

Formulario de Consentimiento Informado – Penn State University

Coalición Nacional Trabajando Positivo (NWPC) Cuestionario del 2008 acerca del Desarrollo Vocacional y el Empleo

¿Cuál es el propósito de este estudio? El propósito de este estudio es aprender más acerca de las necesidades educacionales, de empleo, desarrollo y salud para personas con VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). Los resultados serán utilizados para mejorar el acceso a las oportunidades para los individuos con VIH.

¿Qué me pedirán que haga? Se le pedirá completar una encuesta en papel y lápiz .

¿Hay algún riesgo para mí? No hay ningún riesgo conocido en responder a este cuestionario. Usted puede saltarse cualquier pregunta que usted prefiere no responder.

¿Cuáles son los beneficios? Usted puede compartir sus ideas para comprender mejor los desafíos del empleo y la formación y las necesidades de empleo de las personas con VIH. Las ideas que ofrece ayudarán a otros con VIH. También recibirá información sobre recursos de empleo.

¿Cuánto tiempo me tomará? El tiempo para completar la encuesta puede variar y tarda unos 15 a 30 minutos en completarse.

¿A quién puedo contactar si tengo preguntas sobre el estudio? ¿Por favor, póngase en contacto con la Dra. Liza Conyers, Ph.D. al 302 CEDAR Building, Penn State University, University Park, PA 16802, (814) 863-6115 o lmc11@psu.edu con cualquier pregunta, queja o preocupación acerca del estudio. También puede llamar a este número si usted siente que se haya sido perjudicado por este estudio. Si tiene alguna pregunta acerca de sus derechos como participante del estudio, por favor llame a la Oficina de Protección de Estudios de Penn State (Office for Research Protections) al (814) 865-1775.

¿Se mantendrá mi información privada y confidencial? Sí. El cuestionario no le pide ningún dato que le identifique. Los datos serán guardados en una base de datos codificada y segura. Sólo los investigadores aprobados para este proyecto tendrán acceso a los datos. La Oficina de Protección de Estudios de Penn State, La Junta de Revisión Institucional de Ciencias Sociales (Social Science Institutional Review Board) y la Oficina de Protección de Recursos Humanos en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (Office for Human Research Protections in the Department of Health and Human Services) pueden revisar los documentos relacionados con este estudio científico. En el caso de que se haga una publicación o presentación como resultado de esta investigación, no habrá ningún dato que le identifique. Si usted toma esta encuesta con otros o en un formato de grupo, otros en el grupo podrá conocer su estado serológico respecto al VIH. Sin embargo, su identidad no será compartida con los investigadores o conectada a la encuesta de ninguna manera.

¿Puedo cambiar de opinión si yo ya no quieren participar? El cuestionario es voluntario. Usted puede retirarse en cualquier momento. Rechazar la participación o decidir salirse del estudio no afectará su acceso a ningún servicio.

¿Hay algo más que deba yo saber? Debe tener 18 años de edad o más y ser VIH positivo o tener SIDA para participar en este estudio. Al completar la encuesta está dando su consentimiento para participar. Usted puede escribir en los márgenes si necesita más espacio para transmitir sus pensamientos. Por favor mantenga este formulario para sus archivos.

This informed consent form (IRB# 24814, Doc. #6) was reviewed and approved by The Pennsylvania State University Social Science Institutional Review Board (IRB) on 1/29/2009 It will expire on 1/20/2010. (JKG)

PWN Cuestionario acerca del Desarrollo Vocacional y el Empleo: Trabajando

1. ¿Trabaja en la actualidad?

- Sí No: **Pregunte por la otra encuesta**

2. ¿Ha completado antes el Cuestionario sobre el VIH y el Desarrollo Vocacional del 2008?

- Sí: **Pare y devuelva el cuestionario** No

3. ¿Cuál le corresponde?

