

## Instrumento de seguimiento para la recopilación de datos de alcance comunitario de HRSA

### INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE DEL ESTUDIO

Seguimiento \_\_\_\_ RPTNUM

Identificación del cliente \_\_\_\_\_ CLIENTID

Fecha de inscripción en el estudio (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ENRDATE

Identificación del empleado \_\_\_\_\_ STAFFID

Fecha de la recopilación de datos \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ FORMDATE

#### *Instrucciones para el entrevistador:*

**El Seguimiento** será el número de la entrevista. La entrevista de entrada es la número 0. La entrevista de seguimiento a los seis meses es la número 1, la entrevista a los 12 meses es la 2, la entrevista a los 18 meses es la 3 y la entrevista a los 24 meses (de usted efectuarla) es la 4. Si el entrevistado no asiste a una entrevista, entonces la siguiente entrevista será numerada para que corresponda con el período de tiempo de los meses 12, 18 ó 24.

**La Identificación del cliente** será como sigue: El código de dos letras de su proyecto asignado por CORE, seguido del número de cuatro dígitos de identificación del cliente. Los números de identificación del cliente serán en secuencia, según la fecha de inscripción en el estudio y comenzará con 1001. Por ejemplo, el Well Being Institute utilizará WB1001 para la primera persona que se inscriba, WB1002 para la segunda persona que se inscriba, WB1003 para la tercera persona que se inscriba, y así sucesivamente. Cada cliente debe recibir una identificación del cliente individual que seguirá siendo la misma durante la duración del proyecto. Al realizar las entrevistas de seguimiento a los 6, 12, 18 y 24 meses, la identificación del cliente seguirá siendo la misma. Ninguna identificación del cliente volverá a usarse, aunque la persona no continúe en el estudio.

**La identificación del personal** será como sigue: El código de dos letras de su proyecto asignado por CORE, seguido de un número de dos dígitos de identificación del empleado que es único para cada entrevistador. Los números de identificación del empleado deben comenzar con 01. Por ejemplo, el Well Being Institute podrá utilizar WB01 para un entrevistador, WB02 para otro entrevistador, WB03 para un tercer entrevistador, y así sucesivamente. Cada entrevistador debe tener una identificación de empleado individual que seguirá siendo la misma durante la duración del proyecto. Al realizar las entrevistas de seguimiento a los 6, 12, 18 y 24 meses, deberá utilizarse la identificación del empleado **que completó la entrevista**. Ninguna identificación del empleado volverá a usarse, aunque el entrevistador no continúe en el programa. Sino que, se asignará una identificación nueva para cada entrevistador nuevo.

**ENRDATE**, la fecha de inscripción en el estudio es la fecha en que la persona firmó el consentimiento para inscribirse en el **estudio**. No es la fecha que el cliente entró a formar parte de su programa.

**FORMDATE**, la fecha de la recopilación de los datos, es la fecha que se lleva a cabo la entrevista.

Para comenzar, lea lo siguiente:

Gracias por aceptar hablar conmigo hoy. Como recordará de su última entrevista para este estudio, vamos a cubrir muchos temas, incluidos su salud y sus experiencias con los proveedores de cuidado de la salud. Algunas de estas preguntas tratan sobre temas que usted ha discutido previamente con otras personas – le preguntamos nuevamente debido a que esta entrevista es parte de un estudio nacional que incluye personas y programas de todo el país. Esta información nos ayudará a mejorar el cuidado que se brinda a las personas que viven con el VIH.

Todo lo que hablemos es confidencial. Si hablamos sobre algún tema incómodo para usted o del que usted desea discutir más a fondo, podemos referirle a alguien con quien usted pueda hablar. Además, si hay alguna pregunta con la que no se sienta cómodo contestando, no tiene que contestarla.

Esta entrevista tomará cerca de 1 hora. Según vaya haciendo las preguntas, déjeme saber si hay algo que no entiende. ¿Está listo para comenzar?

## **DATOS DEMOGRÁFICOS**

### **1. Para asegurarnos de que tengo la información correcta, ¿cuál es su fecha de nacimiento?**

(mm/dd/aaaa) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ DOB

### **2. Dónde vive en este momento?** WLIVENOW [*Entrevistador: codifique sólo una opción*]

- Casa propia/apartamento 1
- Casa de otra persona/apartamento 2
- Vivienda con asistencia económica/transitoria 3
- Albergue 4
- Programa de tratamiento residencial 5
- La calle/en un vehículo de motor/en un parque/en la playa 6
- Edificio invadido o abandonado 7
- Motel 8
- Hogar sustituto/en grupo 9
- Hospedaje/habitaciones independientes de hospedaje en hotel (SRO) 10
- Institución correccional 11
- De casa en casa; No tengo un lugar fijo para quedarme 12
- Otro 13
- No sabe 777
- Falta información 999

**3. En los pasados 6 meses, ¿dónde más ha vivido?** [Entrevistador: codifique todos los que aplican. Si el cliente no ha vivido en ningún otro lugar aparte del que ha vivido en los pasados seis meses, codifique el encasillado que indica **NO** para todas las respuestas.]

