

# ADHERENCE/QUALITY OF LIFE/PSYCHOSOCIAL INTERVIEW

NIAID AIDS CLINICAL TRIALS GROUP

|                 |                      |                      |                      |                  |                      |                      |                      |                      |
|-----------------|----------------------|----------------------|----------------------|------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Patient Number  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Date of Patient  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|                 |                      |                      |                      | Visit/Contact    | mmm                  | dd                   | yyyy                 |                      |
| Protocol Number | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Institution Code | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Form Week       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | *Seq No.         | <input type="text"/> | **Step No.           | <input type="text"/> | Key Operator Code    |
|                 |                      |                      |                      |                  |                      |                      |                      | <input type="text"/> |

\* Enter a "1" if this is the first of this form for this date. Designate subsequent forms on same date with a 2, 3, etc.  
 \*\*Enter the subject's current study step number. Enter '1' if the study does not have multiple steps.

## FOR OFFICE USE ONLY - TEAR OFF SHEET

1. Was the questionnaire conducted as a face-to-face interview? ..... (1-Yes, 2-No)   
**If Yes**, go to question 2.  
**If No**, continue.

a. Indicate the reason why :.....   
**If 1, 2 or 3**, STOP.  
**If 4**, go to question 2.  
**If 9**, complete 'a1' and STOP.

- 1-Study participant refused
- 2-Study participant missed clinic visit
- 3-There was not enough time
- 4-Self-administered by the study participant
- 9-Other reason, specify

a1. **If 9-Other reason**, specify [30]: \_\_\_\_\_

2. Indicate the language used to conduct the interview or self-administer the form [30]: \_\_\_\_\_



**ADHERENCE/QUALITY OF LIFE/PSYCHOSOCIAL INTERVIEW**

Page 2 of 10

|                 |                      |                      |                      |                      |                      |                                  |                      |                      |                      |                      |                      |
|-----------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Patient Number  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Date of Patient<br>Visit/Contact | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|                 |                      |                      |                      |                      |                      |                                  | mmm                  | dd                   | yyyy                 |                      |                      |
| Protocol Number | <b>A</b>             | <b>0</b>             | <b>0</b>             | <b>0</b>             | <b>0</b>             |                                  |                      |                      |                      | Institution Code     | <input type="text"/> |
| Form Week       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      | * Seq. No.                       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | ** Step No.          | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|                 |                      |                      |                      |                      |                      |                                  |                      |                      |                      | Key Operator Code    | <input type="text"/> |

\* Enter a "1" if this is the first of this form for this date. Designate subsequent forms on the same date with a 2, 3, etc.

\*\*Enter the subject's current study step number. Enter '1' if the study does not have multiple steps.

**INSTRUCCIONES PARA LOS EMPLEADOS DEL LUGAR:**

- Por favor marque una casilla en cada pregunta que tenga casillas para marcar.
- En la pregunta 2, escriba el nombre o la abreviatura de cada medicamento de la lista que se da más adelante, que el participante en el estudio esté tomando. Para cada medicamento, escriba el número de dosis recetadas que el participante en el estudio se supone debe estar tomando cada día. En las otras columnas, escriba el número de dosis dejadas de tomar en cada período listado.

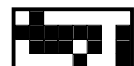
1. ¿Usted está tomando en la actualidad algún medicamento anti-VIH?  Sí  No

1 2

**For Protocol A0000: Are you currently taking any anti-HIV medications and/or TB medications?**

**Si la respuesta es No**, pase a la pregunta 7.  
**Si la respuesta es Sí**, continúe.

En la sección que sigue del cuestionario se hacen preguntas acerca de los medicamentos del estudio que usted pudo haber dejado de tomar durante los **últimos tres días** y durante las **últimas dos semanas**. Usando las abreviaturas provistas de los medicamentos, por favor complete la tabla de la página que sigue usando un renglón para cada medicamento del estudio que usted esté tomando.



## ADHERENCE/QUALITY OF LIFE/PSYCHOSOCIAL INTERVIEW

Pt.No.       \* Seq. No.   \*\* Step No.   Date        
 mmm dd yyyy

2. ¿Cuántas dosis dejó de tomar usted ...?

Si usted no dejó de tomar ninguna dosis, escriba cero (0) en la casilla. Tenga en cuenta que la tabla le pide información de DOSIS, no de PÍLDORAS (TABLETAS).

