


# Preguntas básicas. Encuesta sobre las necesidades de atención del VIH

¡Hola! Usted fue invitado a formar parte de esta encuesta porque el Departamento de Salud de la Florida (Florida Department of Health) valora las experiencias y elecciones de todas las personas con VIH (PWH) **mayores de 18 años**, sin importar su sexo, género, orientación sexual, raza, origen étnico, religión, discapacidad, situación geográfica o circunstancia socioeconómica.

La Encuesta de necesidades de atención médica por VIH se desarrolló con aportes y comentarios de las PWH e interesados a lo largo del estado. Hoy, pedimos que nos informe sobre la atención general que recibe. Darnos solo **diez minutos** de su tiempo puede ayudar realmente. Los resultados de esta encuesta guían a las agencias líderes y los ayuntamientos que planifican la atención del paciente para que llenen las necesidades no satisfechas de la comunidad y determinen dónde distribuir el dinero de los servicios.

Entendemos que algunas preguntas son personales. Sus respuestas serán confidenciales y no serán atribuidas a usted. Atentamente pedimos que responda lo más honestamente posible, pues el Departamento de Salud de la Florida, el Programa Ryan White parte B y los grupos de planificación local y de todo el estado se dedican a satisfacer las necesidades de las personas con VIH en todo el estado y en su área local.

Rellene todo el círculo  para marcar sus respuestas y completar las preguntas de esta encuesta.

¿Está llenando esta encuesta en su nombre o en nombre de otra persona?

- Estoy llenando esta encuesta en mi nombre
- Estoy ayudando a alguien a completar esta encuesta (las respuestas deberán reflejar la información y opinión de esa persona)

## INFORMACIÓN GENERAL

<p>1. ¿Cuál es su sexo?</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Mujer/chica/de sexo femenino</li><li><input type="radio"/> Hombre/chico/de sexo masculino</li><li><input type="radio"/> Transgénero mujer o transfemenina</li><li><input type="radio"/> Transgénero hombre o transmasculino</li><li><input type="radio"/> Sexo no binario</li><li><input type="radio"/> Género no conforme o género fluido</li><li><input type="radio"/> Prefiero no responder</li><li><input type="radio"/> No se menciona, especificar</li></ul> <p>_____</p>	<p>2. ¿Cuál es su raza? (<b>Seleccione todas las que se aplican</b>)</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Blanco/caucásico</li><li><input type="radio"/> Negro o afroamericano</li><li><input type="radio"/> Asiático</li><li><input type="radio"/> Indio americano o nativo de Alaska</li><li><input type="radio"/> Nativo de Hawái o isleño de otras islas del Pacífico</li><li><input type="radio"/> Prefiero no responder</li><li><input type="radio"/> No se menciona, especificar</li></ul> <p>_____</p>
<p>3. ¿Cuál es su origen étnico? (<b>Seleccione todas las que se aplican</b>)</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Hispano/latina/latino/latinx</li><li><input type="radio"/> Haitiano</li><li><input type="radio"/> Ninguna de las anteriores</li><li><input type="radio"/> No lo sé</li><li><input type="radio"/> Prefiero no responder</li></ul>	<p>4. ¿Cuántos años tiene?</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> De 18 a 24 años</li><li><input type="radio"/> De 25 a 29 años</li><li><input type="radio"/> De 30 a 34 años</li><li><input type="radio"/> De 35 a 39 años</li><li><input type="radio"/> De 40 a 44 años</li><li><input type="radio"/> De 45 a 49 años</li><li><input type="radio"/> De 50 a 54 años</li><li><input type="radio"/> De 55 a 59 años</li><li><input type="radio"/> Más de 60 años</li><li><input type="radio"/> Prefiero no responder</li></ul>

