

## Appendix A

### Background/Introduction to this document for internal use

- The purpose of the MCC Assessment is:
  - To identify and evaluate a patient's medical, physical, psychosocial, environmental, and financial strengths, needs, and resources.<sup>1</sup>
  - To assist the MCC team in addressing patient-identified health-related social needs through referrals to community resources and multidisciplinary support services.
  - To calculate acuity to assist with patient prioritization and program evaluation.

---

<sup>1</sup> COH MCC Standards – <https://hiv.lacounty.gov/service-standards/>

Appendix A

**Please tell us a little about yourself (this part is not in e2LA. This is to start a conversation):**

1. **First name**
2. **Last name**
3. **What name do you like to go by?**

Name: \_\_\_\_\_

4. **What are your pronouns?**

He/Him/His  She/Her/Hers  They/Them/Theirs  Other: \_\_\_\_\_

5. **What is your Date of birth: XX/XX/XXXX**

**MCC Brief Assessment**

**Now we would like to ask you how easy or hard it has been for you to understand information about HIV or any other medical information. <sup>2</sup>**

1. **How often do you need to have someone help you read hospital or clinic materials?**
  - a. Always
  - b. Often
  - c. Sometimes
  - d. Occasionally
  - e. Never
  
2. **How often do you have problems learning about and understanding your medical condition because it is difficult to understand written information?**
  - a. Always
  - b. Often
  - c. Sometimes
  - d. Occasionally
  - e. Never
  
3. **How often do you have a problem understanding what you are told about your medical condition?**
  - a. Always
  - b. Often
  - c. Sometimes
  - d. Occasionally
  - e. Never
  
4. **How confident are you filling out medical forms by yourself?**
  - a. Not at all
  - b. A little bit
  - c. Somewhat
  - d. Quite a bit
  - e. Extremely

---

<sup>2</sup> BRIEF screener, <https://www.alabamapublichealth.gov/alphtr/assets/101323mod1briefinfosheet.pdf>

Appendix A

5. **When were you first diagnosed with HIV?** mm/dd/year
6. **Is the goal of HIV treatment to make the CD4 count go up or down?**
- i. Up
  - ii. Down
  - iii. Don't know
7. **Is the goal of HIV treatment to make the viral load go up or down?**
- i. Up
  - ii. Down
  - iii. Don't know
8. **Would you like more information about CD4 count, viral load and/or HIV?**
- i. No
  - ii. Yes
  - iii. Maybe

*We want to make sure that you know about the community resources that are available to you. Many of these resources are free or low cost. Please answer the questions below so we can best understand your current needs.*<sup>3</sup>

9. **Do you have a high school degree?**
- i. Yes (Skip to Q11)
  - ii. No
10. **If NO: Would you like help to getting a General Education Development (GED) diploma?**
- No       Yes
11. **Do you have a job or a steady source of income each month?**
- i. Yes (Skip to Q13)
  - ii. No
12. **If NO: Would you like help finding employment, job training, or cash assistance programs that you may qualify for?**
- No       Yes
13. **If you have children, do you need daycare/childcare?<sup>3</sup>**
- i. NO: (Skip to Q15)
  - ii. YES
14. **If YES: Would you like help finding daycare/childcare?**
- No       Yes

---

<sup>3</sup> Modified WE CARE, Developed by Arvin Garg, MD, MPH, <https://www.bmc.org/pediatrics-primary-care/we-care/confirmation-we-care-surveys>

**15. What is your current living situation?**

- i. I have a steady place to live
- ii. I have a place to live *today*, but I am worried about losing it in the future (skip to Q16)
- iii. I do not have a steady place to live (I am temporarily staying with others, in a hotel, in a shelter, living outside on the street, on a beach, in a car, abandoned building, bus or train station, or in a park) (skip to Q17)
- iv. I choose not to answer this question

**16. If worried about losing housing: Would you like help with finding steady housing?**

- 1. No
- 2. Yes

**17. If not in steady housing: Would you like help with finding housing?**

- 1. No
- 2. Yes

**18. Do you have trouble paying your heating, electricity or other utility bills?**

- i. NO: (Skip to Q20)
- ii. YES

**19. If YES: Would you like help with paying your utility bills?**

- No       Yes

**20. Do you always have enough food?**

- i. YES (Skip to Q22)
- ii. NO:

