

Instrumento para la Recopilación de Datos de Entrada de Alcance Comunitario de HRSA

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE DEL ESTUDIO

Código de entrada ___ RPTNUM

Identificación del cliente _____ CLIENTID

Fecha de inscripción en el estudio (mm/dd/aaaa) ___ / ___ / _____ ENRDATE

Identificación del empleado _____ STAFFID

Fecha de la recopilación de datos ___ / ___ / _____ FORMDATE

¿Se inscribió el cliente durante la Fase I? P1CLIENT No 0 Sí 1 No sabe 777 Falta información 999

Instrucciones para el entrevistador:

Código de entrada será 0, para la primera entrevista.

La Identificación del cliente será como sigue: el código de dos letras de su proyecto asignado por CORE, seguido del número de 4 dígitos de identificación del cliente. Los números de identificación del cliente serán en secuencia, tomando en cuenta la fecha de ingreso al 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 6, 12, 18 y 24 meses, la identificación del cliente sigue siendo la misma. No deberá volverse a usar la identificación de un cliente, aunque el participante no continúe en el estudio.

La Identificación del personal será como sigue: El código de dos letras de su proyecto asignado por CORE, seguido por el número de 2 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 puede utilizar WB01 para un recopilador de datos, WB02 para otro entrevistador, WB03 para un tercer recopilador de datos, y así sucesivamente. Cada recopilador de datos 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, se deberá utilizar la identificación del empleado **que completó la entrevista**. No deberá volverse a usar la identificación del empleado, aunque el entrevistador no continúe en el programa. Sino que, se debe asignar una identificación nueva para cada entrevistador nuevo.

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

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

Para comenzar, lea lo siguiente:

Gracias por aceptar hablar conmigo hoy. Cubriremos 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 le brinda a las personas que viven con el VIH.

Todo lo que vamos a hablar 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 contestándola, no la tiene que contestar.

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. **¿Cuál es su fecha de nacimiento?** (mm/dd/aaaa) ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ ___ ___ DOB

2. **¿Cuál es su sexo?** GENDER

- Masculino 1
- Femenino 2
- Transexual 3
- Otro 4
- Prefiere no identificarse 5
- No sabe 777
- Falta información 999

3. **¿Es usted transexual?** TRANSGEN

- No 0
- Sí 1
- Prefiere no identificarse 2
- No sabe 777
- Falta información 999

4. **¿Cuál considera usted que es su orientación sexual?** ORIENTAT

- Heterosexual/“Straight” 1
- Homosexual/“Gay” 2
- Homosexual/Lesbiana 3
- Bisexual 4
- Otro 5
- Prefiere no identificarse 6
- No sabe 777
- Falta información 999

5. ¿A que raza o grupo étnico pertenece? RACEETHN

- Caucásico/Blanco 1
- Negro o Afroamericano 2
- Asiático 3
- Nativo de Hawaii o de las islas del pacífico 4
- Nativo Americano o Nativo de Alaska 5
- Más de una raza (especifique) 6: _____ MULTRACE
- Otras (especifique) 7: _____ OTHRRACE
- No sabe 777
- Falta información 999

6. ¿Usted se considera hispano/a o latino/a? LATINO

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

7. ¿Qué idioma habla la mayor parte del tiempo, con amigos y familiares? PRIMLANG

- Inglés 1
- Español 2
- Francés 3
- Haitiano 'Creole' 4
- Portugués 5
- Chino 6
- Vietnamita 7
- Otro (especifique) 8: _____ OTHRLANG
- No sabe 777
- Falta información 999

8. ¿En qué país nació? BRTHPLAC

- E.U.A., Puerto Rico, o territorios de los E.U.A. 1
- Otro (especifique) 2: _____ OTHRBRTH
- No sabe 777
- Falta información 999

Si la respuesta a la pregunta 8 es EUA o Puerto Rico, no haga la pregunta 9, sino que haga una marca en la opción N/A y prosiga con la pregunta 10.

