y seguir bajo tratamiento con las siguientes situaciones?

|                                                                                                                                 | <u>Si</u> | <u>No</u> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| 1. Hacer arreglos para la transportación.....                                                                                   | 1         | 0         |
| 2. Hacer arreglos para el cuidado de los niños.....                                                                             | 1         | 0         |
| 3. Planearlo alrededor del horario de trabajo, escuela o<br>responsabilidades familiares.....                                   | 1         | 0         |
| 4. Pago del tratamiento.....                                                                                                    | 1         | 0         |
| 5. Asuntos de lenguaje, religiosos, étnicos o culturales.....                                                                   | 1         | 0         |
| 6. Ropa .....                                                                                                                   | 1         | 0         |
| 7. Alimentos, comida.....                                                                                                       | 1         | 0         |
| 99 ¿Hay algún otro asunto que necesitemos atender para que pueda<br>ponerse bajo tratamiento? <b>(Por favor describa)</b> ..... | 1         | 0         |

v. \_\_\_\_\_

## WB. Bienestar

Las siguientes preguntas son sobre su bienestar.

MHC-SF

|                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |                 |                    |                    |                     |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------|--------------------|--------------------|---------------------|----------------|
| Usando la Tarjeta WB y respondiendo las siguientes preguntas sobre cómo se ha sentido durante el último mes: (0) nunca, (1) una o dos veces, (2) aproximadamente una vez por semana, (3) 2 a 3 veces por semana, (4) casi todos los días, o (5) todos los días... | Nunca | Una o dos veces | Una vez por semana | 2-3 veces por sem. | Casi todos los días | Todos los días |
|                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0     | 1               | 2                  | 3                  | 4                   | 5              |

WB. **Durante el última mes**, ¿con qué frecuencia se sintió ...

|                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 1. feliz?.....                                                                                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. satisfecha con la vida? .....                                                                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. que pertenecen a una comunidad (grupo social/cultural, tu escuela o tu comunidad)?.....              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. que su comunidad es un buen lugar, o se está convirtiendo en un lugar mejor, para todos gente? ..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. que te gustaba la mayor parte de tu personalidad? .....                                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. que tu vida tiene un sentido de dirección y propósito/significado? .....                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## SP. Problemas Escolares

Las siguientes preguntas son acerca de estar en cualquier tipo de escuela o programa de capacitación. Usando la **Tarjeta Q** y respondiendo "durante el último mes," "hace 2 a 3 meses," "hace 4 a 12 meses," "hace 1 o más años," o "nunca"...

| Última mes | Hace 2 a 3 meses | Hace 4 a 12 meses | Hace 1 o más años | Nunca |
|------------|------------------|-------------------|-------------------|-------|
| 4          | 3                | 2                 | 1                 | 0     |

SPScr/  
QOLI

SP1. Cuando fue la **última** vez que usted...

- |    |                                                                                                                                |   |   |   |   |   |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| a. | ¿llegó tarde o se fue temprano de la escuela o programa de capacitación?...                                                    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| b. | ¿faltó (PR: cortó, MX: se fue de pinta) a la escuela o programa de capacitación solo porque no tenía ganas de estar allí?..... | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| c. | ¿tuvo malas notas o bajó las notas en la escuela o programa de capacitación?.....                                              | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| d. | ¿se enfermó en la escuela o programa de capacitación?.....                                                                     | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| e. | ¿fue a cualquier tipo de escuela o capacitación?.....                                                                          | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

SP1f. ¿Cuando fue la **última** vez, si alguna, que usted recibió cualquier tipo de ayuda lidiando con problemas escolares (por ejemplo, hablar con un consejero escolar sobre problemas en la escuela, trabajar con un tutor, asistir a un grupo de habilidades sociales en la escuela)?.....

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|---|---|---|---|---|

### [SI SP1e ES MENOR QUE 3, PASE A SP1f1]

Por favor responda las siguientes preguntas usando el número de días.

QCS

SP1e. ¿Durante los últimos 90 días, en cuantos días...

1. se ha ausentado de la escuela o de alguna capacitación por un día completo?.....     
Días

2. fue a cualquier clase de escuela o programa de capacitación?.....     
Días

### [SI SP1f ES MENOR QUE 3, PASE A SP2a]

Por favor responda las siguientes preguntas usando el número de días.

SP1f1. ¿Durante los últimos 90 días, en cuantos días ha recibido cualquier tipo de ayuda lidiando con problemas escolares? .....     
Días

| <i>Para Uso del Personal Solamente</i>          |                                                                                                                                                                                                                                 |           |           |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| <b>Puntos de Elegibilidad Razones Escolares</b> |                                                                                                                                                                                                                                 | <u>Si</u> | <u>No</u> |
| SP2a.                                           | ¿Ha tenido el participante algún problema escolar en los últimos 3 meses, como es indicado por al menos una respuesta de 4 ó 3 en los puntos SP1a a SP1d?                                                                       | 1         | 0         |
| SP2b.                                           | ¿Faltó el participante a la escuela al menos 3 de los últimos 90 días, tal como fue reportado en el puntos SP1e1?.....                                                                                                          | 1         | 0         |
| SP2c.                                           | ¿Desea administrar los puntos de razones escolares? Si usted contestó "sí" en los puntos SP2a o SP2b, o decide administrar los puntos de razones escolares por decisión de la institución o de su personal, codifique "sí"..... | 1         | 0         |

[SI SP2c = 0, PASE A WP1a]

### Razones Escolares

Las siguientes son algunas razones que dan las personas para querer hacer cambios en su comportamiento en la escuela o capacitación.

Por favor, responda sí o no a las siguientes preguntas. Si alguna de las preguntas no le aplica en esta ocasión, por favor responda no.

SP3. Usted quiere hacer cambios en su comportamiento en la escuela o capacitación porque...

|                                                                                                           | <u>Si</u> | <u>No</u> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| a. le irá mejor en la escuela o programa de capacitación.....                                             | 1         | 0         |
| b. sacará mejores calificaciones.....                                                                     | 1         | 0         |
| c. no se meterá en problemas.....                                                                         | 1         | 0         |
| d. no será expulsado.....                                                                                 | 1         | 0         |
| e. otras personas dejarán de molestarlo por sus problemas escolares o en el programa de capacitación..... | 1         | 0         |
| f. podrá obtener su diploma y por lo tanto, un trabajo mejor pagado que si no tuviera el diploma.....     | 1         | 0         |

SP4. ¿Cuál es su razón principal o más importante para querer hacer cambios **ahora mismo** en su comportamiento en la escuela o capacitación? (No pregunte, "Algunas Otras?")

v. \_\_\_\_\_

Usando la **Tarjeta F** y respondiendo desde 0% para "no listo" hasta 100% para "completamente listo"...

SP5. ¿Que tan listo está **ahora mismo** para hacer cambios en su comportamiento en la escuela o capacitación?.....

0%-----20%-----40%-----60%-----80%-----100%

**no lista**  
para hacer  
cambios

**lista**  
para hacer  
cambios

## WP. Problemas de Trabajo

Las siguientes preguntas son acerca de trabajar en un empleo. Para estos puntos, un trabajo incluye un empleo a tiempo completo o parcial donde usted recibe un sueldo, incluyendo servicio militar. Si nunca ha trabajado, por favor responda "nunca".

Usando la **Tarjeta Q...**

| Última mes | Hace 2 o 3 meses | Hace 4-12 meses | Hace 1+ años | Nunca |
|------------|------------------|-----------------|--------------|-------|
| 4          | 3                | 2               | 1            | 0     |

|                |      |                                                                                              |   |   |   |   |   |
|----------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| WPScr/<br>QOLI | WP1. | ¿Cuándo fue la <b>última</b> vez que usted...                                                |   |   |   |   |   |
|                | a.   | llegó tarde o se fue temprano del trabajo?.....                                              | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|                | b.   | faltó (PR: cortó, MX: se fue de pinta) al trabajo porque no tenía ganas de estar allí? ..... | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|                | c.   | hizo un mal trabajo o hizo su trabajo peor que antes?.....                                   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|                | d.   | se enfermó en el trabajo?.....                                                               | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|                | e.   | fue a su trabajo?.....                                                                       | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| WP1f. | ¿Cuándo fue la <b>última</b> vez, si alguna, que usted recibió cualquier tipo de ayuda lidiando con problemas de trabajo (por ejemplo, hablar con un consejero sobre problemas en el trabajo, usando los servicios de un programa de asistencia al empleado, participando en meditación para la resolución de disputas)?..... | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|

### [SI WP1e ES MENOR QUE 3, PASE A WP1f1]

Por favor responda las siguientes preguntas usando el número de días.

|     |       |                                                  |                                                   |
|-----|-------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| QCS | WP1e. | ¿Durante los últimos 90 días, en cuantos días... |                                                   |
|     | 1.    | faltó al trabajo por un día completo?.....       | <input type="text"/> <input type="text"/><br>Días |
|     | 2.    | trabajó por dinero en un trabajo o negocio?..... | <input type="text"/> <input type="text"/><br>Días |

### [IF WP1f ES MENOR QUE 3, PASE A WM3b1]

Por favor responda la siguiente pregunta usando el número de días.

|        |                                                                                                                                 |                                                   |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| WP1f1. | ¿Durante los últimos 90 días, en cuantos días usted ha recibido cualquier tipo de ayuda lidiando con problemas de trabajo?..... | <input type="text"/> <input type="text"/><br>Días |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|

| <i>Para Uso del Personal Solamente</i>           |                                                                                                                                                                                                                                  |           |           |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| <b>Puntos de Elegibilidad Razones de Trabajo</b> |                                                                                                                                                                                                                                  | <u>Si</u> | <u>No</u> |
| WP2a.                                            | ¿Ha tenido el participante cualquier problema de trabajo en los últimos 3 meses como se indicaría al tener por lo menos una respuesta de 4 o 3 para los puntos WP1a a WP1d?.....                                                 | 1         | 0         |
| WP2b.                                            | ¿Estuvo el participante ausente del trabajo por lo menos 3 de los últimos 90 días as como se reportó en el punto WP1e1?.....                                                                                                     | 1         | 0         |
| WP2c.                                            | ¿Desea usted administrar los puntos de razones de trabajo? Si usted respondió si a los puntos WP2a o WP2b o decide administrar los puntos de razones de trabajo por motivos del sitio o decisión del personal, codifique si..... | 1         | 0         |

[SI WP2c = 0, PASE A WM3b1]

### Razones de Trabajo

Las siguientes son algunas razones que dan las personas para querer hacer cambios en su comportamiento en el trabajo.

