

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.¹
 - 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.

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

Please tell us a little about yourself:

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

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. ²

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

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

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. ³

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?³
- i. NO: (Skip to Q15)
 - ii. YES
14. If YES: Would you like help finding daycare/childcare?
- ☐ No ☐ Yes

³ 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

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 drugs⁴. 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. [If gender is cis and trans men and non-binary persons assigned male at birth] In the PAST 3 MONTHS, did you have 5 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 Q36]
- 2. Yes

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

- 33. [If gender is cis and trans women and non-binary persons assigned female at birth] 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 Q36]
 2. Yes
- 34. In the PAST 3 MONTHS, have you tried and were unable to control, cut down or stop drinking?**
1. No
 2. Yes
- 35. In the PAST 3 MONTHS, has anyone shown concern about your drinking?**
1. No
 2. Yes
- 36. In the PAST 3 MONTHS, did you use marijuana (cannabis, hash, weed)?**
1. No [If No skip to Q39]
 2. Yes
- 37. 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
- 38. In the PAST 3 MONTHS, has anyone been concerned about your use of marijuana?**
1. No
 2. Yes
- 39. In the PAST 3 MONTHS, did you use stimulants such as cocaine, crack, or methamphetamine (crystal meth)?**
1. No [If No skip to Q42]
 2. Yes
- 40. 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
- 41. In the PAST 3 MONTHS, has anyone been concerned about your use of cocaine, crack, or methamphetamine (crystal meth)?**
3. No
 4. Yes
- 42. 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 Q45]
 2. Yes

43. 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

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

1. No
2. Yes

45. 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 Q48]
2. Yes

46. 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

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

1. No
2. Yes

48. 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 Q50]
2. Yes

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

List [free text]: _____

50. 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
51. Little interest or pleasure in doing things ⁵	0	1	2	3
52. Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3
53. Feeling nervous anxiety or on edge ⁶	0	1	2	3
54. Not being able to stop or control worrying	0	1	2	3

55. 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

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

- i. No
- ii. Yes

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

- ☐ Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders
- ☐ Bipolar and related disorders
- ☐ Depressive disorders
- ☐ Anxiety disorders
- ☐ Other: _____

58. Are you currently getting any mental health treatment?

- a. No
- b. Yes

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

- a. No
- b. Yes

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

- a. No
- b. Maybe

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

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

For people >50 years old ONLY:⁷

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

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

62. In the past 12 months have you had any difficulty with⁷:

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.

63. 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)⁸:

64. 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. _____

65. 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

⁷ - 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

⁸ 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/>

66. 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:

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

☐ No ☐ Yes

68. 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

69. If YES: Would you like help with this?

☐ No ☐ Yes

70. In the last year, have you seen your HIV doctors at least once?⁹

☐ No ☐ Yes

71. 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

72. 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. I felt good
- b. I felt sick
- c. I could not take time off from work
- d. I did not have childcare
- e. I did not remember I had an appointment
- f. I did not have time to do my labs before the appointment
- g. I was drinking or using drugs
- h. I did not have a place to live
- i. I had moved
- j. I did not want to think about living with HIV
- k. The clinic or doctor did not speak my language
- l. I had transportation issues
- m. The clinic has long waiting times
- n. The clinic hours do not work for my schedule
- o. I was out of town
- p. Other

Appendix A

73. 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

Antecedentes/Introducción a este documento para uso interno

- El objetivo de la evaluación del MCC es:
 - Identificar y evaluar los puntos fuertes, las necesidades y los recursos médicos, físicos, psicosociales, medioambientales y económicos de un paciente.⁹
 - Ayudar al equipo del MCC a abordar las necesidades sociales relacionadas con la salud identificadas por el paciente mediante derivaciones a recursos comunitarios y servicios de apoyo multidisciplinarios.
 - Calcular la agudeza para ayudar a priorizar al paciente y evaluar el programa.

