

*****Encuesta de Seguimiento del Cliente***
(meses 6, 12 y 18)**

Intervención	Intervalos en los que se administrará la encuesta de seguimiento a los clientes inscritos en esta intervención			
	3 meses postinscripción	6 meses postinscripción	12 meses postinscripción	18 meses postinscripción
Integración del tratamiento con buprenorfina en el cuidado primario del VIH		X	X	X

ID del participante:

ID del personal:

ID del centro:

Fecha del formulario:

Guión del Entrevistador: *Gracias por continuar participando en este estudio. Hoy vamos a cubrir muchos temas, incluidos su salud, necesidades y experiencia con el cuidado del VIH. Algunas de estas preguntas pueden ser sobre asuntos que usted ya ha discutido antes con otras personas en [NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN]. Le estamos preguntando nuevamente porque esta entrevista es parte de un estudio nacional que incluye personas de diferentes partes del país que viven con VIH. No se compartirán los datos recopilados en esta encuesta con ningún proveedor de servicios.*

Todas las preguntas que le haré en esta entrevista son confidenciales. Queremos que se sienta cómodo(a) y que sea lo más honesto(a) y franco(a) posible. Ninguna de sus respuestas se podrá relacionar con su nombre, así que sea franco(a). Esperamos que este estudio nos ayude a mejorar el cuidado de personas que viven con VIH.

Si alguna pregunta le causa incomodidad o provoca sentimientos o recuerdos sobre los cuales quisiera hablar, podemos referirlo(a) a alguien con quien hablar. Además, si hay alguna pregunta que no se siente cómodo(a) contestando, no tiene que hacerlo.

La entrevista tomará menos de 1 hora. Si en algún momento desea tomar un receso, déjeme saber. Después de cada pregunta, le leeré unas opciones de respuestas para escoger. Según voy haciéndole las preguntas, déjeme saber si hay algo que no tiene claro. ¿Está listo(a) para comenzar?

(Nota para el entrevistador: NO LEA la opción de respuesta "Rehusó" al participante. Solo marque esta respuesta si la persona decide saltar una pregunta.)

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y CARACTERÍSTICAS DE TRASFONDO

1. Incluyéndose usted, ¿cuántas personas viven en su casa? [Una respuesta solamente]

- Una
- Dos
- Tres
- Cuatro
- Cinco o más
- Falta de vivienda o viviendo en albergue
- Rehusó

2. ¿Cuántos niños menores de 18 años viven en su casa? [Una respuesta solamente]

- Ninguno
- Uno
- Dos
- Tres
- Cuatro
- Cinco o más
- Rehusó

3. Durante los últimos 6 meses, ¿cuántas veces se quedó sin dinero para cubrir las necesidades básicas como vivienda o alimentos? [Una respuesta solamente]

- Nunca
- Todos los días
- Todas las semanas
- Todos los meses
- Otro (especifique): _____
- Rehusó

4. ¿Cuántas veces ha sido encarcelado(a) en una instalación correccional (cárcel o prisión) en los últimos 6 meses, aunque fuera solamente por una noche? _____ # veces

5. ¿Qué tipo(s) de seguro médico tiene? [Marque todas las que apliquen]

- Medicaid
- Medicare
- Un plan médico a través del Mercado de Seguros Médicos
- Seguro privado a través de mi patrono o del patrono de un miembro de mi familia
- Otro seguro médico privado
- Tricare
- Administración de Veteranos
- Otro (especifique): _____
- No sabe
- Rehusó
- Ninguno

SECCIÓN II: VIVIENDA

6. ¿Dónde vive ahora? *[Una respuesta solamente]*

- Mi propia casa/apartamento (propio o rentado)
- Casa/apartamento de otra persona (propiedad de otra persona o que otra persona renta)
- Vivienda residencial o de transición
- Programa de tratamiento
- Albergue
- En la calle/auto/parque/playa
- Cárcel
- Otro (especifique): _____
- Rehusó

7. En los últimos 6 meses, ¿hubo algún momento en el que no tuvo un lugar dónde quedarse, aunque fuera solamente por una noche? *(Entrevistador: Después de leer “en los últimos 3/6 meses”, incluya un tiempo de referencia como “desde la primavera pasada...”.)*

