

Encuesta Nacional de Servicios para el Tratamiento del Abuso de Sustancias (N-SSATS, por sus siglas en inglés)

30 de marzo de 2018

Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias
(SAMHSA, por sus siglas en inglés)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.
(HHS, por sus siglas en inglés)

***POR FAVOR REVISE LA INFORMACIÓN DE LA INSTALACIÓN IMPRESA ARRIBA. TACHE
ERRORES E INGRESE LA INFORMACIÓN CORRECTA O FALTANTE.***

MARQUE UNA

- La información está completa y correcta, no se necesitan cambios
- Se ha corregido toda la información omitida o incorrecta



POR FAVOR LEA TODA ESTA PÁGINA ANTES DE COMPLETAR EL CUESTIONARIO

¿Prefiere completar este cuestionario en línea? Vea el volante color rosado incluido en su paquete de encuesta donde encontrará la dirección de Internet, su nombre de usuario y contraseña única. Puede conectarse y salir del sitio web tan frecuentemente como necesite para completar el cuestionario. Cuando vuelva a conectarse, el programa le llevará a la siguiente pregunta sin respuesta. Si necesita más información, llame a la línea de asistencia de N-SSATS al 1-888-324-8337.

INSTRUCCIONES

- La mayoría de las preguntas en esta encuesta preguntan sobre “esta instalación”. Por “esta instalación” nos referimos a la instalación o programa específico de tratamiento cuyo nombre y ubicación se encuentran impresos en la portada. Si tiene alguna pregunta acerca de cómo el término “esta instalación” aplica a su instalación, llame al 1-888-324-8337.
- Por favor conteste SOLAMENTE acerca de la instalación o programa específico cuyo nombre y ubicación se encuentran impresos en la portada, a menos que se especifique de otra manera en el cuestionario.
- Si no ha completado el cuestionario en línea, devuelva el cuestionario completo en el sobre proporcionado. Por favor mantenga una copia para sus archivos.
- Para información adicional sobre esta encuesta y las definiciones de algunos de los términos usados, por favor visite nuestro sitio de Internet: <https://info.nssats.com>.
- Si tiene alguna pregunta o necesita formularios adicionales en blanco, comuníquese con:

MATHEMATICA POLICY RESEARCH
1-888-324-8337
NSSATSWeb@mathematica-mpr.com

INFORMACIÓN IMPORTANTE

* **Preguntas con asterisco.** La información de preguntas con asterisco (*) podrá ser publicada en el Localizador en línea de Servicios de Tratamiento de Salud Conductual de SAMHSA (en <https://findtreatment.samhsa.gov>) y en el *Directorio Nacional de SAMHSA sobre los Programas para el Tratamiento de Abuso del Alcohol y Drogas*, y otros listados a disposición del público, a menos que usted lo indique de otra manera en la pregunta 27, página 10 de este cuestionario.

Función de ubicación del Localizador en línea. La información completa y exacta de nombre y dirección es necesaria para que Localizador en línea de Servicios de Tratamiento de Salud Conductual de SAMHSA ubique correctamente la instalación.

Elegibilidad para el Localizador en línea y Directorio. Solamente las instalaciones designadas como elegibles por su oficina estatal de abuso de sustancias y que completan este cuestionario serán incluidas como instalaciones del abuso de sustancias en el Localizador y *Directorio* en línea. Su representante estatal de N-SSATS puede decirle si su instalación es elegible para ser incluida en línea en el Localizador y *Directorio*. Para el nombre y número telefónico de su representante estatal, llame a la línea de asistencia de N-SSATS al 1-888-324-8337.

***1. ¿Cuál de los siguientes servicios para el abuso de sustancias ofrece esta instalación en este lugar, es decir, la ubicación indicada en la portada?**

MARQUE "SÍ" O "NO" PARA CADA UNA

- | | SÍ | NO |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 1. Ingreso, evaluación, o referido..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| 2. Desintoxicación..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| 3. Tratamiento para el abuso de sustancias (servicios que se enfocan en iniciar y mantener la recuperación de individuos del abuso de sustancias y en evitar recaídas)..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| 4. Cualquier otro servicio para el abuso de sustancias..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |

1a. ¿Para cuáles de los siguientes clientes ofrece esta instalación, en este lugar, servicios de tratamiento de salud mental (intervenciones tales como terapia o medicación psicotrópica que tratan el problema o la condición de salud mental de una persona, reducen los síntomas, y mejoran el funcionamiento conductual y sus resultados)?

