

*****Encuesta de Seguimiento del Cliente*****

Navegación Mejorada de Pacientes

Intervención	Intervalos de tiempo 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
Navegación Mejorada de Pacientes		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 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 #18 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?		
	Si	No	Rehusó	Si	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
- Rehusó*

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

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

14. En los últimos 6 meses, ¿cuán a menudo usó cannabis (marihuana, hierba, pasto, hachís, etc.)?

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

15. En los últimos 6 meses, ¿cuán a menudo usó cocaína (coca, crack, etc.)?

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

16. En los últimos 6 meses, ¿cuán a menudo usó estimulantes tipo anfetamina (anfetaminas (*speed*), metanfetaminas, píldoras para adelgazar, éxtasis, etc.)?

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

17. En los últimos 6 meses, ¿cuán a menudo usó inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, disolvente de pintura, etc.)?

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

18. En los últimos 6 meses, ¿cuán a menudo usó sedantes o píldoras para dormir (Valium, Serapax, Rohypnol, etc.)?

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

19. En los últimos 6 meses, ¿cuán a menudo usó alucinógenos (LSD, ácido, hongos, fenciclidina (PCP), Special K, etc.)?

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

20. En los últimos 6 meses, ¿cuán a menudo usó opiáceos (heroína, morfina, metadona, codeína, Lortab, Percocet, Oxycontin, etc.)?

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

21. 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
- Rehusó*

22. En los últimos 6 meses, ¿ha participado en algún tratamiento para el uso de sustancias?

- Sí
- No
- Rehusó*

22a. Si responde “sí”, ¿cuáles tratamientos? [Marque todas las que apliquen]

- Desintoxicación
- Tratamiento para pacientes internados (hospital)
- Tratamiento residencial
- Tratamiento ambulatorio
- Consejería
- Programa de 12 pasos u otro grupo de apoyo mutuo
- Otro tratamiento para la adicción a opiáceos (metadona, buprenorfina, naltrexona)
- Otro (especifique): _____
- Rehusó*

SECCIÓN VI: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD¹

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

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

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

24. 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*

25. 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*

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

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

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

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

28. 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*

29. 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*

30. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto impidieron sus problemas personales o emocionales el 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.

31. 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
32. 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)						
33. Dejarle contar su “historia” (darle tiempo para describir por completo su condición en sus propias palabras, sin interrumpir, apurarlo(a) o desviar la conversación)						
34. Escuchar realmente (prestar mucha atención a lo que usted está diciendo, no mirar las notas ni la computadora/ordenador mientras usted está hablando)						
35. 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
36. Entender por completo sus preocupaciones (comunicarle que ha entendido con precisión sus preocupaciones, no pasar por alto ni rechazar nada)						
37. Mostrar interés y compasión (mostrar una preocupación real, conectarse con usted a nivel humano, no mostrarse indiferente ni “distante”)						
38. Ser optimista (tener un enfoque y una actitud positiva, ser honesto(a) pero no tener una actitud negativa hacia sus problemas)						
39. Explicarle las cosas con claridad (contestar todas sus preguntas, explicar todo con claridad, brindarle la información de forma adecuada y precisa)						
40. Ayudarle a tomar control (explorar con usted lo que puede hacer para mejorar, motivarlo(a) en lugar de “sermonear”)						
41. 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)						

42. 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)

43. 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 44. Si la respuesta es “a veces”, “por lo general” o “siempre”, pase a la 45)

44. Si respondió “nunca” o “rara vez”, por favor, ayúdenos a entender por qué marcando 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	Algo de acuerdo	No estoy seguro(a)	Un poco en desacuerdo	En desacuerdo completamente	N/A
45. Las citas para el cuidado del VIH se amoldan a su horario						
46. El tiempo de espera en la clínica no es demasiado largo						
47. Tiene el tiempo suficiente para hablar con su médico del VIH						
48. Tiene el tiempo suficiente para hablar con su enfermero(a)						
49. Tiene el tiempo suficiente para hablar con otro personal de la clínica						
50. La calidad del cuidado del VIH es buena						

	De acuerdo completamente	Algo de acuerdo	No estoy seguro(a)	Un poco en desacuerdo	En desacuerdo completamente	N/A
51. Los servicios de apoyo que se ofrecen satisfacen sus necesidades						
52. La clínica lo(a) está ayudando con sus necesidades de salud mental						
53. La clínica lo(a) está ayudando con los problemas de uso de sustancias						

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

- Sí
- Quizás/no estoy seguro(a)
- No

55. ¿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.]