⁹ Estándares del MCC del COH - <https://hiv.lacounty.gov/service-standards/>

Cuéntenos un poco sobre usted:

1. **Nombre**
2. **Apellido**
3. **¿Cómo prefiere que lo/la llamen?**

Nombre: _____

4. **¿Cuáles son sus pronombres?**

☐ Él/Lo/ Su ☐ Ella /La/Su ☐ Elle/Le/ Su ☐ Otro: _____

5. **¿Cuál es su fecha de nacimiento? XX/XX/XXXX**

Ahora nos gustaría preguntarle qué tan fácil o difícil le ha resultado comprender información sobre el VIH o cualquier otra información médica.¹⁰

1. **¿Con qué frecuencia necesita que alguien le ayude a leer materiales del hospital o del centro de salud?**
 - f. Siempre
 - g. Frecuentemente
 - h. A veces
 - i. Ocasionalmente
 - j. Nunca
2. **¿Con qué frecuencia tiene dificultades para aprender sobre su afección médica o entenderla porque la información escrita es difícil de comprender?**
 - f. Siempre
 - g. Frecuentemente
 - h. A veces
 - i. Ocasionalmente
 - j. Nunca
3. **¿Con qué frecuencia tiene dificultades para comprender lo que le explican sobre su afección médica?**
 - f. Siempre
 - g. Frecuentemente
 - h. A veces
 - i. Ocasionalmente
 - j. Nunca

¹⁰ Preguntas 1 a 4 – Cuestionario breve de detección

4. **¿Qué tan seguro se siente al completar formularios médicos por su cuenta?**
- f. Nada en absoluto
 - g. Poco seguro
 - h. Algo seguro
 - i. Bastante seguro
 - j. Muy seguro
5. **¿Cuándo le diagnosticaron VIH por primera vez? mm/dd/año**
6. **¿Cuál es el objetivo del tratamiento del VIH respecto al recuento de CD4: aumentarlo o disminuirlo?**
- i. Aumentar
 - ii. Disminuir
 - iii. No sé
7. **¿Cuál es el objetivo del tratamiento del VIH respecto a la carga viral: aumentarla o disminuirla?**
- i. Aumentar
 - ii. Disminuir
 - iii. No sé
8. **¿Le gustaría recibir más información sobre el recuento de CD4, la carga viral o el VIH?**
- i. No
 - ii. Sí
 - iii. Tal vez

Queremos asegurarnos de que conozca los recursos comunitarios disponibles para usted. Muchos de estos recursos son gratuitos o de bajo costo. Por favor, responda las siguientes preguntas para que podamos comprender mejor sus necesidades actuales. ¹¹

9. **¿Tiene título de educación secundaria?**
- i. Sí (Ir a la pregunta 11)
 - ii. No
10. **Si la respuesta es NO, ¿le gustaría recibir ayuda para obtener un diploma de Educación General para Adultos (GED, por sus siglas en inglés)?**
- ☐ No ☐ Sí
11. **¿Tiene empleo o una fuente de ingresos estable cada mes?**
- i. Sí (Ir a la pregunta 13)
 - ii. No
12. **Si la respuesta es NO, ¿le gustaría recibir ayuda para encontrar empleo, capacitación laboral o programas de asistencia económica para los cuales pueda ser apto?**
- ☐ No ☐ Sí

¹¹ Modificado de WE CARE

13. Si tiene hijos, ¿necesita cuidado diurno o guardería?³

- i. No (Ir a la pregunta 15)
- ii. Sí

14. Si la respuesta es SÍ, ¿le gustaría recibir ayuda para encontrar cuidado diurno o guardería?

☐ No ☐ Sí

15. ¿Cuál es su situación habitacional actual?