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

- 1 Clientes de abuso de sustancias
- 2 Otros clientes distintos de los de abuso de sustancias
- 3 No se ofrecen servicios de tratamiento de salud mental a ningún cliente

2. ¿Contestó "sí" a la desintoxicación en la opción 2 de la pregunta 1 arriba?

- 1 Sí
- 0 No → PASE A P.3 (ENCIMA DE SIGUIENTE COLUMNA)

***2a. ¿Desintoxica esta instalación pacientes de...?**

MARQUE "SÍ" O "NO" PARA CADA UNA

- | | SÍ | NO |
|-----------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Alcohol..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| 2. Benzodicepinas..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| 3. Cocaína..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| 4. Metanfetaminas..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| 5. Opioides..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| 6. Otro (Especifique: _____)..... | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |

***2b. ¿Utiliza esta instalación medicamentos de forma rutinaria durante la desintoxicación?**

- 1 Sí
- 0 No → PASE A P.4 (SIGUIENTE COLUMNA)

3. ¿Contestó "sí" a tratamiento para el abuso de sustancias en la opción 3 de la pregunta 1?

- 1 Sí
- 0 No → PASE A P.24 (PÁGINA 9)

4. ¿Es esta instalación una cárcel, prisión u otra organización que proporciona tratamiento exclusivamente para las personas encarceladas o jóvenes detenidos?

- 1 Sí → PASE A P.29 (PÁGINA 10)
- 0 No

5. ¿Es esta instalación una práctica individual, es decir, una oficina con un sólo profesional o consejero independiente?

- 1 Sí
- 0 No

6. ¿Cuál es el enfoque principal de esta instalación en este lugar, es decir, la ubicación indicada en la portada?

MARQUE SOLAMENTE UNA

- 1 Servicios de tratamiento de abuso de sustancias
- 2 Servicios de salud mental
- 3 Combinación de servicios de salud mental y servicios para el tratamiento de abuso de sustancias (ninguno es primario)
- 4 Cuidado de la salud en general
- 5 Otro (Especifique: _____)

***7. ¿Está esta instalación operada por...?**

MARQUE SOLAMENTE UNA

- 1 Una organización privada con fines de lucro
- 2 Una organización privada sin fines de lucro
- 3 Gobierno estatal
- 4 Gobierno local, municipal o comunitario
- 5 Gobierno Tribal
- 6 Gobierno Federal

→ PASE A P.8 (ENCIMA DE PRÓXIMA PÁGINA)

***7a. ¿Cuál agencia del Gobierno Federal?**

MARQUE SOLAMENTE UNA

- 1 Departamento de Asuntos de Veteranos
- 2 Departamento de Defensa
- 3 Departamento de Salud Indígena
- 4 Otro (Especifique: _____)

*8. ¿Ofrece esta instalación, es decir, la ubicación indicada en la portada, servicios de HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES por el abuso de sustancias?

- 1 Sí
 0 No → PASE A P.9 (ABAJO)

*8a. ¿Cuál(es) de los siguientes servicios de HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES se ofrecen en esta instalación?

MARQUE "SÍ" O "NO" PARA CADA UNA

- | | <u>SÍ</u> | <u>NO</u> |
|--|-----------|-----------|
| 1. Desintoxicación hospitalizada1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
(Similar a los Niveles IV-D y III.7-D de ASAM, <i>desintoxicación administrada médicamente o monitoreada para pacientes hospitalizados</i>) | | |
| 2. Tratamiento para pacientes hospitalizados1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
(Similar a los Niveles IV and III.7 de ASAM, <i>tratamiento administrado médicamente o internación intensiva monitoreada</i>) | | |

NOTA: ASAM es la Sociedad Estadounidense de Medicina de Adicción. Encontrará más información sobre ASAM en <https://info.nssats.com>.