- |    |  |                               |                               |                                      |  |
|----|--|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|--|
| a. | Casa propia/apartamento OWNHOME                                    | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| b. | Casa de otra persona/apartamento OTHRHOME                          | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| c. | Vivienda con asistencia económica/transitoria TRANHOUS             | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| d. | Albergue SHELTER   | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| e. | Programa de tratamiento residencial RESTREAT                       | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| f. | La calle/en un vehículo/en un parque/en la playa STREETS           | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| g. | Edificio invadido o abandonado SQUAT                               | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| h. | Motel MOTEL  | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| i. | Hogar sustituto/en grupo GRPHOME                                   | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| j. | Hospedaje/habitación independiente de hospedaje en hotel (SRO) SRO | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| k. | Institución correccional CORRFAC                                   | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| l. | De casa en casa; No tengo lugar fijo para quedarme MOVING          | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| m. | Otro _____ OTHRPLC   |                               |                               |                                      |  |

**4. ¿Está embarazada?** PREGNANT [Entrevistador: pregunta para mujeres solamente. Si es hombre, codifique **N/A**]

- No 0
- Sí 1
- No sabe 777
- N/A 888
- Falta información 999

**5. ¿Es usted la persona encargada de cuidar a uno de los siguientes?:** [Entrevistador: lea todas las respuestas excepto las que indican No sabe y Falta información, y codifique todas las que aplican. De ser necesario, explique que “ la persona encargada es la que cuida la mayor parte del tiempo y la que tiene la responsabilidad primordial sobre otra persona.”]

a. Niño(s) menores de 18 años CHLDCARE     No 0     Sí 1     No sabe 777     Falta información 999

b. Anciano(s) ELDR CARE     No 0     Sí 1     No sabe 777     Falta información 999

c. Persona(s) que vive(n) con el VIH/SIDA PWHCARE  
 No 0     Sí 1     No sabe 777     Falta información 999

d. Persona(s) que vive(n) con alguna incapacidad o enfermedad aparte del VIH o SIDA PWDCARE  
 No 0     Sí 1     No sabe 777     Falta información 999

Si responde “Sí” al menos a una de las preguntas en la 5 a. a la d., haga la pregunta 6. De lo contrario, codifique la pregunta 6 como N/A y prosiga a la pregunta 7.

**6. Si usted es la persona encargada de ofrecer cuidado, ¿cuántas de estas personas viven con usted?**

\_\_\_ CGIVNUM

- No sabe 777
- N/A 888
- Falta información 999

**7. ¿Cuál es su estado civil actual?** RELSTAT

- Legalmente casado(a) 1
- En una relación de compromiso 2
- Viudo(a) 3
- Divorciado(a) 4
- Separado(a) 5
- Soltero(a), nunca se ha casado 6
- No sabe 777
- Falta información 999

**8. ¿Cuál fue el último grado que completó en la escuela?** [Entrevistador: cuente desde la escuela elemental/primaria en adelante. Si el cliente terminó la escuela superior o pasó el GED, anote 12. Si el cliente terminó un grado universitario, anote 16. Añada años adicionales según sea necesario.]

\_\_\_\_\_ EDUCLVL

- No sabe 777
- Falta información 999

**9. ¿Que tipo de seguro médico tiene?** [Entrevistador: codifique todas las que aplican. Si no tiene seguro, codifique la letra g. como “Sí” y de la a-e como “No”.]

- |    |                               |                               |                               |                                      |  |
|----|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|--|
| a. | No tengo seguro médico NOINSR | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| b. | Medicaid MEDICAID             | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| c. | Medicare MEDICARE             | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| d. | Seguro privado PRIVINSR       | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| e. | CHAMPUS/Veterano VETERAN      | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| f. | Seguro estudiantil STUDINSR   | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| g. | Otro<br>(especifique): _____  |                               |                               |                                      | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
|    |                               |                               |                               |                                      | OTHRINSR                                       |

**10. ¿Cuál es el ingreso económico mensual de su hogar?** [Entrevistador: El ingreso económico del hogar se refiere al ingreso que el entrevistado o su familia u otra persona con quien guarda una relación significativa (“significant other”) y que viven juntos, reciben mensualmente. Si el entrevistado se encuentra encarcelado o en algún tipo de ambiente residencial, no incluya las otras personas que viven en el lugar, sino que refiérase al entrevistado y a su unidad de vivienda cuando no está viviendo en un grupo. Al estimar esta cantidad, tome en consideración los **beneficios en efectivo** solamente. No incluya los cupones de alimentos o asistencia para alquiler.]

\$ \_\_\_\_\_ MTHINCOM

- No sabe -777
- Falta información -999

## EL CUIDADO DEL VIH

Las siguientes preguntas tienen que ver con el cuidado que usted recibe para el VIH. Cuando hablamos de “proveedores de cuidado de la salud,” nos referimos a la persona que con más frecuencia usted visita al recibir cuidado para el VIH. Usualmente es el médico, pero también puede ser una enfermera o un “nurse practitioner”/enfermera practicante o un “physician assistant”/auxiliar médico.

*Si el entrevistado indica que visita un proveedor específico puede substituir el término (médico, enfermera, etc.) por el término “proveedor de cuidado de la salud” en las siguientes preguntas.*

### 11. ¿Alguna vez un proveedor de cuidado de la salud le ha dicho que usted tiene SIDA? HAVEAIDS

- No 0
- Sí 1
- No sabe 777
- Falta información 999

### 12. Actualmente, tiene algún lugar adonde ir para recibir cuidado médico para el VIH? REGPLACE

- No 0
- Sí 1
- No sabe 777
- N/A 888
- Falta información 999

*Si la respuesta es No, No sabe, N/A, o Falta información, codifique la pregunta 13 como N/A y prosiga con la pregunta 14.*

### 13. Por lo regular, ¿a qué lugar va cuando visita un proveedor de cuidado de la salud para recibir tratamiento para el VIH? [Entrevistador: Si la persona indica varios lugares distintos, pregúntele: “del lugar que visita con mayor frecuencia”. Codifique una sola opción para esta pregunta.] PCWHERE

- Clínica ambulatoria del hospital general 1
- Clínica ambulatoria del Hospital de la Administración de Veteranos 2
- Centro de salud o clínica 3
- Cuidado de salud de programas para ambulantes/personas sin hogar 4
- Médico privado 5
- Sala de emergencia 6
- El proveedor me visita a mí 7
- No sabe 777
- N/A 888
- Falta información 999

**14. ¿Tiene algún proveedor al que visita regularmente para su condición del VIH?** [Entrevistador: “Por regularmente, quiero decir si tiene algún proveedor de cuidado de la salud particular que usted considera que es el que verifica cómo usted se siente, que discute con usted sus recuentos de CD4, carga viral y tratamiento, y que lo refiere a otros médicos cuando necesita ver a un especialista”.] REGULRPC

- No 0
- Sí 1
- No sabe 777
- N/A 888
- Falta información 999

Si la respuesta es No, No sabe, N/A, o Falta información, codifique la pregunta 15 como N/A y prosiga con la pregunta 16.