Si usted tomó sólo una porción de una dosis en uno o más de estos días, por favor informe que dejó de tomar la dosis o las dosis.

| Abreviatura/<br>Nombre de sus<br>medicamentos<br>[30] | Número de<br>dosis<br>recetadas<br>por día | Número de<br>dosis<br>recetadas<br>dejadas de<br>tomar ayer | Número de dosis<br>recetadas dejadas<br>de tomar <i>antier</i><br>(hace 2 días) | Número de<br>dosis<br>recetadas<br>dejadas de<br>tomar<br>(hace 3 días) | Número de<br>dosis recetadas<br>dejadas de<br>tomar<br>(últimas 2<br>semanas) |
|---|--|---|---|---|---|
|   | <input type="text"/> dosis                 | <input type="text"/> dosis                                  | <input type="text"/> dosis  | <input type="text"/> dosis  | <input type="text"/> <input type="text"/> dosis                               |
|   | <input type="text"/> dosis                 | <input type="text"/> dosis                                  | <input type="text"/> dosis  | <input type="text"/> dosis  | <input type="text"/> <input type="text"/> dosis                               |
|   | <input type="text"/> dosis                 | <input type="text"/> dosis                                  | <input type="text"/> dosis  | <input type="text"/> dosis  | <input type="text"/> <input type="text"/> dosis                               |
|   | <input type="text"/> dosis                 | <input type="text"/> dosis                                  | <input type="text"/> dosis  | <input type="text"/> dosis  | <input type="text"/> <input type="text"/> dosis                               |
|   | <input type="text"/> dosis                 | <input type="text"/> dosis                                  | <input type="text"/> dosis  | <input type="text"/> dosis  | <input type="text"/> <input type="text"/> dosis                               |
|   | <input type="text"/> dosis                 | <input type="text"/> dosis                                  | <input type="text"/> dosis  | <input type="text"/> dosis  | <input type="text"/> <input type="text"/> dosis                               |
|   | <input type="text"/> dosis                 | <input type="text"/> dosis                                  | <input type="text"/> dosis  | <input type="text"/> dosis  | <input type="text"/> <input type="text"/> dosis                               |

*Medicamentos Anti-VIH for Protocol A0000:*

|  |
|--|
|  |
|--|



ADHERENCE/QUALITY OF LIFE/PSYCHOSOCIAL INTERVIEW

Pt.No.      \* Seq. No.   \*\* Step No.   Date        
 mmm dd yyyy

3. ¿Cuándo fue la última vez que usted dejó de tomar alguno de sus medicamentos?

- Durante la última semana 5
- Hace de 1 a 2 semanas 4
- Hace de 2 a 4 semanas 3
- Hace de 1 a 3 meses 2
- Hace más de 3 meses 1
- Nunca dejó de tomar los medicamentos o no pertinente 0

Las preguntas que siguen se refieren a los medicamentos de la página 2.

4. Durante los últimos 4 días, ¿cuántos días ha dejado usted de tomar **todas sus dosis**?

- Ninguno 0
- Un día 1
- Dos días 2
- Tres días 3
- Cuatro días 4

5. Algunas personas encuentran que olvidan tomarse sus píldoras los días del fin de semana.

¿Usted dejó de tomarse alguno de los medicamentos del estudio el último sábado o domingo?

- Sí 1  No 2

Las personas pueden dejar de tomar sus medicamentos por distintas razones. Esta es una lista de razones posibles por las cuales usted pudo haber dejado de tomar cualquier medicamento durante el último mes.

6. Si usted **NO** ha tomado **ningún** medicamento durante el último mes, por favor marque esta casilla:

Durante el último mes, ¿con qué frecuencia usted ha dejado de tomar sus medicamentos debido a:  
**Por favor marque una casilla en cada pregunta.**

|  | Nunca                         | Raramente                     | Algunas veces                 | Con frecuencia                |                          |
|--|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| a. que ha querido evitar los efectos secundarios?  | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/> |
| b. que no ha podido seguir las instrucciones de la dieta alimenticia?                                      | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/> |
| c. que ha compartido ART con otros miembros de la familia y amigos?  | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/> |
| d. creencias religiosas?   | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/> |
| e. que no ha entendido completamente el régimen y sus requisitos?  | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/> |
| f. viajes fuera de su hogar?   | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/> |
| g. problemas de transporte para llegar a la clínica?   | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/> |
| h. pérdida de las píldoras?  | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/> |
| i. que ha tenido muchas píldoras?  | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/> |
| j. que ha tenido una mala experiencia y usted ha pensado que está relacionada con la toma de las píldoras? | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/> |



**ADHERENCE/QUALITY OF LIFE/PSYCHOSOCIAL INTERVIEW**

Pt.No.       \* Seq. No.   \*\* Step No.   Date        
 mmm dd yyyy

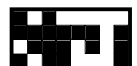
6. Continued...