*9. ¿Ofrece esta instalación servicios RESIDENCIALES (no hospitalizado) para el abuso de sustancias en este lugar, es decir la ubicación indicada en la portada?

- 1 Sí
 0 No → PASE A P.10 (ENCIMA DE PRÓXIMA COLUMNA)

*9a. ¿Cuál de los siguientes servicios RESIDENCIALES ofrece esta instalación?

MARQUE "SÍ" O "NO" PARA CADA UNA

- | | <u>SÍ</u> | <u>NO</u> |
|--|-----------|-----------|
| 1. Desintoxicación residencial1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
(Similar al Nivel III.2-D de ASAM, <i>desintoxicación residencial administrada clínicamente o desintoxicación social</i>) | | |
| 2. Tratamiento residencial de corto plazo 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
(Similar al Nivel III.5 de ASAM, <i>tratamiento residencial de alta intensidad administrado clínicamente, típicamente 30 días o menos</i>) | | |
| 3. Tratamiento residencial de largo plazo 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
(Similar al Nivel III.3 y III.1 de ASAM, <i>tratamiento residencial de mediana o baja intensidad administrado clínicamente, típicamente más de 30 días</i>) | | |

*10. ¿Ofrece esta instalación servicios AMBULATORIOS (no hospitalizado) para el abuso de sustancias en este lugar, es decir, la ubicación indicada en la portada?

- 1 Sí
 0 No → PASE A P.11 (ENCIMA DE PRÓXIMA PÁGINA)

*10a. ¿Cuáles de los siguientes servicios AMBULATORIOS se ofrecen en esta instalación?

MARQUE "SÍ" O "NO" PARA CADA UNA

- | | <u>SÍ</u> | <u>NO</u> |
|---|-----------|-----------|
| 1. Desintoxicación para pacientes ambulatorios 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
(Similar a los Niveles I-D y II-D de ASAM, <i>desintoxicación ambulatoria</i>) | | |
| 2. Mantenimiento con metadona/ buprenorfina o tratamiento con naltrexona para pacientes ambulatorios 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> | | |
| 3. Tratamiento por día u hospitalización parcial para pacientes ambulatorios 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
(Similar al Nivel II.5 de ASAM, <i>20 o más horas por semana</i>) | | |
| 4. Tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
(Similar al Nivel II.1 de ASAM, <i>9 o más horas por semana</i>) | | |
| 5. Tratamiento regular para pacientes ambulatorios 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
(Similar al Nivel I de ASAM, <i>tratamiento para pacientes ambulatorios, no intensivo</i>) | | |

*11. ¿Cuáles de los siguientes servicios son ofrecidos por esta instalación en este lugar, es decir, la ubicación indicada en la portada?

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

Servicios de Evaluación y Pre-Tratamiento

- 1 Detección de abuso de sustancias
- 2 Detección de trastornos de salud mental
- 3 Evaluación integral o diagnóstico de abuso de sustancias
- 4 Evaluación integral de salud mental o diagnóstico (por ejemplo, evaluación y prueba psicológica o psiquiátrica)
- 5 Detección de uso de tabaco
- 6 Alcance a las personas de la comunidad que pueden necesitar tratamiento
- 7 Servicios provisorios para clientes cuando la admisión inmediata no es posible
- 8 No ofrecemos ninguno de estos servicios de evaluación o de pre-tratamiento

Pruebas (Incluya pruebas realizadas en este lugar, incluso si la muestra es enviada a una fuente externa para el análisis químico.)

- 9 Alcohólmetro u otra prueba de alcohol en la sangre
- 10 Detección de drogas o alcohol en la orina
- 11 Detección de Hepatitis B
- 12 Detección de Hepatitis C
- 13 Prueba de VIH
- 14 Prueba de ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual)
- 15 Detección de TB
- 16 No ofrecemos ninguno de estos servicios de pruebas

Servicios Transicionales

- 17 Planificación del alta
- 18 Cuidados post-tratamiento/atención continuada
- 19 No ofrecemos ninguno de estos servicios transicionales