Por favor, responda sí o no a las siguientes preguntas. Si alguna de las preguntas no le aplica en esta ocasión, por favor responda no.

|      |                                                                           |           |           |
|------|---------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| WP3. | Usted quiere hacer cambios en su comportamiento en el trabajo porque...   | <u>Si</u> | <u>No</u> |
| a.   | logrará completar más trabajo.....                                        | 1         | 0         |
| b.   | obtendrá mejores evaluaciones.....                                        | 1         | 0         |
| c.   | no se meterá en problemas.....                                            | 1         | 0         |
| d.   | no será despedido.....                                                    | 1         | 0         |
| e.   | otras personas dejarán de molestarlo por sus problemas en el trabajo..... | 1         | 0         |
| f.   | podrá seguir manteniéndose a usted mismo (y a su familia).....            | 1         | 0         |

WP4. ¿Cuál es su razón principal o más importante para querer hacer cambios **ahora mismo** en su comportamiento en el trabajo? (No pregunte, "Algunas Otras?")

v. \_\_\_\_\_

Usando la **Tarjeta F** y respondiendo desde 0% para "no listo" hasta 100% para "completamente listo"...

WP5. ¿Qué tan listo está usted **ahora mismo** para hacer cambios en su comportamiento en el trabajo?.....

|                                             |
|---------------------------------------------|
| 0%-----20%-----40%-----60%-----80%-----100% |
| <b>no lista</b>                             |
| para hacer                                  |
| cambios                                     |
| <b>lista</b>                                |
| para hacer                                  |
| cambios                                     |

## WM. Gestión de Retirada

Las siguientes preguntas son sobre los síntomas de abstinencia. Estos son síntomas físicos o emocionales que ocurren cuando una persona que consume alcohol u otras drogas con regularidad deja de consumirlas, intenta dejar de consumirlas o reduce su consumo.

Por favor, responda sí o no a las siguientes preguntas.

|                                                                                                                            | Sí | <u>No</u> |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------|----------------------|
| WM3b1. <b>Durante la semana pasada</b> , ¿ha experimentado alguna síntomas de abstinencia por alcohol u otras drogas?..... | 1  | 0         | [SI NO, PASE A WM3d] |

WM3c. ¿Tal vez usted.....

|                                                                                              | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| 9. tuvo manos temblorosas?.....                                                              | 1         | 0         |
| 10. tuvo convulsiones o ataques?.....                                                        | 1         | 0         |
| 12. vomitó o tuvo ganas de vomitar?.....                                                     | 1         | 0         |
| 13. tuvo diarrea?.....                                                                       | 1         | 0         |
| 16. sudó más de lo habitual, tuvo el corazón acelerado o se le puso la piel de gallina?..... | 1         | 0         |
| 17. tuvo fiebre?.....                                                                        | 1         | 0         |
| 18. viste, sentiste u oíste cosas que no eran reales?.....                                   | 1         | 0         |
| 99. tuvo algún otro síntoma de abstinencia? ( <b>Por favor describa</b> ).....               | 1         | 0         |
| v. _____                                                                                     |           |           |

WM3d. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo una sobredosis? (usó suficiente cantidad de medicamento que produjo una reacción potencialmente mortal que requirió atención médica)?

(**Escoja una**)

|                              |   |                     |
|------------------------------|---|---------------------|
| En los últimos dos días..... | 6 |                     |
| Hace 3 a 7 días.....         | 5 |                     |
| Hace 1 a 4 semanas.....      | 4 |                     |
| Hace 1 a 3 meses.....        | 3 |                     |
| Hace 4 a 12 meses.....       | 2 | [SI NO, PASE A WM5] |
| Hace más de 12 meses.....    | 1 | [SI NO, PASE A WM5] |
| Nunca.....                   | 0 | [SI NO, PASE A WM5] |

WM3e. Durante los últimos 90 días, ¿cuántas veces sufrió una sobredosis con alguna droga?.....|\_|\_|\_| [SI 0, PASE A WM5]  
Veces

e1. **De estas veces**, ¿cuántas veces usó...?

a. heroína, fentanilo u otros opioides?.....|\_|\_|\_|  
Veces

b. crack, cocaína, anfetaminas, metanfetaminas, u otros estimulantes? |\_|\_|\_|  
Veces

c. Xanax, benzodiazepinas u otros sedantes, tranquilizantes?.....|\_|\_|\_|  
Veces

d. alcohol?.....|\_|\_|\_|  
Veces

z. otras drogas? (**Por favor describa**).....|\_|\_|\_|  
Veces

v. \_\_\_\_\_

e2. **De estas veces**, ¿cuántas veces...

a. recibió naloxona o Narcan para revertir su sobredosis?.....|\_|\_|\_|  
Veces

b. había un servicio médico de emergencia (EMS) en el lugar después de la sobredosis?.....|\_|\_|\_|  
Veces

c. acudió al servicio de urgencias después de la sobredosis?.....|\_|\_|\_|  
Veces

d. tuvo internado en el hospital al menos una noche después de una sobredosis?.....|\_|\_|\_|  
Veces

e. recibió una derivación para tratamiento por uso de sustancias de parte de la policía, el servicio de emergencias médicas, el servicio de urgencias o el personal del hospital?.....|\_|\_|\_|  
Veces

Por favor responda las siguientes preguntas usando el número de veces.

WM5. ¿**Quantas veces en su vida** lo han admitido a un retiro programa de control (desintoxicación) para su consumo de alcohol u otras drogas? |\_|\_|\_|  
Veces

## PH. Salud Física

Las siguientes preguntas son sobre su salud física.

Usando la **Tarjeta Card Q...**

| Última mes | Hace 2 a 3 meses | Hace 4 a 12 meses | Hace 1+ años | Nunca |
|------------|------------------|-------------------|--------------|-------|
| 4          | 3                | 2                 | 1            | 0     |

HPScr/  
QOLI

|      |                                                                                                                           |   |   |   |   |   |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| PH1. | ¿Cuándo fue la <b>última</b> vez que usted ha...                                                                          |   |   |   |   |   |
| a.   | ganado 10 libras o más <b>sin</b> proponérselo? .....                                                                     | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| b.   | perdido 10 libras o más <b>sin</b> proponérselo? .....                                                                    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| c.   | estado <b>preocupado</b> acerca de su salud? .....                                                                        | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| d.   | tenido <b>mucho dolor o malestar físico (molestia)</b> ? .....                                                            | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| e.   | tenido problemas de salud que <b>no le dejaron</b> cumplir con sus responsabilidades en el trabajo, escuela o casa? ..... | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| f.   | vio a un médico o enfermera, o tomó medicamentos con receta médica por un problema de salud? .....                        | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

Por favor responda las siguientes preguntas usando el número de veces, noches o días.

PH1e1. **Durante los últimos 90 días**, ¿en cuantos días tuvo alguna lesión donde alguna parte de su cuerpo fue herida?.....     
Días

**[SI PH1f ES MENOR QUE 3, PASE A PH2a]**

QCS

PH1f. **Durante los últimos 90 días**, ¿cuantos(as)...

- veces** tuvo que ir a una **sala de emergencia** por un problema de salud? .....     
Veces
- noches** en total pasó en un **hospital** por un problema de salud?...     
Noches
- veces** vio a un médico (doctor) o enfermera en una oficina o clínica ambulatoria ("outpatient") por un problema de salud?.....     
Veces
- veces** tuvo una **cirugía** ambulatoria ("outpatient") por un problema de salud?.....     
Veces
- días** tomó **medicamentos** recetados por un problema de salud?...     
Días

PPI PH2. Durante los últimos 90 días, ¿en cuantos días...

- a. le molestó **cualquier** problema médico o de salud?.....    [IF 0, GO TO PH2c]  
Días
- b. tuvo problemas médicos que no le dejaron cumplir con sus  
responsabilidades en el trabajo, escuela o casa?.....     
Días
- c. fumó o usó **cualquier** clase de tabaco?.....     
Días
- d. hizo ejercicio al menos 20 minutos al día?.....     
Días

Las siguientes preguntas son sobre las limitaciones físicas que pueda tener. Incluya los problemas que se hayan corregido mediante cosas como el uso de anteojos o lentes de contacto recetados, un audífono, extremidades artificiales u otras ayudas para la movilidad.

PH4. ¿Tiene algún problema físico con la visión, la audición, las  
extremidades o algún otro problema para comunicarse o moverse?  
(¿Algún otro problema?).....1 0 [SI NO, PASE A SS1a]

PH4. ¿Qué problemas tienes? (¿Algún otro problema?)

v. \_\_\_\_\_

#### MENCIONADA

|                                                                           | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| 3. Sorda.....                                                             | 1         | 0         |
| 4. Audición limitada u otros problemas de audición .....                  | 1         | 0         |
| 5. Legalmente ciega .....                                                 | 1         | 0         |
| 6. Visión limitada u otros problemas de visión .....                      | 1         | 0         |
| 7. Miembros perdidos.....                                                 | 1         | 0         |
| 8. Otras dificultades para mover las manos, los pies o el cuerpo...       | 1         | 0         |
| 99. Otros impedimentos físicos ( <b>Por favor describa en PH4v</b> )..... | 1         | 0         |

| <i>Para Uso del Personal Solamente</i>         |                                                                                                                                                                                                                              |           |           |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| <b>Puntos de Elegibilidad Razones de Salud</b> |                                                                                                                                                                                                                              | <u>Si</u> | <u>No</u> |
| PH8a.                                          | ¿Ha tenido el participante cualquier problema de salud en los últimos 3 meses como se indicaría al tener por lo menos una respuesta de 4 o 3 para los puntos PH1a a PH1e?.....                                               | 1         | 0         |
| PH8b.                                          | ¿Reportó el participante cualquier problema de salud en por lo menos 3 de los últimos 90 días en los puntos PH2a a PH2c?.....                                                                                                | 1         | 0         |
| PH8c.                                          | ¿Desea usted administrar los puntos de razones de salud? Si usted respondió si a los puntos PH3a o PH3b o decide administrar los puntos de razones de salud por motivos del sitio o decisión del personal, codifique si..... | 1         | 0         |

[SI PH8c = 0, PASE A SS1a]

### Razones de Salud

Las siguientes son algunas razones que dan las personas para querer hacer cambios en su comportamiento relacionado con la salud, incluyendo el uso de tabaco.

Por favor, responda sí o no a las siguientes preguntas. Si alguna de las preguntas no le aplica en esta ocasión, por favor responda no.