**21. If NO: Would you like help with getting enough food?**

- No       Yes

**22. Do you have trouble getting transportation to medical appointments?**

- i. NO (Skip to Q24)
- ii. YES:

**23. If YES: Would you like help with transportation to medical appointments?**

- No       Yes

**24. Have you been arrested or been in jail or prison in the last 6 months?**

- i. Yes
- ii. No

**25. Would you like help with any legal issues?**

- No       Yes

Appendix A

*Next, we would like to ask you some questions about your sexual health and experiences to make sure you have access to options that are available to you.*

**26. In the past 6 months, have you had anal, oral, or vaginal sex with more than one partner?**

- a. No [Skip to Q28]
- b. Yes
- c. Declined to answer

**27. In the past six months, have you had sex in exchange for things like money, drugs, food, shelter, transportation, or other necessities?**

- a. No
- b. Yes
- c. Declined to answer

**28. Would you like to learn more about sexual health options available to you?**

- a. No
- b. Maybe
- c. Yes

*Now we would like to ask you some questions about the ways you might use tobacco, alcohol or drugs<sup>4</sup>. We understand that these questions may make some people uncomfortable, but please try to answer them as honestly as you can.*

**29. In the PAST 3 MONTHS, did you smoke a cigarette with tobacco?**

- 1. No [If No skip to Q32]
- 2. Yes

**30. Did you usually smoke more than 10 cigarettes each day?**

- 3. No
- 4. Yes

**31. Did you usually smoke within 30 minutes after waking up?**

- 5. No
- 6. Yes

**32. In the PAST 3 MONTHS, did you have 4 or more drinks with alcohol in one day? (One standard drink is about 1 small glass of wine (5 oz), 1 beer (12 oz), or 1 shot of liquor)?**

- 1. No [If No skip to Q35]
- 2. Yes

**33. In the PAST 3 MONTHS, have you tried and were unable to control, cut down or stop drinking?**

- 1. No
- 2. Yes

**34. In the PAST 3 MONTHS, has anyone shown concern about your drinking?**

- 1. No
- 2. Yes

**35. In the PAST 3 MONTHS, did you use marijuana (cannabis, hash, weed)?**

---

<sup>4</sup> ASSIST-Lite. <https://www.health.wa.gov.au/~media/Corp/Documents/Health-for/Walk-With-Me/2-ASSIST-Lite-Clinical-Form.PDF>

Appendix A

1. No [If No skip to Q38]
2. Yes

**36. In the PAST 3 MONTHS, have you had a strong desire or urge to use cannabis at least once a week or more often?**

1. No
2. Yes

**37. In the PAST 3 MONTHS, has anyone been concerned about your use of marijuana?**

1. No
2. Yes

**38. In the PAST 3 MONTHS, did you use stimulants such as cocaine, crack, or methamphetamine (crystal meth)?**

1. No [If No skip to Q41]
2. Yes

**39. In the PAST 3 MONTHS, did you use cocaine, crack, or methamphetamine (crystal meth at least once each week or more often?**

1. No
2. Yes

**40. In the PAST 3 MONTHS, has anyone been concerned about your use of cocaine, crack, or methamphetamine (crystal meth)?**

3. No
4. Yes

**41. In the PAST 3 MONTHS, did you use street opioids (heroin) or an opioid-containing medication (fentanyl, Percocet or Vicodin) not as prescribed or that was not prescribed for you?**

1. No [If No skip to Q44]
2. Yes

**42. In the PAST 3 MONTHS, have you tried and were unable to control, cut down, or stop using an opioid (heroin, fentanyl, Percocet or Vicodin)?**

1. No
2. Yes

**43. In the PAST 3 MONTHS, has anyone been concerned about your use of an opioid?**

1. No
2. Yes

**44. In the PAST 3 MONTHS, did you use medicine not as prescribed or that was not prescribed for you for anxiety or sleep (like Xanax, Ativan, or Klonopin)?**

1. No [If No skip to Q47]
2. Yes

**45. In the PAST 3 MONTHS, have you had a strong desire or urge to use a sedative or sleeping medication at least once a week or more often?**

1. No
2. Yes

Appendix A

**46. In the PAST 3 MONTHS, has anyone shown concern about your use of medicine for anxiety or sleep?**

1. No
2. Yes

**47. In the PAST 3 MONTHS, did you use any other illegal or recreational drug (like ecstasy/molly, GHB, poppers, LSD, mushrooms, special K, bath salts, synthetic marijuana ('spice'), whip-its, xylazine/tranq, etc.)?**