- Soy VIH Positivo Tengo SIDA No tengo VIH/SIDA: **Devuelve el cuestionario**

4. ¿A qué edad descubrió que era VIH positivo? _____

5. Descripción de síntomas/salud en aquel tiempo:(Marque todo lo aplicable)

- ningún síntoma síntomas leves moderados severos SIDA

6. ¿Estaba empleado cuando inicialmente descubrió que tenía el VIH?

- Sí No No sé

7. ¿Recibió algún servicio de programas u organizaciones de VIH?

- Sí: _____ No

8. ¿Cuál es su género?

- Hombre Transgénero hombre a mujer
 Mujer Transgénero mujer a hombre

9. ¿Cuál es su edad? _____

10. ¿Es Latino, Hispano o Español?

- no, no Latino/Hispano/Español sí, Mexicano, Mexicano-Americano, Chicano
 sí, de Puerto Rico sí, otro Latino/Hispano/Español: _____
 sí, Cubano, Cubano Americano

11. ¿Cuál es su raza? (Marque una sola categoría)

- Negro, Latino/Hispano Indio-Americano o de Alaska
 Negro, Afro- Americano Nativo Americano
 Negro, West Indian, Caribe Nativo de Hawaii u otro Isleño del Pacífico
 Negro, Africano Asiático: _____
 Blanco, Europeo-Americano, no Latino Multiracial: _____
 Blanco, Latino/Hispano Otra: _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual?

- Heterosexual Gay/Lesbiana Bisexual Otro: _____

13. ¿Cuál es el último nivel de escuela que completó? (Seleccione sólo uno)

- menos de HS/secundaria escuela técnica 4-años de universidad, grad.
 algo de HS/secundaria algo de universidad/college post-grad.
 graduado de HS/GED 2-años de universidad, grad.

14. ¿Cuántos niños tiene? _____

15. ¿Es usted un----- de los Estados Unidos (EEUU)?

- Ciudadano Residente permanente Otro

16. ¿Cuál es el total aproximado de ingresos (ingresos compartidos) en su hogar?

- 0-10,000 30,001-35,000 55,001-65,000
 10,001-15,000 35,001-40,000 65,001-75,000
 15,001-20,000 40,001-45,000 75,001-99,999
 20,001-25,000 45,001-50,000 100,000-200,000
 25,001-30,000 50,001-55,000 mas de 200,000

17. ¿Cuántas personas viven en su hogar bajo ese salario? _____

18. En escala de 1 (No puedo pagar) a 7 (No tengo ningún problema pagando) ¿cómo es usted capaz de pagar sus facturas mensuales?

- 1 2 3 4 5 6 7

19. En general, ¿diría que su salud es:

- Excelente Muy buena Buena Pasable Mala

20. ¿Qué seguro de salud tiene actualmente? (Marque todo lo aplicable)

- No tengo seguro Medicaid Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP)
 Plan privado Admin. de Veteranos (VA)
 Medicare Otra: _____

21. ¿Cuántos medicamentos está tomando actualmente para el VIH o los síntomas relacionados al VIH?

- Ninguno **Pasar a** 1-2 3-4 5-6 7 o más

#23

22. En una escala del 0 (jamás o 0%) al 10 (siempre o 100%), ¿cuántas dosis de la medicina del VIH ha podido tomar como le fueron prescritas?

Jamás:0%.....>.....>.....>.....100%: Siempre

Escriba un número del 0% al 100%: _____

23. ¿Cómo calificaría su calidad de vida en las últimas 4 semanas? Es decir, ¿cómo han ido las cosas? (marque una sola respuesta)

- Muy bien: no podían haber ido mejor
- Bastante bien
- Cosas buenas y cosas malas, un poco de todo
- Bastante mal
- Muy mal: no podían haber ido peor

24. ¿Sobre cuál de los siguientes sabe? (Marque todo lo aplicable)