Servicios Auxiliares

- 20 Servicio de manejo de casos
- 21 Desarrollo de habilidades sociales
- 22 Tutoría/apoyo de compañeros
- 23 Cuidado infantil para niños de clientes
- 24 Asistencia para obtener servicios sociales (por ejemplo, Medicaid, WIC, SSI, SSDI)
- 25 Asesoramiento de empleo o capacitación para clientes
- 26 Asistencia en localizar vivienda para clientes
- 27 Servicios de violencia doméstica— violencia familiar o de pareja (abuso físico, sexual, y emocional)
- 28 Intervención temprana para VIH
- 29 Educación, asesoramiento, o apoyo sobre VIH o SIDA
- 30 Educación, asesoramiento, o apoyo sobre hepatitis
- 31 Educación sobre salud aparte de VIH/SIDA o hepatitis
- 32 Educación sobre el abuso de sustancias
- 33 Asistencia de transporte al tratamiento
- 34 Servicios de salud mental
- 35 Acupuntura
- 36 Camas en residencia para hijos de clientes
- 37 Grupos de autoayuda (por ejemplo, AA, NA, SMART Recovery)
- 38 Asesoramiento para dejar de fumar/usar tabaco
- 39 No ofrecemos ninguno de estos servicios auxiliares

Otros Servicios

- 40 Tratamiento para adicción a los juegos de azar
- 41 Tratamiento para adicción al Internet
- 42 Tratamiento para otro trastorno de adicción (no de sustancias)
- 43 No ofrecemos ninguno de estos otros servicios

Farmacoterapias

- 44 Disulfiram (Antabuse®)
- 45 Naltrexona (oral)
- 46 Naltrexona (de liberación prolongada, inyectable, por ejemplo, Vivitrol®)
- 47 Acamprosate (Campra®)
- 48 Reemplazo de Nicotina
- 49 Medicación para cesar el uso de tabaco sin nicotina (por ejemplo, bupropion, varenicline)
- 50 Medicación para trastorno psiquiátrico
- 51 Metadona
- 52 Buprenorfina con naloxona (por ejemplo Suboxone®, Bunavail®, Zubsolv®)
- 53 Buprenorfina sin naloxona
- 54 Implante sub-dérmico Buprenorfina (Probuphine®)
- 55 Buprenorfina (de liberación prolongada, inyectable, por ejemplo, Sublocade®)
- 55 No ofrecemos ninguno de estos servicios de farmacoterapia

***12. Las instalaciones pueden tratar una variedad de trastornos del abuso de sustancias. La próxima serie de preguntas se centra solamente en cómo esta instalación trata el trastorno del uso de opioides.**

¿Cómo trata esta instalación el trastorno del uso de opioides?

- *El tratamiento asistido por medicamentos (MAT) incluye el uso de metadona, buprenorfina y / o naltrexona para el tratamiento del trastorno del uso de opioides.*

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

- Esta instalación no trata el trastorno del uso de opioides.
- Esta instalación usa metadona o buprenorfina para manejar el dolor, casos de emergencia, o por razones de estudio. NO es un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP) certificado a nivel federal.
- Esta instalación trata el trastorno del uso de opioides, pero no usa tratamiento asistido por medicamentos (MAT), ni acepta clientes usando MAT para tratar el trastorno del uso de opioides.
- Esta instalación acepta clientes que están usando MAT, pero las medicinas provienen o son recetadas por otra entidad. *(Las medicaciones pueden o no ser guardadas/entregadas/monitoreadas en este lugar.)*
- Esta instalación administra naltrexona para el tratamiento del trastorno de uso de opioides. El uso de naltrexona se permite a través de cualquier personal médico que tiene autorización para recetar.
- Esta instalación administra buprenorfina para el tratamiento del trastorno de uso de opioides. El uso de buprenorfina está permitido a través de un médico, médico asistente, o enfermero practicante autorizado de DATA 2000.
- Esta instalación administra y/o dispensa metadona, buprenorfina **y/o** naltrexona y es un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP) certificado a nivel federal. Un médico autorizado de DATA 2000 puede o no estar en este lugar también. *(Mientras que la mayoría de los OTPs usan metadona, algunos sólo usan buprenorfina.)*