- Sí
- No
- Rehusó

SECCIÓN III: CUMPLIMIENTO CON EL TRATAMIENTO DE VIH

8. ¿Toma medicamentos para el VIH en la actualidad? *[Muestre la carta de medicamentos para el VIH]*

- Sí
- No
- No sabe
- Rehusó

SECCIÓN IV: MANEJO DE CASOS Y NECESIDADES CONFLICTIVAS DE SERVICIO

9. ¿Tiene usted un manejador de casos del VIH? Por manejador de casos, me refiero a la persona que lo ayuda a obtener cuidado médico y/o servicios sociales en esta clínica. *(Entrevistador: el manejador de casos no es un intervencionista del proyecto).*

- Sí
- No
- No sabe
- Rehusó

Guión del Entrevistador: Ahora voy a preguntarle sobre los servicios que puede que haya necesitado en los últimos 6 meses. Primero le preguntaré si necesitó el servicio y luego si obtuvo ese servicio.

[Instrucciones para el entrevistador: para cada servicio (a, b, c...a continuación), haga la pregunta #10 primero y marque una respuesta solamente].

	10. ¿Necesitó este servicio en algún momento en los últimos 6 meses?			11. ¿Pudo obtener este servicio en los últimos 6 meses?		
	Sí	No	Rehusó	Sí	No	Rehusó
a) Ayuda con la vivienda (p. ej., permanente, temporal, albergue de emergencia, instalaciones de tratamiento residencial)						
b) Ayuda para transporte						
c) Ayuda para solicitar beneficios (Seguridad de Ingreso Suplementario, Seguro Social por Discapacidad (SSI/SSD, por sus siglas en inglés respectivamente), seguro, etc.)						
d) Ayuda para obtener tratamiento para el abuso de sustancias y/o tratamiento/consejería de salud mental						
e) Asistencia con los medicamentos (pagar por los medicamentos, ayuda para obtener una receta)						
f) Asistencia para obtener cuidado médico						
g) ¿Necesitó cualquier otro tipo de ayuda con los servicios en los últimos 6 meses? Por favor, especifique _____						

SECCIÓN V: USO DE SUSTANCIAS

12. En los últimos 6 meses, ¿cuán a menudo usó productos de tabaco?

- A diario o casi a diario
- Todas las semanas
- Todos los meses
- Menos de 1 vez al mes
- Nunca -> Pasar a P13
- Rehusó*

a. En los últimos 3 meses, ¿fumó un cigarrillo que contenía tabaco?

- Sí
- No
- Rehusó*

b. En los últimos 3 meses, ¿por lo general fumó más de 10 cigarrillos al día

- Sí
- No
- Rehusó*

c. En los últimos 3 meses, ¿por lo general fumó en el transcurso de 30 minutos después de levantarse?

- Sí
- No
- Rehusó*

13. En los últimos 6 meses, ¿cuán a menudo ingirió 5 bebidas o más (hombres)/4 o más (mujeres) que contenían alcohol en un día?

- A diario o casi a diario
- Todas las semanas
- Todos los meses
- Menos de 1 vez al mes
- Nunca -> Pasar a P14
- Rehusó*

a. En los últimos 3 meses, ¿ingirió una bebida que contenía alcohol?

- Sí
- No
- Rehusó*

b. En los últimos 3 meses, ¿ingirió 5 bebidas o más que contenían alcohol en un día?

- Sí
- No
- Rehusó*

c. En los últimos 3 meses, ¿intentó, pero no pudo controlar, reducir o dejar de beber?

- Sí
- No
- Rehusó*

d. En los últimos 3 meses, ¿alguien ha expresado preocupación sobre su consumo de alcohol?

- Sí
- No
- Rehusó*

14. En los últimos 6 meses, ¿cuán a menudo usó drogas, incluidas marihuana, cocaína o crack, heroína, metanfetamina (*crystal meth*), alucinógenos, éxtasis/MDMA?