9. ¿Por cuántos años ha vivido en los E.U.A., Puerto Rico o territorios de los E.U.A.?

___ YRSINUS

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

10. ¿Dónde vive ahora? WLIVENOW [Entrevistador: codifique una opción solamente]

- 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

11. 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 (especifique) OTHRPLC | | | | |

12. ¿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

13. ¿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 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 una incapacidad o enfermedad aparte del VIH o SIDA PWDCARE
 No 0 Sí 1 No sabe 777 Falta información 999

Si responde “Sí” a alguna de las preguntas de la 13 a. a la d., haga la pregunta 14. De lo contrario codifique la pregunta 14 como N/A y prosiga a la pregunta 15.

14. 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

15. ¿Cuál es su estado civil? RELSTAT

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

16. ¿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

17. ¿Qué tipo de seguro médico tiene? [Entrevistador: codifique todas las que aplican. Si no tiene seguro, codifique la a. como “Sí” y de la b-f como “No”. Si la g. queda en blanco, codifique “888”, para indicar que “no aplica”.]

- | | | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|--|
| 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 (especifique): _____ | | | | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |

OTHRINSR

18. ¿Cuál es el ingreso 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 cuando recibe 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.

19. ¿Cuándo fue la primera vez que tuvo una prueba positiva para el VIH?

(mm/dd/aaaa) ___/___/____ POSDATE

- No sabe 01/777
 Falta información 01/999

20. ¿Alguna vez le ha dicho algún proveedor de cuidado de la salud que usted tiene SIDA? HAVEAIDS

- No 0
 Sí 1
 No sabe 777
 Falta información 999

21. a. Después de haber resultado positivo para el VIH, ¿ha visitado a un proveedor de cuidado de la salud para su condición del VIH, sin incluir visitas a la sala de emergencia o admisión al hospital? EVERPROV

- No 0 Sí 1 No sabe 777 Falta información 999

Si la respuesta a la pregunta 21a. es No, No sabe o Falta información, codifique las preguntas 21b. a la 34 como N/A y prosiga con la pregunta 35. Si la respuesta es Sí, prosiga con la pregunta 21 b.

b. Después de tener un resultado positivo a la prueba del VIH, ¿cuánto tiempo pasó antes de que visitara un proveedor de cuidado de la salud para su condición del VIH? No incluya si tuvo que visitar la sala de emergencia o alguna admisión al hospital. (Entrevistador: escriba días, semanas, meses o años dependiendo de la respuesta del entrevistado, y luego entre el número de semanas en NOCRTIME. Si la respuesta del entrevistado es menor de 7 días, escriba 0.5; si la respuesta es en meses, multiplique el número de meses por 4; si la respuesta es en años, multiplique el número de años por 52.)

_____ NOCRTIME _____ Días _____ Semanas _____ Meses _____ Años

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

Si la respuesta a la pregunta 21b. es más de 6 meses, codifique la pregunta 22 como SÍ y prosiga con la pregunta 23.

22. Desde la primera vez que su prueba fue positiva para el VIH, ¿en algún momento ha estado más de 6 meses sin visitar a un proveedor de cuidado de la salud para su condición del VIH? No incluya las visitas a la sala de emergencia o admisiones al hospital. NOCR6MO

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

23. ¿Cuál ha sido el periodo de tiempo más largo que ha estado sin visitar a un proveedor de cuidado de la salud para su condición del VIH (en meses)? ___ ___ ___ ___ NOCRLONG No sabe 777 N/A 888 Falta información 999

24. ¿Actualmente, tiene algún lugar que visita regularmente para recibir cuidado médico para su condición del VIH? REGPLACE

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

Si la respuesta es No, N/A, No sabe o Falta información, codifique la pregunta 25 como N/A y prosiga con la pregunta 26.