PH9. Usted quiere hacer cambios en su comportamiento relacionado con la salud porque...

|                                                           | <u>Si</u> | <u>No</u> |
|-----------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| a. se sentirá mejor.....                                  | 1         | 0         |
| b. dejará de preocuparse sobre su salud.....              | 1         | 0         |
| c. podrá participar en más actividades.....               | 1         | 0         |
| d. podrá completar más cosas.....                         | 1         | 0         |
| e. no sentirá dolor.....                                  | 1         | 0         |
| f. otras personas dejarán de molestarlo por su salud..... | 1         | 0         |

PH10. ¿Cuál es su razón principal o más importante para querer hacer cambios **ahora mismo** en su comportamiento relacionado con la salud? (No pregunte, "Algunas Otras?")

v. \_\_\_\_\_

Usando la **Tarjeta F** y respondiendo desde 0% para "no listo" hasta 100% para "completamente listo"...

PH11. ¿Qué tan listo está usted **ahora mismo** para realizar cambios en las conductas relacionadas a su salud?.....

□□□□

0%-----20%-----40%-----60%-----80%-----100%

**no lista**

para hacer  
cambios

**lista**

para hacer  
cambios

## SS. Fuentes de Estrés

Las siguientes preguntas son acerca del estrés en su vida.

Usando la **Tarjeta Card Q...**

| Última mes | Hace 2 a 3 Meses | Hace 4 a 12 Meses | Hace 1+ Años | Nunca |
|------------|------------------|-------------------|--------------|-------|
| 4          | 3                | 2                 | 1            | 0     |

SSScr/  
QOLI

SS1. ¿Cuándo fue la **última** vez que usted estuvo bajo estrés por alguna de las siguientes razones?

- |    |                                                                                                    |   |   |   |   |   |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| a. | Muerte de un miembro de la familia o amigo cercano.....                                            | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| b. | Problemas de salud de un miembro de la familia o amigo cercano.....                                | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| c. | Peleas con jefe, maestro o compañeros de trabajo o clase.....                                      | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| d. | Cambio importante en una relación para usted o su familia (matrimonio, divorcio o separación)..... | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| e. | Algo que vio o que le sucedió a alguien cercano a usted. <b>(Por favor describa)</b> .....         | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| v. | .....                                                                                              |   |   |   |   |   |
| f. | Nuevo trabajo, posición o escuela.....                                                             | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| g. | No tuvo dinero suficiente para pagar todas sus cuentas a tiempo.....                               | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

SS1g1. ¿Cuándo fue la **última** vez, si alguna, que se consideró sin hogar? ..... 4 3 2 1 0

SS1h. ¿Cuándo fue la **última** vez, si la hubiese, en que usted recibió algún tipo de ayuda para enfrentar su estrés (por ejemplo, hablando con un consejero sobre formas de manejar el estrés, participando en clases para aprender mejor cómo manejar el estrés)?..... 4 3 2 1 0

**[SI SS1h ES MENOR QUE 3, PASE A SS2a]**

Por favor responda las siguientes preguntas usando el número de días.

SS1h1. **Durante los últimos 90 días**, ¿en cuantos **días** usted ha recibido cualquier tipo de ayuda lidiando con el estrés?.....     
Días

PPI SS2. **Durante los últimos 90 días**, ¿en cuantos días usted ...

a. se sintió estresado por eventos o situaciones en su vida?.....     
Días

b. tuvo algún problema de dinero, incluyendo discusiones acerca de dinero o no tener suficiente para comida o casa?.....     
Días

| <i>Para Uso del Personal Solamente</i> |                                                                                                                                                                                                                                |           |           |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
|                                        | <b>Puntos de Elegibilidad Razones de Estrés</b>                                                                                                                                                                                | <u>Si</u> | <u>No</u> |
| SS3a.                                  | ¿Ha tenido el participante cualquier problema de estrés en los últimos 3 meses como se indicaría al tener por lo menos una respuesta de 4 o 3 para los puntos SS1a a SS1g1?.....                                               | 1         | 0         |
| SS3b.                                  | ¿Reportó el participante cualquier problema de estrés en por lo menos 3 de los últimos 90 días en los puntos SS2a a SS2b?.....                                                                                                 | 1         | 0         |
| SS3c.                                  | ¿Desea usted administrar los puntos de razones de estrés? Si usted respondió si a los puntos SS3a o SS3b o decide administrar los puntos de razones de estrés por motivos del sitio o decisión del personal, codifique si..... | 1         | 0         |

**SI SS3c = 0, PASE A RB1a]**

### **Razones de Estrés**

Las siguientes son algunas razones que dan las personas para querer hacer cambios en como lidian con el estrés.

Por favor, responda sí o no a las siguientes preguntas. Si alguna de las preguntas no le aplica en esta ocasión, por favor responda no.

|      |                                                              |           |           |
|------|--------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| SS4. | Usted quiere hacer cambios en como maneja el estrés porque.. | <u>Si</u> | <u>No</u> |
| a.   | se sentirá mejor o más relajado.....                         | 1         | 0         |
| b.   | aprenderá a enfrentar sus problemas de manera saludable...   | 1         | 0         |
| c.   | no se sentirá tan ansioso todo el tiempo.....                | 1         | 0         |
| d.   | no andará tan irritable.....                                 | 1         | 0         |
| e.   | dormirá mejor.....                                           | 1         | 0         |
| f.   | logrará completar más cosas.....                             | 1         | 0         |

SS5. ¿Cuál es su razón principal o más importante para querer hacer cambios **ahora mismo** en el modo de enfrentar el estrés? (No pregunte, "¿Alguna otras?")

v. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Usando la **Tarjeta F** y respondiendo desde 0% para "no listo" hasta 100% para "completamente listo"...

SS6. ¿Qué tan listo está usted ahora mismo para hacer cambios en como maneja el estrés?.....|\_|\_|\_|

|                                             |
|---------------------------------------------|
| 0%-----20%-----40%-----60%-----80%-----100% |
| <b>no lista</b>                             |
| para hacer                                  |
| cambios                                     |
| <b>lista</b>                                |
| para hacer                                  |
| cambios                                     |

## RB. Comportamientos de Riesgo por Enfermedades Infecciosas

Las siguientes preguntas son acerca de comportamientos que le pusieron en riesgo de obtener y propagar enfermedades infecciosas, incluyendo HIV. Estos comportamientos pueden ser cosas que usted ha hecho o que otros le han hecho a usted. Por favor recuerde que todas sus respuestas son estrictamente confidenciales.

Usando la **Tarjeta Card Q...**

| Última Mes | Hace 2 a 3 Meses | Hace 4 a 12 Meses | Hace 1+ años | Nunca |
|------------|------------------|-------------------|--------------|-------|
| 4          | 3                | 2                 | 1            | 0     |

|               |      |                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |
|---------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| RBSr/<br>QOLI | RB1. | ¿Cuándo fue la <b>última</b> vez que usted...                                                                                                                                      |   |   |   |   |   |
|               | a.   | tuvo <b>2 o más</b> parejas sexuales durante el mismo período de tiempo?                                                                                                           | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|               | b.   | tuvo relaciones sexuales <b>sin</b> usar alguna clase de condón, barrera bucal u otra barrera para protegerse y proteger su pareja de enfermedades o embarazo?.....                | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|               | c.   | tuvo relaciones sexuales mientras usted o su pareja estaban <b>bajo los efectos del alcohol u otras drogas?</b> .....                                                              | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|               | d.   | usó una aguja para inyectarse drogas como heroína, cocaína o anfetaminas?.....                                                                                                     | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|               | g.   | fue atacado con un arma, incluyendo una pistola, cuchillo, palo, botella u otra arma?.....                                                                                         | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|               | h.   | fue abusado físicamente, donde alguien le hirió golpeándolo hasta el punto de tener moretones, cortes o huesos rotos?.....                                                         | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|               | j.   | fue abusado sexualmente, donde alguien lo presionó o forzó a participar en actos sexuales en contra de su voluntad, incluyendo su pareja sexual regular, un familiar o amigo?..... | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|               | k.   | fue abusado emocionalmente, donde alguien hizo o dijo cosas para hacerlo sentir muy mal sobre sí mismo?.....                                                                       | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

[SI TODAS RB1g-k = 0, PASE A RB1n]

|      |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |   |   |
|------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| RBSr | RB1.  | ¿Cuándo fue la <b>última</b> vez que usted...                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |
|      | m1.   | fue abusado varias veces o por un largo período de tiempo?.....                                                                                                                                                                                                                                                             | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|      | m2.   | tuvo miedo por su vida o de poder ser seriamente herido por el abuso?.....                                                                                                                                                                                                                                                  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|      | RB1n. | ¿Cuándo fue la <b>última</b> vez, si la hubiese, en que usted recibió algún tipo de ayuda para reducir sus conductas de riesgo (por ejemplo, participando en un programa de intercambio de agujas, recibiendo instrucción en prácticas sexuales seguras, mudándose a un refugio para víctimas de violencia doméstica)?..... | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

[SI RB1n ES MENOR QUE 3, PASE A RB2a]

RB1n1. Durante los últimos 90 días, ¿en cuantos días usted recibió cualquier tipo de intervención para reducir sus comportamientos de riesgo?.....     
Días

Por favor responda las siguientes preguntas usando el número de veces o días. Si alguna cosa no aplica, por favor responda cero (0).

- PPI RB2. **Durante los últimos 90 días, ¿cuantos...**
- a. **veces** ha tenido relaciones sexuales sin protección? (relaciones sexuales **sin** ningún tipo de condón, protector bucal u otra sistema para protegerse a usted y a su pareja de enfermedades o prevenir embarazos)?.....      
Veces
  - b. **días** usó una aguja para inyectarse drogas o medicinas?.....     
Días
  - c. **días** fue atacado con un arma, golpeado, abusado sexualmente o abusado emocionalmente?.....     
Días
  - d. **días** estuvo sin comer o vomitó la mayor parte do lo que comió?.....     
Días

| <i>Para Uso del Personal Solamente</i> |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                            |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|                                        | <b>Puntos de Elegibilidad Razones de Comportamientos de Riesgo</b>                                                                                                                                                                                                   | <b><u>Si</u> <u>No</u></b> |
| RB3a.                                  | ¿Reportó el participante cualquier problema de comportamiento de riesgo en los últimos 3 meses como se indicaría al tener por l o menos una respuesta de 4 o 3 para los puntos RB1a a RB1m2?.....1                                                                   | 0                          |
| RB3b.                                  | ¿Reportó el participante cualquier problema de comportamiento de riesgo en por lo menos 3 días en los puntos RB2a a RB2c?.....1                                                                                                                                      | 0                          |
| RB3c.                                  | ¿Desea usted administrar los puntos de razones de comportamientos de riesgo? Si usted respondió si a los puntos RB3a o RB3b o decide administrar los puntosde razones de comporamientos de riesgo por motivos del sitio o decisión del personal, codifique si. ....1 | 0                          |

[SI RB3c = 0, PASE A MH1a]

### Razones de Comportamientos de Riesgo

Las siguientes son algunas razones que dan las personas para querer hacer cambios en su comportamiento de riesgos relacionados conseguir o propagar HIV y otras enfermedades infecciosas.