**Por favor marque una casilla en cada pregunta.**

|   | Nunca                         | Raramente                     | Algunas veces                 | Con frecuencia                |                          |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| k. que se le olvidó?  | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/> |
| l. se le acabaron las píldoras?   | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/> |
| m. que ha estado ocupado haciendo otras cosas (por ejemplo, trabajando, tratando de sobrevivir, obteniendo comida)?       | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/> |
| n. que se ha sentido cansado de tomar tantas píldoras?  | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/> |
| o. que se han presentado otras enfermedades o problemas de salud?   | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/> |
| p. estigmatización (lo que otros pueden decir o descubrir respecto de su enfermedad) por personas de fuera de la familia? | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/> |
| q. el miedo de la estigmatización dentro del hogar (por ejemplo, no querer que el esposo o la esposa sepa)?               | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/> |
| r. que las píldoras se dañaron por el calor o porque se mojaron?  | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/> |
| s. que estaba muy enfermo para ir a la clínica a recoger los medicamentos?  | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/> |
| t. que le robaron las píldoras (por ejemplo, mientras viajaba en un taxi, un autobús o un tren)?                          | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/> |
| u. que tenía que levantarse muy temprano para ir al trabajo y no tenía tiempo para comer?                                 | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/> |
| v. que pensaba que los medicamentos no eran efectivos?  | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/> |
| w. que le molestaban sus sueños?  | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/> |
| x. otra razón?  | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/> |

Especifique [30]: \_\_\_\_\_

|   |                                |                            |                          |
|---|--------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 7. Durante las <b>últimas 4 semanas</b> , ¿su salud no le ha permitido trabajar en un empleo, hacer trabajos alrededor de la casa o ir a estudiar?              | Sí, por todo el tiempo .....   | 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | Sí, por parte del tiempo ..... | 2 <input type="checkbox"/> |                          |
|   | No .....                       | 3 <input type="checkbox"/> |                          |
| 8. Durante las <b>últimas 4 semanas</b> , ¿qué tanto dolor ha tenido usted (por ejemplo, dolor de cabeza, dolor muscular, dolor de espalda, dolor de estómago)? | Ninguno.....                   | 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | Muy leve.....                  | 2 <input type="checkbox"/> |                          |
|   | Leve.....                      | 3 <input type="checkbox"/> |                          |
|   | Moderado.....                  | 4 <input type="checkbox"/> |                          |
|   | Serio.....                     | 5 <input type="checkbox"/> |                          |
|   | Muy serio.....                 | 6 <input type="checkbox"/> |                          |



ADHERENCE/QUALITY OF LIFE/PSYCHOSOCIAL INTERVIEW

Pt.No.       \* Seq. No.   \*\* Step No.   Date        
 mmm dd yyyy

9. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿qué tanto su salud física o problemas emocionales han afectado sus actividades sociales normales (por ejemplo, tener actividad social con amigos o familiares)?

|                    |   |                          |                          |
|--------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Nada.....          | 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Un poquito.....    | 2 | <input type="checkbox"/> |                          |
| Moderadamente..... | 3 | <input type="checkbox"/> |                          |
| Bastante.....      | 4 | <input type="checkbox"/> |                          |
| Excesivamente..... | 5 | <input type="checkbox"/> |                          |

10. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿usted no ha podido hacer ciertos tipos o cantidad de trabajo, quehaceres domésticos o tareas escolares debido a su estado de salud?

|                               |   |                          |                          |
|-------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Sí, por todo el tiempo.....   | 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sí, por parte del tiempo..... | 2 | <input type="checkbox"/> |                          |
| No .....                      | 3 | <input type="checkbox"/> |                          |

11. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿qué tanto interfirió el dolor en su trabajo normal (incluyendo los quehaceres domésticos)?

|                    |   |                          |                          |
|--------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Nada.....          | 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Un poquito.....    | 2 | <input type="checkbox"/> |                          |
| Moderadamente..... | 3 | <input type="checkbox"/> |                          |
| Bastante.....      | 4 | <input type="checkbox"/> |                          |
| Excesivamente..... | 5 | <input type="checkbox"/> |                          |

12. Si es el caso, ¿qué tanto lo limita su salud en las siguientes actividades?

|   | SÍ, me limita<br>muchísimo    | SÍ, me limita<br>un poquito   | NO, no me<br>limita           |                          |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| a. La clase o cantidad de actividades fuertes que usted puede realizar, como levantar objetos pesados o correr. | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/> |
| b. Los tipos o cantidades de actividades moderadas que usted puede hacer, como ir al supermercado.              | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/> |
| c. Caminar en subida a subir varios pisos de escaleras.   | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/> |
| d. Comer, vestirse, bañarse o hacer uso del inodoro.  | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/> |