- i. Tengo un lugar estable para vivir
- ii. Tengo dónde vivir *hoy*, pero me preocupa perderlo en el futuro (Ir a la pregunta 16)
- iii. No tengo un lugar estable para vivir (estoy quedándome temporalmente con otras personas, en un hotel, refugio, viviendo en la calle, en la playa, en un auto, edificio abandonado, estación de tren o de ómnibus, o en un parque) (Ir a la pregunta 17)
- iv. Prefiero no responder esta pregunta

16. Si le preocupa perder su vivienda: ¿Le gustaría recibir ayuda para encontrar un lugar estable donde vivir?

- 1. No
- 2. Sí

17. Si no tiene vivienda estable: ¿Le gustaría recibir ayuda para encontrar vivienda?

- 1. No
- 2. Sí

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

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

19. Si la respuesta es SÍ, ¿le gustaría recibir ayuda para pagar las facturas de servicios públicos?

☐ No ☐ Sí

20. ¿Siempre tiene suficiente comida?

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

21. Si la respuesta es NO, ¿le gustaría recibir ayuda para obtener suficiente comida?

☐ No ☐ Sí

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

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

23. Si la respuesta es Sí, ¿le gustaría recibir ayuda para el transporte a sus citas médicas?

☐ No ☐ Sí

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

- i. Sí
- ii. No

25. ¿Le gustaría recibir ayuda con algún asunto legal?

☐ No ☐ Sí

A continuación, nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre su salud sexual y sus experiencias para asegurarnos de que tenga acceso a las opciones disponibles para usted.

26. En los últimos 6 meses, ¿ha tenido sexo anal, oral o vaginal con más de una persona?

- d. No [Ir a la pregunta 28]
- e. Sí
- f. Prefiero no responder

27. En los últimos 6 meses, ¿ha tenido relaciones sexuales a cambio de cosas como dinero, drogas, comida, alojamiento, transporte u otras necesidades?

- a. No
- b. Sí
- c. Prefiero no responder

28. ¿Le gustaría recibir más información sobre las opciones disponibles en materia de salud sexual?

- a. No
- b. Tal vez
- c. Sí

Ahora nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre el consumo de tabaco, alcohol o drogas¹². Sabemos que estas preguntas pueden resultar incómodas para algunas personas, pero le pedimos que las responda con la mayor honestidad posible.

29. En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿fumó cigarrillos con tabaco?

- 1. No [Si la respuesta es No, ir a la pregunta 32]
- 2. Sí

30. ¿Suele fumar más de 10 cigarrillos por día?

- 3. No
- 4. Sí

31. ¿Suele fumar dentro de los 30 minutos después de despertarse?

- 5. No
- 6. Sí

¹² ASSIST-Lite. https://www.health.wa.gov.au/~/_media/Corp/Documents/Health-for/Walk-With-Me/2-ASSIST-Lite-Clinical-Form.PDF

- 32.** [Si su identidad de género es hombre cis o trans, o persona no binaria asignada hombre al nacer] **En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿consumió 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día? (Una bebida estándar equivale aproximadamente a una copa pequeña de vino (150 ml), una cerveza (355 ml) o un trago de licor).**
3. No [Si la respuesta es No, ir a la pregunta 36]
 4. Sí
- 33.** [Si su identidad de género es mujer cis o trans, o persona no binaria asignada mujer al nacer] **En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿consumió 4 o más bebidas alcohólicas en un solo día? (Una bebida estándar equivale aproximadamente a una copa pequeña de vino (150 ml), una cerveza (355 ml) o un trago de licor).**
3. No [Si la respuesta es No, ir a la pregunta 36]
 4. Sí
- 34.** **En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿intentó reducir o dejar de beber alcohol y no pudo lograrlo?**
3. No
 4. Sí
- 35.** **En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿alguien expresó preocupación por su consumo de alcohol?**
3. No
 4. Sí
- 36.** **En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿consumió marihuana (cannabis, hachís, hierba)?**
1. No [Si la respuesta es No, ir a la pregunta 39]
 2. Sí
- 37.** **En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿tuvo un fuerte deseo o impulso de consumir marihuana al menos una vez por semana o con más frecuencia?**
3. No
 4. Sí
- 38.** **En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿alguien expresó preocupación por su consumo de marihuana?**
3. No
 4. Sí
- 39.** **En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿usó estimulantes como cocaína, crack o metanfetamina (cristal)?**
1. No [Si la respuesta es No, ir a la pregunta 42]
 2. Sí
- 40.** **En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿consumió cocaína, crack o metanfetamina (cristal) al menos una vez por semana o con más frecuencia?**
5. No
 6. Sí
- 41.** **En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿alguien expresó preocupación por su consumo de cocaína, crack o metanfetamina (cristal)?**
7. No
 8. Sí