Por favor, responda sí o no a las siguientes preguntas. Si alguna de las preguntas no le aplica en esta ocasión, por favor responda no.

| RB4. Usted quiere hacer cambios en sus comportamientos de riesgo porque... |                                                                                     | <u>Si</u> | <u>No</u> |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| a.                                                                         | no quiere contraer VIH u otra enfermedad grave.....                                 | 1         | 0         |
| b.                                                                         | no quiere ponerse en una situación donde pueda ser lastimado.....                   | 1         | 0         |
| c.                                                                         | no quiere que sus conductas afecten negativamente a su familia, amigos o hijos..... | 1         | 0         |
| d.                                                                         | no quiere ser responsable de propagar enfermedad.....                               | 1         | 0         |
| e.                                                                         | no quiere morir antes de tiempo.....                                                | 1         | 0         |
| f.                                                                         | participar en conductas de riesgo le da una mala imagen.....                        | 1         | 0         |

RB5. ¿Cuál es su razón principal o más importante para querer hacer cambios **ahora mismo** en sus comportamientos de riesgo? (No pregunte, "¿Alguna otras?")

v. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Usando la **Tarjeta F** y respondiendo desde 0% para "no listo" hasta 100% para "completamente listo"...

RB6. ¿Qué tan listo está usted ahora mismo para hacer cambios en sus comportamientos de riesgo? .....

0%-----20%-----40%-----60%-----80%-----100%

|                 |              |
|-----------------|--------------|
| <b>no lista</b> | <b>lista</b> |
| para hacer      | para hacer   |
| cambios         | cambios      |

## MH. Salud Mental

Las siguientes preguntas son sobre problemas psicológicos, de comportamiento o emocionales comunes. Estos problemas son considerados **significativos** cuando usted los tiene por dos o más semanas, cuando continúan retornando, cuando no le permiten cumplir con sus responsabilidades, o cuando le hacen sentir como que no puede continuar.

Usando la **Tarjeta Q...**

| Última Mes | Hace 2 a 3 Meses | Hace 4 a 12 Meses | Hace 1+ Años | Nunca |
|------------|------------------|-------------------|--------------|-------|
| 4          | 3                | 2                 | 1            | 0     |

|                 |      |                                                                                                                                |   |   |   |   |   |
|-----------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| IDScr6/<br>QOLI | MH1. | ¿Cuándo fue la <b>última</b> vez que tuvo problemas <b>significativos</b> con...                                               |   |   |   |   |   |
|                 | a.   | sentirse muy atrapado, sin salida, solo, triste, deprimido o sin esperanza acerca del futuro?.....                             | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|                 | b.   | problemas para dormir, tales como pesadillas, inquieto al dormir o quedándose dormido durante el día?.....                     | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|                 | c.   | sentirse muy ansioso, nervioso, tenso, asustado, con pánico o como que alguna cosa mala iba a pasar?.....                      | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|                 | d.   | volverse muy afligido y molesto cuando algo le recordaba al pasado?.....                                                       | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|                 | e.   | pensar en acabar con tu vida mediante el suicidio?.....                                                                        | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|                 | f.   | ver o escuchar cosas que nadie más puede ver o escuchar o sentir que alguien más puede leer o controlar sus pensamientos?..... | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

Usando la **Tarjeta Q...**

|                 |      |                                                                                         |   |   |   |   |   |
|-----------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| EDScr6/<br>QOLI | MH2. | ¿Cuándo fue la <b>última</b> vez que hizo las siguientes cosas <b>dos o más veces</b> ? |   |   |   |   |   |
|                 | a.   | Mintió o estafó para conseguir lo que quería o para evitar hacer algo.....              | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|                 | b.   | Se le hizo difícil poner atención en la escuela, trabajo o casa.....                    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|                 | c.   | Se le hizo difícil escuchar las instrucciones en la escuela, trabajo o casa.....        | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|                 | d.   | Se le hizo difícil esperar su turno.....                                                | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|                 | e.   | Intimidó o amenazó o buscó pleitos con otras personas.....                              | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|                 | f.   | Comenzó peleas físicas con otras personas.....                                          | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|                 | g.   | Trató de recuperar sus pérdidas yendo a apostar otro día.....                           | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| MH2h. | ¿Cuándo fue la <b>última</b> vez, si alguna, que usted fue tratado por un problema mental, emocional, de comportamiento o psicológico por un especialista de salud mental o en una sala de emergencias, hospital o instalación de salud mental ambulatoria, o con medicamentos prescritos?..... | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|

**[SI MH2h ES MENOR QUE 3, PASE A MH3a]**

Por favor responda las siguientes preguntas usando el número de veces, noches o días.

QCS MH2h. Durante los últimos 90 días, ¿cuantos(as)...

1. veces tuvo que ir a una **sala de emergencia** por problemas mentales, emocionales, de comportamiento o psicológicos?.....     
Veces
2. **noches** en total pasó en un **hospital** por problemas mentales, emocionales, de comportamiento o psicológicos?.....     
Noches
3. veces vio a un médico (doctor) en una **oficina o clínica ambulatoria** por problemas mentales, emocionales, de comportamiento o psicológicos?.....     
Veces
4. días tomó **medicinas** recetadas por problemas mentales, emocionales, de comportamiento o psicológicos?.....     
Días

PPI MH3. Durante los últimos 90 días, ¿cuantos días...

- a. le molestó algún problema nervioso, psicológico o mental?.....    [SI 0, PASE A MH3c]  
Días
- b. estos problemas no le dejaron cumplir con sus responsabilidades en el trabajo, escuela o casa, o le hicieron sentir que no aguantaba mas?.....     
Días
- c. los recuerdos de cosas que hizo, vio o le pasaron perturbaron su vida?.....     
Días
- d. tuvo problemas poniendo atención, controlando su comportamiento o rompiendo las reglas que se suponía debía seguir?.....     
Días

Las siguientes preguntas son acerca del **tratamiento** para problemas mentales, emocionales, de comportamiento o psicológicos. Esto incluye tomar medicinas como Ritalin recetado por un médico (doctor) para ayudarlo a calmarse o concentrarse. No incluya tratamiento que fue **solamente** para uso de sustancias o problemas de salud.

|                                                                                                                                                                                                   | <u>Yes</u> | <u>No</u>             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| MH5a. ¿Alguna vez un médico (doctor), enfermera, o consejero le dijo que tenía un problema mental, emocional o psicológico o le dijo el nombre de una condición específica que tuvo o tiene?..... | 1          | 0 [IF NO, GO TO MH8a] |

MH5a. ¿Qué le dijo? (Por favor anote y escoja todas las que apliquen)

v1. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

| MENCIONADO                                                                                                                                                  |           |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
|                                                                                                                                                             | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
| 1. Dependencia al alcohol o la droga .....                                                                                                                  | 1         | 0         |
| 2. Trastorno de déficit de atención/hiperactividad .....                                                                                                    | 1         | 0         |
| 3. Trastorno de personalidad antisocial.....                                                                                                                | 1         | 0         |
| 4. Trastorno de ansiedad o fobia .....                                                                                                                      | 1         | 0         |
| 5. Trastorno límite de la personalidad.....                                                                                                                 | 1         | 0         |
| 6. Trastorno del comportamiento .....                                                                                                                       | 1         | 0         |
| 7. Depresión severa .....                                                                                                                                   | 1         | 0         |
| 8. Otra depresión, distimia, bipolar u otro trastorno del estado de ánimo.....                                                                              | 1         | 0         |
| 9. Retraso mental, del desarrollo u otro trastorno de comunicación.....                                                                                     | 1         | 0         |
| 10. Trastorno de desafío y oposición .....                                                                                                                  | 1         | 0         |
| 11. Juego patológico .....                                                                                                                                  | 1         | 0         |
| 12. Trastorno del estrés postraumático o grave.....                                                                                                         | 1         | 0         |
| 13. Trastorno del cuerpo, de la alimentación (anorexia, bulimia), del sueño, del dolor, somatomorfo (sicosomático o hipocondría) .....                      | 1         | 0         |
| 14. Otros trastornos cognoscitivos (como delirio, demencia, amnesia)...                                                                                     | 1         | 0         |
| 15. Otra crisis nerviosa o estrés .....                                                                                                                     | 1         | 0         |
| 16. Otros trastornos de personalidad (como evitación, dependencia, histriónico, narcisismo, obsesivo-compulsivo, paranoide, esquizoide, esquizotípico)..... | 1         | 0         |
| 17. Otra esquizofrenia o trastorno sicótico .....                                                                                                           | 1         | 0         |
| 99. Otro (Por favor describa en M5av1) .....                                                                                                                | 1         | 0         |

| <i>Para Uso del Personal Solamente</i>                |                                                                                                                                                                                                                                                       |           |           |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| <b>Puntos de Elegibilidad Razones de Salud Mental</b> |                                                                                                                                                                                                                                                       | <u>Si</u> | <u>No</u> |
| MH8a.                                                 | ¿Ha tenido el participante algún problema de salud mental en los últimos 3 meses, como es indicado por al menos una respuesta de 4 ó 3 en los puntos MH1a a MH1f, o MH2 a MH2g?.....                                                                  | 1         | 0         |
| MH8b.                                                 | ¿Reportó el participante problemas de salud mental por al menos 3 de los últimos 90 días en los puntos MH3a a MH3d?.....                                                                                                                              | 1         | 0         |
| MH8c.                                                 | ¿Desea usted administrar los puntos sobre razones de salud mental? Si usted respondió "sí" en los puntos MH8a o MH8b, o decide administrar los puntos de razones de salud mental por decisión de la institución o de su personal, codifique "sí"..... | 1         | 0         |

[SI MH8c = 0, PASE A SU0a]

### Razones de Salud Mental

Las siguientes son algunas razones que dan las personas para querer hacer cambios en su compartamiento relacionado con la salud mental.

Por favor, responda sí o no a las siguientes preguntas. Si alguna de las preguntas no le aplica en esta ocasión, por favor responda no.