- Rehabilitación Vocacional Estatal
- Ley para Americanos con Discapacidad -ADA
- Ley Fed. del Permiso de Ausencia Médica y Familiar -FMLA
- Período de Prueba de Trabajo
- Boleto para Trabajar
- Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Medico -HIPAA
- Medicare a largo plazo
- Arreglos Razonables
- Ninguno de los mencionados arriba
- Ley Inversión en la Fuerza Laboral -WIA
- Centros Integrados de Carrera
- Tribus de Rehabilitación Vocacional

25. ¿En qué estado de los EEUU vive? _____

26. Desde que fue diagnosticado con el VIH/SIDA, ¿qué servicios ha recibido en el pasado, está recibiendo actualmente, o jamás recibió? (Marque todo lo aplicable)

	Recibí en el Pasado	Recibo Actualmente	Jamás Recibí
Atención médica continua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consejería sobre los beneficios del Seguro Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicios de manejo de caso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicios para ayudar a mantener un trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consejería para problemas personales o problemas siquiátricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento para el uso de drogas o alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicios de Centros Integrados de Carrera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicios estatales de rehabilitación vocacional (como OVR, VESID, Departamento de Rehabilitación Vocacional, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. ¿Cuál es la razón/razones para que no haya usado servicios de rehabilitación vocacional? (Marque todo lo aplicable)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> N/A - He usado rehabilitación vocacional | <input type="checkbox"/> Puedo encontrar entrenamiento y empleos sin ayuda |
| <input type="checkbox"/> He aplicado, pero no soy eligible | <input type="checkbox"/> Prefiero recibir servicios de organizaciones del SIDA |
| <input type="checkbox"/> No quiero trabajar en este momento | <input type="checkbox"/> He oído relatos negativos sobre la rehab. vocacional |
| <input type="checkbox"/> No creo que yo califique | <input type="checkbox"/> No quiero revelar mi estado VIH a un extraño |
| <input type="checkbox"/> No sé cuáles servicios proveen | <input type="checkbox"/> Me preocupa pensar que me vayan a discriminar |
| <input type="checkbox"/> No están disponibles cerca de donde vivo | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

28. En una escala del 1 (no está satisfecho) a 6 (muy satisfecho), ¿Qué tan satisfecho estuvo con los servicios estatales de rehabilitación vocacional?

- 1 2 3 4 5

Por favor, comente sobre su experiencia:

29. Si fuera a ver a un consejero vocacional, ¿sería importante que el consejero? (Marque todo lo aplicable)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sea de la misma raza/etnicidad | <input type="checkbox"/> Sea gay o lesbiana | <input type="checkbox"/> Hable mi idioma preferido |
| <input type="checkbox"/> Sea del mismo género | <input type="checkbox"/> Sepa sobre el VIH | <input type="checkbox"/> No tenga preferencia |
| <input type="checkbox"/> Sea VIH positivo | <input type="checkbox"/> No revele mi estado de VIH | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

30. Los consejeros de servicios vocacional pueden ayudarme a encontrar un trabajo que no causaría que pierda todos mis beneficios de discapacidad.

- Verdadero Falso No sé

31. ¿Qué beneficios de ingresos recibió en el pasado, está recibiendo actualmente o jamás recibió? (Marque todo lo aplicable)

	Recibí en el Pasado	Recibo Actualmente	Jamás Recibí
Ingreso Suplementario de Ingresos (SSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguro Social de Discapacidad (SSDI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discapacidad estatal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discapacidad privada, largo-plazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subsidio de vivienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TANF/asistencia médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. ¿Cuántas agencias ofrecen servicios de empleo para personas con VIH/SIDA cerca de donde vive?

- ninguna 1 2 3 4 5 o más

33. ¿Cuántos trabajos tiene actualmente? _____

34. ¿Cuál es su situación laboral?

- A tiempo completo A tiempo parcial Otro: _____

35. Generalmente ¿cuántas horas trabaja cada semana? _____

36. ¿Qué tipo de trabajo tiene en la actualidad?