1. No [If No skip to Q49]
2. Yes

**48. In the PAST 3 MONTHS, what were the other drug(s) you used?**

List [free text]: \_\_\_\_\_

**49. Would you like help reducing or stopping your drug or alcohol use?**

- No
- Maybe
- Yes
- Not applicable

*We would now like to ask you some questions about mental health and how you may have been feeling over the past three months.*

How often have you been bothered by:	Not at all	Some days	More than half the days	Nearly every day
<b>50.</b> Little interest or pleasure in doing things <sup>5</sup>	0	1	2	3
<b>51.</b> Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3
<b>52.</b> Feeling nervous, anxious or on edge <sup>6</sup>	0	1	2	3
<b>53.</b> Not being able to stop or control worrying	0	1	2	3

**54. Are you having problems in important areas of your life like school, work, relationships, or housing, because of how you are feeling or your mental health?**

- a. No
- b. Yes

**55. Have you ever been diagnosed with a mental health condition?**

- i. No
- ii. Yes

**56. If yes, please let us know which conditions you have been diagnosed with (check all that apply):**

- Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders

<sup>5</sup> Depression Screening Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) <https://www.hiv.uw.edu/page/mental-health-screening/phq-2>

<sup>6</sup> Anxiety Screening Generalized Anxiety Disorder 2-item (GAD-2) <https://www.hiv.uw.edu/page/mental-health-screening/gad-2>

Appendix A

- Bipolar and related disorders
- Depressive disorders
- Anxiety disorders
- Other: \_\_\_\_\_

**57. Are you currently getting any mental health treatment?**

- a. No
- b. Yes

**58. Are you currently taking, or have you ever taken, any prescription medicine for mental health?**

- a. No
- b. Yes

**59. Are you interested in talking to someone about your mental health?**

- a. No
- b. Maybe
- c. Yes

***For people >50 years old ONLY:<sup>7</sup>***

**60. How often do you feel lonely or isolated from those around you?**

- 1. Never
- 2. Rarely
- 3. Sometimes
- 4. Often
- 5. Always

**61. In the past 12 months have you had any difficulty with<sup>7</sup>:**

- 1. Walking or climbing stairs?
- 2. Washing, showering, or dressing yourself
- 3. Things you normally do for yourself each day such as go to work or school, do laundry, make meals, go to the store, clean house, drive, or family and leisure activities?
- 4. Remembering day-to-day events like where you put things, recalling recent events, or remembering plans, appointments, or phone calls?
- 5. Balance such as falling 2 or more times or falling and hurting yourself?
- 6. Leaking urine or feces
- 7. Vision or hearing
- 8. None

***Lastly, we would like to ask you some questions about your HIV care.***

---

<sup>7</sup> - Modified Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). Katz S, Downs TD, Cash HR, et al: Progress in the development of the index of ADL. *Gerontologist* 10 (1):20–30, 1970

- Modified Geriatric Assessment Tools Rosen SL, Reuben DB. *Mt Sinai J Med.* 2011 Jul-Aug;78(4):489-97), <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/msj.20277>

- Modified The Vulnerable Elders Survey (VES-13): A Tool for Identifying Vulnerable Elders in the Community. Saliba, S, Elliott M, Rubenstein LA, Solomon DH, et al., *Journal of the American Geriatric Society* 2001; 49:1691-9

**62. What type of HIV medicine do you currently use?**

1. Daily pills [go to Q64]
2. Injections [go to Q67]
3. Something else
4. I am not currently taking medicine [SKIP to Q70]

If Daily Pill(s)<sup>8</sup>:

**63. In the last 30 days, on how many days did you miss at least one dose of any of your HIV medicines?**

Please write in the number of days, from 0 to 30. \_\_\_\_\_

**64. In the last 30 days, how good a job did you do at taking your HIV medicines in the way you were supposed to?**

- Very poor  Poor  Fair  Good  Very Good  Excellent

**65. In the last 30 days, how often did you take your HIV medicines in the way you were supposed to?**

- Never  Rarely  Sometimes  Usually  Almost Always  Always

If Injection:

**66. Have you missed any injection appointments in the past 12 months?**

- No  Yes

**67. Do you have any problems with any of the medicine that you take, like paying for it, side effects, getting it from the pharmacy, or other concerns?**