25. ¿Usualmente, a qué lugar va cuando visita al proveedor de cuidado de la salud para su condición del VIH?
[Entrevistador: Si la persona indica varios lugares distintos, pregúntele sobre: “el lugar que visita con más frecuencia”. Codifique solamente una opción en 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
- Centro de salud de algún programa 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

26. ¿Tiene algún proveedor 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, el que habla con usted sobre sus recuentos de CD4, de 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 27 como N/A y prosiga con la pregunta 28.

27. Esta persona es: [Entrevistador: lea todas las respuestas y codifique solamente una] PROVIDER

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

Si la fecha de su primera prueba para el VIH fue menos de seis meses atrás (en la pregunta 19), puede substituir las palabras “en los pasados seis meses” por “después de haber dado positivo” en las preguntas que aparecen a continuación.

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

_____ 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 opción N/A en las preguntas 29-32 y prosiga con la pregunta 33.

29. 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? LABS6MO [Entrevistador: Si el cliente no sabe porqué le extrajeron sangre, la respuesta es “No”.]

- 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 30 como N/A y prosiga con la pregunta 31.

30. 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

31. En los pasados seis meses, ¿discutió 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

32. ¿Ha recibido ayuda de algunos de los siguientes para cumplir con sus visitas médicas del tratamiento del VIH en los pasados seis meses? [Entrevistador: lea todas 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 recordó (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 | | | | | |

33. En los pasados seis 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 N/A para todas las opciones en la pregunta 34 y prosiga con la pregunta 35.

34. ¿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 de transportación 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 a 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 | | | | | |

35. ¿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 36 y prosiga con la pregunta 37.

36. ¿Cuáles son las razones por las cuales usted no toma medicamentos para el VIH? [Observación para el entrevistador: codifique como “Sí” todas las razones que aplican y como “No” las razones restantes, a menos que el cliente indique “No sabe” o que no conteste 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 tolero 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. | Otro (especifique): _____ RXOTHER | | | | | |

37. ¿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

38. 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 PROVEEDOR¹

ENTREVISTADOR: si el participante nunca ha visitado a un médico para su condición del VIH (pregunta 21.a), no haga las preguntas que aparecen en esta sección, sino que codifique como N/A las preguntas 39-53. Luego, prosiga 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

El entrevistador lee:

Su proveedor principal de cuidado de la salud para el VIH, probablemente, es su médico. Sin embargo, su proveedor principal de cuidado de la salud 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 principal de cuidado de la salud, piense en la persona que le provee la mayor parte del cuidado para el VIH [la persona que usted identificó en la pregunta 26].

Si no tiene 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 para su condición del VIH.

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

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

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

Mi proveedor de cuidado de la salud:

		Siempre ¹	Por lo regular ²	Algunas veces ³	Nunca ⁴	No sabe ⁷⁷⁷	N/A ⁸⁸⁸	Falta información ⁹⁹⁹
40	Me escucha <small>ENGLIST</small>							
41	Se preocupa por mí <small>ENGCARE</small>							
42	Contesta mis preguntas <small>ENGANS</small>							
43	Me dedica tiempo suficiente <small>ENGTIME</small>							
44	Me involucra en las decisiones <small>ENGDEC</small>							
45	Respeto mis decisiones <small>ENGCHOI</small>							
46	Atiende mis problemas <small>ENGDEAL</small>							
47	Está comprometido con mi cuidado <small>ENGME</small>							
48	Me es útil <small>ENGHELP</small>							
49	Me respeta <small>ENGRESP</small>							

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

		Siempre 1	Por lo regular 2	Algunas veces 3	Nunca 4	No sabe 777	N/A 888	Falta información 999
50	Apoya mis decisiones ENGSUPP							
51	Me ve cuando se lo pido ENGAVAL							
52	Me provee información ENGINEFO							

RESULTADOS NO MÉDICOS²

53. ¿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 a la pregunta 53 es “No”, codifique las preguntas 54 y 55 como N/A y pase a la pregunta 56.

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

_____ CMVST6MO No sabe 777 N/A 888 Falta información 999

55. ¿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 56 y 57.