**15. Esta persona es:** [Entrevistador: lea todas las respuestas y codifique sólo una] PROVIDER

- Un médico 1
- Un “physician’s assistant”/auxiliar médico 2
- Un “nurse practitioner”/enfermera practicante 3
- Otro 4
- No sabe 777
- N/A 888
- Falta información 999

**16. En los pasados 6 meses, ¿cuántas veces visitó un proveedor de cuidado de la salud para su condición del VIH? No incluya las visitas a la sala de emergencia o una admisión al hospital.** [Entrevistador: Esta pregunta se refiere a cualquier proveedor de cuidado de la salud para el VIH, no necesariamente el proveedor de cuidado de la salud regular del entrevistado.]

\_\_\_\_\_ NUMV6MO                       No sabe 777                       N/A 888                       Falta información 999

Si la respuesta es 0, No sabe, o Falta información, haga una marca en la respuesta N/A en las preguntas 17-20 y prosiga con la pregunta 21.

**17. En los pasados 6 meses, ¿algún proveedor de cuidado de la salud le extrajo sangre para verificar como se encontraba su recuento de CD4 o la carga viral?** [Entrevistador: Si el cliente no sabe porqué le extrajeron sangre, la respuesta es “No”.] LABS6MO

- No 0
- Sí 1
- No sabe 777
- N/A 888
- Falta información 999

Si la respuesta es No, No sabe, N/A o Falta información, codifique la pregunta 18 como N/A y prosiga con la pregunta 19.

**18. En los pasados 6 meses, ¿su proveedor de cuidado de la salud discutió con usted los resultados de las pruebas de CD4 y/o de carga viral?** LABDIS6M

- No 0
- Sí 1
- Los resultados no están listos aún 2
- No sabe 777
- N/A, no me han hecho ninguna prueba 888
- Falta información 999

**19. En los pasados seis meses, ¿ha discutido con su proveedor de cuidado de la salud algunas opciones de tratamiento para el VIH?** [Las opciones de tratamiento incluyen planes para tomar medicamentos, cambios dietarios, otros cambios para manejar los efectos secundarios o síntomas] TXDIS6MO

- No 0
- Sí 1
- No sabe 777
- N/A 888
- Falta información 999

**20. ¿Alguno de los siguientes elementos le han ayudado a cumplir con sus visitas médicas relacionadas con el tratamiento del VIH en los pasados seis meses?** [Entrevistador: lea todas las opciones para las respuestas y codifique todas las que aplican]

- |    |   |                               |                               |                                      |                                  |  |
|----|---|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|--|
| a. | Recibí ayuda con el transporte (alguien me llevó, cupón para taxi, ficha para el autobús, ayuda con la gasolina) FACLTRAN                           | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> N/A 888 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| b. | Alguien me dio un recordatorio de la cita a tiempo FACLRMDR   | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> N/A 888 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| c. | Alguien me acompañó a la cita FACLACCM  | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> N/A 888 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| d. | El proveedor me visitó FACLMDVT   | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> N/A 888 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| e. | Alguien me cuidó los niños FACLCHCR   | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> N/A 888 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| f. | Sabía que si iba recibiría algo [ej. certificado de regalos, cupones, alimento, tarjeta de llamadas telefónicas] además del cuidado médico FACLELSE | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> N/A 888 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| g. | Las citas eran flexibles [Podía ir cuando fuera conveniente para mí] FACLCONV   | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> N/A 888 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| h. | Otro (especifique): _____ FACLOTHR  |                               |                               |                                      |                                  |  |

**21. En los pasados 6 meses, ¿a cuántas citas relacionadas con el cuidado médico del VIH no asistió? No cuente las veces que cambió la cita para asistir dentro de un período de 2 semanas.** [Entrevistador: Esta pregunta se refiere a cualquier cuidado relacionado con el VIH, no sólo al cuidado del proveedor de cuidado de salud regular. Pregunte el número de citas perdidas totales.]

MSAPT6MO  
 No sabe 777     N/A 888     Falta información 999

**Si la respuesta es 0, No sabe, N/A o Falta información, codifique como N/A todas las opciones de la pregunta 22 y prosiga con la pregunta 23.**

**22. ¿Por qué perdió esta(s) cita(s)?** [Entrevistador: codifique todas las respuestas que aplican]

- |    |  |                               |                               |                                      |                                  |  |
|----|--|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|--|
| a. | Se me olvidó MSFORG                                  | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> N/A 888 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| b. | No tenía deseos de ir MSNOWANT                       | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> N/A 888 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| c. | No quería ir solo MSALONE                            | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> N/A 888 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| d. | Tuve problemas con el transporte MSTRANS             | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> N/A 888 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| e. | Tenía otra cosa que hacer MSELSE                     | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> N/A 888 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| f. | No tenía quien me cuidara los niños MSCHLDCR         | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> N/A 888 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| g. | Me cansé de esperar por el médico MSWAIT             | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> N/A 888 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| h. | Tuve que cuidar de otra persona MSCGIVE              | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> N/A 888 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| i. | No quiero que me recuerden que tengo el VIH MSREMIND | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> N/A 888 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| j. | Otras razones (especifique): _____ MSOTHER           |                               |                               |                                      |                                  |  |

**23. ¿Actualmente, toma alguno de estos medicamentos para el VIH?** [Entrevistador: muestre las fotografías de los medicamentos al entrevistado] HIVRX

- No 0
- Sí 1
- No sabe 777
- N/A 888
- Falta información 999

**Si la respuesta es Sí, codifique como N/A cada razón de la pregunta 24 y prosiga con la pregunta 25.**

**24. ¿Cuáles son las razones por las cuales usted no toma medicamentos para el VIH?** [Observación para el entrevistador: codifique con “Sí” todas las razones que aplican y con “No” las razones restantes, a menos que el cliente indique que “No sabe” o si no contesta la pregunta.]