- No  Yes

**68. If YES: Would you like help with this?**

- No  Yes

**69. In the last year, have you seen your HIV doctors at least once?<sup>9</sup>**

- No  Yes

**70. In the last year, how often have you missed any appointments with your doctor for your HIV care?**

- a. Never (questionnaire **completed** if this option is selected)
- b. Rarely (Questions 72 and 73 asked if options rarely, sometimes, often, always selected)
- c. Sometimes
- d. Often
- e. Always

<sup>8</sup> Wilson IB, Lee Y, Michaud J, Fowler FJ Jr, Rogers WH. Validation of a new three-item self-report measure for medication adherence. *AIDS Behav.* 2016;20(11):2700–2708. doi:10.1007/s10461-016-1406-x  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4000749/>

Appendix A

**71. If Rarely, Sometimes, Often, Always: What are some reasons you have missed your appointments? Please choose all of the reasons that fit you best.**

- a. Felt good
- b. Felt sick
- c. Was drinking or using drugs
- d. Did not have a place to live
- e. Moved
- f. I could not take time off from work
- g. Did not have daycare
- h. Did not want to think about living with HIV
- i. The clinic or doctor did not speak my language
- j. Location/ transportation issues
- k. Inconvenient clinic hours/long waiting time
- l. I did not remember I had an appointment *(highlighted responses are not in e2LA yet but will be added.)*
- m. I did not have time to do my labs before the appointment
- n. I was out of town
- o. Other

**72. If Rarely, Sometimes, Often, Always: Would you like help making it easier to go to your medical appointments?**

- No, I do not need help
- Maybe, help might be useful
- Yes, I would like help!

---

<sup>9</sup> Modified Rapid 3-Item Scale to Measure Engagement in HIV Care. Saucedo JA, Lisha NE, Ludwig-Barron N, et al. The Brief Human Immunodeficiency Virus (HIV) Index: a rapid 3-item scale to measure engagement in HIV care. Clin Infect Dis. 2023;77(3):425-427. doi:10.1093/cid/ciad200

## Anexo A

### Información general e introducción a este documento para uso interno

- El propósito de la evaluación de la MCC es el siguiente:
  - Identificar y evaluar los puntos fuertes, las necesidades y los recursos médicos, físicos, psicosociales, ambientales y económicos del paciente.<sup>1</sup>
  - Ayudar al equipo de la MCC a abordar las necesidades sociales relacionadas con la salud identificadas por el paciente mediante remisiones a recursos comunitarios y servicios de apoyo multidisciplinarios.
  - Calcular la gravedad para ayudar a priorizar a los pacientes y evaluar el programa.

---

<sup>1</sup> Normas de la MCC de COH (COH MCC Standards) – <https://hiv.lacounty.gov/service-standards/>  
PAUTAS DEL PROGRAMA DE COORDINACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA (MEDICAL CARE COORDINATION)  
2026, Anexo A: Herramienta de evaluación de la MCC, versión 2

**Cuéntenos un poco sobre usted** (*esta parte no está en e2LA. Es para iniciar una conversación*):

1. Nombre
2. Apellido
3. ¿Cómo prefiere que le llamen?

Nombre: \_\_\_\_\_

4. ¿Cuáles son sus pronombres?  
 Él/lo  Ella/la  Elle/le  Otro: \_\_\_\_\_
5. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? dd/mm/aaaa

### **Evaluación breve de la MCC**

**Queremos preguntarle qué tan fácil o difícil le ha resultado comprender información sobre el VIH u otra información médica.** <sup>2</sup>

1. ¿Con qué frecuencia necesita que alguien le ayude a leer los materiales del hospital o la clínica?
  - a. Siempre
  - b. A menudo
  - c. A veces
  - d. De vez en cuando
  - e. Nunca
2. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para informarse y comprender su afección médica debido a que le cuesta entender información escrita?
  - a. Siempre
  - b. A menudo
  - c. A veces
  - d. De vez en cuando
  - e. Nunca
3. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para entender lo que le dicen sobre su afección médica?
  - a. Siempre
  - b. A menudo
  - c. A veces
  - d. De vez en cuando
  - e. Nunca
4. ¿Qué tan capaz se siente para completar formularios médicos por su cuenta?
  - a. No me siento capaz
  - b. Me siento un poco capaz
  - c. Me siento algo capaz
  - d. Me siento bastante capaz
  - e. Me siento muy capaz

