

ACTG BASELINE PSYCHOSOCIAL ASSESSMENT

NIAID ADULT AIDS CLINICAL TRIALS GROUP

Patient Number Date of Patient Visit
mmm dd yyyy

Protocol Number Institution Code

Form Week * Seq. No. **Step No. Key Operator Code

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

Sus respuestas serán utilizadas para planear maneras como se puede ayudar a las personas que tienen que tomar píldoras (tabletas) siguiendo un horario difícil. Por favor, haga el esfuerzo de contestar todas las preguntas. Si usted no desea contestar una pregunta, por favor trace una línea sobre dicha pregunta. Si usted no sabe cómo contestar una determinada pregunta, pídale ayuda a la enfermera encargada del estudio. Muchas gracias por su ayuda en este importante estudio.

INSTRUCCIONES: Por favor conteste las preguntas que siguen. Escriba un "✓" en la casilla apropiada.
Por favor, marque una casilla en cada pregunta.

A. ¿Qué tan seguro esta usted de que: *(Marque una casilla)*

	Nada seguro	Un poco seguro	Muy seguro	Completamente seguro	
	0	1	2	3	
1. usted podrá tomarse todos o la mayor parte de sus medicamentos anti VIH en la forma indicada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. los medicamentos anti VIH tendrán un efecto positivo en su salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. si usted no se toma los medicamentos anti VIH exactamente en la forma indicada, el VIH en su cuerpo se volverá resistente a los medicamentos anti VIH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Las preguntas que siguen se refieren a fuentes de apoyo. *(Marque una casilla)*

	Muy insatisfecho	Un poco insatisfecho	Un poco satisfecho	Muy satisfecho	
	0	1	2	3	
1. En general, ¿qué tan satisfecho está usted con el apoyo total que recibe de sus amigos y familiares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Muy poco	Un poco	Mucho	No aplicable	
	0	1	2	3	4	
2. ¿Hasta qué punto sus amigos o familiares le ayudan a acordarse de tomar sus medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ACTG BASELINE PSYCHOSOCIAL ASSESSMENT

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

C. Las preguntas que siguen se refieren a sus proveedores de atención médica relacionada con el VIH. (Médico, enfermera practicante o asistente médico que usted ve **con más frecuencia** para su cuidado médico anti VIH)

En general, ¿qué tanto...

(Marque una casilla)

	Nada	Muy poco	Un poco	Mucho	No sé	
1. ... sabe(n) su(s) proveedor(es) de cuidado médico, para atender problemas médicos complejos como el suyo?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
2. ... confía usted en que su(s)proveedor(es) de cuidado médico en aspectos relacionados con el VIH le proporciona(n) cuidado de alta calidad?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
3. ... entidende(n) su(s) proveedor(es) de cuidado médico en aspectos relacionados con el VIH, la forma como sus problemas de salud afectan su vida diaria?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
4. En general, cómo evaluaría el cuidado que usted recibe de su(s) proveedor(es) de cuidado médico en aspectos relacionados con el VIH?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>

D. Durante la **última semana**, ¿con qué frecuencia usted:

(Marque una casilla)

	Nunca/ Raramente	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre/ Siempre	
1. se sintió como si usted no pudiera salir del estado de melancolía, inclusive con la ayuda de familiares y amigos?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
2. tuvo dificultad para mantener su mente enfocada en lo que hacía?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
3. tuvo la sensación de que todo lo que hacía la costaba trabajo?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
4. tuvo dificultad para dormir?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
5. se sintió solo?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
6. se sintió triste?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
7. se sintió como si no pudiera "seguir adelante"?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>



ACTG BASELINE PSYCHOSOCIAL ASSESSMENT

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

E. Durante el mes pasado, con qué frecuencia usted:

	<i>(Marque una casilla)</i>					
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia	
1. estuvo disgustado debido a algo que sucedió inesperadamente?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
2. se sintió incapaz de controlar las cosas importantes de su vida?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
3. se sintió nervioso y "tenso"?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
4. se sintió seguro de su habilidad para manejar sus problemas personales?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
5. tuvo la impresión de que las cosas le resultaban como usted quería?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
6. encontró que no podía salir adelante con todas las cosas que tenía que hacer?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
7. ha podido controlar las molestias en su vida?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
8. tuvo la impresión de que podía controlar todas las cosas?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
9. ha estado disgustado por cosas que sucedieron que estaban fuera de su control?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
10. tuvo la sensación de que los problemas se estaban apilando tanto que usted no podía solucionarlos?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>

F. ¿Está usted actualmente tomando medicamentos o siendo tratado (por ejemplo, bajo el cuidado de un psicólogo o de un consejero) por depresión u otros problemas de salud mental?

Sí No
1 2

Language:
 Spanish