- |    |  |                               |                               |                                      |                                  |  |
|----|--|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|--|
| a. | No están recomendados para mí, debido a que aún no las necesito [ej. no está suficientemente enfermo, está muy saludable] RXNOTREC | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> N/A 888 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| b. | No deseo tomar medicamentos RXNOWANT   | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> N/A 888 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| c. | No puedo pagar los medicamentos RXNOTPAY   | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> N/A 888 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| d. | No puedo tolerar los efectos secundarios RXSIDEFF  | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> N/A 888 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| e. | Hay que tomar demasiadas pastillas RXPILLS   | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> N/A 888 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| f. | Es muy difícil tomar medicamentos para el VIH, debido a que interfieren con mis actividades diarias [incluido el trabajo] RXDIFFIC | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> N/A 888 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| g. | Se me olvida tomarme las pastillas RXREMEMB  | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> N/A 888 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| h. | Es un problema reordenar las recetas médicas cuando se me acaban RXREFILL  | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> N/A 888 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| i. | Temo que alguien se entere de que tomo medicamentos para el VIH RXSTIGMA   | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> N/A 888 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| j. | Estoy tomando un descanso o receso de los medicamentos (“drug holiday” o “vacation”) RXBREAK                                       | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> N/A 888 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| k. | Me acabo de enterar de que tengo el VIH y aún no he visto al médico RXNODOC  | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> N/A 888 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| l. | Otros (especifique): _____ RXOTHER   |                               |                               |                                      |                                  |  |

**25. ¿Está tomando medicamentos para prevenir una pulmonía (*Pneumocystis carinii pneumonia*)?** [“como Bactrim o TMP/SMX, Dapsona, Mepron, Pentamidina para inhalación?” Muestre fotografías de ser necesario.] RXPCP

- No 0
- Sí 1
- No sabe 777
- N/A 888
- Falta información 999

**26. En los pasados 6 meses, ¿cuántas veces ha visitado la sala de emergencia por otras razones que no sean un accidente o una lesión?**

\_\_\_\_\_ ERNUM6MO     No sabe 777     Falta información 999

## COMPROMISO CON EL PROVEEDOR<sup>1</sup>

**Entrevistador:** Revise la respuesta para la pregunta de la entrevista de entrada sobre si la persona alguna vez ha visitado un proveedor de cuidado de la salud para su condición del VIH. Si la respuesta fue No y está confirmado en entrevistas subsiguientes cuando la persona ha contestado que no ha visitado un proveedor en los pasados seis meses, no haga las preguntas que aparecen en esta sección, pero codifique las preguntas 27-41 como N/A.. Luego, continúe con la próxima sección de la entrevista que comienza con la pregunta 54. Haga una marca en el recuadro que aparece a continuación si está brincando esta sección por este motivo.

- El participante nunca ha visitado un proveedor de cuidado de la salud para su condición del VIH.

Su proveedor de cuidado de la salud principal para el VIH, probablemente, es su médico. Sin embargo, su proveedor de cuidado de la salud principal podría ser otro profesional, como un “nurse practitioner” o un “physician assistant”. Cuando conteste el siguiente grupo de preguntas sobre el trato que recibe de su proveedor de cuidado de la salud principal, piense en la persona que le provee la mayor parte del cuidado para el VIH [la persona que usted identificó en la pregunta 15].

Si no hay una persona que le provee la mayor parte del cuidado para su condición del VIH, entonces, al contestar, piense en el proveedor de cuidado de la salud que visitó la última vez que buscó ayuda para su condición del VIH.

**27. ¿Sobre quién va a contestar las siguientes preguntas?** [Entrevistador: lea las primeras dos opciones y haga una marca solamente en uno de los siguientes recuadros] ENGPROV:

- La persona que provee la mayor parte de mi cuidado <sup>1</sup>
- El proveedor de cuidado de la salud que visité la última vez <sup>2</sup>
- No sabe <sup>777</sup>
- N/A <sup>888</sup>
- Falta información <sup>999</sup>

**ENTREVISTADOR:** Lea las preguntas que aparecen a continuación de la siguiente manera, “Mi proveedor de cuidado de la salud me escucha. ¿Esto es así siempre, por lo regular, algunas veces o nunca”?

Mi proveedor de cuidado de la salud:

		Siempre <sup>1</sup>	Por lo regular <sup>2</sup>	Algunas veces <sup>3</sup>	Nunca <sup>4</sup>	No sabe <sup>777</sup>	N/A <sup>888</sup>	Falta informa- ción <sup>999</sup>
<b>28</b>	<b>Me escucha</b> <small>ENGLIST</small>							
<b>29</b>	<b>Se preocupa por mí</b> <small>ENGCARE</small>							
<b>30</b>	<b>Contesta mis preguntas</b> <small>ENGANS</small>							
<b>31</b>	<b>Me dedica tiempo suficiente</b> <small>ENGTIME</small>							
<b>32</b>	<b>Me involucra en las decisiones</b> <small>ENGDEC</small>							
<b>33</b>	<b>Respeto mis decisiones</b> <small>ENGCHOI</small>							
<b>34</b>	<b>Atiende mis problemas</b> <small>ENGDEAL</small>							
<b>35</b>	<b>Está comprometido con mi cuidado</b> <small>ENGME</small>							
<b>36</b>	<b>Me es útil</b> <small>ENGHELP</small>							

		Siempre 1	Por lo regular 2	Algunas veces 3	Nunca 4	No sabe 777	N/A 888	Falta informa- ción 999
37	<b>Me respeta</b> <small>ENGRESP</small>							
38	<b>Apoya mis decisiones</b> <small>ENGSUPP</small>							
39	<b>Me ve cuando se lo pido</b> <small>ENGA VAIL</small>							
40	<b>Me provee información</b> <small>ENGINFO</small>							