- A diario o casi a diario
- Todas las semanas
- Todos los meses
- Menos de 1 vez al mes
- Nunca -> Pasar a P15
- Rehusó*

a. En los últimos 3 meses, ¿usó marihuana (hachís, pasto)?

- Sí
- No
- Rehusó*

b. En los últimos 3 meses, ¿tuvo un deseo intenso o urgente de usar marihuana, por lo menos, una vez a la semana o más?

- Sí
- No
- Rehusó*

c. En los últimos 3 meses, ¿alguien ha expresado preocupación sobre su uso de marihuana?

- Sí
- No
- Rehusó*

d. En los últimos 3 meses, ¿usó cocaína, crack o metanfetamina (*crystal meth*)?

- Sí
- No
- Rehusó*

e. En los últimos 3 meses, ¿usó cocaína, crack o metanfetamina (*crystal meth*), por lo menos, una vez o más a la semana?

- Sí
- No
- Rehusó*

f. En los últimos 3 meses, ¿alguien ha expresado preocupación por su uso de cocaína, crack o metanfetamina (*crystal meth*)?

- Sí
- No
- Rehusó*

g. En los últimos 3 meses, ¿usó heroína?

- Sí
- No
- Rehusó*

h. En los últimos 3 meses, ¿intentó, pero no pudo controlar, reducir o dejar de usar heroína?

- Sí
- No
- Rehusó*

i. En los últimos 3 meses, ¿alguien ha expresado preocupación sobre su uso de heroína?

- Sí
- No
- Rehusó*

15. En los últimos 6 meses, ¿cuán a menudo usó un medicamento con receta solo por la forma en lo que lo(a) hace sentir, en una cantidad mayor que la recetada o que no fue recetado para usted?

- A diario o casi a diario
- Todas las semanas
- Todos los meses
- Menos de 1 vez al mes
- Nunca -> Pasar a P16
- Rehusó*

a. En los últimos 3 meses, ¿ha usado un analgésico opiáceo con receta (por ejemplo, Percocet, Vicodin), no según recetado o que no fue recetado para usted?

- Sí
- No
- Rehusó*

- b. En los últimos 3 meses, ¿intentó, pero no pudo controlar, reducir o dejar de usar un analgésico opiáceo?**
- Sí
 - No
 - Rehusó*
- c. En los últimos 3 meses, ¿alguien ha expresado preocupación sobre su uso de un analgésico opiáceo?**
- Sí
 - No
 - Rehusó*
- d. En los últimos 3 meses, ¿ha usado algún medicamento para la ansiedad o para dormir (por ejemplo, Xanax, Ativan o Klonopin), no según recetado o que no fue recetado para usted?**
- Sí
 - No
 - Rehusó*
- e. En los últimos 3 meses, ¿tuvo un deseo intenso o urgente de usar medicamentos para la ansiedad o para dormir, por lo menos, una vez o más a la semana?**
- Sí
 - No
 - Rehusó*
- f. En los últimos 3 meses, ¿alguien ha expresado preocupación sobre su uso de medicamentos para la ansiedad o para dormir?**
- Sí
 - No
 - Rehusó*
- g. En los últimos 3 meses, ¿usó algún medicamento para el déficit de atención e hiperactividad (ADHD) (por ejemplo, Adderall, Ritalin) no según recetado o que no fue recetado para usted?**
- Sí
 - No
 - Rehusó*
- h. En los últimos 3 meses, ¿usó un medicamento para el déficit de atención e hiperactividad (ADHD) (por ejemplo, Adderall, Ritalin), por lo menos, una vez o más a la semana?**
- Sí
 - No
 - Rehusó*

- i. En los últimos 3 meses, ¿alguien ha expresado preocupación sobre su uso de medicamento para el déficit de atención e hiperactividad (ADHD) (por ejemplo, Adderall, Ritalin)?
- Sí
 - No
 - Rehusó*
- j. En los últimos 3 meses, ¿usó cualquier otra droga ilegal o recreativa (por ejemplo, éxtasis, molly, GHB, *poppers*, LSD, hongos, *special K*, sales de baño, marihuana sintética ("*spice*"), óxido nitroso (*whip its*), etc.)?
- Sí
 - No
 - Rehusó*
- k. En los últimos 3 meses, ¿qué otras drogas usó? (entre la respuesta)

16. Una sobredosis de (opiáceos/heroína) es cuando la persona se pone azul, respira poco o nada, o se desmaya y no puede despertar sin ayuda, después de usar opiáceos. ¿Ha sufrido una sobredosis de opiáceos en los últimos 6 meses?