**PASE A
P.13
(ABAJO)**

***12a. ¿Ofrece esta instalación servicios solamente a clientes con trastornos por el uso de opioides?**

- Sí
- No

***12b. ¿Cuál de los siguientes servicios de medicación proporciona este programa?**

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

- Servicios de mantenimiento con metadona o buprenorfina
- Servicios de mantenimiento de abstinencia (o disminución) bajo supervisión médica después de un período de estabilidad
- Desintoxicación de opioides del abuso con metadona o buprenorfina
- Prevención de recaída con naltrexona

***13. Para cada tipo de asesoramiento listado abajo, por favor indique aproximadamente qué porcentaje de los clientes de abuso de sustancias en esta instalación reciben ese tipo de asesoramiento como parte de su programa de tratamiento para el abuso de sustancias.**

TIPO DE ASESORAMIENTO	MARQUE UNA CASILLA POR TIPO DE ASESORAMIENTO				
	NO SE OFRECE	RECIBIDO POR 25% O MENOS DE LOS CLIENTES	RECIBIDO POR 26% A 50% DE LOS CLIENTES	RECIBIDO POR 51% A 75% DE LOS CLIENTES	RECIBIDO POR MÁS DEL 75% DE LOS CLIENTES
1. Asesoramiento individual	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2. Asesoramiento en grupo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3. Asesoramiento familiar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4. Asesoramiento matrimonio/pareja	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

*14. Para cada tipo de enfoque clínico/terapéutico enumerado a continuación, por favor marque la casilla que mejor describe la frecuencia con que se usa en esta instalación.

- Para definiciones de estos enfoques, vaya a: <https://info.nssats.com>

ENFOQUE CLÍNICO/TERAPÉUTICO	MARQUE UNA FRECUENCIA PARA CADA ENFOQUE				
	NUNCA	RARAMENTE	ALGUNAS VECES	SIEMPRE O A MENUDO	NO ESTÁ FAMILIARIZADO CON ESTE ENFOQUE
1. Consejería para el abuso de sustancias	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2. Programa de 12 pasos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3. Intervención breve	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4. Terapia cognitiva/de comportamiento	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5. Terapia conductual dialéctica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. Administración de contingencias/incentivos de motivación	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7. Entrevista motivacional	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8. Consejería relativa al trauma	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9. Control de la ira	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10. Modelo de Matriz	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11. Refuerzo de la comunidad más cupones	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
12. Terapia Racional Emotiva Conductual (<i>REBT, por sus siglas en inglés</i>)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
13. Prevención de recaída	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
14. Tratamiento computarizado/Telemedicina para abuso de sustancias (<i>incluye programas en Internet, Web, celulares, y para computadora</i>)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
15. Otro enfoque de tratamiento (<i>Especifique:</i> _____)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	

*15. ¿Ofrece esta instalación, en este lugar, un programa diseñado especialmente o un grupo dedicado exclusivamente de DUI/DWI u otros infractores de conducir en estado de embriaguez?

- 1 Sí
0 No → PASE A P.16 (ABAJO)

*15a. ¿Ofrece esta instalación servicios solamente a los clientes de DUI/DWI?

- 1 Sí
0 No

*16. ¿Proporciona esta instalación, en este lugar, servicios para el tratamiento de abuso de sustancias en lenguaje de señas para las personas sordas o con problemas auditivos (por ejemplo, lenguaje de señas americano, inglés en señas, o palabra complementada?

- Marque "sí" ya sea que un consejero que es parte del personal o un intérprete de turno suministra este servicio.

- 1 Sí
0 No

*17. ¿Proporciona esta instalación servicios para el tratamiento de abuso de sustancias en un idioma diferente al inglés en este lugar?

- 1 Sí
0 No → PASE A P.18 (ENCIMA DE PRÓXIMA PÁGINA)

17a. En esta instalación, ¿quién proporciona servicios para el tratamiento de abuso de sustancias en un idioma distinto al inglés?

MARQUE SOLAMENTE UNA

- 1 Consejero del personal que habla un idioma distinto del inglés
2 Un intérprete de turno (*en persona o por teléfono*) que se llama cuando es necesario → PASE A P.18 (ENCIMA DE PRÓXIMA PÁGINA)
3 AMBOS consejero del personal e intérprete de turno

*17a1. ¿Los consejeros que son parte del personal proporcionan tratamiento para el abuso de sustancias en español en esta instalación?

