



**KY-Moms MATR –
(Madres de Kentucky-
Asistencia Materna
para la Recuperación)
Año Fiscal 2020
Encuesta de Admisión**
Julio 2017
Actualizada Julio 2019

Programa KY-Moms MATR
Madres de Kentucky, Asistencia Materna para la Recuperación
(MATR, siglas en Inglés)
Entrevista de Admisión

Actualizada Julio 2019

Por favor utilice el programa online para recolectar los datos de la entrevista de admisión en:

<https://ukcdar.uky.edu/kidsnow>

Si usted tiene que usar la versión impresa de la entrevista de admisión de KY-Moms MATR (por ejemplo, que el sistema de internet no funciona o no hay computadora disponible para completar la entrevista) asegúrese de ingresar las respuestas de la versión impresa en el programa online de KY-Moms MATR en un plazo de 7 días para que los datos puedan ser utilizados en el estudio.

Para tener información exacta de las clientes y poder contactar al personal en caso de tener preguntas, por favor ingresar la información del Coordinador del Caso o persona encargada de admitir al cliente.

Nombre de la persona encargada de entrevistar al cliente con la encuesta de admisión de KY-Moms MATR:

1. Nombre y Apellido de la persona encargada: _____
2. Correo electrónico de la persona encargada: _____
3. Número de Teléfono de la persona encargada: (_____) _____ - _____

Por favor ingresar información de la cliente para poder registrarla en el sistema:

POR FAVOR TOMAR NOTA: Toda la información del cliente es confidencial (con identificadores archivados separadamente de las respuestas de admisión), está encriptada (o codificada) de tal forma que solo aquellos con una clave específica pueden leerla, y solo puede acceder a ella el personal autorizado. La información de identificación se usa para hacer la asignación correcta con los datos de los servicios.

4. Nombre de la Cliente: Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____
5. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de la cliente? ____/____/____ (Mes/Día/Año)
6. Número de seguro social de la cliente: ____/____/____
7. Fecha en que la cliente entró al programa de KY-Moms: ____/____/____ (Mes/Día/Año)
8. ¿Cuándo salió embarazada? *(Por favor de una fecha estimada y utilice el día 15 si no sabe la fecha)*
____/____/____ (Mes/Día/Año)
9. ¿Ya nació el bebé? 1 = Si 0 = No **(pase a la pregunta 9a)**

9a. ¿Cuándo nacerá el bebé? ____/____/____ (Mes/Día/Año)

10. ¿Qué tipo de seguro médico tiene actualmente?

1 = Ningún seguro médico

2= Seguro a través de un empleador

3= Seguro a través del empleador de su pareja.

4 = Seguro a través de Health Exchange

5 = Seguro privado u otro (trabajador independiente)

6 = Medicaid (tarjeta médica, Passport)

7 = Medicare

8 = VA/Champus/Tricare (seguro para militares/veteranos)

9 = Seguro a través de sus padres o los empleadores de sus padres

10 = Otro, favor especificar: _____

11. Ciudad en que la cliente vive/reside: _____

12. Condado en que la cliente vive/reside: _____

13. Estado en que la cliente vive/reside: _____

14. Código Postal: _____

PREGUNTAS PRELIMINARES

Por favor responda las siguientes preguntas antes de empezar la entrevista con la cliente:

1. ¿Quién completa esta encuesta? (Marque una respuesta con un círculo)

a. Personal del Programa

b. Cliente

2. Fecha de la entrevista inicial – Indicar la fecha exacta en que esta entrevista es/fue completada con la cliente:

____/____/____ (Mes/Día/Año)

Nota: Si usted está completando la entrevista en forma escrita por favor ingresar las respuestas en la base web de recopilación de datos dentro de los 7 días.

Introducción

Las siguientes preguntas son parte del programa de **evaluación de KY-Moms MATR**. La entrevista es similar a la que es usada en muchos programas de evaluación en Kentucky y que ayudará al estado a comprender mejor las necesidades de las mujeres embarazadas para aumentar resultados saludables del parto. La evaluación del programa KY-Moms involucra la recopilación de información de las clientes antes y después de formar parte del programa con la finalidad de obtener un mejor entendimiento sobre la satisfacción con el programa y el estado de las clientes en un largo plazo.