Códigos a utilizar con las preguntas 56 y 57 (véanse las instrucciones en la próxima página)

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

² 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 56 primero; si la respuesta para el servicio es No, No sabe o N/A, pase a las pregunta 57 y codifique las pregunta 57 como N/A y siga con el próximo servicio en la lista y repita la pregunta 56. Si el cliente responde Sí a la pregunta 56, haga la pregunta 57. 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

	56. ¿Necesitó este servicio en los pasados 6 meses? (Utilice los códigos que aparecen en la página anterior)	57. ¿Pudo obtener este servicio en los pasados 6 meses? (Utilice los códigos que aparecen en la página anterior)
a. Consejería/tratamiento de salud mental	MHTXNEED	MHTXRCVD
b. Tratamiento para el uso de drogas/tratamiento de drogas	SATXNEED	SATXRCVD
c. Alojamiento	HOUSNEED	HOUSRCVD
d. Asistencia económica	FINCNEED	FINCRCVD
e. Asistencia con el empleo	EMPLNEED	EMPLRCVD
f. Transporte	TRANNEED	TRANRCVD
g. Ayuda para conseguir alimento, víveres o comidas	FOODNEED	FOODRCVD
h. Ayuda para obtener beneficios/derechos	BENFNEED	BENFRVCVD
i. Cuidado de los niños	CHLDNEED	CHLDRCVD
j. Asistencia legal	LEGLNEED	LEGLRCVD
k. Intercambio de agujas	NENEED	NERCVD
l. Intérprete/traducción	INTRNEED	INTRRCVD

PREGUNTAS OPCIONALES

	56. ¿Necesitó este servicio en los pasados 6 meses? (Utilice los códigos que aparecen en la página anterior)	57. ¿Pudo obtener este servicio en los pasados 6 meses? (Utilice los códigos que aparecen en la página anterior)
m. Ayuda con asuntos de inmigración	IMMGNEED	IMMGRCVD
n. Manejo de caso	CMNEED	CMRCVD
o. Servicios para casos de violencia doméstica	DOMVNEED	DOMVRCVD
p. Educación/información general del VIH	INFONEED	INFORCVD
q. Ayuda para tomar los medicamentos del VIH	MEDNEED	MEDRCVD
r. Información de los efectos secundarios de los medicamentos para el VIH	SEFFNEED	SEFFRCVD
s. Información de nutrición/información sobre una buena alimentación con un ingreso limitado	NUTRNEED	NUTRCVD
t. Cuidado dental	DENTNEED	DENTRCVD

SALUD MENTAL

60. Durante los pasados 6 meses, ¿ha visitado un consejero, trabajador social, psicólogo, enfermera psiquiátrica o psiquiatra para hablar de cómo se siente o sobre sus problemas? MHTX6MO

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

61. 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 siente o sobre sus problemas? MHRECOM

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

62. ¿Actualmente, está tomando medicamentos recetados para la salud mental o problemas emocionales? MHMEDNOW

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

Si la respuesta a la pregunta 62 es "Sí," codifique la pregunta 63 como "Sí" y prosiga con la pregunta 64. Si la respuesta a la pregunta 62 es "No," "No sabe" o "Falta información" haga la pregunta 63.

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

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

64. ¿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 65 como "No" y prosiga con la pregunta 66.

65. ¿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 DROGAS³

Entrevistador: Lea la pregunta en negritas y utilice los ejemplos que aparecen en letras itálicas para precisar. 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. y la c. como SÍ y pase a la próximo droga.