MH9. Usted quiere hacer cambios en su comportamiento relacionado con salud mental porque...

|                                                                                        | <u>Si</u> | <u>No</u> |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| a. se sentirá mejor.....                                                               | 1         | 0         |
| b. podrá completar más cosas.....                                                      | 1         | 0         |
| c. podrá avanzar en su vida.....                                                       | 1         | 0         |
| d. podrá concentrarse mejor.....                                                       | 1         | 0         |
| e. su nivel de energía mejorará.....                                                   | 1         | 0         |
| f. podrá pensar más claramente.....                                                    | 1         | 0         |
| g. no quiere que sus problemas afecten negativamente a su familia, amigos o hijos..... | 1         | 0         |
| h. su familia, amigos o hijos quieren que usted consiga ayuda para sus problemas.....  | 1         | 0         |
| j. quiere evitar tener problemas con otras personas.....                               | 1         | 0         |
| k. no quiere meterse en problemas.....                                                 | 1         | 0         |

MH10. ¿Cuál es su razón principal o más importante para querer hacer cambios **ahora mismo** en sus comportamientos relacionados con la salud mental? (No pregunte, "Algunas otras?")

v. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Usando la **Tarjeta F** y respondiendo desde 0% para "no listo" hasta 100% para "completamente listo"...

MH11. ¿Qué tan listo está usted **ahora mismo** para hacer cambios en sus  
comportamientos relacionado con la salud mental?

0%-----20%-----40%-----60%-----80%-----100%

**no lista**  
para hacer  
cambios

**lista**  
para hacer  
cambios

## SU. Uso de Sustancias

Las siguientes preguntas son sobre su consumo de alcohol y otras drogas. El alcohol incluye cerveza, vino, whisky, ginebra, whisky escocés, tequila, ron o bebidas mixtas. "Otras drogas" incluyen a) cannabis, b) otras drogas ilegales como crack, heroína, PCP o poppers, c) inhalantes como pegamento o gasolina o d) cualquier uso no médico de medicamentos recetados (por ejemplo, no recetados, más o más tiempo de lo recomendado, en combinación con otras cosas). *Entre paréntesis se encuentran otros nombres comunes utilizados para cada tipo de sustancia, incluidos los medicamentos. (Para este último, los nombres de marca tienen la primera letra en mayúscula).*

| Después de cada una de las siguientes preguntas, díganos la última vez, si alguna vez tuvo el problema (usando la Tarjeta Q) y respondiendo si fue en el último mes, hace 2 a 3 meses, hace 4 a 12 meses, hace 1 o más años, o nunca...                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Última mes | Hace 2 a 3 Meses | Hace 4 a 12 Meses | Hace 1+ Años | Nunca |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------|------------------|-------------------|--------------|-------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 4          | 3                | 2                 | 1            | 0     |
| SU0. ¿Cuándo fue la última vez, si es que alguna vez, que usó ...                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |            |                  |                   |              |       |
| a. algún tipo de <b>alcohol como cerveza, vino o bebidas mixtas?</b> (GINEBRA, RON, WHISKY ESCOCÉS, TEQUILA, VODKA, WHISKY, VINO TINTO).....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 4          | 3                | 2                 | 1            | 0     |
| b. <b>cannabis, hachís, porros u otras formas de THC?</b> (comestibles, hierbas, porros, marihuana, marihuana medicinal, porro).....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 4          | 3                | 2                 | 1            | 0     |
| c. <b>cocaína, metanfetamina, anfetamina u otros estimulantes?</b> (como Aptensio, Concerta, crack, bifetamina, benzedrina, Daytrana, Desoxyn, Dexedrine, ecstasy, Focalin, MDMA, methylphenidate, Quillichew, Quillivant, Ritalín, velocidad).....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 4          | 3                | 2                 | 1            | 0     |
| d. <b>heroína, fentanilo u otros opioides, incluidos los medicamentos recetados?</b> (como buprenorfina, codeína, cristal, Darvocet, Darvon, Demerol, Desoxyn, Dilaudid, Dolophine, vidrio, hielo, Karachi, metadona, metedrina, morfina, Norco, Opana, opio, OxyContin, Oxymorphone, Oxys, Percocet, Percodan, Propoxifeno, Suboxone, Talwin, Tylenol con codeína, Vicodin, Zohidro).....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 4          | 3                | 2                 | 1            | 0     |
| z. <b>¿alguna otra droga que no haya sido mencionada? (Por favor describa a continuación</b> .....<br>(como ácido, nitrato de amilo, polvo de ángel, ansiolíticos, Ativan, ayahuasca, barbitúricos, sales de baño, jarabe para la tos con DM, Dalmane, Deprol, Diazepam, DMT, Donnatal, Doriden, calmantes, éxtasis, Equanil, flunitrazepam, Flurazepam, GHB, Halcion, alucinógenos, inhalantes, K2, Ketamina, Ketaset, Khat, Klonopin, Kratom, Librium, éxtasis líquido, loperamida, LSD, meprobamato, mescalina, metacualona, Miltown, hongos, óxido nitroso, NyQuil, poppers, PCP, peyote, fenobarbital, Placidyl, psilocibina, Quaalude, Secobarbital, Seconal, sedantes, pastillas para dormir, cannabis sintético, Robitussin, Rohypnol, especial K, Spice, ¿Serax, Spravato, tranquilizantes, Tuinal, Valium o Xanax) |  | 4          | 3                | 2                 | 1            | 0     |
| v. _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |            |                  |                   |              |       |

(Continúe usando la **Tarjeta Q** y respondiendo si fue en el último mes, hace 2 a 3 meses, hace 4 a 12 meses, hace 1 o más años o nunca).

| Última Mes | Hace 2 a 3 Meses | Hace 4 a 12 Meses | Hace 1+ Años | Nunca |
|------------|------------------|-------------------|--------------|-------|
| 4          | 3                | 2                 | 1            | 0     |

SU1. ¿Cuándo fue la **última** vez que...

- |    |                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |   |   |   |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| a. | usó alcohol u otras drogas todas las semanas o con más frecuencia?.....                                                                                                                                                                                        | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| b. | pasó mucho tiempo tratando de conseguir alcohol u otras drogas, usando alcohol u otras drogas o sintiendo los efectos del alcohol o las drogas (drogado/enfermo)?.....                                                                                         | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| c. | siguió usando alcohol u otras drogas sabiendo que le estaban causando problemas sociales, llevándolo a peleas o metiéndolo en problemas con otras personas?.....                                                                                               | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| d. | el uso de alcohol u otras drogas le causó que dejara, disminuyera o tuviera problemas con actividades importantes en el trabajo, escuela, casa o eventos sociales?.....                                                                                        | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| e. | tuvo problemas de abstinencia por el alcohol u otras drogas como las manos temblorosas, vómito, sentirse inquieto o no poder dormir o que usó alguna clase de alcohol o drogas para dejar de sentirse enfermo o para evitar los problemas de abstinencia?..... | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| f. | recibió tratamiento, consejería, medicación, manejo de caso o cuidados por su uso de alcohol o <b>cualquier otra droga</b> ? Por favor no incluya visitas a salas de emergencia, desintoxicación, auto-ayuda o programas de recuperación?.....                 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

[SI SU1f ES MENOR QUE 3, PASE A SU2a]

Por favor responda las siguientes preguntas usando el número de veces, noches o días.

SU1f. **Durante los últimos 90 días**, cuantos(as)...

- QCS
2. **noches** estuvo en una casa de reinserción (media casa, casa de transición, “halfway house”), **programa residencial**, internado u hospital por sus problemas con el uso de alcohol u otras drogas?.....     
Noches
  3. **días** estuvo en un **programa ambulatorio (“outpatient”) intensivo** o programa diario por sus problemas con el uso de alcohol u otras drogas?.....     
Días
  4. **veces** fue a un **programa ambulatorio (“outpatient”) regular** (1-8 horas por semana) por sus problemas con el uso de alcohol u otras drogas?.....     
Veces
  5. **días** tomó medicina como **buprenorfina, naltrexona o metadona** para ayudarlo con sus síntomas de abstinencia o sus ansias de usar?.....     
Días
  99. **días** fue a alguna **otra** clase de programa de tratamiento o trabajó con algún otro manejador de caso (“case manager”) por sus problemas con el uso de alcohol u otras drogas? (**Por favor describa**).....     
Días
  - v. \_\_\_\_\_

- QCS SU2. **¿Durante los últimos 90 días, cuantos(as)...**
- a. **días** estuvo en un programa de **desintoxicación** para ayudarlo a superar sus síntomas de abstinencia?.....  
Días
- c. **veces** le hicieron una prueba de alcohol por el aliento o un examen de orina para saber si usó alcohol u otras drogas (“drug test”)? (No cuente pruebas que le hayan hecho hoy).....  
Veces
- d. veces fue a una sala de emergencia por su uso de alcohol u otras drogas?.....  
Veces

Por favor responda a las siguientes preguntas usando el número de días.

- PPI SU3. **Durante los últimos 90 días...**
- a. ¿cuántos **días** pasaron **sin que usara** ninguna clase de alcohol, marihuana u otras drogas?..... [SI N0, PASE A SU5]  
Días
- b. ¿cuántos días te emborrachaste o estuviste drogado durante la mayor parte del día?.....  
Días
- c. ¿cuántos **días** sus problemas con el uso de alcohol u otras drogas no le dejaron cumplir con sus responsabilidades en el trabajo, escuela o casa?.....  
Días
- SU4. **Durante los últimos 90 días, ¿en cuantos días usted...**
- PPI a. usó alguna clase de alcohol (como cerveza, vino, whiskey, ginebra, tequila, ron o cócteles)?..... [SI 0, PASE A SU4c]  
Días
- b. se emborrachó o tomó 5 tragos o más?.....  
Días
- c. consumió cannabis, hachís, porros u otras formas de THC (hierba, porro hierba)?.....  
Días
- d. usó cocaína, opiáceos, metanfetamina **u otra drogas**, incluyendo medicamentos prescritos que no fueron recetados para usted o uno que usted tomó más de lo que debía tomar?..... [SI 0, PASE A SU5]  
Días