La evaluación del Programa de KY-Moms involucra dos (2) componentes confidenciales:

Primera Parte, es una entrevista en persona con un coordinador del caso o un miembro del personal del programa KY-Moms como parte del proceso de admisión y toma aproximadamente 30 minutos. Le harán preguntas sobre sus necesidades prenatales, salud física y mental, historia sobre abuso de drogas, historia de tratamiento de drogas, involucración con el sistema de justicia criminal, educación, empleo, situación de vida, seguridad, y otras preguntas relacionadas con su embarazo. Al final de esta entrevista se le preguntará si le gustaría ser voluntaria en la segunda parte de la evaluación.

Segunda Parte, es una entrevista telefónica de seguimiento que dura 20 minutos y que tiene lugar aproximadamente 6 meses después que usted haya dado a luz. **La Universidad de Kentucky es la responsable de hacer las entrevistas de seguimiento**. Esto significa que el personal del programa KY-Moms MATR no sabrá lo que usted dice, ya que sus respuestas se combinarán con alrededor de 200 respuestas de otras clientes. Cuando los entrevistadores de la Universidad de Kentucky la llamen para una entrevista telefónica de seguimiento, ellos le recordarán que ésta es la segunda parte del "**Estudio de Seguimiento de Salud de la Universidad de Kentucky (UK Health Follow-up Study)**". Los entrevistadores no revelan su identidad o que usted recibió servicios a través del programa de KY-Moms. Las clientes que completen la **segunda parte de la entrevista** reciben un cheque de "agradecimiento" por \$20 de la Universidad de Kentucky.

Lo que usted diga durante la entrevista de seguimiento es **confidencial**. Esto significa que su nombre no será reportado o incluso vinculado con las respuestas dadas en la entrevista de seguimiento. Los reportes solo incluyen resultados generales sobre todo el grupo de participantes, **no individuales**. La Universidad de Kentucky tiene un **Certificado Federal de Confidencialidad el cual prohíbe a los investigadores revelar información sobre una persona, incluso aún bajo una citación judicial**. Sus respuestas a estas preguntas están bien protegidas.

Su participación ayuda a mejorar los servicios prenatales futuros para otras mujeres como usted en Kentucky.

Por favor lea el formato de consentimiento proporcionado al final de esta entrevista de admisión y decida si estaría dispuesta a participar en el **Estudio de Seguimiento de Salud de la Universidad de Kentucky** aproximadamente 6 meses después de haber dado a luz.

Sección A. Información Básica de la Cliente

Las siguientes son preguntas básicas que necesitamos para empezar la entrevista y así saber en qué programas estaría usted interesada.

1. ¿De qué raza o grupo étnico se considera usted? (**Seleccione todas las que considere**)
 - 1 = Blanca (No origen Hispánico)
 - 2 = Negra (No origen Hispánico)
 - 3 = India Americana
 - 4 = Nativa de Alaska
 - 5 = Asiática o de Islas del Pacífico
 - 6 = Hispana-Mejicana
 - 7 = Hispana-Portorriqueña
 - 8 = Hispana- Cubana
 - 9 = Hispana de otro país
 - 10 = Otro, por favor especifique: _____

2. ¿Cuál considera usted que es la oficina principal que la refirió al programa de KY-Moms MATR? Marque la principal.
 - 1 = Yo fui referida por mi Ginecólogo/Obstetra
 - 2 = Yo fui referida por mi doctor (a) principal
 - 3 = Yo fui referida por el departamento de salud
 - 4 = Yo fui referida por mi consejero de un Centro de Salud Mental de la Comunidad
 - 5 = Yo fui referida el programa HANDS (Programa Manos; siglas en Inglés Health Access Nurturing Development Services).
 - 6 = Yo fui referida por la corte (juez o el oficial de libertad condicional)
 - 7 = Yo fui referida por Servicio de Protección de Niños o Adultos (DCBS, siglas en Inglés, Department Community-Based Services)
 - 8 = Yo fui referida por una amistad o familiar
 - 9 = Yo fui referida por mi empleador
 - 10 = Yo fui referida por el programa de prevención de KY Moms
 - 11 = Yo decidí participar en el programa por mi propia cuenta
 - 12 = Otro, especificar _____