42. En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿consumió opioides callejeros (heroína) o medicamentos que contienen opioides (fentanilo, Percocet o Vicodin) sin receta médica o no siguiendo las indicaciones?

1. No [Si la respuesta es No, ir a la pregunta 45]
2. Sí

43. En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿intentó reducir o dejar de consumir opioides (heroína, fentanilo, Percocet o Vicodin) y no pudo lograrlo?

3. No
4. Sí

44. En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿alguien expresó preocupación por su consumo de opioides?

3. No
4. Sí

45. En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿usó algún medicamento para la ansiedad o para dormir (como Xanax, Ativan o Klonopin) que no le fue recetado o que no usó según lo recetado?

1. No [Si la respuesta es No, ir a la pregunta 48]
2. Sí

46. En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿tuvo un fuerte deseo o impulso de usar un sedante o medicamento para dormir al menos una vez por semana o con mayor frecuencia?

3. No
4. Sí

47. En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿alguien expresó preocupación por su uso de medicamentos para la ansiedad o para dormir?

3. No
4. Sí

48. En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿usó alguna otra droga ilegal o recreativa (como éxtasis/molly, GHB, popper, LSD, hongos, ketamina, sales de baño, marihuana sintética ["spice"], "whip-its", xilazina/"tranq", etc.)?

1. No [Si la respuesta es No, ir a la pregunta 50]
2. Sí

49. En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿cuáles fueron las otras drogas que usó?

Lista [respuesta libre]: _____

50. ¿Le gustaría recibir ayuda para reducir o dejar el consumo de drogas o alcohol?

- ☐ No
- ☐ Tal vez
- ☐ Sí
- ☐ No corresponde

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

¿Con qué frecuencia se ha sentido molesto por lo siguiente? Spanish	Nada en absoluto	Algunos días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
51. Poco interés o placer en hacer cosas ¹³	0	1	2	3
52. Sentirse decaído, deprimido o sin esperanzas	0	1	2	3
53. Sentirse nervioso, ansioso o al límite ¹⁴	0	1	2	3
54. No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación	0	1	2	3

55. ¿Está teniendo problemas en áreas importantes de su vida, como la escuela, el trabajo, las relaciones o la vivienda, debido a cómo se siente o por su salud mental?

- c. No
- d. Sí

56. ¿Alguna vez le han diagnosticado una afección de salud mental?

- i. No
- ii. Sí

57. Si respondió que sí, indíquenos qué afecciones le han diagnosticado (marque todas las que correspondan):

- ☐ Trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- ☐ Trastornos bipolares y relacionados
- ☐ Trastornos depresivos
- ☐ Trastornos de ansiedad
- ☐ Otro: _____

58. ¿Está recibiendo actualmente algún tratamiento de salud mental?

- c. No
- d. Sí

59. ¿Está tomando actualmente, o ha tomado alguna vez, medicamentos recetados para la salud mental?

- c. No
- d. Sí

60. ¿Está interesado en hablar con alguien sobre su salud mental?

- c. No
- d. Tal vez
- e. Sí

¹³ Evaluación de depresión (PHQ-2) – resultado positivo si el puntaje es ≥ 2 en los ítems 1 o 2

¹⁴ Evaluación de ansiedad (GAD-2) – resultado positivo si el puntaje es ≥ 2 en los ítems 3 o 4

Solo para personas mayores de 50 años:

61. ¿Con qué frecuencia se siente solo o aislado de quienes lo rodean?