¿Ha usado las siguientes drogas?	a. ¿Ha usado en los últimos 30 días?	b. ¿Ha usado en los últimos 12 meses?	c. ¿Ha usado alguna vez?
<p>66. ¿Sedantes, píldoras para dormir o tranquilizantes sin una receta médica?<i>(ej. Librium, Valium, Ativan, Meprobamato, Xanax, Seconal, Halcion, Metacualona)</i></p>	<p><small>SEDAT30D</small></p> <input type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No sabe 777 <input type="checkbox"/> Falta información 999	<p><small>SEDAT12M</small></p> <input type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No sabe 777 <input type="checkbox"/> Falta información 999	<p><small>SEDATEVR</small></p> <input type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No sabe 777 <input type="checkbox"/> Falta información 999
<p>67. ¿Anfetaminas u otros estimulantes sin una receta médica?<i>(ej. Metanfetaminas, Cristales de Metanfetamina, Preludin, Dexedrine, Ritalin, Speed, Ketamina (Special K), Cat)</i></p>	<p><small>STIM30D</small></p> <input type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No sabe 777 <input type="checkbox"/> Falta información 999	<p><small>STIM12M</small></p> <input type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No sabe 777 <input type="checkbox"/> Falta información 999	<p><small>STIMEVR</small></p> <input type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No sabe 777 <input type="checkbox"/> Falta información 999
<p>68. ¿Analgésicos u otros medicamentos recetados para el dolor sin una receta médica? <i>(OBSERVACIÓN: esto no incluye el uso regular de la aspirina, Tylenol sin Codeína, etc., pero si incluye el uso de Tylenol con Codeína y otros medicamentos para el dolor recetados [Demerol, Darvon, Darvocet, Percodan, Percocet, Codeína, Morfina, Metadona, Fentanyl])</i></p>	<p><small>PAINK30D</small></p> <input type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No sabe 777 <input type="checkbox"/> Falta información 999	<p><small>PAINK12M</small></p> <input type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No sabe 777 <input type="checkbox"/> Falta información 999	<p><small>PAINKEVR</small></p> <input type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No sabe 777 <input type="checkbox"/> Falta información 999

³ Esta parte 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.

<p>69. ¿Marihuana o hashish?</p>	<p>MARI30D</p> <p><input type="checkbox"/> No 0</p> <p><input type="checkbox"/> Sí 1</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe 777</p> <p><input type="checkbox"/> Falta información 999</p>	<p>MARI2M</p> <p><input type="checkbox"/> No 0</p> <p><input type="checkbox"/> Sí 1</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe 777</p> <p><input type="checkbox"/> Falta información 999</p>	<p>MARIEVR</p> <p><input type="checkbox"/> No 0</p> <p><input type="checkbox"/> Sí 1</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe 777</p> <p><input type="checkbox"/> Falta información 999</p>
<p>¿Ha usado las siguientes drogas?</p>	<p>a. ¿Ha usado en los últimos 30 días?</p>	<p>b. ¿Ha usado en los últimos 12 meses?</p>	<p>c. ¿Ha usado alguna vez?</p>
<p>70. ¿Cocaína (nasal) o crack (piedra, gravilla) o base libre?</p>	<p>COKE30D</p> <p><input type="checkbox"/> No 0</p> <p><input type="checkbox"/> Sí 1</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe 777</p> <p><input type="checkbox"/> Falta información 999</p>	<p>COKE12M</p> <p><input type="checkbox"/> No 0</p> <p><input type="checkbox"/> Sí 1</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe 777</p> <p><input type="checkbox"/> Falta información 999</p>	<p>COKEEVR</p> <p><input type="checkbox"/> No 0</p> <p><input type="checkbox"/> Sí 1</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe 777</p> <p><input type="checkbox"/> Falta información 999</p>
<p>71. ¿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)</p>	<p>INH30D</p> <p><input type="checkbox"/> No 0</p> <p><input type="checkbox"/> Sí 1</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe 777</p> <p><input type="checkbox"/> Falta información 999</p>	<p>INH12M</p> <p><input type="checkbox"/> No 0</p> <p><input type="checkbox"/> Sí 1</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe 777</p> <p><input type="checkbox"/> Falta información 999</p>	<p>INHLEVR</p> <p><input type="checkbox"/> No 0</p> <p><input type="checkbox"/> Sí 1</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe 777</p> <p><input type="checkbox"/> Falta información 999</p>
<p>72. ¿LSD u otros alucinógenos? (ej. PCP, Polvo de ángel, Peyote, Ecstasy [MDMA], Mescalina)</p>	<p>HALLC30D</p> <p><input type="checkbox"/> No 0</p> <p><input type="checkbox"/> Sí 1</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe 777</p> <p><input type="checkbox"/> Falta información 999</p>	<p>HALLC12M</p> <p><input type="checkbox"/> No 0</p> <p><input type="checkbox"/> Sí 1</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe 777</p> <p><input type="checkbox"/> Falta información 999</p>	<p>HALLCEVR</p> <p><input type="checkbox"/> No 0</p> <p><input type="checkbox"/> Sí 1</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe 777</p> <p><input type="checkbox"/> Falta información 999</p>
<p>73. ¿Heroína (horse, smack, tar)?</p>	<p>HERO30D</p> <p><input type="checkbox"/> No 0</p> <p><input type="checkbox"/> Sí 1</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe 777</p> <p><input type="checkbox"/> Falta información 999</p>	<p>HERO12M</p> <p><input type="checkbox"/> No 0</p> <p><input type="checkbox"/> Sí 1</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe 777</p> <p><input type="checkbox"/> Falta información 999</p>	<p>HEROEVR</p> <p><input type="checkbox"/> No 0</p> <p><input type="checkbox"/> Sí 1</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe 777</p> <p><input type="checkbox"/> Falta información 999</p>