**ADHERENCE/QUALITY OF LIFE/PSYCHOSOCIAL INTERVIEW**

Pt.No.  \* Seq. No.  \*\* Step No.  Date   
mmm dd yyyy

13. En general, usted diría que su salud es:

*(marque una casilla)*

- Excelente..... 1
- Muy buena..... 2
- Buena..... 3
- Regular..... 4
- Mala..... 5

14. ¿Por cuánto tiempo durante las **últimas 4 semanas...**

|  | <b>Todo el tiempo</b>         | <b>La mayor parte del tiempo</b> | <b>Buena parte del tiempo</b> | <b>Un poco de tiempo</b>      | <b>Un poquito de tiempo</b>   | <b>Nunca</b>                  |                          |
|--|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| a. su salud le ha limitado sus actividades sociales, como la de visitar a familiares y amigos? | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2    | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 | <input type="checkbox"/><br>6 | <input type="checkbox"/> |
| b. usted tuvo problema para mantener su atención en una actividad por largo tiempo?            | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2    | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 | <input type="checkbox"/><br>6 | <input type="checkbox"/> |
| c. usted tuvo dificultad para razonar y solucionar problemas?                                  | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2    | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 | <input type="checkbox"/><br>6 | <input type="checkbox"/> |
| d. usted ha estado nervioso?   | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2    | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 | <input type="checkbox"/><br>6 | <input type="checkbox"/> |
| e. usted se ha sentido muy triste o deprimido?   | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2    | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 | <input type="checkbox"/><br>6 | <input type="checkbox"/> |
| f. usted se sintió cansado o fatigado?   | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2    | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 | <input type="checkbox"/><br>6 | <input type="checkbox"/> |
| g. usted tuvo suficiente energía para hacer las cosas que quería hacer?                        | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2    | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 | <input type="checkbox"/><br>6 | <input type="checkbox"/> |
| h. usted ha sido una persona feliz?  | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2    | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 | <input type="checkbox"/><br>6 | <input type="checkbox"/> |
| i. usted ha tenido dificultad para recordar cosas?   | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2    | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 | <input type="checkbox"/><br>6 | <input type="checkbox"/> |



**ADHERENCE/QUALITY OF LIFE/PSYCHOSOCIAL INTERVIEW**

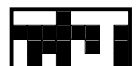
Pt.No.  \* Seq. No.  \*\* Step No.  Date    
 mmm dd yyyy

15. Estas preguntas son acerca de su salud en general, de cómo se ha estado sintiendo usted y del apoyo que recibe de familiares y amigos.

|                                   | <b>Definitivamente<br/>cierto</b> | <b>En su<br/>mayoría<br/>cierto</b> | <b>No sé</b>                  | <b>En su<br/>mayoría<br/>falso</b> | <b>Definitivamente<br/>falso</b> |                          |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| a. Mi salud es excelente.         | <input type="checkbox"/><br>1     | <input type="checkbox"/><br>2       | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4      | <input type="checkbox"/><br>5    | <input type="checkbox"/> |
| b. Me he sentido mal últimamente. | <input type="checkbox"/><br>1     | <input type="checkbox"/><br>2       | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4      | <input type="checkbox"/><br>5    | <input type="checkbox"/> |

|  | <b>Muy<br/>insatisfecho</b>   | <b>Un poco<br/>insatisfecho</b> | <b>Un poco<br/>satisfecho</b> | <b>Muy<br/>satisfecho</b>     |                          |
|--|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 16. En general, ¿qué tan satisfecho está usted con todo el apoyo que recibe de sus amigos y de los miembros de su familia? | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1   | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/> |

|   | <b>Nunca</b>                  | <b>Un<br/>poquito</b>         | <b>Un poco</b>                | <b>Mucho</b>                  | <b>No<br/>pertinente</b>      |                          |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 17. ¿Hasta qué punto sus amigos o los miembros de su familia le ayudan a recordar que tiene que tomarse los medicamentos? | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/> |





Pt.No.      \* Seq. No   \*\* Step No.   Date        
mmm dd yyyy

18. Las personas tienen hábitos diferentes respecto de la salud. Las preguntas que siguen le piden información sobre su uso de bebidas alcohólicas y drogas, en el pasado y ahora.

a. Durante los **últimos 30 días**, ¿con qué frecuencia usted se ha tomado 5 ó más bebidas alcohólicas (por ejemplo, bebidas fermentadas, cerveza, vino o licores) en forma continua durante un par de horas (por ejemplo, de 2 a 4 horas)?