---

<sup>2</sup> BRIEF screener, <https://www.alabamapublichealth.gov/alphntn/assets/101323mod1briefinfosheet.pdf>

5. ¿Cuándo le diagnosticaron VIH por primera vez? mm/dd/aaaa
6. ¿El objetivo del tratamiento contra el VIH es hacer que el recuento de las células CD4 aumente o disminuya?
- i. Aumente
  - ii. Disminuya
  - iii. No lo sé
7. ¿El objetivo del tratamiento contra el VIH es hacer que la carga viral aumente o disminuya?
- i. Aumente
  - ii. Disminuya
  - iii. No lo sé
8. ¿Le gustaría recibir más información sobre el recuento de las células CD4, la carga viral o el VIH?
- i. No
  - ii. Sí
  - iii. Tal vez

***Queremos asegurarnos de que conozca los recursos comunitarios que tiene a su disposición. Muchos de estos recursos son gratuitos o tienen un costo bajo. Le pedimos que responda las siguientes preguntas para que podamos comprender mejor sus necesidades actuales.***<sup>3</sup>

9. ¿Se graduó de la preparatoria?
- i. Sí (pasar a la pregunta 11)
  - ii. No
10. Si la respuesta es No: ¿Le gustaría recibir ayuda para obtener el certificado del Desarrollo de Educación General (GED, por sus siglas en inglés)?

No       Sí

11. ¿Tiene un empleo o una fuente de ingresos fija todos los meses?
- i. Sí (pasar a la pregunta 13)
  - ii. No

12. Si la respuesta es No: ¿Le gustaría recibir ayuda para encontrar empleo, obtener capacitación laboral o acceder a programas de asistencia económica a los que pudiera solicitar?

No       Sí

13. Si tiene hijos, ¿necesita servicios de guardería o cuidado infantil?<sup>3</sup>
- i. NO: (pasar a la pregunta 15)
  - ii. Sí

14. Si la respuesta es Sí: ¿Le gustaría ayuda para encontrar servicio de guardería o cuidado infantil?

No       Sí

---

<sup>3</sup> NOS IMPORTA (WE CARE) modificado, desarrollado por Arvin Garg, MD, MPH, <https://www.bmc.org/pediatrics-primary-care/we-care/confirmation-we-care-surveys>

**15. ¿Cuál es su situación de vivienda actual?**

- i. Tengo un lugar fijo donde vivir.
- ii. Tengo un lugar fijo donde vivir *hoy*, pero me preocupa perderlo en el futuro (pasar a la pregunta 16).
- iii. No tengo un lugar fijo donde vivir (me alojo temporalmente con otras personas, en un hotel, en un albergue, vivo al aire libre en la calle, en la playa, en un coche, en un edificio abandonado, en una estación de autobús o tren, o en un parque) (pasar a la pregunta 17).
- iv. Prefiero no responder.

**16. Si le preocupa perder su vivienda: ¿Le gustaría recibir ayuda para encontrar una vivienda fija?**

1. No
2. Sí

**17. Si no tiene una vivienda fija: ¿Le gustaría recibir ayuda para encontrar una vivienda?**

1. No
2. Sí

**18. ¿Tiene dificultades para pagar las facturas de calefacción, electricidad u otros servicios públicos?**

- i. NO: (pasar a la pregunta 20)
- ii. Sí

**19. Si la respuesta es Sí: ¿Le gustaría recibir ayuda para pagar sus facturas de servicios públicos?**

No       Sí

**20. ¿Dispone siempre de suficiente comida?**

- i. Sí (pasar a la pregunta 22)
- ii. NO:

**21. Si la respuesta es No: ¿Le gustaría recibir ayuda para disponer de suficiente comida?**

No       Sí

**22. ¿Tiene dificultades para conseguir transporte para acudir a sus citas médicas?**

- i. NO (pasar a la pregunta 24)
- ii. Sí:

**23. Si la respuesta es Sí: ¿Le gustaría recibir ayuda con el transporte para acudir a sus citas médicas?**

No       Sí

**24. ¿Ha sido arrestado o ha estado en una cárcel o prisión en los últimos 6 meses?**

- i. Sí
- ii. No

**25. ¿Le gustaría recibir ayuda en cuanto a asuntos legales?**

No       Sí

***A continuación, nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre su salud sexual y relaciones para asegurarnos de que tiene acceso a las opciones que están a su disposición.***