## SU4. Durante los últimos 90 días, ¿en cuantos días usted...

- e. usó crack, rocas de crack o base de coca (“freebase”)?.....     
Días
- f. usó otras formas de cocaína?.....     
Días
- g. usó inhalantes o resopló (como líquido corrector, gasolina, pegamento, encendedores, pinturas en aerosol o diluyente de pintura)?.....     
Días
- h. usó heroína o heroína mezclada con otras drogas?.....     
Días
- j. usó metadona de la calle o sin receta?.....     
Días
- k. usó calmantes para el dolor, opioides u otros analgésicos (tales como codeína, Darvocet, Darvon, Demerol, Dilaudid, Karachi, OxyContin, Oxy, Percocet, Propoxyphene, morfina, opio, Talwin o Tylenol con codeína)?.....     
Días
- m. usó PCP o polvo de ángel (Fenciclidina)?.....     
Días
- n. usó ácido, LSD, ketamina, special K, hongos u otros alucinógenos (tales como mezcalina, peyote, psilocibina o “shrooms”)?.....     
Días
- p. usó tranquilizantes o drogas para la ansiedad (tales como Ativan, Deprol, Equanil, Diazepam, Klonopin, Meprobamate, Librium, Miltown, Serax, Valium o Xanax)?.....     
Días
- qa. usó metanfetamina, cristal, “ice”, “glass” u otras formas de methedrine (tales como Desosyn)?.....     
Días
- qb. usó speed, estimulantes, anfetaminas, éxtasis, MDMA u otros estimulantes (como Adderall, Bifetamina, Benzedrina, Concerta, dexedrina, Metilfenidato, Anfetamina con sal mixta o Ritalin)?.....     
Días
- r. usó “downers”, pastillas para dormir, barbitúricos u otros sedantes (tales como MX: rocha, rufis; Dalmane, Donnatal, Doriden, Flurazepam, GHB, Halcion, éxtasis líquido, metacualona, Placidyl, Quaalude, Secobarbital, Seconal, Rohypnol o Tuinal)?.....     
Días
- s. usó alguna otra droga que no se haya mencionado (tales como nitrato de amilo, jarabe para la tos, óxido nitroso, Nyquil, poppers o Robitussin)? (Por favor describa).....     
Días
- v. \_\_\_\_\_

SU5. **Durante los últimos 90 días**, ¿en cuantos **días** ha estado en la cárcel, hospital u otro lugar donde no podía usar alcohol, marihuana u otras drogas? **(Use 0 para ninguno)**.....   [SI 0-12, PASE A SU7]  
Días

Para ayudarlo a que recuerde el periodo de tiempo para el siguiente grupo de preguntas, saquemos el calendario y como lo hicimos antes señale los últimos 90 días en que estuvo menos de 13 días en la cárcel, hospital u otro lugar donde no podía usar alcohol, marihuana u otras drogas. ¿Recuerda algo que estuviera ocurriendo alrededor de esa fecha (FECHA HACE 90 DÍAS ANTES DE QUE EL PARTICIPANTE ENTRARA A UN AMBIENTE CONTROLADO)?

(INDAGUE POR UN EVENTO ESPECÍFICO COMO ANTERIORMENTE)

Ancla de Registro: v. \_\_\_\_\_

Cuando hablamos de cosas que le ocurrieron durante "esos 90 días en la comunidad" estamos hablando de cosas que ocurrieron desde (ANCLA DE AMBIENTE PRE-CONTROLADA) hasta el tiempo que ingreso en el ambiente controlado.

Por favor responda las siguientes preguntas usando el número de días. **(Use 0 para ninguno)**

SU5. En esos 90 días en la comunidad...

- a. ¿cuántos **días** pasaron **sin que usara** ninguna clase de alcohol, marihuana u otras drogas?.....   [SI 90, PASE A SU7]  
Días
- b. ¿cuántos **días** se emborracho o estuvo drogrado ("high") casi todo el día?.....    
Días
- c. ¿cuántos **días** sus problemas con el uso de alcohol u otras drogas no le dejaron cumplir con sus responsabilidades en el trabajo, escuela o casa?.....    
Días

[SI NO SE USO EN LOS ÚLTIMOS 90 DÍAS Y NO SE USO EN LOS 90 DÍAS ANTES DE ESTAR EN UN AMBIENTE CONTROLADO, VAYA A SU10]

## Razones del uso de sustancias

A continuación, se presentan algunas razones que dan las personas para querer realizar cambios en su comportamiento relacionado con el consumo de alcohol u otras drogas.

Por favor responda a cada una de las siguientes afirmaciones usando sí o no. Si algo no aplica, por favor responda no.

SU7. Quiere hacer cambios en su comportamiento relacionado con su uso de alcohol u otras drogas porque...

|                                                                                                                                      | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| a. no te gusta la forma en que te hace sentir.....                                                                                   | 1         | 0         |
| b. quiere llevar tu vida por un camino mejor.....                                                                                    | 1         | 0         |
| c. el alcohol u otras drogas están dañando tu cuerpo.....                                                                            | 1         | 0         |
| d. usted está bajo presión legal para renunciar<br>(por ejemplo, libertad condicional, pruebas de drogas, libertad condicional)..... |           | 10        |
| e. tu familia, amigos o hijos quieren que deje de fumar.....                                                                         | 1         | 0         |
| f. quiere mantener a tus hijas.....                                                                                                  | 1         | 0         |
| g. no quieres meterte en problemas en el trabajo.....                                                                                | 1         | 0         |
| h. no quieres tener problemas con la ley.....                                                                                        | 1         | 0         |
| j. cuesta demasiado dinero.....                                                                                                      | 1         | 0         |

SU8. ¿Cuál es su razón principal o más importante para querer hacer cambios ahora mismo en su comportamiento relacionado con su consumo de alcohol u otras drogas? (No pregunte: "¿Algún otro?")

v. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Usando la **Tarjeta F** y respondiendo desde 0% para "no listo" hasta 100% para "completamente listo"...

SU9. ¿Qué tan listo está usted **ahora mismo** para hacer cambios en su comportamiento relacionado con el uso de alcohol u otras drogas?.....

□□□□

0%-----20%-----40%-----60%-----80%-----100%

**no lista**  
para hacer  
cambios

**lista**  
para hacer  
cambios

Las siguientes preguntas son sobre su tratamiento y uso actual.

TRI Por favor responda las siguientes preguntas usando sí o no. Si alguna pregunta no se aplica a usted en este momento, responda "no".

SU10. ¿Siente **actualmente** que...

|                                                                                                                          | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| a. estar en un programa de tratamiento es demasiado exigente?.....                                                       | 1         | 0         |
| b. tienes muchas otras responsabilidades ahora para estar en un programa de tratamiento?.....                            | 1         | 0         |
| c. le resultará difícil resistirse al alcohol u otras drogas donde actualmente vives, trabajas o vas a la escuela? ..... | 1         | 0         |
| d. tus viejos amigos pueden intentar que vuelvas a beber o consumir drogas?.....                                         | 1         | 0         |

TMI SU10. ¿Siente **actualmente** que...

|                                                                                                           | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| e. hay mucha presión para que usted esté en tratamiento por el consumo de alcohol u otras drogas?.....    | 1         | 0         |
| f. puede obtener la ayuda que necesita en un programa de tratamiento para el alcohol u otras drogas?..... | 1         | 0         |
| g. necesita estar en tratamiento durante al menos un mes?.....                                            | 1         | 0         |
| h. probablemente necesitará volver al tratamiento otra vez o más veces durante su vida?.....              | 1         | 0         |
| j. necesita el apoyo de amigos y familiares para afrontar su consumo de alcohol u otras drogas?.....      | 1         | 0         |

SES SU10. ¿Cree actualmente que...

|                                                                                                                           | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| k. pasar mucho tiempo pensando en <b>el alcohol u otras drogas?</b> .....                                                 | 1         | 0         |
| m. podría evitar el consumo de alcohol u otras drogas <b>en casa?</b> .....                                               | 1         | 0         |
| n. podría evitar el consumo de alcohol u otras drogas en <b>el trabajo o la escuela?</b> .....                            | 1         | 0         |
| p. podría evitar el consume de alcohol u otras drogas <b>con sus amigas?</b> .....                                        | 1         | 0         |
| q. podría evitar el consume de alcohol u otras drogas cuando <b>las personas a su alrededor las estabas usando?</b> ..... | 1         | 0         |

POS SU10. ¿Piensas actualmente que...

|                                                                                                                                         | <u>Sí</u> | <u>No</u>               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------|
| r. tiene algún problema relacionado con el consumo de alcohol u otras drogas, incluyendo esas cosas de las que acabamos de hablar?..... | 1         | 0 [SI NO, PASE A SU11a] |
| s. tiene una buena comprensión de cómo el consumo de alcohol y relaciona con otras drogas se relaciona con sus problemas.?.....         | 1         | 0                       |
| t. tus problemas pueden desaparecer y desaparecerán? .....                                                                              | 1         | 0                       |
| u. sabes el curso que seguirán la mayoría de tus problemas?.....                                                                        | 1         | 0                       |
| v. sus problemas están fuera de control?.....                                                                                           | 1         | 0                       |
| w. sus problemas puede ser controlado?.....                                                                                             | 1         | 0                       |

|      |                                                                                                                                                                     |              |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| SU11 | <b>Durante los últimos 90 días, ¿cuántos días ...</b>                                                                                                               |              |
|      | a. asistió a una reunión de un grupo de autoayuda (como AA, NA, CA, Social Recovery o participó en una práctica cultural) por su consumo de alcohol u otras drogas? | ___ ___ Días |
|      | b. participó en otras actividades donde nadie consumía alcohol o drogas? (iglesia, bailes sobrios, clases)                                                          | ___ ___ Días |
|      | c. vivió en un refugio para personas sin hogar o en una vivienda de emergencia?                                                                                     | ___ ___ Días |
|      | d. estaba sin hogar o tuviste que quedarte con otra persona para evitar quedarte sin hogar?                                                                         | ___ ___ Días |
|      | e. vivió donde otras personas consumían alcohol?                                                                                                                    | ___ ___ Días |
|      | f. vivió donde otras personas consumían drogas?                                                                                                                     | ___ ___ Días |
|      | g. participó en actividades en las que la gente consumía alcohol o drogas (incluso si usted no lo hizo)? (fiestas, eventos deportivos, concursos de bebida)         | ___ ___ Días |
|      | h. se metió en problemas en casa o con su familia por algún motivo?                                                                                                 | ___ ___ Días |
|      | m. tuvo una discusión con alguien en la que maldijiste, lo maldijiste, lo amenazaste, le arrojaste algo, lo empujaste o lo golpeaste de alguna manera?              | ___ ___ Días |
|      | n. fue atacado con un arma, golpeado, abusado sexualmente o abusado emocionalmente?                                                                                 | ___ ___ Días |

SU11p Puede continuar quedándose donde vive ahora?.....