# Preguntas básicas. Encuesta sobre las necesidades de atención del VIH

<p>5. ¿A través de qué modo de exposición contrajo el VIH??</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Contacto heterosexual</li><li><input type="radio"/> Uso de drogas inyectables (IDU)</li><li><input type="radio"/> Contacto sexual entre hombres (MMSM)</li><li><input type="radio"/> De mi madre/al nacer</li><li><input type="radio"/> Desconocido</li><li><input type="radio"/> Otro, especifique</li></ul> <p>_____</p>	<p>6. ¿Qué tipo de seguro o atención médica tiene actualmente? (<b>Seleccione todas las que se aplican</b>)</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Un plan médico privado a través de un empleador (o a través del trabajo de algún familiar)</li><li><input type="radio"/> Un plan médico privado adquirido mediante un intercambio (es decir, la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio)</li><li><input type="radio"/> Medicaid</li><li><input type="radio"/> Medicare</li><li><input type="radio"/> Tricare (Veteranos)</li><li><input type="radio"/> Otro programa de asistencia médica (por ejemplo: Ryan White)</li><li><input type="radio"/> No tengo ningún seguro médico actualmente</li><li><input type="radio"/> Prefiero no responder</li><li><input type="radio"/> No lo sé</li><li><input type="radio"/> No se menciona, especificar</li></ul> <p>_____</p>
<p>7. ¿Cuál es su fuente de ingresos actual? (<b>Seleccione todas las que se aplican</b>)</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Trabajo a tiempo completo</li><li><input type="radio"/> Trabajo a tiempo parcial</li><li><input type="radio"/> Autónomo/trabajo por cuenta propia</li><li><input type="radio"/> Trabajo de vez en cuando</li><li><input type="radio"/> No tengo trabajo, dar una razón</li></ul> <p>_____</p>	<p>8. ¿Cuál fue su ingreso total o el de su grupo familiar en 2020? (Aproximadamente, antes de impuestos)</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Menos de \$15,000</li><li><input type="radio"/> Entre \$15,000 y \$30,000</li><li><input type="radio"/> Entre \$30,001 y \$50,000</li><li><input type="radio"/> Entre \$50,001 y \$100,000</li><li><input type="radio"/> Más de \$100,000</li></ul>
<p>8a. ¿A cuántos dependientes mantienen sus ingresos?</p> <p>_____</p>	<p>9. ¿Cuál es el código postal donde vive?</p> <p>_____</p>

# Preguntas básicas. Encuesta sobre las necesidades de atención del VIH

## ATENCIÓN MÉDICA PARA EL VIH

10. ¿Cuántas veces recibió atención médica relacionada con el VIH durante los **últimos 12 meses**?

- Ninguna/cero
- Una vez
- Dos veces, **IR a la Pregunta n.º 11**
- Tres veces, **IR a la Pregunta n.º 11**
- Cuatro o más veces, **IR a la Pregunta n.º 11**

10a. Si no tuvo tratamiento durante los últimos 12 meses o recibió atención médica relacionada con el VIH menos de 2 veces al año, ¿por qué? (**Seleccione todas las que se aplican**)

- Decisión del proveedor
- No sabía a dónde ir
- No pude obtener una cita
- No pude obtener transporte
- No pude obtener cuidado infantil
- Estaba muy ocupado cuidando a un familiar/pareja
- No pude pagar los servicios
- No quería que las personas se enteraran de que tengo VIH
- No estaba listo para hacerle frente al hecho de tener VIH
- No me sentía enfermo
- No hay suficientes médicos en mi área
- No me dieron tiempo libre en el trabajo
- Estaba deprimido
- Falté a las citas
- Tuve una mala experiencia con el personal
- Los servicios no estaban en mi idioma
- Me pusieron en la lista de espera
- No calificué para obtener los servicios
- Me ofrecieron el servicio, pero lo rechacé
- Mi carga viral estaba inhibida
- No me recomendaron a ningún proveedor
- No se menciona, especificar \_\_\_\_\_

11. En los últimos **12 meses**, ¿recibió atención médica relacionada con el VIH en uno o más de los siguientes? (**Seleccione todas las que se aplican**)

- Condado donde vivo, **IR a la Pregunta n.º 12**
- Un condado diferente
- Otro estado
- Otro país

11a. ¿Por qué recibió la atención médica relacionada con el VIH en un condado o estado diferente al condado o estado en el que vive? (**Seleccione todas las que se aplican**)

- No había un proveedor disponible en el condado o estado donde vivo
- Confidencialidad
- Me siento más cómodo con un proveedor en otro condado o estado
- Otro, especifique \_\_\_\_\_

