

Anexo. Cuestionario auto-referido utilizado para la recogida de datos.

SEISIDA (Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA) en colaboración con la Fundación Lluita contra la SIDA están llevando a cabo una investigación para conocer como es tu **calidad de vida y bienestar emocional**. Es por ello que pedimos tu colaboración.

A continuación te presentamos un cuestionario cuyas preguntas no tienen respuestas correctas ni incorrectas. Lo que nos interesa aquí es tu opinión, por lo tanto, te pedimos que seas sincero/a a la hora de responder al mismo. Procura responder a todas las preguntas que se te presentan. Este cuestionario es **anónimo y confidencial**, los resultados se utilizarán únicamente con fines de investigación y para tratar de conocer y mejorar la situación de las personas con VIH.

SOBRE TI

Sexo:

Hombre

Mujer

Transgénero

Raza:

Caucásica/Europea

Hispana/Latinoamericana

Asiática/Oriental

Negra

Otra/Desconocida

Edad: _____

País de residencia:

España

Otro: _____

Nivel de estudios:

Sin estudios

Primarios (EGB, Graduado Escolar)

Secundarios (FP II, BUP/COU, ESO,
Bachiller)

Superiores (Diplomatura,
Licenciatura)

Otros: _____

Estado civil:

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| Casado/a o en pareja | <input type="checkbox"/> |
| Divorciado/a o separado/a | <input type="checkbox"/> |
| Soltero/a | <input type="checkbox"/> |
| Viudo/a | <input type="checkbox"/> |

Orientación sexual:

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| Heterosexual | <input type="checkbox"/> |
| Homosexual | <input type="checkbox"/> |
| Bisexual | <input type="checkbox"/> |
| Prefiero no contestar | <input type="checkbox"/> |

¿En qué año recibiste el diagnóstico de VIH?: _____

¿Conoces cuál fue tu vía de trasmisión?

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Por relación sexual desprotegida | <input type="checkbox"/> |
| Por trasfusión | <input type="checkbox"/> |
| Por compartir material de inyección | <input type="checkbox"/> |
| No lo sé | <input type="checkbox"/> |

¿Cuál es tu nivel actual de...

- a. CD4: _____
No lo sé: _____
- b. Carga viral: _____
No lo sé: _____

Eres miembro activo (voluntario/a, miembro de la junta directiva...) de alguna asociación que trabaja en el ámbito del VIH?

- | | |
|----|--------------------------|
| Si | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> |

¿Recibes atención (psicológica, grupos...) de alguna asociación que trabaja en el ámbito del VIH?

- | | |
|----|--------------------------|
| Si | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> |

ESTADO COGNITIVO

Pensando en el último mes, marca con una X, la opción que mejor te defina:

¿Crees que has perdido memoria, capacidad para concentrarte, o para planificarte?

SÍ

NO

Sólo en el caso de que hayas apreciado cambios,

a) ¿Crees que han interferido en tu funcionamiento diario o en tu trabajo?

SÍ

NO

b) ¿En qué áreas lo has notado más? (puedes indicar más de una opción)

- Concentración
- Capacidad para pensar
- Memoria
- Aprendizaje
- Planificación
- Lenguaje y comunicación
- Uso de las manos

- Otras: _____

CALIDAD DE VIDA

Pensando en las dos últimas semanas, marca con una X la respuesta que consideres más adecuada en tu caso:

¿Cómo definirías tu salud física?

Realmente mala

Más bien mala

Más bien buena

Realmente buena

¿Cómo definirías tu salud psicológica o emocional?

- Realmente mala
Más bien mala
Más bien buena
Realmente buena

¿Cómo definirías tu vida social?

- Realmente mala
Más bien mala
Más bien buena
Realmente buena

¿Cómo definirías tu calidad de vida en general?