Sí      No  
1        0

## PPS. Preferencias del Paciente: Consumo de Sustancias

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

PPS1a. **En este momento**, ¿quiere (más) **ayuda** con problemas relacionados con...

|                                                                                                                                                      | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| 1. su uso de alcohol u otras drogas?.....                                                                                                            | 1         | 0         |
| 2. uso de alcohol u otras drogas en su familia?.....                                                                                                 | 1         | 0         |
| 3. situación en su casa, trabajo o escuela?.....                                                                                                     | 1         | 0         |
| 4. AA, NA, CA u otro grupo de autoayuda y grupos de apoyo?.....                                                                                      | 1         | 0         |
| 5. manejo de los síntomas de abstinencia?.....                                                                                                       | 1         | 0         |
| 6. conseguir tratamiento?.....                                                                                                                       | 1         | 0         |
| 7. conseguir medicina para la abstinencia o el deseo compulsivo<br>de consumir sustancias (por ejemplo, buprenorfina,<br>naltrexona, metadona)?..... | 1         | 0         |
| 8. recibir medicamentos para revertir una sobredosis de opioides<br>(por ejemplo, naloxona, Narcan)?.....                                            | 1         | 0         |
| 99. alguna otra cosa relacionada con su uso de alcohol<br>u otras drogas? ( <b>Por favor describa</b> ).....                                         | 1         | 0         |

v. \_\_\_\_\_

## FE. Ambiente Familiar

La siguiente serie de preguntas es sobre su familia. En este caso, familia se refiere a cualquier persona que consideres tu familia. Puede incluir personas con las que tiene una conexión consanguínea o legal, pero no tiene por qué incluirlas. Puede que tenga o no un vínculo de sangre o legal con cualquier persona que actualmente considere su familia. ¿Tiene usted alguna pregunta?

FE0. Incluyéndolo a usted, ¿cuántas personas menores de 25 años hay en su familia inmediata?.....

FEE

Todas las familias tienen fortalezas y debilidades, y para estos ítems no hay respuestas correctas o incorrectas. Usando la Tarjeta FE, responda si cada afirmación sobre su familia es (0) nunca cierta, (1) a veces cierta, (2) verdadera aproximadamente la mitad de las veces, (3) mayoritariamente cierta o (4) siempre cierta.

FE1. **Durante el mes pasado** ,...

[SI FE0 = 0, PASE A FE1b]

|                                                                                                                                               | Nunca cierta | A veces cierta | Verdadera la mitad | Mayor. cierta | Siempre cierta |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|--------------------|---------------|----------------|
| a. Los adultos de nuestra familia hicieron del hogar un lugar seguro para los niños.....                                                      | 0            | 1              | 2                  | 3             | 4              |
| b. No importa lo difícil que sea, en nuestra familia no nos damos por vencidos el uno al otro.....                                            | 0            | 1              | 2                  | 3             | 4              |
| c. Nos mantuvimos unidos en nuestra familia. ....                                                                                             | 0            | 1              | 2                  | 3             | 4              |
| d. Los miembros de la familia hacían cosas unos por otros (como cuidar a los niños, cocinar, limpiar).....                                    | 0            | 1              | 2                  | 3             | 4              |
| e. En nuestra familia, cuando una persona necesitaba hablar, alguien escuchaba. ....                                                          | 0            | 1              | 2                  | 3             | 4              |
| f. Cuando la gente de nuestra familia necesitaba algo (como comida, dinero, ropa, transporte), podría obtenerlo de alguien de la familia..... | 0            | 1              | 2                  | 3             | 4              |
| g. Nuestra familia se trató con respeto. ....                                                                                                 | 0            | 1              | 2                  | 3             | 4              |
| h. La gente de nuestra familia compartía el trabajo de mantener las cosas en marcha.....                                                      | 0            | 1              | 2                  | 3             | 4              |
| j. Nuestra familia se divirtió junta.....                                                                                                     | 0            | 1              | 2                  | 3             | 4              |
| k. La gente de nuestra familia se llevaba bien .....                                                                                          | 0            | 1              | 2                  | 3             | 4              |

Numero

FEI

Por favor continúe usando la Tarjeta FE y respondiendo si cada una de las siguientes afirmaciones sobre su familia es (0) nunca cierta, (1) a veces cierta, (2) verdadera aproximadamente la mitad de las veces, (3) mayoritariamente cierta o (4) siempre verdadero.)

FE2. **Durante el mes pasado** ...

|                                                                                                                                           | Nunca cierta | A veces cierta | Verdadera la mitad | Mayor. cierta | Siempre cierta |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|--------------------|---------------|----------------|
| a. Los miembros de la familia se dijeron unos a otros cómo llevar sus vidas. ....                                                         | 0            | 1              | 2                  | 3             | 4              |
| b. La gente de nuestra familia discutía entre sí. ....                                                                                    | 0            | 1              | 2                  | 3             | 4              |
| c. Los familiares rompieron promesas mutuas .....                                                                                         | 0            | 1              | 2                  | 3             | 4              |
| d. Los familiares se mintieron unos a otros .....                                                                                         | 0            | 1              | 2                  | 3             | 4              |
| e. Si los miembros de la familia les decían a los niños que no podían hacer algo, otro miembro de la familia les dijeron que podían ..... | 0            | 1              | 2                  | 3             | 4              |
| f. La gente de nuestra familia permaneció enojada unos con otros durante mucho tiempo. ....                                               | 0            | 1              | 2                  | 3             | 4              |
| g. Los niños de nuestra familia estaban fuera de control. ....                                                                            | 0            | 1              | 2                  | 3             | 4              |

- |                                                                                                                  |   |   |   |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| h. La gente de nuestra familia se siente desesperada. ....                                                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| [SI FE0 = 0, PASE A CV1a]                                                                                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| j. Los adultos de nuestra familia hacían sentir mal a los niños. ....                                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| k. Los niños de nuestra familia tenían demasiado sobre sus hombros porque los adultos no lo hacían su parte..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

## CV. Crimen y Violencia

Las siguientes preguntas son sobre su comportamiento de crimen y violencia.

Usando la **Tarjeta Q...**

| Última mes | Hace 2 a 3 Meses | Hace 4 a 12 Meses | Hace 1+ años | Nunca |
|------------|------------------|-------------------|--------------|-------|
| 4          | 3                | 2                 | 1            | 0     |

|                |      |                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |
|----------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| CVScr/<br>QOLI | CV1. | ¿Cuándo fue la <b>última</b> vez que usted...                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |
|                | a.   | tuvo un desacuerdo en el cual empujó, agarró o sacudió a alguien? .....                                                                                                                                | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|                | b.   | se llevó algo de una tienda sin pagarlo? .....                                                                                                                                                         | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|                | c.   | vendió, distribuyó o ayudó a producir drogas ilegales? .....                                                                                                                                           | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|                | d.   | manejó un vehículo bajo la influencia del alcohol o de drogas ilegales? ...                                                                                                                            | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|                | e.   | intencionalmente dañó o destruyó objetos que no le pertenecían? .....                                                                                                                                  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|                | f.   | estuvo involucrado en el sistema judicial criminal, como la cárcel/prisión<br>detenido, bajo probatoria, bajo libertad condicional, bajo arresto<br>domiciliario o monitoreado electrónicamente ?..... | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

**[IF CV1f ES MENOR QUE 3, PASE A CV4]**

Por favor responda las siguientes preguntas usando el número de días.

|     |      |                                                                                |                                                   |
|-----|------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| QCS | CV2. | <b>Durante los últimos 90 días,</b> ¿en cuantos <b>días</b> usted ha estado... |                                                   |
|     | a.   | en libertad probatoria (“probation”)?.....                                     | <input type="text"/> <input type="text"/><br>Días |
|     | b.   | en libertad condicional (“parole”)?.....                                       | <input type="text"/> <input type="text"/><br>Días |
|     | c1.  | en cárcel para menores?.....                                                   | <input type="text"/> <input type="text"/><br>Días |
|     | c2.  | en la cárcel o prisión?.....                                                   | <input type="text"/> <input type="text"/><br>Días |
|     | d.   | arresto domiciliario?.....                                                     | <input type="text"/> <input type="text"/><br>Días |
|     | e.   | en monitoreo electrónico?.....                                                 | <input type="text"/> <input type="text"/><br>Días |

PPI CV4. ¿Durante los últimos 90 días, ¿en cuantos días estuvo metido en actividades que pensó podrían causarle problemas o están en contra de la ley (además del uso de drogas)?.....   [SI 0, PASE A CV4b]  
Días

PPI CV4a. ¿En cuantos de esos días estuvo envuelto en estas actividades (usted pensó que podrían meterle en problemas o ir en contra de la ley)...

1. para ayudarse económicamente?.....    
Días

2. para obtener drogas o alcohol?.....    
Días

3. mientras estaba borracho o drogado ("high")?.....    
Días

Por favor responda la siguiente pregunta usando el número de veces.

QCS CV4b. Durante los últimos 90 días, ¿cuantas veces ha sido arrestado y acusado de violar la ley? (Por favor no cuente violaciones de tráfico menores.).....      
Veces

| <i>Para Uso del Personal Solamente</i> |                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |           |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
|                                        | <b>Puntos de Elegibilidad Razones de Crimen y Violencia</b>                                                                                                                                                                                                        | <u>Si</u> | <u>No</u> |
| CV5a.                                  | ¿Ha tenido el participante algún problema con el crimen y la violencia en los últimos 3 meses, como es indicado por al menos una respuesta de 4 ó 3 en los puntos CV1a a CV1e?.....                                                                                | 1         | 0         |
| CV5b.                                  | ¿Reportó el participante problemas de crimen y violencia en 1 ó más de los últimos 90 días en CV4?.....                                                                                                                                                            | 1         | 0         |
| CV5c.                                  | ¿Desea usted administrar los puntos sobre razones de crimen y violencia? Si usted respondió "sí" en los puntos CV5a o CV5b, o decide administrar los puntos sobre razones de crimen y violencia por decisión de la institución o de su personal, codifique sí..... | 1         | 0         |

[SI CV5c = 0, PASE A LS1g]

### Razones de Crimen y Violencia

Las siguientes son algunas razones que dan las personas para querer hacer cambios en su comportamiento relacionado con el crimen o violencia.

Por favor, responda sí o no a las siguientes preguntas. Si alguna de las preguntas no le aplica en esta ocasión, por favor responda no.

CV6. Usted quiere hacer cambios en su comportamiento criminal o violento porque...

|                                                                                                                    | <u>Si</u> | <u>No</u> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| a. no quiere meterse en problemas con la ley<br>(por ej., ir a la cárcel o ser detenido, estar en probatoria)..... | 1         | 0         |
| b. su familia o amigos quieren que pare.....                                                                       | 1         | 0         |
| c. quiere un mejor camino para su vida.....                                                                        | 1         | 0         |
| d. el crimen y el comportamiento violento son malos.....                                                           | 1         | 0         |

CV10. ¿Cuál es su razón principal o más importante para querer hacer cambios **ahora mismo** en su comportamiento criminal o violento? (No pregunte, "Algunas otras?")

v. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Usando la **Tarjeta F** y respondiendo desde 0% para "no listo" hasta 100% para "completamente listo"...