<sup>1</sup> Adaptado (y modificado) de las escalas de William Holzemer, UC San Francisco School of Nursing

## **RESULTADOS NO MÉDICOS<sup>2</sup>**

**41. ¿Tiene un manejador de caso? Por manejador de caso queremos decir una persona que le ayuda a obtener cuidado médico o servicios sociales?** CMHAVE

- No 0
- Sí 1
- No sabe 777
- Falta información 999

*Si la respuesta es “No”, codifique las preguntas 42 y 43 como N/A y prosiga a la pregunta 44.*

**42. ¿Cuántas veces VISITÓ su manejador de caso en los pasados 6 meses?**

\_\_\_\_\_ CMVST6MO     No sabe 777     N/A 888     Falta información 999

**43. ¿Cuántas veces HABLÓ con su manejador de caso en los pasados 6 meses?** [Entrevistador: para obtener un número confiable, pídale al cliente que recuerde un promedio del número de veces durante el mes anterior. Si la respuesta del cliente es “semanalmente”, multiplique 1 x 4 semanas x 6 meses = 24 veces, luego anote 24. Si la respuesta del cliente es “dos veces al mes”, multiplique 2 x 6 meses = 12 veces, y anote 12.]

\_\_\_\_\_ CMSPK6MO     No sabe 777     N/A 888     Falta información 999

*ENTREVISTADOR: A continuación encontrará una lista de códigos que deberán utilizarse con las preguntas 44 y 45.*

**Códigos a utilizar con las preguntas 44 y 45 (véanse las instrucciones en la próxima página)**

- 0. No
- 1. Sí
- 777. No sabe
- 888. N/A
- 999. Falta información

<sup>2</sup> Partes de esta sección de la entrevista guía están basadas en la herramienta para los resultados no médicos utilizada por el Evaluation and Technical Assistance Center (ETAC), Mailman School of Public Health, Columbia University.

Ahora voy a leerle una lista de servicios. Para cada servicio, indique si siente que necesitó este servicio durante los pasados 6 meses. Luego voy a preguntarle si obtuvo ese servicio. Si no obtuvo el servicio, voy a preguntarle porqué. Finalmente, voy a preguntarle si el problema por el cual necesitaba el servicio ahora está mejor, peor o igual.

**ENTREVISTADOR:** Para cada servicio (a,b,c...a continuación) haga las preguntas en el siguiente orden: haga la pregunta 44 primero; si la respuesta para el servicio es No, No sabe o N/A, pase a las pregunta 45 y codifique las pregunta 45 como N/A y siga con el próximo servicio en la lista y repita la pregunta 44. Si el cliente responde Sí a la pregunta 44, haga la pregunta 45. Las preguntas deben hacerse de izquierda a derecha para cada servicio en la tabla a continuación utilizando el patrón descrito anteriormente. Las preguntas a por l son obligatorias; las preguntas m por t son opcionales.

**PREGUNTAS OBLIGATORIAS**

	<b>44. ¿Necesitó este servicio en los pasados 6 meses? (Utilice los códigos que aparecen en la página anterior)</b>	<b>45. ¿Pudo obtener este servicio en los pasados 6 meses? (Utilice los códigos que aparecen en la página anterior)</b>
<b>a. Consejería/tratamiento de salud mental</b>	MHTXNEED	MHTXRCVD
<b>b. Tratamiento para el uso de drogas/tratamiento de drogas</b>	SATXNEED	SATXRCVD
<b>c. Alojamiento</b>	HOUSNEED	HOUSRCVD
<b>d. Asistencia económica</b>	FINCNEED	FINCRCVD
<b>e. Asistencia con el empleo</b>	EMPLNEED	EMPLRCVD
<b>f. Transporte</b>	TRANNEED	TRANRCVD
<b>g. Ayuda para conseguir alimento, víveres o comidas</b>	FOODNEED	FOODRCVD
<b>h. Ayuda para obtener beneficios/derechos</b>	BENFNEED	BENFRCVD
<b>i. Cuidado de los niños</b>	CHLDNEED	CHLDRCVD
<b>j. Asistencia legal</b>	LEGLNEED	LEGLRCVD
<b>k. Intercambio de agujas</b>	NENEED	NERCVD
<b>l. Intérprete/traducción</b>	INTRNEED	INTRRCVD

**PREGUNTAS OPCIONALES**

	<b>44. ¿Necesitó este servicio en los pasados 6 meses? (Utilice los códigos que aparecen en la página anterior)</b>	<b>45. ¿Pudo obtener este servicio en los pasados 6 meses? (Utilice los códigos que aparecen en la página anterior)</b>
<b>m. Ayuda con asuntos de inmigración</b>	IMMGNEED	IMMGRCVD
<b>n. Manejo de caso</b>	CMNEED	CMRCVD
<b>o. Servicios para casos de violencia doméstica</b>	DOMVNEED	DOMVRCVD
<b>p. Educación/información general del VIH</b>	INFONEED	INFORCVD
<b>q. Ayuda para tomar los medicamentos del VIH</b>	MEDNEED	MEDRCVD
<b>r. Información de los efectos secundarios de los medicamentos para el VIH</b>	SEFFNEED	SEFFRCVD
<b>s. Información de nutrición/información sobre una buena alimentación con un ingreso limitado</b>	NUTRNEED	NUTRRCVD
<b>t. Cuidado dental</b>	DENTNEED	DENTRCVD

## **SALUD MENTAL**

**48. Durante los pasados 6 meses, ¿ha visitado un consejero, trabajador social, psicólogo, enfermera psiquiátrica o psiquiatra para hablar de cómo se sentía o sobre sus problemas, irrespectivo de la recomendación de alguna persona?** MHTX6MO

- No 0
- Sí 1
- No sabe 777
- Falta información 999

**49. Durante los pasados 6 meses, ¿algún proveedor de cuidado de la salud o manejador de caso le recomendó que visitara un consejero, trabajador social, psicólogo, enfermera psiquiátrica, psiquiatra u otro profesional licenciado en salud mental para hablar de cómo se sentía o sobre sus problemas?** MHRECOM