- 26. En los últimos 6 meses, ¿ha tenido sexo anal, oral o vaginal con más de una pareja?**
- No [pasar a la pregunta 28]
  - Sí
  - Me niego a responder
- 27. En los últimos 6 meses, ¿ha tenido relaciones sexuales a cambio de cosas, por ejemplo, dinero, drogas, comida, albergue, transporte u otras necesidades?**
- No
  - Sí
  - Me niego a responder
- 28. ¿Le gustaría saber más sobre las opciones de salud sexual que tiene a su disposición?**
- No
  - Tal vez
  - Sí

***Ahora nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre las formas en que podría consumir tabaco, alcohol o drogas<sup>4</sup>. Entendemos que estas preguntas pueden resultar incómodas para algunas personas, pero le pedimos que intente responderlas con la mayor honestidad posible.***

- 29. En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿fumó un cigarrillo con tabaco?**
- No [si la respuesta es No, pasar a la pregunta 32]
  - Sí
- 30. ¿Solía fumar más de 10 cigarrillos al día?**
- No
  - Sí
- 31. ¿Solía fumar dentro de los primeros 30 minutos después de haberse despertado?**
- No
  - Sí
- 32. En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha tomado 4 o más bebidas alcohólicas en un mismo día? (Una bebida estándar equivale aproximadamente a 1 copa pequeña de vino [5 onzas], 1 cerveza [12 onzas] o 1 copita de licor).**
- No [si la respuesta es No, pasar a la pregunta 35]
  - Sí
- 33. En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha intentado controlar, reducir o dejar de beber y no ha podido?**
- No
  - Sí
- 34. En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿se ha preocupado alguna persona por su consumo de alcohol?**
- No

---

<sup>4</sup> ASSIST-Lite. <https://www.health.wa.gov.au/~media/Corp/Documents/Health-for/Walk-With-Me/2-ASSIST-Lite-Clinical-Form.PDF>

2. Sí

**35. En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha consumido marihuana (cannabis, hachís, hierba)?**

1. No [si la respuesta es No, pasar a la pregunta 38]
2. Sí

**36. En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha tenido un fuerte deseo o necesidad de consumir cannabis al menos una vez a la semana o con más frecuencia?**

1. No
2. Sí

**37. En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿alguna persona se ha preocupado por su consumo de marihuana?**

1. No
2. Sí

**38. En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha consumido estimulantes, como cocaína, crack o metanfetamina (metanfetamina cristalina)?**

1. No [si la respuesta es No, pasar a la pregunta 41]
2. Sí

**39. En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha consumido cocaína, crack o metanfetamina (metanfetamina cristalina) al menos una vez a la semana o con más frecuencia?**

1. No
2. Sí

**40. En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿se ha preocupado alguna persona por su consumo de cocaína, crack o metanfetamina (metanfetamina cristalina)?**

3. No
4. Sí

**41. En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha consumido opioides de la calle (heroína) o algún medicamento que contenga opioides (fentanilo, Percocet o Vicodin) sin seguir la receta médica o sin haber recibido una?**

1. No [si la respuesta es No, pasar a la pregunta 44]
2. Sí

**42. En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha intentado controlar, reducir o dejar de consumir un opiode (heroína, fentanilo, Percocet o Vicodin) y no ha podido?**

1. No
2. Sí

**43. En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿se ha preocupado alguna persona por su consumo de un opiode?**

1. No
2. Sí

**44. En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha consumido algún medicamento para la ansiedad o para dormir (como Xanax, Ativan o Klonopin) sin seguir la receta médica o sin haber recibido una?**

1. No [si la respuesta es No, pasar a la pregunta 47]
2. Sí

**45. En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha tenido un fuerte deseo o necesidad de tomar un sedante o un medicamento para dormir al menos una vez a la semana o con más frecuencia?**

1. No
2. Sí

**46. En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿se ha preocupado alguna persona por su consumo de medicamentos para la ansiedad o para dormir?**

1. No
2. Sí

**47. En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha consumido alguna otra droga ilícita o recreativa (como éxtasis, GHB, *poppers*, LSD, hongos alucinógenos, ketamina, sales de baño, marihuana sintética [*"spice"*], *whip-its*, xilazina o ansiolítico, etc.)?**