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Diariamente              | Casi cada día            | 3 ó 4 veces a la semana  | 1 ó 2 veces a la semana  | 2 ó 3 veces al mes       | 1 vez al mes             | Nunca                    |                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6                        | 5                        | 4                        | 3                        | 2                        | 1                        | 0                        | <input type="checkbox"/> |

b. Durante los **últimos 30 días**, ¿usted ha usado alguna de las siguientes sustancias?.....  Sí  No   
 Si la respuesta es **No**, pase a la pregunta 19.  
 Si la respuesta es **Sí**, continúe aquí.

|   |                             |                             |                          |
|---|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| b1. ¿Marihuana?.....  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
|   | 1                           | 2                           |                          |
| b2. ¿Cocaína (polvo, crack, inyecciones de freebase? .....              | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
|   | 1                           | 2                           |                          |
| b3. ¿Heroína? .....   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
|   | 1                           | 2                           |                          |
| b4. ¿Anfetaminas (speed)? .....   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
|   | 1                           | 2                           |                          |
| b5. ¿Huele solventes orgánicos, pegantes o diluyentes (thinners)? ..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
|   | 1                           | 2                           |                          |
| b6. ¿Otro?.....   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
|   | 1                           | 2                           |                          |

Especifique [30]: \_\_\_\_\_

b7. En cuanto a la sustancia que usted usó más, indique la frecuencia con que la usó en los **últimos 30 días**:

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Diariamente              | Casi cada día            | 3 ó 4 veces a la semana  | 1 ó 2 veces a la semana  | 2 ó 3 veces al mes       | 1 vez al mes             | Nunca                    |                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6                        | 5                        | 4                        | 3                        | 2                        | 1                        | 0                        | <input type="checkbox"/> |



**ADHERENCE/QUALITY OF LIFE/PSYCHOSOCIAL INTERVIEW**

Pt.No.       \* Seq. No.   \*\* Step No.   Date        
mmm dd yyyy

Estas preguntas son acerca de las formas diferentes como la gente tiene sexo. Algunas de las preguntas piden información sobre el sexo vaginal y otras sobre el sexo anal. Nosotros entendemos que hay sexo vaginal cuando un hombre pone su pene dentro de la vagina de una mujer. Y entendemos que hay sexo anal cuando un hombre pone su pene dentro del ano de otra persona.

19. Durante los **últimos 3 meses**, ¿con cuántas personas ha tenido sexo usted?      
 Queremos decir, personas con las que usted ha tenido sexo vaginal o anal:.....

**Si la respuesta es 0, PARE AQUÍ.**  
**Si la respuesta es 1 ó más, continúe aquí.**

a. Durante los **últimos 3 meses**, ¿usted tuvo sexo vaginal? .....  Sí  No   
1 2  
**Si la respuesta es No, pase a la pregunta 20.**

b. En la **última semana**, ¿cuántas veces tuvo usted sexo vaginal con su consorte principal? Nosotros entendemos que se trata de consorte principal cuando se refiere a una pareja de esposo/esposa, novio/novia o pareja estable con la que usted tiene su relación principal?.....

b1. De esas veces, ¿con qué frecuencia usaron un condón? Nosotros entendemos por condón, un condón para hombre o para mujer: .....

c. Durante la **última semana**, ¿cuántas veces tuvo usted sexo vaginal con alguien diferente de su consorte principal?? .....

c1. De esas veces, ¿con qué frecuencia usaron un condón? Nosotros entendemos por condón, un condón para hombre o para mujer: .....

d. La última vez que usted tuvo sexo vaginal, ¿usaron un condón?  Sí  No   
1 2

20. Durante los **últimos 3 meses**, ¿usted tuvo sexo anal?.....  Sí  No   
**Si la respuesta es No, PARE AQUÍ.**  
1 2

a. En la **última semana**, ¿cuántas veces tuvo usted sexo anal con su consorte principal? .....

a1. De esas veces, ¿con qué frecuencia usaron un condón? Nosotros entendemos por condón, un condón para hombre o para mujer: .....

b. Durante la **última semana**, ¿cuántas veces tuvo usted sexo anal con alguien diferente de su consorte principal?.....

b1. De esas veces, ¿con qué frecuencia usaron un condón? Nosotros entendemos por condón, un condón para hombre o para mujer: .....

c. La última vez que usted tuvo sexo anal, ¿usaron un condón?  Sí  No   
1 2

**Muchas gracias por completar este cuestionario.**