- Realmente mala
Más bien mala
Más bien buena
Realmente buena

ESTADO EMOCIONAL

Para contestar a las siguientes preguntas, escoge una de las alternativas que se presentan a continuación.
Por favor, marca con una cruz una sola casilla por pregunta.

¿Has sido capaz de concentrarte en lo que estás haciendo?

- Mucho menos de lo habitual
Menos de lo habitual
Igual que siempre
Mejor que lo habitual

¿Tus preocupaciones te han hecho perder mucho sueño?

- Mucho mas de lo habitual
Bastante más que lo habitual
No más que lo habitual
No, en absoluto

¿Has sentido que estás desempeñando un papel útil en la vida?

Mucho menos útil que lo habitual	<input type="checkbox"/>
Menos útil que lo habitual	<input type="checkbox"/>
Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/>
Mas útil que lo habitual	<input type="checkbox"/>

¿Te has sentido capaz de tomar decisiones sobre las cosas?

Mucho menos capaz de lo habitual	<input type="checkbox"/>
Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/>
Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/>
Mas que lo habitual	<input type="checkbox"/>

¿Te has sentido constantemente en tensión?

Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/>
Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/>
No más que lo habitual	<input type="checkbox"/>
No, en absoluto	<input type="checkbox"/>

¿Has tenido la sensación de que no podías superar tus dificultades?

Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/>
Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/>
No más que lo habitual	<input type="checkbox"/>
No, en absoluto	<input type="checkbox"/>

¿Has sido capaz de disfrutar de tus actividades normales de cada día?

Mucho menos capaz de lo habitual	<input type="checkbox"/>
Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/>
Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/>
Más que lo habitual	<input type="checkbox"/>

¿Has sido capaz de enfrentarte adecuadamente a tus problemas?

Mucho menos capaz de
lo habitual
Menos que lo habitual
Igual que lo habitual
Más que lo habitual

¿Te has sentido poco feliz y deprimido?

Mucho más que lo
habitual
Bastante más que lo
habitual
No más que lo habitual
No, en absoluto

¿Has perdido confianza en ti mismo?

Mucho más que lo
habitual
Bastante más que lo
habitual
No más que lo habitual
No, en absoluto

¿Has pensado que no vales para nada?

Mucho más que lo
habitual
Bastante más que lo
habitual
No más que lo habitual
No, en absoluto

¿Te sientes razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

Mucho más que lo
habitual
Bastante más que lo
habitual
No más que lo habitual
No, en absoluto

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

- Nunca he tomado tratamiento antirretroviral: _____
- Alguna vez he tomado tratamiento antirretroviral pero no en estos momentos: _____
- Si en la actualidad estas tomando tratamiento, marca con una cruz, la casilla correspondiente a dicho tratamiento:

Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido/nucleótido:



Videx



Ziagen



Viread



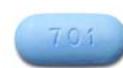
Emtriva



Epivir



Zerit



Truvada



Kivexa



Trizivir



Combivir

Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido/nucleótido:



Viramune



Sustiva



Intelence



Atripla

Inhibidores de la proteasa:



Norvir



Invirase



Kaletra



Prezista



Telzir



Reyataz



Aptivus

Inhibidores de la fusión:



___ Fuzeon

Inhibidores del receptor CCR5:



___ Celsentri

Inhibidores de la integrasa:



___ Isentress

- ¿Cuántas pastillas en total debes tomar cada día para el tratamiento de tu infección por VIH? _____
- En la última semana, por los motivos que sea, ¿cuántas pastillas no te has podido tomar? _____
- En el último mes, por los motivos que sea, ¿cuántas pastillas no te has podido tomar? _____
- Si en algún momento no te has tomado el tratamiento, señala con una cruz la opción más adecuada:
 - He dejado de tomar todo el tratamiento: _____
 - He dejado de tomar algunos fármacos: _____. Indicar el nombre: _____
- ¿Cuál es el nivel de satisfacción con el tratamiento que estás tomando?

NINGUNO 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 TOTALMENTE