- Empleado/a por hora Empleado/a con estipendio
 Empleado/a con sueldo Empleado/a por cuenta propia

37. Su trabajo principal, ¿es temporal o permanente?

- Temporal Permanente

38. ¿Para qué tipo de compañía/agencia trabaja?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Arte, entretenimiento y medios | <input type="radio"/> Construcción y Extracción | <input type="radio"/> Gestión de Ocupaciones |
| <input type="radio"/> Mantenimiento | <input type="radio"/> Salud | <input type="radio"/> Militar específicas |
| <input type="radio"/> Economía y finac. | <input type="radio"/> Instalación y Mantenimiento | <input type="radio"/> Oficina Administrativa |
| <input type="radio"/> Informática y Matemáticas | <input type="radio"/> Ocupaciones Legales | <input type="radio"/> El cuidado personal y servicio |
| <input type="radio"/> Servicios Comunitarios y Sociales | <input type="radio"/> La agricultura, Pesca y Forestación | <input type="radio"/> Las ventas y las ocupaciones afines |
| <input type="radio"/> Educación, Formación y Biblioteca | <input type="radio"/> La prep. o servicios de alimentos | <input type="radio"/> Transportes y Mudanzas |

39. ¿Cuál es su título oficial?

40. En este trabajo, es empleado/a de...

- el gobierno federal empleado por cuenta propia otro: _____
 el estado un negocio de familia/granja
 una compañía privada una org. sin fines de lucro

41. ¿Cuánto es su sueldo antes de los impuestos? (Marque sólo uno)

- Por hora: _____ Mensual: _____
 Semanal: _____ Anual: _____

50. Marque la mejor respuesta a las siguientes declaraciones:

	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Neutral	Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	No Aplicable
Tener empleo ha mejorado mi perspectiva hacia el futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi salud ha interferido con mi habilidad de trabajar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El VIH me ha limitado la habilidad de cambiar trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tener empleo me ha impactado negativamente la salud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi trabajo ha interferido con mi capacidad para tomar mi medicación correctamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El VIH me ha limitado las oportunidades para avanzar en mi carrera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tener empleo me ha mejorado la salud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy satisfecho con mi trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voy a estar trabajando en un año a partir de ahora.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

51. Antes de su trabajo actual, ¿estaba (marca todo lo aplicable)

- En otro trabajo/posición
 Con permiso por discapacidad
 Era un/a estudiante
 Desempleado /sin trabajo
 Jubilado/a
 Otro: _____

52. Desde el comienzo de mi trabajo actual... (Completar las siguientes frases)

	Aumentó	Disminuyó	No cambió
Mi uso del alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi uso de las drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las veces que he tenido relaciones sexuales sin protección	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El número de parejas sexuales que he tenido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La calidad de mi cuidado personal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi conteo de las células T	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi conteo de la carga viral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El tomar mis medicamentos anti-VIH según la receta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

53. ¿Cuánto tiempo ha estado empleado? _____

54. ¿Qué preocupaciones, si alguna, tiene sobre mantener su trabajo?

- ¿Necesita horario más flexible
 Trabajo no valorado
 Disminución de la salud y energía
 Preocupado por señales visibles de la enfermedad
 Mala economía, podría ser despedido
 Otros : _____

55. ¿Cómo encontró su trabajo? A través de

- Un amigo
 Internet
 Rehabilitación vocacional
 Anuncio en el diario
 Agencia de VIH/sida
 Otro: _____

59. ¿Cuántas personas con VIH...

	Ninguna	1-2	3-4	5-6	7 o más
Conoce?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conoce que están trabajando?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

60. ¿Alguna de las siguientes características personales lo ha limitado para el uso de servicios de empleo?