- 1 Sí
0 No → PASE A P.17b (ENCIMA DE PRÓXIMA COLUMNA)

17a2. ¿Los consejeros que son parte del personal en esta instalación proporcionan tratamiento para el abuso de sustancias en algún otro idioma?

- 1 Sí → PAE A P.17b (ENCIMA DE PRÓXIMA COLUMNA)
0 No → PASE A P.18 (ENCIMA DE PRÓXIMA PÁGINA)

*17b. ¿En qué otros idiomas proporcionan los consejeros que son parte del personal tratamiento para el abuso de sustancias en esta instalación?

- No incluya los idiomas solamente proporcionados por los intérpretes de turno.

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

Indígena estadounidense o Nativos de Alaska

- 1 Hopi
2 Lakota
3 Navajo
4 Ojibwa
5 Yupik
6 Otro idioma indígena estadounidense o nativo de Alaska
(Especifique: _____)

Otros Idiomas:

- 7 Árabe
8 Cualquier idioma chino
9 Criollo
10 Farsi
11 Francés
12 Alemán
13 Griego
14 Hebreo
15 Hindi
16 Hmong
17 Italiano
18 Japonés
19 Coreano
20 Polaco
21 Portugués
22 Ruso
23 Tagalo
24 Vietnamita
25 Cualquier otro idioma
(Especifique: _____)

***18. Las personas que buscan tratamiento para el abuso de sustancias pueden variar por edad, género, u otras características. ¿Qué clases de personas de las mencionadas más adelante reciben servicios en esta instalación, en este lugar?**

- Indique solamente la edad máxima o la edad mínima que aceptaría la instalación. ***No indique*** la edad máxima o mínima de personas **recibiendo servicios actualmente** en la instalación.

TIPO DE CLIENTE	MARQUE "SÍ" O "NO" PARA CADA CATEGORÍA RECIBE SERVICIOS EN ESTA INSTALACIÓN		SI RECIBE SERVICIOS, ¿CUÁL ES LA EDAD MÍNIMA?		SI RECIBE SERVICIOS, ¿CUÁL ES LA EDAD MÁXIMA?	
	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	____ AÑOS	0 <input type="checkbox"/> Sin edad mínima	____ AÑOS	0 <input type="checkbox"/> Sin edad máxima
1. Mujer	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	____ AÑOS	0 <input type="checkbox"/> Sin edad mínima	____ AÑOS	0 <input type="checkbox"/> Sin edad máxima
2. Hombre	1 <input type="checkbox"/> Sí	0 <input type="checkbox"/> No	____ AÑOS	0 <input type="checkbox"/> Sin edad mínima	____ AÑOS	0 <input type="checkbox"/> Sin edad máxima

***18a. Muchas instalaciones tienen clientes en una o más de las siguientes categorías. ¿Para cuáles de las categorías de clientes ofrece esta instalación en este lugar, un programa para el tratamiento del abuso de sustancias o un grupo diseñado específicamente para los clientes de esa categoría? Si esta instalación trata a los clientes de alguna de estas categorías, pero no tiene un programa o grupo específicamente diseñado para ellos, no marque la casilla para dicha categoría.**

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN

- 1 Adolescentes
- 2 Adultos jóvenes
- 3 Mujeres adultas
- 4 Mujeres embarazadas/en período post-parto
- 5 Hombres adultos
- 6 Ancianos o adultos de edad mayor
- 7 Clientes lesbianas, homosexuales, bisexuales, transgéneros (LGBT)
- 8 Veteranos
- 9 Militares activos
- 10 Miembros de familias militares
- 11 Clientes del sistema de justicia (*Distinto de DUI/DWI*)
- 12 Clientes con trastornos mentales y de abuso de sustancias co-ocurrentes
- 13 Clientes con VIH o SIDA
- 14 Clientes que han experimentado abuso sexual
- 15 Clientes que han experimentado violencia de la pareja íntima o violencia doméstica
- 16 Clientes que han sufrido un trauma
- 17 Programas específicamente diseñados o grupos para otros tipos de clientes
(Especifique: _____)
- 18 No se ofrecen programas o grupos diseñados específicamente para ningún tipo de cliente

***19. ¿Usa esta instalación una escala variable de pago?**

- *Las escalas variables de pago están basadas en ingresos y otros factores.*

1 Sí
0 No → PASE A P.20 (ABAJO)

19a. ¿Quiere usted que la disponibilidad de una escala variable de pago sea publicada en el Localizador y Directorio en línea de SAMHSA?