- Sí
- No
- Rehusó*

17. En los últimos 6 meses, ¿ha recibido o tenido Narcan a la mano para usarlo si fuera necesario?

- Sí
- No
- Rehusó*

SECCIÓN VI: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD¹

18. En general, ¿cómo clasificaría su salud en las últimas 4 semanas?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala
- Rehusó*

¹ SF-8™ Health Survey © 1999, 2001 by QualityMetric Incorporated. All Rights Reserved.

19. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos problemas físicos de salud limitaron sus actividades físicas usuales (como caminar o subir escaleras)?

- Nada
- Muy poco
- Un poco
- Bastante
- No pudo realizar actividades físicas
- Rehusó*

20. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánta dificultad tuvo para realizar sus labores diarias, tanto en el hogar como fuera del hogar, debido a su salud física?

- Ninguna
- Un poco
- Alguna
- Bastante
- No pudo realizar las labores diarias
- Rehusó*

21. ¿Cuánto dolor físico ha tenido durante las últimas 4 semanas?

- Ninguno
- Muy leve
- Leve
- Moderado
- Severo
- Muy severo
- Rehusó*

22. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánta energía tuvo?

- Mucha
- Bastante
- Alguna
- Un poco
- Ninguna
- Rehusó*

23. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto limitaron sus problemas de salud física o emocional sus actividades sociales usuales con la familia o los amigos?

- Nada
- Muy poco
- Un poco
- Bastante
- No pudo realizar actividades sociales
- Rehusó*

24. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánta molestia le han causado los problemas emocionales (como ansiedad, depresión o irritabilidad)?

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Extremadamente
- Rehusó*

25. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto impidieron sus problemas personales o emocionales poder realizar sus labores en el trabajo, la escuela u otras actividades cotidianas?

- Nada
- Muy poco
- Un poco
- Bastante
- No pudo realizar las actividades cotidianas
- Rehusó*

SECCIÓN VII: COMENTARIOS DEL PACIENTE

Guión del Entrevistador: Por favor, clasifique su experiencia con la clínica/proveedor de cuidado de la salud con que interactuó con mayor frecuencia en los últimos 6 meses.

26. En esta clínica, ¿quién fue la persona con la cual interactuó con mayor frecuencia en los últimos 6 meses? _____ (nombre del intervencionista)

Cuán competente fue la persona en:	Deficiente	Regular	Buena	Muy buena	Excelente	N/A
27. Hacer que se sintiera cómodo(a) (presentarse, explicar su puesto, ser amigable y afable hacia usted, tratarlo(a) con respeto, no ser fría y ruda)						
28. Dejarle contar su "historia" (darle tiempo para describir por completo su condición en sus propias palabras, sin interrumpir, apurarlo(a) o desviar la conversación)						
29. Escuchar realmente (prestar mucha atención a lo que usted está diciendo, no mirar las notas ni la computadora/ordenador mientras usted está hablando)						
30. Mostrar interés en usted como persona (preguntar/conocer detalles importantes sobre su vida y situación, no tratarlo(a) "solo como un número")						

	Deficiente	Regular	Buena	Muy buena	Excelente	N/A
31. Entender por completo sus preocupaciones (comunicarle que ha entendido con precisión sus preocupaciones, no pasar por alto ni rechazar nada)						
32. Mostrar interés y compasión (mostrar una preocupación real, conectarse con usted a nivel humano, no mostrarse indiferente ni "distante")						
33. Mostrar optimismo (tener un enfoque y una actitud positiva, ser honesto(a) pero no tener una actitud negativa hacia sus problemas)						
34. Explicarle las cosas con claridad (contestar todas sus preguntas, explicar todo con claridad, brindarle la información de forma adecuada y precisa)						
35. Ayudarle a tomar control (explorar con usted lo que puede hacer para mejorar, motivarlo(a) en lugar de "sermonear")						
36. Desarrollar un plan de acción con usted (discutir las opciones, incluirlo(a) en las decisiones hasta el punto que usted desee, no pasar por alto su opinión)						