12. ¿Qué tan seguido toma sus medicamentos para el VIH? (**Seleccione solo una respuesta**)

- Nunca me recetaron medicamento para el VIH, **IR a la Pregunta n.º 13**
- Siempre, **IR a la Pregunta n.º 13**
- La mayor parte del tiempo
- Nunca

12a. Si dejó de tomar sus medicamentos para el VIH, ¿por qué? (**Seleccione todas las que se aplican**)

- No tengo ninguno
- Son muy caros
- No me gusta cómo me hacen sentir
- Lo olvidé
- El lugar para recogerlos no es conveniente
- No tenía una aplicación ni otro recurso que me ayudara a tomar los medicamentos correctamente
- No se menciona, especificar \_\_\_\_\_

# Preguntas básicas. Encuesta sobre las necesidades de atención del VIH

## SERVICIOS DE ATENCIÓN AL PACIENTE

13. Rellenar los círculos que están junto a los servicios que usó o necesitó en los últimos 12 meses. Asegurarse de seleccionar solo una opción en cada línea.	No necesitaba el servicio	Recibí los servicios que necesitaba	Necesitaba el servicio, pero no pude recibirlo
Visitas médicas regulares al consultorio o la clínica para recibir atención médica para el VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayuda en administración de casos para recibir los servicios y el seguimiento de la atención médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicamentos para el VIH y los problemas relacionados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salud bucal (atención dental, prótesis dentales, operación de la boca, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayuda para pagar los costos o los copagos del seguro privado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orientación profesional de salud mental (terapia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orientación profesional por el consumo de sustancias/uso indebido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orientación profesional para promover hábitos de alimentación saludables	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elegibilidad de acceso a otros servicios Ryan White necesarios (administración de casos no médicos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios de atención médica en el hogar por parte de una agencia de atención médica en el hogar certificada o con licencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios de enfermería y orientación para los enfermos terminales y su familia (Atención de hospicio)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bolsas de comida, vales de comestibles, comida entregada en casa o suplementos nutricionales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transporte a la clínica del médico y otras citas relacionadas con el VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contactos para encontrar a personas que tienen VIH y no reciben atención médica para ayudarlos a visitar a un médico y obtener servicios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Educación de salud/servicios de reducción de riesgos (es decir, enseñanza de bienestar general y prevención de VIH)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Remisiones para los servicios de atención médica necesarios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asistencia limitada de una vez o a corto plazo con medicamentos no cubiertos por ADAP, servicios públicos, comida de la casa o transporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