74. ¿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	ALCH12M	ALCHEVR
	<input type="checkbox"/> No 0	<input type="checkbox"/> No 0	<input type="checkbox"/> No 0
	<input type="checkbox"/> Sí 1	<input type="checkbox"/> Sí 1	<input type="checkbox"/> Sí 1
	<input type="checkbox"/> No sabe 777	<input type="checkbox"/> No sabe 777	<input type="checkbox"/> No sabe 777
	<input type="checkbox"/> Falta información 999	<input type="checkbox"/> Falta información 999	<input type="checkbox"/> Falta información 999

75. ¿Se ha inyectado drogas?

	INJC30D	INJC12M	INJCEVR
	<input type="checkbox"/> No 0	<input type="checkbox"/> No 0	<input type="checkbox"/> No 0
	<input type="checkbox"/> Sí 1	<input type="checkbox"/> Sí 1	<input type="checkbox"/> Sí 1
	<input type="checkbox"/> No sabe 777	<input type="checkbox"/> No sabe 777	<input type="checkbox"/> No sabe 777
	<input type="checkbox"/> Falta información 999	<input type="checkbox"/> Falta información 999	<input type="checkbox"/> Falta información 999

76. ¿Ha estado bajo tratamiento de drogas durante los pasados 6 meses? SATX6MO (*Entrevistador, observe que entre los TRATAMIENTOS para el abuso de drogas no se 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 77 y prosiga con la pregunta 78.

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

a.	Programa de tratamiento en una instalación residencial SARESDTX	<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.	Tratamiento ambulatorio para el uso de drogas SAOUTPTX	<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.	Desintoxicación (Incluye pacientes internados) SADETOX	<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.	Otro (especifique): <hr style="width: 20%; margin-left: 0;"/>					

78. ¿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

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

Si la respuesta es Sí, haga la pregunta 80. De lo contrario, codifique la pregunta 80 como N/A y prosiga con la pregunta 81.

80. ¿Esa experiencia presentó alguna dificultad para que usted 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 Financieras

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

81. ¿Tuvo algún problema en encontrar adónde ir a buscar cuidado? BARRWHER No 0 Sí 1 No sabe 777 Falta información 999
82. ¿Le preocupaba 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
83. ¿Tuvo problemas para sacar una cita para el cuidado médico del VIH por no tener teléfono? BARRPHNE No 0 Sí 1 No sabe 777 Falta información 999
84. ¿Tuvo problemas para que alguien contestara sus llamadas cuando quería obtener una cita para su cuidado médico? BARRMKAP No 0 Sí 1 No sabe 777 Falta información 999
85. ¿Tuvo problemas para sacar una cita en un momento en que fuera posible para usted asistir? BARRTIME No 0 Sí 1 No sabe 777 Falta información 999
86. ¿Tuvo problemas para encontrar proveedores que hablaran su idioma? BARRLANG No 0 Sí 1 No sabe 777 Falta información 999
87. ¿Tuvo algún otro problema para sacar una cita? BARRAPPT Especifique: _____