37. Cuando pienso en mi cuidado en la clínica, estas palabras me vienen a la mente (marque todas las que apliquen): *Entrevistador: lea las palabras que siguen y marque todas aquellas con las que el participante está de acuerdo. Luego pregunte al participante si hay alguna palabra adicional que le gustaría añadir.*

Excelente	Apresurado
Adecuado	Impersonal
Terrible	Frío
Aceptable	Cariñoso
Deficiente	Digno
Demasiado ocupados	Respetuoso
Personal	Humillante
Compasivo	Intimidante
Amistoso	Comprensivo
Seguro	Otro (incluya)
N/A	Otros 2 (incluya)

38. En los últimos 6 meses, ¿lo(a) trataron con cortesía y respeto en esta clínica?

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Por lo general
- Siempre

(Si la respuesta es “nunca” o “rara vez”, pase a la pregunta 40. Si la respuesta es “a veces”, “por lo general” o “siempre”, pase a la 41)

39. Si respondió “nunca” o “rara vez”, por favor, ayúdenos a entender por qué y marque cualquiera de las razones por las cuales piensa que no lo(a) trataron con respeto y cortesía.

	Sí	No	N/A
Mi raza			
Mi edad			
Mi género/sexo			
Mi orientación sexual			
Mi uso de drogas			
Mi situación de inmigración			
Mi dificultad para hablar inglés			
Otro:			

Para cada una de las siguientes aseveraciones, por favor, clasifique hasta que nivel está de acuerdo o en desacuerdo con sus experiencias en esta clínica:

	De acuerdo completamente	Un poco de acuerdo	No estoy seguro(a)	Un poco en desacuerdo	En desacuerdo completamente	N/A
40. Las citas para el cuidado del VIH se amoldan a su horario						
41. El tiempo de espera en la clínica no es demasiado largo						
42. Tiene el tiempo suficiente para hablar con su médico del VIH						
43. Tiene el tiempo suficiente para hablar con su enfermero(a)						
44. Tiene el tiempo suficiente para hablar con otro personal de la clínica						

	De acuerdo completamente	Un poco de acuerdo	No estoy seguro(a)	Un poco en desacuerdo	En desacuerdo completamente	N/A
45. La calidad del cuidado del VIH es buena						
46. Los servicios de apoyo que se ofrecen satisfacen sus necesidades						
47. La clínica lo(a) está ayudando con sus necesidades de salud mental						
48. La clínica lo(a) está ayudando con sus problemas de uso de sustancias						

49. Recomendaría esta clínica a otros pacientes VIH positivos con necesidades similares:

- Sí
 Quizás/no estoy seguro(a)
 No

SECCIÓN VIII: Uso actual de drogas

En los últimos 6 meses, ¿cómo lo siguiente ha reducido o detenido su uso de drogas?

	Nada	Muy poco	Un poco	Bastante	Por completo	N/A	<i>Rehusó</i>
50. Usar buprenorfina							
51. Visitas con el enfermero(a)							
52. Visitas con el médico							
53. Visitas con el coordinador							
54. Visitas con el consejero de abuso de sustancias							
55. Consejería grupal y/o grupos de apoyo							
56. Servicios de apoyo ofrecidos o provistos							

57. Considera que su dosis de buprenorfina es:

- Muy alta
- Adecuada
- Muy baja
- No uso buprenorfina en estos momentos
- Rehusó*

58. ¿Qué opina sobre el número de dosis que recibe para llevar al hogar?

- No recibo dosis para llevar al hogar
- Muy poco
- Adecuado
- Muy alto
- No uso buprenorfina en estos momentos
- Rehusó*

SECCIÓN IX:

59. ¿Qué más le gustaría compartir con nosotros sobre usted o su experiencia viviendo con el VIH en estos últimos meses? Opcion de respuesta abierta. *[Entrevistador: por favor registre la respuesta literalmente.]*