- 6. Nunca
- 7. Rara vez
- 8. A veces
- 9. Frecuentemente
- 10. Siempre

62. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido dificultades con alguno de los siguientes¹⁵?

- 9. Caminar o subir escaleras.
- 10. Lavarse, ducharse o vestirse.
- 11. Realizar las actividades cotidianas que normalmente hace por sí mismo, como ir a trabajar o a la escuela, lavar la ropa, preparar comidas, ir a la tienda, limpiar la casa, conducir, o participar en actividades familiares o recreativas.
- 12. Recordar cosas del día a día, como dónde dejó algo, recordar eventos recientes o recordar planes, citas o llamadas telefónicas.
- 13. Mantener el equilibrio, como caerse dos veces o más, o caerse y lastimarse.
- 14. Tener pérdidas de orina o heces.
- 15. Tener problemas de visión o audición.

Por último, nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre su atención médica relacionada con el VIH.

63. ¿Qué tipo de medicamento para el VIH utiliza actualmente?

- 5. Píldoras diarias [ir a la pregunta 64]
- 6. Inyecciones [ir a la pregunta 67]
- 7. Otra opción
- 8. Actualmente no estoy tomando medicamentos [Ir a la pregunta 70]

Si toma píldoras diarias¹⁶:

64. En los últimos 30 días, ¿cuántos días dejó de tomar al menos una dosis de cualquiera de sus medicamentos para el VIH?

Escriba el número de días (de 0 a 30) _____

65. En los últimos 30 días, ¿qué tan bien cumplió con la toma de sus medicamentos para el VIH según las indicaciones?

☐ Muy mal ☐ Mal ☐ Regular ☐ Bien ☐ Muy bien ☐ Excelente

66. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tomó sus medicamentos para el VIH según las indicaciones?

☐ Nunca ☐ Rara vez ☐ A veces ☐ Usualmente ☐ Casi siempre ☐ Siempre

¹⁵ Adaptado de: Sona – se requiere esta referencia para estos elementos

¹⁶ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4000749/>

Si recibe inyecciones:

67. ¿Ha faltado a alguna cita para recibir sus inyecciones en los últimos 12 meses?

☐ No ☐ Sí

68. ¿Tiene algún problema con los medicamentos que toma, como dificultad para pagarlos, efectos secundarios, problemas para conseguirlos en la farmacia u otras inquietudes?

☐ No ☐ Sí

69. Si respondió Sí, ¿le gustaría recibir ayuda con esto?

☐ No ☐ Sí

70. En el último año, ¿ha visto al menos una vez a su médico especialista en VIH?

☐ No ☐ Sí

71. En el último año, ¿con qué frecuencia ha faltado a alguna cita médica relacionada con su atención del VIH?

- f. Nunca (si selecciona esta opción **se da** por finalizado el cuestionario)
- g. Rara vez (si selecciona rara vez, a veces, frecuentemente o siempre, responda las preguntas 72 y 73)
- h. A veces
- i. Frecuentemente
- j. Siempre

72. Si respondió Rara vez, A veces, Frecuentemente o Siempre, ¿cuáles son algunas de las razones por las que ha faltado a sus citas? Marque todas las que correspondan:

- q. Me sentía bien
- r. Me sentía mal
- s. No podía ausentarme del trabajo
- t. No tenía quién cuidara a mis hijos
- u. No recordaba que tenía una cita
- v. No me hice los análisis antes de la cita
- w. Estaba consumiendo alcohol o drogas
- x. No tenía un lugar donde vivir
- y. Me había mudado
- z. No quería pensar en vivir con VIH
- aa. En la clínica o el médico no hablan mi idioma
- bb. Tuve problemas de transporte
- cc. La clínica tiene tiempos de espera muy largos
- dd. El horario de la clínica no se ajusta a mi disponibilidad
- ee. Estaba fuera de la ciudad
- ff. Otros

73. Si respondió Rara vez, A veces, Frecuentemente o Siempre, ¿le gustaría recibir ayuda para que le resulte más fácil asistir a sus citas médicas?

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

⁹ 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