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.**

- | | | | | | |
|------------|--|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|--|
| 88. | Sentía temor de que otras personas se enteraran que usted tiene el VIH si buscaba atención médica. BARRDISC | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| 89. | Le preocupaba lo que otras personas pudieran pensar sobre su orientación sexual si buscaba atención médica. BARRWGAY | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| 90. | Le preocupaba que su familia o su pareja se molestará o se enfadará si buscaba atención médica. BARRPART | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| 91. | Sentía temor de que le quitaran sus hijos si buscaba atención médica. BARRLSCD | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| 92. | Le preocupaba que su proveedor de cuidado de la salud le hiciera preguntas que usted no quería contestar. BARRQUES | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| 93. | Le preocupaba que su proveedor de cuidado de la salud le hiciera preguntas sobre sus prácticas sexuales. BARRSEXP | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| 94. | Le preocupaba que su proveedor de cuidado de la salud le hiciera preguntas sobre el uso de drogas. BARRDRUG | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| 95. | Le preocupaba que su proveedor de cuidado de la salud le preguntara si se estaba tomando los medicamentos para el VIH. BARRMEDS | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe 777 | <input type="checkbox"/> Falta información 999 |
| 96. | ¿Tenía otras preocupaciones o temores? BARRWORN
Especifique: _____ | | | | |

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.”

- | | | | | | |
|-------------|---|-------------------------------|-------------------------------|---|--|
| 97. | Me sentí bastante bien. BARRNTSK | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe
777 | <input type="checkbox"/> Falta
información
999 |
| 98. | Creo que mi fe o mis creencias espirituales me ayudarán con el VIH. BARRRELG | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe
777 | <input type="checkbox"/> Falta
información
999 |
| 99. | Creo que el VIH no tiene cura, así que, para qué molestarme con tratamientos médicos. BARRNOCR | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe
777 | <input type="checkbox"/> Falta
información
999 |
| 100. | Creo que los efectos secundarios o colaterales de los medicamentos para el VIH son peores que la enfermedad. BARRSEFF | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe
777 | <input type="checkbox"/> Falta
información
999 |
| 101. | Prefiero utilizar tratamientos alternativos/holísticos, tales como las medicinas herbarias, la acupuntura, los curanderos tradicionales, etc. BARRALTN | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe
777 | <input type="checkbox"/> Falta
información
999 |
| 102. | No confío en que el sistema de salud me pueda ayudar a mí. BARRTRST | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe
777 | <input type="checkbox"/> Falta
información
999 |
| 103. | Creo que el VIH no existe. BARRNHIV | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe
777 | <input type="checkbox"/> Falta
información
999 |
| 104. | Creo que mis necesidades básicas (como la vivienda) son más importantes y deben atenderse primero, antes que buscar atención para el VIH.
BARRNEED | <input type="checkbox"/> No 0 | <input type="checkbox"/> Sí 1 | <input type="checkbox"/> No sabe
777 | <input type="checkbox"/> Falta
información
999 |
| 105. | Otro (especifique)
BARROTHR: _____ | | | | |

CONDUCTAS SEXUALES RIESGOSAS

106. ¿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 106 es NO, No sabe o Falta información, codifique la pregunta 107 como N/A y prosiga con la pregunta 108.

107. 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

108. 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.

109. 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

110. 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

111. 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 salud física?

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 tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades 1 2 3 4 5



112. 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



113. 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



**114. 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 durante las últimas 4 semanas...**

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼
a se ha sentido tranquilo y sosegado?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b ha tenido mucha energía?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c se ha sentido desanimado y triste?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

115. 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!