- Raza Etnia Género La orientación sexual

61. Por favor marque "Sí," "No," o "N/A – No Aplicable"

	Sí	No	N/A
¿Ha perdido su trabajo o ha decidido no trabajar a causa del VIH?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se siente cómodo hablando y leyendo en inglés?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Quiere que otros sepan que es gay/lesbiana?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

62. En una escala del 1 (Sin confianza) al 7 (Extrema confianza), indique lo siguiente:

	1	2	3	4	5	6	7
¿Cómo está su confianza en su habilidad para buscar trabajo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cómo está su confianza en la habilidad para pedir arreglos especiales en el trabajo (tiempo para descansar, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cómo está su confianza en poder conservar un trabajo cuando lo obtenga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

63. Es posible trabajar y continuar recibiendo beneficios de Seguro Social.

- Verdadero Falso No sé

64. Marque la mejor respuesta a las siguientes declaraciones:

	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Neutral	Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	No Aplicable
He tenido muchas experiencias positivas con el Seguro Social.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo confianza en que el Seguro Social me proveerá beneficios si los necesito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El dolor interfiere con mi trabajo normal y actividades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo energía suficiente para hacer las cosas que tengo que hacer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros pueden saber si tengo VIH / SIDA por mi apariencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conseguir lo que quiere en la vida es principalmente una cuestión de azar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

65. ¿Cuida a algún niño?

- Sí (¿Número de horas por semana? _____) No

66. ¿Cuida a alguien que no está bien de salud?

- Sí (¿Número de horas por semana? _____) No

67. En una escala de 1 (Jamás) a 7 (Diariamente)

	1	2	3	4	5	6	7
¿Con qué frecuencia usa email/correo electrónico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Con qué frecuencia usa el Internet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Con qué frecuencia usa una computadora y programas de oficina?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

68. En una escala de 1 (Bajo) a 7 (Alto), ¿cómo clasificaría su nivel de autoestima?

- 1 (Bajo) 2 3 4 5 6 7 (Alto)

69. En una escala de 1 (Muy Inestable) a 7 (Muy Estable), ...

	1	2	3	4	5	6	7
En este año pasado (últimos 12 meses), mi estado de salud ha sido ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En los próximos 5 años, espero que mi salud sea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

70. Por favor, marque Sí o No

	Sí	No
¿Hay un doctor a quien pueda ver cada vez que sea necesario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Ha hablado sobre el trabajo con su médico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Es el trabajo/retorno al trabajo parte de su proceso de recuperación del uso de drogas y alcohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

71. Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día típico. ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto? (marque una casilla en cada pregunta)

	SÍ, me limita mucho	SÍ, me limita un poco	No, no me limita en absoluto
El tipo o la cantidad de actividades vigorosas que puede hacer, como levantar objetos pesados, correr o participar en deportes intensos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El tipo o la cantidad de actividades moderadas que puede hacer, como mover una mesa, cargar las compras del mercado o jugar bolos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subir una cuesta o unos cuantos pisos por la escalera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doblarse, levantar algo o agacharse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caminar una cuadra.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comer, vestirse, bañarse, o usar el baño.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

72. ¿Le impide su salud trabajar, hacer tareas domésticas o ir a la escuela?

- Sí No

73. ¿Ha habido algún tipo, cantidad de trabajo, tarea doméstica o deberes escolares que no haya podido hacer a causa de su estado de salud?

- Sí No

En cada una de las siguientes preguntas, señale por favor la casilla de la respuesta que se acerque más a como se ha sentido usted durante las 4 últimas semanas.

74. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas: (marque una casilla en cada pregunta)

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
Se ha sentido muy nervioso/a ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se ha sentido tranquillo/a y sosegado/a ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se ha sentido desanimado/a y triste ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se ha sentido feliz ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se ha sentido tan decaído/a de ánimo que nada podía alentarlo ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

75. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas: (marque una casilla en cada pregunta)

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
Se ha sentido abrumado/agobiado por los problemas de salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se ha sentido desanimado por sus problemas de salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se ha sentido desesperado por sus problemas de salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dado su estado de salud, ¿ha llegado a tener miedo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

76. ¿Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo: (marque una casilla en cada pregunta)