- *El Localizador y Directorio en línea explicarán que los clientes potenciales deben llamar a las instalaciones para obtener información sobre la elegibilidad.*

1 Sí
0 No

***20. ¿Ofrece esta instalación tratamiento sin costo o con pago mínimo (por ejemplo \$1) para clientes que no pueden pagar?**

1 Sí
0 No → PASE A P.21 (ABAJO)

20a. ¿Quiere usted que la disponibilidad de cuidado gratis o con pago mínimo (por ejemplo \$1) para clientes elegibles sea publicada en el Localizador y Directorio en línea de SAMHSA?

- *El Localizador y Directorio en línea explicarán que los clientes potenciales deben llamar a las instalaciones para obtener información sobre la elegibilidad.*

1 Sí
0 No

***21. ¿Recibe esta instalación alguna financiación o subvenciones del gobierno federal o estatal, del condado o gobiernos locales, para apoyar sus programas de tratamiento de abuso de sustancias?**

- *No incluya Medicare, Medicaid, o seguro militar federal. Estas formas de pago de los clientes se incluyen en la Pregunta 22.*

1 Sí
0 No
d No sé

***22. ¿Cuáles de los siguientes tipos de pagos de clientes o seguros son aceptados por esta instalación para el tratamiento de abuso de sustancias?**

MARQUE "SÍ," "NO," O "NO SÉ" PARA CADA UNA

SÍ NO NO SÉ

1. Gratis (*tratamiento gratis para TODOS los clientes*) 1 0 d
2. Efectivo o pago personal 1 0 d
3. Medicare 1 0 d
4. Medicaid 1 0 d
5. Plan de seguro médico financiado por el Estado distinto de Medicaid 1 0 d
6. Seguro Federal Militar (*por ejemplo, TRICARE*) 1 0 d
7. Seguro médico privado 1 0 d
8. Fondos de IHS/Tribu/Urbanos (*Fondos de ITU*) 1 0 d
9. Otro 1 0 d
(Especifique: _____)

***23. ¿Es esta instalación un hospital, o está ubicada en u operada por un hospital?**

- 1 Sí
0 No → PASE A P.24 (ABAJO)

***23a. ¿Qué tipo de hospital?**

MARQUE SOLAMENTE UNA

- 1 Hospital general (*incluyendo hospital VA*)
- 2 Hospital psiquiátrico
- 3 Otro hospital especializado, por ejemplo, alcoholismo, maternidad, etc.
(Especifique: _____)

***24. ¿Opera esta instalación alojamiento temporal o una casa de acogida para los clientes de abuso de sustancias en este lugar, es decir, la ubicación indicada en la portada?**

- 1 Sí
0 No

***25. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe MEJOR la política de fumar para clientes?**

MARQUE SOLAMENTE UNA

- 1 No se permite fumar en ningún lugar fuera o dentro del edificio
- 2 Está permitido en zona(s) designada(s) al aire libre
- 3 Permitido en cualquier lugar afuera
- 4 Permitido en área(s) interior(es) designada(s)
- 5 Permitido en cualquier lugar adentro
- 6 Permitido en cualquier lugar sin restricciones

***26. ¿Tiene esta instalación o programa licencia, certificado o está acreditado para ofrecer servicios para el abuso de sustancias por cualquiera de las siguientes organizaciones?**

- No incluya credenciales a nivel personal o licencias de negocios en general como una licencia de servicio de alimentos.