- No 0
- Sí 1
- No sabe 777
- Falta información 999

**50. ¿Está actualmente tomando medicamentos recetados para la salud mental o problemas emocionales?** MHMEDNOW

- No 0
- Sí 1
- No sabe 777
- Falta información 999

*Si la respuesta es "Sí," codifique la pregunta 51 como "Sí" y prosiga con la pregunta 52.*

**51. Durante los pasados 6 meses, ¿ha tomado medicamentos recetados para la salud mental o problemas emocionales?** MHMED6MO

- No 0
- Sí 1
- No sabe 777
- N/A 888
- Falta información 999

**52. ¿Ha estado alguna vez en un hospital o centro de crisis por motivos de salud mental o problema emocional?** MHHOSEVR

- No 0
- Sí 1
- No sabe 777
- Falta información 999

*Si la respuesta es "No," codifique la pregunta 53 como No y prosiga con la pregunta 54.*

**53. ¿Ha estado en un hospital o centro de crisis por motivos de salud mental o problema emocional durante los pasados 6 meses?** MHHOS6MO

- No 0
- Sí 1
- No sabe 777
- Falta información 999

## USO DE DROGAS<sup>3</sup>

*ENTREVISTADOR: Lea la pregunta en negrita, y utilice los ejemplos que aparecen en letras itálicas para indagar. Si el cliente responde con un Sí a cualquiera de las preguntas en la columna a., entonces no haga las preguntas de las columnas b. o c. para esa droga, simplemente codifique las respuestas para la b. como Sí y pase a la próxima droga.*

### **¿Ha usado las siguientes drogas?**

**54. ¿Sedantes, píldoras para dormir o tranquilizantes sin una receta médica?** (ej. *Librium, Valium, Ativan, Meprobamato, Xanax, Seconal, Halcion, Metacualona*)

#### **a. ¿Usado en los últimos 30 días?**

- SEDAT30D
- No 0
  - Sí 1
  - No sabe 777
  - Falta información 999

#### **b. ¿Usado en los últimos 6 meses?**

- SEDAT6M
- No 0
  - Sí 1
  - No sabe 777
  - Falta información 999

**55. ¿Anfetaminas u otros estimulantes sin una receta médica?** (e.g. *Metanfetaminas, Cristales de Metanfetaminas, Preludin, Dexedrine, Ritalin, Speed, Ketamina (Special K), Cat*)

- STIM30D
- No 0
  - Sí 1
  - No sabe 777
  - Falta información 999

- STIM6M
- No 0
  - Sí 1
  - No sabe 777
  - Falta información 999

**56. ¿Analgésicos u otros medicamentos recetados para el dolor sin una receta médica?** (OBSERVACIÓN: *esto no incluye el uso regular de aspirina, Tylenol sin Codeína, etc., pero incluye el uso de Tylenol con Codeína y otros medicamentos para el dolor recetados [Demerol, Darvon, Darvocet, Percodan, Percocet, Codeína, Morfina, Metadona, Fentanyl]*)

- PAINK30D
- No 0
  - Sí 1
  - No sabe 777
  - Falta información 999

- PAINK6M
- No 0
  - Sí 1
  - No sabe 777
  - Falta información 999

**57. ¿Marihuana o hashish?**

- MARI30D
- No 0
  - Sí 1
  - No sabe 777
  - Falta información 999

- MARI6M
- No 0
  - Sí 1
  - No sabe 777
  - Falta información 999

<sup>3</sup> Esta porción de la guía de la entrevista ha sido adaptada del Addiction Severity Index: McLellan, A.T.; Kushner, H.; Metzger, D.; Peters F.; et al. The fifth edition of the Addiction Severity Index. *J Subst Abuse Treat* 9:199-213, 1992. SF-12v2™ Health Survey © 1992-2002 by Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All rights reserved. SF-12® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust. (IQOLA SF-12v2 Standard, Spanish (United States))

¿Ha usado las siguientes drogas?

**58. ¿Cocaína (nasal) o crack (piedra, gravilla) o base libre?**

**a. ¿Usado en los últimos 30 días?**

**b. ¿Usado en los últimos 6 meses?**

COKE30D

- No 0
- Sí 1
- No sabe 777
- Falta información 999

COKE6M

- No 0
- Sí 1
- No sabe 777
- Falta información 999

**59. ¿Inhalantes (aparte de la cocaína) que se huelen o inhalan para lograr un “high” o para sentirse bien? (ej. Nitrato de amilo [Poppers, Ammo, Lockerroom], Freón, Óxido nitroso [Whippets], gasolina, pintura en rociador, pega)**

INHL30D

- No 0
- Sí 1
- No sabe 777
- Falta información 999

INHL6M

- No 0
- Sí 1
- No sabe 777
- Falta información 999

**60. ¿LSD u otros alucinógenos (ej. PCP, Polvo de ángel, Peyote, Ecstasy [MDMA], Mescalina)**

HALLC30D

- No 0
- Sí 1
- No sabe 777
- Falta información 999

HALLC6M

- No 0
- Sí 1
- No sabe 777
- Falta información 999

**61. ¿Heroína (horse, smack, tar)**

HERO30D

- No 0
- Sí 1
- No sabe 777
- Falta información 999

HERO6M

- No 0
- Sí 1
- No sabe 777
- Falta información 999

**62. ¿Ha tomado 5 o más tragos de alcohol en un día? Un trago significa una lata de cerveza, una copa de vino o un “shot” de licor fuerte.**

ALCH30D

- No 0
- Sí 1
- No sabe 777
- Falta información 999

ALCH6M

- No 0
- Sí 1
- No sabe 777
- Falta información 999

**63. ¿Se ha inyectado drogas?**

INJC30D

- No 0
- Sí 1
- No sabe 777
- Falta información 999

INJC6M

- No 0
- Sí 1
- No sabe 777
- Falta información 999

**64. ¿Ha estado bajo tratamiento de drogas durante los pasados 6 meses?** SATX6MO  
(Entrevistador, observe que los TRATAMIENTOS para el abuso de drogas no incluyen los programas de autoayuda, como AA, NA, o 12 pasos)