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
ha tenido usted dificultad al analizar y resolver problemas, por ejemplo al hacer planes, tomar decisiones, aprender cosas nuevas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
se le han olvidado las cosas que habían pasado recientemente, por ejemplo el sitio dónde había dejado las cosas o la fecha en que tenía las citas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ha tenido usted dificultades para mantener su atención en cualquier actividad durante mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ha tenido usted dificultades a la hora de concentrarse y pensar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

77. Por favor, diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases. (Marque una casilla en cada pregunta)

	Claramente cierta	Mayormente cierta	No sé	Mayormente falsa	Claramente falsa
Estoy un poco enfermo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo tan buena salud como cualquiera que conozco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi salud es excelente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me encuentro mal últimamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

78. Por favor, responda lo mejor que pueda recordar...

- ¿Cuál fue su más reciente conteo de células T? _____
- ¿Cuál fue su más reciente conteo de la carga viral? _____

79. ¿Qué otras preocupaciones de salud o discapacidad tiene además del VIH? (Marque todo lo aplicable)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Salud mental/siquiátrica | <input type="checkbox"/> Fatiga |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Sordo o pérdida de oído | <input type="checkbox"/> Prob. de intestinos y vejiga |
| <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Insomnio o sudores nocturnos |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas hepáticos | <input type="checkbox"/> Resfrío o fiebre de más de 101 |
| <input type="checkbox"/> Uso de alcohol o drogas | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Grasa/músculo pérd./aumen. |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> Neuropatía (entumecimiento/hormigueo) | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

80. ¿Alguna vez estuvo la experiencia de: (Marca todo lo aplicable)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No tener donde vivir | <input type="checkbox"/> Estar en la cárcel | <input type="checkbox"/> Violencia doméstica |
| <input type="checkbox"/> Problemas con la salud mental | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Abuso sexual |

81. ¿Cómo es/son su(s) pareja(s) sexual(es) actual(es)?

- Mismo sexo
 Sexo opuesto
 Sexo opuesto y mismo
 Ninguno

82. ¿Qué tan preocupado está sobre los siguientes asuntos relacionados al trabajo?

	Extremadamente Preocupado	Muy Preocupado	Moderadamente Preocupado	Un Poco Preocupado	No Preocupado
Días de trabajo largos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Permiso por enfermedad limitado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabajar con otras personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estar expuesto a riesgos de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Períodos de prueba para nuevos empleados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

83. ¿Qué tan preocupado está sobre los siguientes asuntos relacionados al trabajo?

	Extremadamente Preocupado	Muy Preocupado	Moderadamente Preocupado	Un Poco Preocupado	No Preocupado
Cuidado de niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantener citas médicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Balancear el trabajo y otros roles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deberes físicos (pararme, levantar cosas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiempo de descanso limitado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

84. ¿Dónde vive? En

- una ciudad grande
 una ciudad chica
 un suburbio
 un pueblo chico
 área rural

85. ¿Cuál es su código postal? _____

86. Desde que le diagnosticaron el VIH/SIDA, ¿ha recibido alguna ayuda para encontrar trabajo o considerar las opciones de trabajo?

Sí

No

Si respondió SÍ, por favor describa el tipo de ayuda _____

87. En qué forma impacta el trabajo o la falta del mismo en su estado de salud?

88. ¿Qué recomendaciones tiene para programas de gobierno(SS,SVR,HOPWA, etc.) y para las organizaciones de servicios del SIDA para reducir las barreras en el empleo de gente con VIH?

89. ¿Qué más le gustaría que supiéramos sobre su entrenamiento vocacional y/o sus necesidades de empleo?

90. ¿Cómo completó esta encuesta?

Internet

Papel y lápiz

91. ¿Necesita más información sobre recursos y servicios de empleo?

Sí No

Muchas gracias por tomar el tiempo en responder este cuestionario. Para abogar por sus necesidades y las de los otros que viven con VIH, necesitamos tantas respuestas como sean posibles en el cuestionario.