CV11. ¿Qué tan listo está usted ahora mismo para hacer cambios en su comportamiento criminal o violento? .....

0%-----20%-----40%-----60%-----80%-----100%

**no lista**

para hacer  
cambios

**lista**

para hacer  
cambios

## LS. Satisfacción de Vida

Las siguientes preguntas son acerca de que tan satisfecho se siente con distintas partes de su vida. Después de escuchar cada pregunta, por favor dígame **que tan satisfecho(a)** se siente actualmente utilizando la **Tarjeta I** y respondiendo "muy satisfecho", "satisfecho", "mixto", "insatisfecho", o "muy insatisfecho."

| Muy satisfecho | Satisfecho | Mixto | Insatisfecho | Muy insatisfecho |
|----------------|------------|-------|--------------|------------------|
| 5              | 4          | 3     | 2            | 1                |

|     |      |                                                                         |   |   |   |     |
|-----|------|-------------------------------------------------------------------------|---|---|---|-----|
| LSI | LS1. | ¿ <b>Actualmente</b> , que tan satisfecho está con...                   |   |   |   |     |
|     | g.   | el nivel de intimidad física (actividad sexual) en sus relaciones?..... | 5 | 4 | 3 | 2 1 |
|     | h.   | sus relaciones familiares?.....                                         | 5 | 4 | 3 | 2 1 |
|     | j.   | su nivel de felicidad en general?.....                                  | 5 | 4 | 3 | 2 1 |
|     | k.   | el lugar donde vive?.....                                               | 5 | 4 | 3 | 2 1 |
|     | m.   | el modo en que su vida está yendo hasta el momento?.....                | 5 | 4 | 3 | 2 1 |
|     | n.   | su situación escolar o laboral?.....                                    | 5 | 4 | 3 | 2 1 |

## PPE. Preferencias del Paciente: Entorno

Por favor, responda Sí o No a las siguientes preguntas.

PPE1a. **En este momento**, ¿quiere (más) ayuda para ....

|                                                                                                                                     | <u>Si</u> | <u>No</u> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| 1. su vivienda?.....                                                                                                                | 1         | 0         |
| 2. la crianza de los hijos o niños con los que vive o ve regularmente?.....                                                         | 1         | 0         |
| 3. las personas con las que vive, trabaja, va a la escuela o socializa?.....                                                        | 1         | 0         |
| 4. como pasa su tiempo libre y consigue apoyo social?.....                                                                          | 1         | 0         |
| 5. las personas que ha estado evitando o con las que ha tenido discusiones o peleas?.....                                           | 1         | 0         |
| 6. las personas que le han atacado o abusado física, sexual o emocionalmente o que podrían hacerlo?.....                            | 1         | 0         |
| 7. la forma como maneja desacuerdos?.....                                                                                           | 1         | 0         |
| 8. algo relacionados con la orientación sexual, atracciones o identidad sexual?.....                                                | 1         | 0         |
| 99. alguna otra cosa relacionada con su medio ambiente o situación social o cómo enfrentarlos?<br><b>(Por favor describa)</b> ..... | 1         | 0         |

v. \_\_\_\_\_

## Z. Fin

Gracias! Esas son todas las preguntas que tenemos para usted en este momento.

(Por favor escriba la hora en Z1. Si lo completó sin descansar, nosotros determinaremos cuántos minutos le tomó. Si tomó descansos, por favor asegúrese de anotar aproximadamente cuántos minutos en total le tomó hacer esta evaluación. Si continuará con la entrevista otro día, anote el tiempo para el primer día en Z1d y anote el tiempo total en XADMh1a-d.)

- Z1. ¿Qué hora es en este momento?.....  :   
Hora (HH:MM)
- b. Es AM o PM?.....   
AM/PM
- c. Cuantos descansos tomo hoy?.....   
Descansos
- d. ¿Sin contar los descansos, cuanto tiempo le tomo terminar esto?..   
Minutos

- Z2. ¿Hay algunos otros asuntos especiales que necesitemos saber para ayudarlo (o ayudarlo a ponerse bajo tratamiento)? ¿Tiene alguna otra preguntas o comentarios?

v1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

| <i>Para uso del personal solamente</i>                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                         |           |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| XADM.Administración                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |           |           |
| Por favor documente los siguientes aspectos de como la entrevista fue administrada. Si hay comentarios más detallados en otras áreas en el documento, por favor asegúrese de resumirlos en la sección de comentarios adicionales en XADMj o diga por lo menos donde podemos encontrarlos. |                                                                                                                                                                                                                                         |           |           |
| a1.                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ¿Cómo fueron administradas las preguntas?                                                                                                                                                                                               | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
| a.                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Auto-Administrado (SA).....                                                                                                                                                                                                             | 1         | 0         |
| b.                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Administrado oralmente por el personal (ORS).....                                                                                                                                                                                       | 1         | 0         |
| c.                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Administrado oralmente por otros (ORA).....                                                                                                                                                                                             | 1         | 0         |
| z.                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Otro (OTH) ( <b>Por favor describa</b> ).....                                                                                                                                                                                           | 1         | 0         |
| v. _____                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                         |           |           |
| a2.                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ¿Cuál fue el modo de administración?                                                                                                                                                                                                    | Sí        | <u>No</u> |
| a.                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Hecho con pluma y papel (PAP).....                                                                                                                                                                                                      | 1         | 0         |
| b.                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Hecho por computador (COMP).....                                                                                                                                                                                                        | 1         | 0         |
| c.                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Hecho por teléfono (TEL).....                                                                                                                                                                                                           | 1         | 0         |
| z.                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Otro (OTH) ( <b>Por favor describa</b> ).....                                                                                                                                                                                           | 1         | 0         |
| v. _____                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                         |           |           |
| b.                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ¿Cuál fue el <b>idioma</b> principal en el cual fue realizado?                                                                                                                                                                          |           |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Inglés usando el GAIN en Inglés.....                                                                                                                                                                                                    | 1         |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Español usando el GAIN en Inglés.....                                                                                                                                                                                                   | 2         |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Español usando el VGNI en Español.....                                                                                                                                                                                                  | 3         |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Otras combinaciones/idiomas ( <b>Por favor describa</b> ).....                                                                                                                                                                          | 99        |           |
| v. _____                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                         |           |           |
| c.                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ¿Hubo algún indicio de que el cliente pudo tener problemas de aprendizaje que podrían haber interferido con su capacidad para responder o participar en el tratamiento o en general, <b>indicios de problemas de desarrollo?</b> (IDD)? |           |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           | No/ningún (NO).....                                                                                                                                                                                                                     | 0         |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Mínimo (MIN).....                                                                                                                                                                                                                       | 1         |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Moderado (MOD).....                                                                                                                                                                                                                     | 2         |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Mayor (MAJ).....                                                                                                                                                                                                                        | 3         |           |
| e.                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ¿Existe alguna evidencia de los siguientes <b>comportamientos</b> observados por el participante?                                                                                                                                       | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
| 1.                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Deprimido o retraído (DEP).....                                                                                                                                                                                                         | 1         | 0         |
| 2.                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Violento u hostil (VIO) .....                                                                                                                                                                                                           | 1         | 0         |
| 3.                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Ansioso o nervioso (ANX).....                                                                                                                                                                                                           | 1         | 0         |
| 4.                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Aburrido o impaciente (BOR).....                                                                                                                                                                                                        | 1         | 0         |
| 5.                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Intoxicado o drogado (INT).....                                                                                                                                                                                                         | 1         | 0         |
| 6.                                                                                                                                                                                                                                                                                        | En abstinencia (WIT) .....                                                                                                                                                                                                              | 1         | 0         |
| 7.                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Distraído (DIS).....                                                                                                                                                                                                                    | 1         | 0         |
| 8.                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Cooperador (COP).....                                                                                                                                                                                                                   | 1         | 0         |

*Para uso del personal solamente*

g. ¿Cuál fue la ubicación del participante durante la evaluación? (LOC)

|                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------|----|
| Unidad de Tratamiento (Tx).....                               | 1  |
| Unidad de Admisión Especializada (INT).....                   | 2  |
| Área Correccional (COR).....                                  | 3  |
| Escuela (SCH).....                                            | 4  |
| Lugar de empleo o de trabajo (EMP).....                       | 5  |
| Hogar (HOM).....                                              | 6  |
| Oficina de Probatoria o Libertad Condicional (PPO).....       | 7  |
| Agencia de Asistencia Social o Protección Infantil (WCP)..... | 8  |
| Oficina o establecimiento de investigación.....               | 11 |
| Otro (OTH) <b>(Por favor describa)</b> .....                  | 99 |

v. \_\_\_\_\_

g1-5. ¿Hubo algún problema proporcionando un ambiente tranquilo, **privado**? (PRI)

|    |                                                                                | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|----|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| 1. | Ruido u otras distracciones frecuentes (DIS).....                              | 1         | 0         |
| 2. | Atención dividida o interrupciones frecuentes (DIV).....                       | 1         | 0         |
| 3. | Otras personas presentes o lo suficientemente cerca para escuchar (EAR) 1      | 1         | 0         |
| 4. | Policía, guardas, trabajadores sociales u otros oficiales presentes (OFF)... 1 | 1         | 0         |
| 5. | Llamada monitorizada o teléfono con altavoz (MON).....                         | 1         | 0         |

|    |                                                                              |   |   |
|----|------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 1. | Ruido u otras distracciones frecuentes (DIS).....                            | 1 | 0 |
| 2. | Atención dividida o interrupciones frecuentes (DIV).....                     | 1 | 0 |
| 3. | Otras personas presentes o lo suficientemente cerca para escuchar (EAR)      | 1 | 0 |
| 4. | Policía, guardas, trabajadores sociales u otros oficiales presentes (OFF)... | 1 | 0 |
| 5. | Llamada monitorizada o teléfono con altavoz (MON).....                       | 1 | 0 |

h1. ¿Fue administrado durante varios días? (MUL)..... 1 0  
[SI NO, PASE A XADMj]

d. ¿Cuál es la identificación de la persona [XSID] que **terminó** la entrevista?.....| | | | |

j. ¿Tiene usted comentarios adicionales sobre la administración de la evaluación o cosas que deben ser consideradas en la interpretación de esta evaluación? (AC)

**Este seguro de documentar cualquier información colateral crítica que usted piensa puede considerarse durante la interpretación (o use una referencia cruzada donde se documente).**

v1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---