- No 0
- Sí 1
- No sabe 777
- Falta información 999

**Si la respuesta es No, No sabe o Falta información, codifique como N/A todas las opciones de la pregunta 65 y prosiga con la pregunta 66.**

**65. Si la respuesta es Sí, ¿estuvo usted en?:** (haga una marca en todas las que aplican)

- |   |                                  |                               |                                      |                                     |   |
|---|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <b>a.</b> Tratamiento de drogas en una instalación residencial SARESDTX | <input type="checkbox"/> No<br>0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> N/A<br>888 | <input type="checkbox"/> Falta información<br>999 |
| <b>b.</b> Tratamiento ambulatorio para el uso de drogas SAOUTPTX        | <input type="checkbox"/> No<br>0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> N/A<br>888 | <input type="checkbox"/> Falta información<br>999 |
| <b>c.</b> Desintoxicación (incluido pacientes internados) SADETOX       | <input type="checkbox"/> No<br>0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> N/A<br>888 | <input type="checkbox"/> Falta información<br>999 |
| <b>d.</b> Otro (especifique):<br>_____ SAOTHRTX                         |                                  |                               |                                      |                                     |   |

**66. ¿Alguna vez ha utilizado servicios de autoayuda, como AA, NA o 12-pasos, en los últimos 6 meses?** SASLFHLP

- No 0
- Sí 1
- No sabe 777
- Falta información 999

## **BARRERAS EN EL CUIDADO**

### **Discriminación**

67. **En los pasados seis meses, ¿se ha sentido discriminado al buscar cuidado médico para el VIH?** DISCMDCR
- No 0     Sí 1     No sabe 777     NA (no recibí cuidado) 888     Falta información 999

*Si la respuesta es Sí, haga la pregunta 68. De lo contrario, codifique la pregunta 68 como N/A y prosiga con la pregunta 69.*

68. **¿Esa experiencia presentó alguna dificultad para que regresara a buscar cuidado médico adicional para el VIH [ej. sacar una cita, cumplir con la cita]?** DISCNOCR
- No 0     Sí 1     No sabe 777     N/A 888     Falta información 999

### **Barreras Estructurales y Económicas**

En los pasados seis meses, ¿alguno de los siguientes problemas presentó alguna dificultad para usted al buscar cuidado médico para el VIH?

69. **¿Tuvo algún problema en encontrar adónde ir a buscar cuidado?** BARRWHER
- No 0     Sí 1     No sabe 777     Falta información 999
70. **¿Le preocupó cómo pagaría por su cuidado médico para el VIH [ej. no tener seguro, el seguro no paga, preocupación sobre tener que pagar con su propio dinero]?** BARRAFFD
- No 0     Sí 1     No sabe 777     Falta información 999
71. **¿Tuvo problemas para conseguir una cita para el cuidado médico del VIH porque no tiene teléfono?** BARRPHNE
- No 0     Sí 1     No sabe 777     Falta información 999
72. **¿Tuvo problemas para que alguien contestara sus llamadas para obtener una cita para el cuidado médico?** BARRMKAP
- No 0     Sí 1     No sabe 777     Falta información 999
73. **¿Tuvo problemas en conseguir una cita en un momento que fuera posible para usted asistir?** BARRTIME
- No 0     Sí 1     No sabe 777     Falta información 999
74. **¿Tuvo problemas en encontrar proveedores que hablaran su idioma?** BARRLANG
- No 0     Sí 1     No sabe 777     Falta información 999
75. **¿Tuvo algún otro problema para sacar una cita? Especifique:** \_\_\_\_\_ BARRAPPT

## **Estigma**

¿Alguna de estas preocupaciones le causó dificultad al buscar cuidado médico para el VIH en los pasados seis meses?

**Entrevistador:** Podría ser útil repetir esta pregunta cuando lea la respuesta para Estigma. **Por ejemplo, lea la declaración:** “Sentía temor de que otras personas se enteraran que tenía el VIH si buscaba atención médica”. **Luego, pregunte:** “¿Esto le causó alguna dificultad al obtener cuidado médico para el VIH en los pasados seis meses? ¿Sí o No? ” Marque “Sí”, si la persona contesta: Sí, no obtuve cuidado médico porque estaba atemorizado de que otras personas se enteraran. **Marque “No” si la persona indica que no le causó ninguna dificultad para obtener cuidado médico.**

- |            |  |                               |                               |                                      |  |
|------------|--|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|--|
| <b>76.</b> | <b>Sentía temor de que otras personas se enteraran que usted tiene el VIH si buscaba atención médica.</b> BARRDISC                     | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| <b>77.</b> | <b>Le preocupaba lo que otras personas pudieran pensar sobre su orientación sexual si buscaba atención médica.</b> BARRWGAY            | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| <b>78.</b> | <b>Le preocupaba que su familia o su pareja se molestará o se enfadará si buscaba atención médica.</b> BARRPART                        | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| <b>79.</b> | <b>Sentía temor de que le quitaran sus hijos si buscaba atención médica.</b> BARRLSCD  | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| <b>80.</b> | <b>Le preocupaba que su proveedor de cuidado de la salud le hiciera preguntas que usted no quería contestar.</b> BARRQUES              | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| <b>81.</b> | <b>Le preocupaba que su proveedor de cuidado de la salud le hiciera preguntas sobre sus prácticas sexuales.</b> BARRSEXP               | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| <b>82.</b> | <b>Le preocupaba que su proveedor de cuidado de la salud le hiciera preguntas sobre el uso de drogas.</b> BARRDRUG                     | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| <b>83.</b> | <b>Le preocupaba que su proveedor de cuidado de la salud le preguntara si se estaba tomando los medicamentos para el VIH.</b> BARRMEDS | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| <b>84.</b> | <b>¿Tenía otras preocupaciones o temores?</b> BARRWORR<br><b>Especifique:</b> _____  |                               |                               |                                      |  |

## Creencias

Voy a leer una declaración que describe las razones por las cuales las personas no obtuvieron servicios médicos para el VIH. Conteste “sí” o “no” si alguna de las siguientes es una razón por la cual usted no obtuvo alguno de sus servicios médicos para el VIH en los pasados seis meses.