1. No [si la respuesta es No, pasar a la pregunta 49]
2. Sí

**48. En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿qué otra droga consumió?**

Enumere [texto libre]: \_\_\_\_\_

**49. ¿Le gustaría recibir ayuda para reducir o dejar de consumir drogas o alcohol?**

- No
- Tal vez
- Sí
- No corresponde

***Ahora nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre salud mental y cómo se ha sentido durante los últimos tres meses.***

Frecuencia con que le ha afectado lo siguiente:	En absoluto	Algunos días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<b>50.</b> Tener poco interés o placer en hacer cosas <sup>5</sup>	0	1	2	3
<b>51.</b> Sentirse triste, con depresión o sin ánimos	0	1	2	3
<b>52.</b> Sentir preocupación, ansiedad o inquietud <sup>6</sup>	0	1	2	3
<b>53.</b> No ser capaz de dejar de preocuparse o controlar la preocupación	0	1	2	3

**54. ¿Tiene problemas en áreas importantes de su vida, por ejemplo, los estudios, el trabajo, las relaciones o la vivienda, debido a cómo se siente o a su salud mental?**

- a. No
- b. Sí

<sup>5</sup> Cuestionario de salud de pacientes para detectar la depresión (Depression Screening Patient Health Questionnaire-2 [PHQ-2]) <https://www.hiv.uw.edu/page/mental-health-screening/phq-2>

<sup>6</sup> Detección de la ansiedad: Trastorno de ansiedad generalizada de 2 ítems (Anxiety Screening Generalized Anxiety Disorder 2-item [GAD-2]) <https://www.hiv.uw.edu/page/mental-health-screening/gad-2>

**55. ¿Alguna vez le diagnosticaron un trastorno de salud mental?**

- i. No
- ii. Sí

**56. Si la respuesta es Sí, indique qué trastornos le diagnosticaron (marque todas las casillas que correspondan):**

- Trastornos del espectro esquizofrénico y otros trastornos psicóticos
- Trastorno bipolar y afines
- Trastornos depresivos
- Trastornos de ansiedad
- Otros: \_\_\_\_\_

**57. En este momento, ¿recibe algún tratamiento para la salud mental?**

- a. No
- b. Sí

**58. En este momento, ¿está tomando algún medicamento recetado para la salud mental o alguna vez ha tomado alguno?**

- a. No
- b. Sí

**59. ¿Le interesa hablar con alguna persona sobre su salud mental?**

- a. No
- b. Tal vez
- c. Sí

***SOLO para personas mayores de 50 años:<sup>7</sup>***

**60. ¿Con qué frecuencia siente soledad o aislamiento de las personas que le rodean?**

- 1. Nunca
- 2. Casi nunca
- 3. A veces
- 4. A menudo
- 5. Siempre

**61. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido alguna dificultad en cuanto a las siguientes actividades o situaciones?<sup>7</sup>**

---

<sup>7</sup> - Índice de Katz modificado de la Independencia en las actividades de la vida diaria (Modified Katz Index of Independence in Activities of Daily Living [ADL]). Katz S, Downs TD, Cash HR, y otros: Avances en el desarrollo del índice de ADL (Progress in the development of the index of ADL). Gerontólogo 10 (1):20–30, 1970  
- Herramientas de evaluación geriátrica modificadas (Modified Geriatric Assessment Tools), Rosen SL, Reuben DB. Mt Sinai J Med. Julio-agosto de 2011;78(4):489-97), <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/msj.20277>

Anexo A

1. Caminar o subir escaleras.
2. Lavarse, ducharse o vestirse por su propia cuenta.
3. Hacer cosas que suele hacer por su propia cuenta cada día, tal como ir al trabajo o a la escuela, lavar la ropa, preparar comidas, ir a tiendas, limpiar la casa, conducir o realizar actividades familiares y recreativas.
4. Recordar situaciones cotidianas, tal como el lugar donde dejó las cosas; situaciones recientes o planes, citas o llamadas telefónicas.
5. Mantener el equilibrio, como caerse dos o más veces, o caerse y hacerse daño.
6. No poder contener orina ni heces.
7. Ver o escuchar
8. Ninguna de las opciones anteriores.