# Preguntas básicas. Encuesta sobre las necesidades de atención del VIH

Rellenar los círculos que están junto a los servicios que usó o necesitó en los últimos 12 meses. Asegurarse de seleccionar solo una opción en cada línea.	No necesitaba el servicio	Recibí los servicios que necesitaba	Necesitaba el servicio, pero no pude recibirlo																																	
Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, entrenamiento de baja visión, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																	
Servicios de traducción e interpretación para clientes que no hablan inglés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																	
Servicios legales para ayudarlo con asuntos legales relacionados con el VIH (testamento, testamento en vida, Seguro Social por Incapacidad (SSDI), etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																	
Tratamiento por abuso de sustancias en un entorno domiciliario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																	
Apoyo y orientación en grupo o individual por personas con VIH, incluyendo duelo y orientación pastoral (apoyo psicosocial)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																	
Ayuda de vivienda transicional, a corto plazo o de emergencia para atender la falta de casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																	
<p>13a. ¿Hay algunos otros servicios que no se mencionan arriba y que le gustaría reportar?</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No, <b>IR a la Pregunta n° 14</b></p>	<p>13b. Si la respuesta es "sí", especificar los servicios y si los necesitó y recibió.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																																			
<p>14. Seleccione los cinco (5) mejores servicios que cree son los más importantes a dar a las personas con VIH <b>Seleccione cinco.</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="radio"/> Administración de casos</td> <td><input type="radio"/> Servicios de hospicio</td> <td><input type="radio"/> Remisiones de atención médica</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Cuidado infantil</td> <td><input type="radio"/> Vivienda</td> <td><input type="radio"/> Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Salud dental/oral</td> <td><input type="radio"/> Servicios legales</td> <td><input type="radio"/> Residencia para los pacientes con problemas de abuso de sustancias</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Servicios de intervención temprana</td> <td><input type="radio"/> Servicios lingüísticos</td> <td><input type="radio"/> Transporte</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Asistencia económica de emergencia</td> <td><input type="radio"/> Medicamentos</td> <td><input type="radio"/> Un servicio que no se haya mencionado arriba, especificar _____</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Banco de alimentos/cupones de comida</td> <td><input type="radio"/> Servicios de salud mental</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Educación para la salud/reducción de riesgos</td> <td><input type="radio"/> Orientación nutricional</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Seguro médico</td> <td><input type="radio"/> Atención médica ambulatoria</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Atención médica en casa</td> <td><input type="radio"/> Difusión</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="radio"/> Apoyo mutuo</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="radio"/> Rehabilitación</td> <td></td> </tr> </table>				<input type="radio"/> Administración de casos	<input type="radio"/> Servicios de hospicio	<input type="radio"/> Remisiones de atención médica	<input type="radio"/> Cuidado infantil	<input type="radio"/> Vivienda	<input type="radio"/> Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	<input type="radio"/> Salud dental/oral	<input type="radio"/> Servicios legales	<input type="radio"/> Residencia para los pacientes con problemas de abuso de sustancias	<input type="radio"/> Servicios de intervención temprana	<input type="radio"/> Servicios lingüísticos	<input type="radio"/> Transporte	<input type="radio"/> Asistencia económica de emergencia	<input type="radio"/> Medicamentos	<input type="radio"/> Un servicio que no se haya mencionado arriba, especificar _____	<input type="radio"/> Banco de alimentos/cupones de comida	<input type="radio"/> Servicios de salud mental		<input type="radio"/> Educación para la salud/reducción de riesgos	<input type="radio"/> Orientación nutricional		<input type="radio"/> Seguro médico	<input type="radio"/> Atención médica ambulatoria		<input type="radio"/> Atención médica en casa	<input type="radio"/> Difusión			<input type="radio"/> Apoyo mutuo			<input type="radio"/> Rehabilitación	
<input type="radio"/> Administración de casos	<input type="radio"/> Servicios de hospicio	<input type="radio"/> Remisiones de atención médica																																		
<input type="radio"/> Cuidado infantil	<input type="radio"/> Vivienda	<input type="radio"/> Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias																																		
<input type="radio"/> Salud dental/oral	<input type="radio"/> Servicios legales	<input type="radio"/> Residencia para los pacientes con problemas de abuso de sustancias																																		
<input type="radio"/> Servicios de intervención temprana	<input type="radio"/> Servicios lingüísticos	<input type="radio"/> Transporte																																		
<input type="radio"/> Asistencia económica de emergencia	<input type="radio"/> Medicamentos	<input type="radio"/> Un servicio que no se haya mencionado arriba, especificar _____																																		
<input type="radio"/> Banco de alimentos/cupones de comida	<input type="radio"/> Servicios de salud mental																																			
<input type="radio"/> Educación para la salud/reducción de riesgos	<input type="radio"/> Orientación nutricional																																			
<input type="radio"/> Seguro médico	<input type="radio"/> Atención médica ambulatoria																																			
<input type="radio"/> Atención médica en casa	<input type="radio"/> Difusión																																			
	<input type="radio"/> Apoyo mutuo																																			
	<input type="radio"/> Rehabilitación																																			