**Entrevistador:** Podría ser útil repetir esta pregunta cuando lea la respuesta para Creencias. **Por ejemplo, lea la declaración:** “Me sentía bastante bien.” **Luego, pregunte:** “¿es esta una razón por la cual usted no obtuvo servicios médicos para el VIH en los pasados seis meses? ¿Sí o No?” **Marque “Sí” si la persona se sintió lo suficientemente bien como para no obtener servicios médicos”. Marque “No” si la persona se sintió lo suficientemente bien, pero no fue una razón para no obtener servicios médicos.”**

- |            |   |                               |                               |   |  |
|------------|---|-------------------------------|-------------------------------|---|--|
| <b>85.</b> | <b>Me sentí bastante bien.</b> BARRNTSK   | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe<br>777 | <input type="checkbox"/> Falta<br>información<br>999 |
| <b>86.</b> | <b>Creo que mi fe o mis creencias espirituales me<br/>ayudarán con el VIH.</b> BARRRELG   | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe<br>777 | <input type="checkbox"/> Falta<br>información<br>999 |
| <b>87.</b> | <b>Creo que el VIH no tiene cura, así que, para<br/>qué molestarme con tratamientos médicos.</b><br>BARRNOCR  | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe<br>777 | <input type="checkbox"/> Falta<br>información<br>999 |
| <b>88.</b> | <b>Creo que los efectos secundarios o colaterales<br/>de los medicamentos para el VIH son peores<br/>que la enfermedad.</b> BARRSEFF                                      | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe<br>777 | <input type="checkbox"/> Falta<br>información<br>999 |
| <b>89.</b> | <b>Prefiero utilizar tratamientos<br/>alternativos/holísticos, tales como las<br/>medicinas herbarias, la acupuntura, los<br/>curanderos tradicionales, etc.</b> BARRALTN | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe<br>777 | <input type="checkbox"/> Falta<br>información<br>999 |
| <b>90.</b> | <b>No confío en que el sistema de salud me pueda<br/>ayudar a mí.</b> BARRTRST  | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe<br>777 | <input type="checkbox"/> Falta<br>información<br>999 |
| <b>91.</b> | <b>Creo que el VIH no existe.</b> BARRNHIV  | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe<br>777 | <input type="checkbox"/> Falta<br>información<br>999 |
| <b>92.</b> | <b>Creo que mis necesidades básicas (como la<br/>vivienda) son más importantes y deben<br/>atenderse primero, antes que buscar atención<br/>para el VIH.</b> BARRNEED     | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe<br>777 | <input type="checkbox"/> Falta<br>información<br>999 |
| <b>93.</b> | <b>Otro (especifique)</b><br>BARROTHR: _____  |                               |                               |   |  |

## **CONDUCTAS SEXUALES RIESGOSAS**

**94. ¿Ha tenido sexo sin protección en los pasados 6 meses?** SEXRK6MO

- No 0
- Sí 1
- No sabe 777
- Falta información 999

*Si la respuesta a la pregunta 94 es NO, No sabe o Falta información, codifique la pregunta 95 como N/A y prosiga con la pregunta 96.*

**95. Si la respuesta es Sí, ¿cuántas veces ha tenido sexo sin protección en los pasados 6 meses?**

[Entrevistador: para obtener un número confiable, pídale al cliente que recuerde un promedio del número de veces durante la semana o mes anterior. Si el cliente indica el número de veces por semana, multiplique ese número por 24, y anote el número total de las veces. Por ejemplo, si la respuesta es “dos veces por semana”, multiplique 2 x 4 semanas x 6 meses = 48 veces. El número total de las veces debe estar representado dentro de un marco de tiempo de 6 meses.]

\_\_\_\_\_ SEXRKNUM

- No sabe 777
- N/A 888
- Falta información 999

**96. En los pasados 6 meses, ¿ha intercambiado sexo por dinero, drogas, albergue o necesidades básicas?** SEXXC6MO

- No 0
- Sí 1
- No sabe 777
- Falta información 999

# Su Salud y Bienestar

Esta encuesta le pide sus opiniones acerca de su salud. Esta información permitirá saber cómo se siente y cuán bien puede hacer usted sus actividades normales. *¡Gracias por contestar estas preguntas!*

Para cada una de las siguientes preguntas, por favor, marque con una  la casilla que mejor corresponde a su respuesta.

97. En general, ¿diría que su salud es:

Excelente	Muy buena	Buena	Pasable	Mala
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

98. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día típico. ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita en absoluto
	▼	▼	▼
a <u>Actividades moderadas</u> , tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar al bowling o al golf, o trabajar en el jardín .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b Subir <u>varios</u> pisos por la escalera .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

**99. Durante las últimas 4 semanas, ¿por cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de su**

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	---------------	------------	-------

**salud física?**

- a Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- b Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5

**100. Durante las últimas 4 semanas, ¿por cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?**

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	---------------	------------	-------

- a Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- b Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5

**101. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluido tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?**

Nada en absoluto	Un poco	Medianamente	Bastante	Extremadamente
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**102. Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. Por cada pregunta, por favor, dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿durante cuánto tiempo en las últimas 4 semanas...**

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	---------------	------------	-------

a se ha sentido tranquilo y sosegado?.....

1       2       3       4       5

b ha tenido mucha energía?.....

1       2       3       4       5

c se ha sentido desanimado y triste? .....

1       2       3       4       5

**103. Durante las últimas 4 semanas, ¿por cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?**

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

***¡Gracias por contestar estas preguntas!***