**Por último, nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre su tratamiento para el VIH.**

**62. ¿Qué tipo de medicamento para el VIH toma actualmente?**

1. Pastillas diarias [ir a la pregunta 64]
2. Inyecciones [ir a la pregunta 67]
3. Otra cosa
4. No estoy tomando ningún medicamento [PASAR a la pregunta 70]

Si toma pastillas diarias<sup>8</sup>:

**63. En los últimos 30 días, ¿cuántos días no tomó al menos una dosis de alguno de sus medicamentos para el VIH?**

Escriba el número de días, de 0 a 30. \_\_\_\_\_

**64. En los últimos 30 días, ¿qué tan buen trabajo hizo para tomarse sus medicamentos contra el VIH de la manera indicada?**

Muy mal  Mal  Regular  Bien  Muy bien  Excelente

**65. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tomó sus medicamentos contra el VIH de la manera indicada?**

Nunca  Casi nunca  A veces  Por lo general  Casi siempre  Siempre

Si recibe inyecciones:

**66. ¿Ha faltado a alguna cita para recibir una inyección en los últimos 12 meses?**

No  Sí

---

- Encuesta modificada sobre personas mayores vulnerables (Modified The Vulnerable Elders Survey [VES-13]): una herramienta para identificar a las personas mayores vulnerables en la comunidad (A Tool for Identifying Vulnerable Elders in the Community). Saliba, S, Elliott M, Rubenstein LA, Solomon DH, entre otros, *Journal of the American Geriatric Society* 2001; 49:1691-9

<sup>8</sup> Wilson IB, Lee Y, Michaud J, Fowler FJ Jr, Rogers WH. Validación de una nueva medida de autoinforme de tres ítems para la adherencia a la medicación (Validation of a new three-item self-report measure for medication adherence). *AIDS Behav.* 2016;20(11):2700–2708. doi:10.1007/s10461-016-1406-x

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4000749/>

67. ¿Tiene algún problema con alguno de los medicamentos que toma, como pagarlos, sufrir efectos secundarios, conseguirlos en la farmacia, o tiene otras inquietudes?

No  Sí

68. Si la respuesta es Sí: ¿Le gustaría recibir ayuda al respecto?

No  Sí

69. En el último año, ¿ha visitado a sus médicos especialistas en VIH al menos una vez?<sup>9</sup>

No  Sí

70. En el último año, ¿con qué frecuencia ha faltado a alguna cita con su médico para el tratamiento del VIH?

- a. Nunca (**termina** la encuesta si se seleccionó esta opción)
- b. Casi nunca (se formulan las preguntas 72 y 73 si se seleccionan las opciones “casi nunca”, “a veces”, “a menudo” o “siempre”)
- c. A veces
- d. A menudo
- e. Siempre

71. Si seleccionó Casi nunca, A veces, A menudo, Siempre: ¿Cuáles son los motivos por los que ha faltado a sus citas médicas? Seleccione todas las opciones que considere pertinentes.

- a. Me sentía bien
- b. Me sentía mal
- c. Estaba bebiendo o consumiendo drogas
- d. No tenía un lugar donde vivir
- e. Me mudé
- f. No pude ausentarme del trabajo
- g. No tenía guardería
- h. No quería pensar en lo que es vivir con VIH
- i. El personal de la clínica o el médico no hablaban mi idioma
- j. Problemas en cuanto a la ubicación o traslado
- k. Horario de la clínica poco práctico o largos tiempos de espera
- l. No recordaba que tenía una cita *(las respuestas resaltadas aún no están en e2LA, pero se agregarán).*
- m. No tuve tiempo de hacerme los análisis antes de la cita médica
- n. No estaba en la ciudad
- o. Otro

72. Si seleccionó Casi nunca, A veces, A menudo, Siempre: ¿Le gustaría recibir ayuda para que le resulte más fácil acudir a sus citas médicas?

- No, no necesito ayuda.
- Tal vez, podría ser útil.
- Sí, me gustaría recibir ayuda. ¡

---

<sup>9</sup> Escala rápida modificada de tres ítems para medir la implicación en la atención del VIH (Modified Rapid 3-Item Scale to Measure Engagement in HIV Care). Saucedo JA, Lisha NE, Ludwig-Barron N, entre otros. El Índice Breve del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): una escala rápida de tres ítems para medir la implicación en la atención del VIH (The Brief Human Immunodeficiency Virus [HIV] Index: a rapid 3-item scale to measure engagement in HIV care). Clin Infect Dis. 2023;77(3):425-427. doi:10.1093/cid/ciad200