# Preguntas básicas. Encuesta sobre las necesidades de atención del VIH

## SERVICIOS DE LIBERACIÓN DE LA PRISIÓN/CÁRCEL

<p>15. ¿Fue encarcelado en los <b>últimos doce meses</b>?</p> <p><input type="radio"/> Sí, estuve en la cárcel</p> <p><input type="radio"/> Sí, estuve en prisión</p> <p><input type="radio"/> Sí, estuve en la cárcel y en prisión</p> <p><input type="radio"/> No, <b>IR a la Pregunta n° 16</b></p>	<p>15a. ¿El personal de la cárcel o la prisión sabía que usted tenía VIH?</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p>
<p>15b. ¿Recibió atención médica relacionada con el VIH mientras estuvo encarcelado?</p> <p><input type="radio"/> Sí, <b>IR a la Pregunta n° 15c</b></p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>15b1. Si no, ¿por qué? <b>(Seleccione todas las que se aplican)</b></p> <p><input type="radio"/> No me la ofrecieron</p> <p><input type="radio"/> No revelé mi estatus de VIH</p> <p><input type="radio"/> Me negaron el servicio</p> <p><input type="radio"/> No estaba disponible</p> <p><input type="radio"/> Otro, especifique _____</p>
<p>15c. Cuando salió de la cárcel o prisión, ¿qué recibió? <b>(Seleccione todas las que se aplican)</b></p> <p><input type="radio"/> Información para encontrar casa</p> <p><input type="radio"/> Remisión de atención médica</p> <p><input type="radio"/> Remisión de administración de casos</p> <p><input type="radio"/> Un suministro de medicamentos para el VIH para llevar</p> <p><input type="radio"/> No recibí ninguna información ni asistencia cuando me liberaron</p> <p><input type="radio"/> Otro, especifique</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>15d. ¿Qué evitó que obtuviera los servicios para el VIH que necesitaba después de que lo liberaron? <b>(Seleccione todas las que se aplican)</b></p> <p><input type="radio"/> Esta pregunta no me corresponde. Pude obtener servicios para el VIH después de mi liberación</p> <p><input type="radio"/> No tengo seguro, por razones económicas</p> <p><input type="radio"/> No sabía a dónde ir</p> <p><input type="radio"/> No quería que nadie supiera que tengo VIH</p> <p><input type="radio"/> No me pude alejar de las drogas</p> <p><input type="radio"/> Tenía problemas para encontrar amigos en quienes confiar</p> <p><input type="radio"/> No quería tomarme tiempo libre en el trabajo</p> <p><input type="radio"/> No tenía transporte para obtener los servicios</p> <p><input type="radio"/> Los servicios no los daban en mi idioma preferido</p> <p><input type="radio"/> No tenía una identificación ni la documentación para calificar</p> <p><input type="radio"/> Otro, especifique</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

# Preguntas básicas. Encuesta sobre las necesidades de atención del VIH

15e. Piense en el lugar donde vive ahora: ¿qué evita que se ocupe de cuidar de su salud?  
**(Seleccione todas las que se aplican)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Esta pregunta no me corresponde. No hay nada en el lugar donde vivo que evite que me ocupe de mi salud | <input type="radio"/> No tengo dinero para pagar la renta                       |
| <input type="radio"/> No tengo una casa estable  | <input type="radio"/> No tengo calefacción ni aire acondicionado                |
| <input type="radio"/> No tengo una cama donde dormir   | <input type="radio"/> Me asusta que los demás sepan que tengo VIH               |
| <input type="radio"/> No tengo un lugar donde guardar los medicamentos   | <input type="radio"/> No puedo alejarme de las drogas o el alcohol en el barrio |
| <input type="radio"/> No tengo un teléfono donde puedan llamarme   | <input type="radio"/> Tengo un cónyuge o pareja que me maltrata                 |
| <input type="radio"/> No tengo suficiente comida   | <input type="radio"/> Tengo compromisos familiares                              |
|  | <input type="radio"/> Otro, especifique   |

\_\_\_\_\_

## SERVICIOS DE PREVENCIÓN

16. ¿Tiene conocimiento de los medicamentos de prevención del VIH (es decir, PrEP)?

- Sí
- No

17. Si fue diagnosticado con VIH después de 2011, ¿tomaba Truvada® o Descovy® como PrEP cuando fue diagnosticado?

- Sí
- No
- No se aplica

## ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN POR EL VIH

18. En muchas áreas de mi vida, nadie sabe que tengo VIH.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

19. La actitud de las personas respecto al VIH me hace sentir peor sobre mí mismo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

## Preguntas básicas. Encuesta sobre las necesidades de atención del VIH

---

20. Díganos algo más que le gustaría que sepamos, en relación con su estatus de VIH o atención médica relacionada al VIH.

**Esa fue la última pregunta. ¡Muchas gracias por su tiempo y colaboración!**