MARQUE "SÍ," "NO," O "NO SÉ" PARA CADA UNA

SÍ NO NO SÉ

1. Agencia de abuso de sustancias del estado 1 0 d
2. Departamento de salud mental del estado 1 0 d
3. Departamento de salud del estado 1 0 d
4. Autoridad otorgante de licencias hospitalarias 1 0 d
5. Comisión Conjunta 1 0 d
6. Comisión de Acreditación de Instalaciones de Rehabilitación (CARF) 1 0 d
7. Comité Nacional para Aseguramiento de (NCQA) 1 0 d
8. Consejo de Acreditación (COA) 1 0 d
9. Programa de Acreditación de Instalaciones Sanitarias (HFAP) 1 0 d
10. Otra organización nacional o federal, estatal, o local de la agencia 1 0 d
(Especifique: _____)

27. Si es elegible, ¿quiere esta instalación ser incluida en el Directorio y el Localizador en línea? (Ver dentro de la portada la información sobre la elegibilidad.)

- El Directorio estará disponible en <http://www.samhsa.gov/data/substance-abuse-facilities-data-nssats>
- El Localizador se encuentra en: <https://findtreatment.samhsa.gov>

1 Sí

0 No → PASE A P.28 (ABAJO)

27a. Para aumentar concienciación pública de servicios de salud conductual, puede que SAMHSA comparta información de contacto de las instalaciones con buscadores de Internet de gran disponibilidad comercial, como Google, Bing, Yahoo!, etc. ¿Quiere usted que la información de contacto de su instalación sea compartida en estos buscadores de Internet?

- La información a ser compartida sería: nombre y dirección de la instalación, número de teléfono, y dirección de sitio de Internet.

1 Sí

0 No

28. ¿Es esta instalación parte de una organización con varias instalaciones o lugares que proporcionan tratamiento para el abuso de sustancias?

1 Sí

0 No → PASE A P.29 (ABAJO)

28a. ¿Cuál es el nombre, dirección, y número de teléfono de la instalación de la casa matriz o sitio principal de la organización?

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (____) _____ - _____

29. ¿Quién fue principalmente responsable de completar este formulario? Esta información solamente será usada si necesitamos comunicarnos con usted sobre sus respuestas. No será publicada.

MARQUE SOLAMENTE UNA

1 Srta. 2 Sra. 3 Sr. 4 Dr. 5 Otro (Especifique: _____)

Nombre: _____

Título: _____

Número de teléfono: (____) _____ - _____ Ext. _____

Número de Fax: (____) _____ - _____

Dirección de correo electrónico: _____

Dirección de correo electrónico de la instalación: _____

CUALQUIER COMENTARIO ADICIONAL

PROMESA A LOS PARTICIPANTES: La información que proporcione será protegida en toda la extensión permitida bajo la Ley de Servicio de Salud Pública (42 USC 290aa(p)). Esta ley permite la publicación de información de identificación sobre un centro sólo con el consentimiento de dicho establecimiento y limita el uso de la información a los fines para los que fue facilitada. Con el consentimiento explícito de las instalaciones de tratamiento elegibles, la información proporcionada en respuesta a las preguntas de la encuesta marcadas con un asterisco se publicará en línea en el Localizador de Servicios de Tratamiento de Salud Conductual de SAMHSA, el *Directorio Nacional de Programas de Tratamiento para el Abuso del Alcohol y Drogas* y otros listados de disponibilidad pública. Las respuestas a preguntas sin asterisco se publicarán sin enlace directo a las instalaciones de tratamiento individuales.

Gracias por su participación. Por favor devuelva este cuestionario en el sobre adjuntado. Si ya no tiene el sobre, por favor envíe este cuestionario a:

MATHEMATICA POLICY RESEARCH
ATTN: RECEIPT CONTROL - Project 50345
P.O. Box 2393
Princeton, NJ 08543-2393

Declaración del Estimado de Tiempo: Una agencia no puede realizar o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a una solicitud de información a menos que muestre un número de control válido de OMB. El número de control de OMB para este proyecto es 0930-0106. El tiempo para esta recopilación de información se estima en un promedio de 25 minutos por encuestado, por año, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Envíe sus comentarios acerca de este estimado o cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo que toma, a SAMHSA Reports Clearance Officer, 5600 Fishers Lane, Room 15E57-B, Rockville, Maryland 20857.