Por favor, tome una copia adicional o dos de este cuestionario y darlo a otras personas con el VIH para completar. Todas las respuestas son confidenciales. Puede devolver la encuesta cumplimentada a su agencia o por correo directamente a:

**Liza Conyers,
302 CEDAR Building
Penn State University
University Park, PA, 16801**

Recursos de Empleo

National Working Positive Coalition (NWPC) La pagina de recursos de empleo de la NWPC ofrece información y consejo sobre asuntos de empleo (asi como, si usted debe revelar su estatus de VIH, solicitando adaptaciones razonables de su empleado, planeando para un futuro). Tambien tiene una lista de recursos de servicios de empleo en diferentes estados. <http://translate.google.com/translate?u=workingpositive.net&hl=en&ie=UTF8&sl=en&tl=es>
Persona de Contacto: Liza Conyers, Ph.D. (814) 863-6115; lmc11@psu.edu

The Body Complete HIV/AIDS Resource Preguntele a los expertos sobre asuntos de su lugar de empleo y seguro <http://www.thebody.com/Forums/AIDS/Workplace/index.html>

State Vocational Rehabilitation Services Poniéndose en contacto con la oficina de rehabilitación vocacional, puede obtener muchos recursos relacionados con las opciones de empleo para las personas con discapacidades. Rehabilitación Vocacional (VR) ayuda a las personas con discapacidad a tener acceso a entrenamiento vocacional y a oportunidades de empleo. Encuentre a su agencia de Rehabilitacion Vocacional (Estatal o Local): www.jan.wvu.edu/SBSES/VOCREHAB.HTM

SSA's Work Incentives Planning and Assistance (WIPA) Program Si usted recibe beneficios de discapacidad de la Administración del Seguro Social, y está interesado en trabajar o aprender más sobre como trabajando puede afectar sus beneficios, usted puede obtener ayuda de una organización comunitaria conocido como WIPA. Locate your local WIPA program online: <http://www.socialsecurity.gov/work/ServiceProviders/WIPADirectory.html#service>
Tambien puede llamar al: 866-426-1132 9 a.m. to 7 p.m.

Job Accomodation Network (JAN) JAN es un servicio gratuito de consultorio diseñado para aumentar la empleabilidad de las personas con discapacidad. Si tienes algunas preguntas: <http://www.jan.wvu.edu/JANonDemand.html> Tambien puede llamar al: 800-526-7234 (V); 877-781-9403 (TTY)

Disability Program Navigator Initiative) Atraves del sistema llamado "One Stop," esta iniciativa promueve los amplios servicios para personas que reciben seguro social. La iniciativa se enfoca en el desarrollo de nuevas colaboraciones para expandir programas y servicios a personas discapacitadas y sus empleadores. Employment and Training Resources <http://www.doleta.gov/disability/etr.cfm> Locate your local Disability Program Navigator Initiative http://www.doleta.gov/disability/new_dpn_grants.cfm

Deciding whether or not to disclose HIV status at work (Si decide o no decide a revelar su estatus de VIH en el trabajo) <http://www.workingpositive.net/article1.htm>

GMHC Treatment Issues: Work and HIV Esta información del Gay Men's Health Crisis se dedica al empleo y el VIH. Los temas incluyen: Aprendiendo a vivir con el VIH; Buscando Apoyo; Keeping it Real; Planeando un futuro; Preguntas común sobre el empleo; El temor a falla, y por qué trabajar? Para más información: <http://www.gmhc/org/health/treatment/ti/ti1803.html>

Where to go for help with employment discrimination (A donde buscar ayuda si usted sienta que ha sido discriminado en el trabajo) Esta página da un listado de las agencias en California y en todo el país que prestan asistencia con la discriminación en el empleo. Para más información: http://www.bkohlenberg.com/where_to_go.html

Por favor, copie el enlace a continuación para la versión electronica del estudio y envíelo por correo a personas con el VIH: <https://www.surveymk.com/snwpc>