- 2a. ¿Fue usted ordenada de participar en este programa por la corte u otra oficina del estado?
0 = No 1 = Si

Sección B. Información sobre su Bebé

Las siguientes preguntas son acerca de su embarazo:

1. ¿Ya ha nacido su bebé? 0 = No 1 = Si

2. ¿Cuántas semanas tiene de embarazo? _____ semanas
(Si el bebé ya nació, por favor diga cuántas semanas tenía de embarazo cuando nació el bebé)

3. ¿En qué fecha nacerá el bebe: ____/____/____ (Mes/Día/Año)
(Si el bebe ya nació, poner la fecha de nacimiento)

4. ¿Tiene un doctor ginecólogo/obstetra que la ve en forma regular?
 0 = No 1 = Si 2 = No tengo un doctor asignado para mi embarazo **(pase a la pregunta 7)**

5. ¿Cuántas visitas ha tenido con su doctor o enfermera sobre su embarazo? _____ Visitas

6. ¿Su doctor le ha indicado sobre alguna necesidad especial en su tratamiento médico que directamente impactará en su embarazo o en su bebé?
 0 = No 1 = Si **(Si es si, pase a la pregunta 6a)**

6a. ¿Cuál es el problema de salud que su doctor o enfermera ha identificado? Indicar todos:

7. ¿Usted planea en mantener a su bebé? 0 = No 1 = Si 2 = No he decidido todavía

8. ¿Piensa amamantar a su bebé? 0 = No 1 = Si 2 = No he decidido todavía

9. Las siguientes preguntas describen ideas, sentimientos, y situaciones que las mujeres pueden experimentar durante el embarazo. Por favor escoja la respuesta que es más similar sobre como usted se siente. Si usted ya tuvo a su bebé, por favor piense sobre el tiempo cuando estuvo embarazada.

	Casi Nunca	A veces	A menudo	Casi Siempre
a. Me pregunto cómo se ve el bebé ahora.	1	2	3	4
b. Yo me imagino de llamarlo al bebé por su nombre.	1	2	3	4
c. Yo disfruto o disfrutaré de sentir que el bebé se mueve.	1	2	3	4
d. Yo permito o permitiré que otras personas pongan sus manos en mi barriga para sentir al bebé moverse.	1	2	3	4
e. Yo sé que las cosas que hago hacen una diferencia para el bebé.	1	2	3	4
f. Hago planes de cosas que haré con mi bebé.	1	2	3	4
g. Les digo a los demás lo que el bebé hace dentro de mí.	1	2	3	4
h. Me imagino que parte del bebé estoy tocando.	1	2	3	4
i. Siento amor por el bebé.	1	2	3	4
j. Me gusta sentarme con mis brazos sobre o alrededor de mi barriga.	1	2	3	4
k. Yo sueño con el bebé.	1	2	3	4
l. Acaricio al bebé a través de mi barriga.	1	2	3	4
m. Yo sé que el bebé me escucha.	1	2	3	4
n. Me emociono mucho cuando pienso sobre el bebé.	1	2	3	4

Calendario

Las preguntas en esta entrevista son acerca de dos períodos de tiempo (1) **antes** de que usted supiera que estaba embarazada y (2) **los últimos 30 días**. Para ayudarla a recordar de qué período estamos hablando, usaré el calendario indicado abajo. Como esto debe haber sido hace un buen tiempo atrás, para ayudarla a recordar me gustaría preguntarle por algo que fue memorable en cualquiera de esos meses.

Nota:

Nota: No es necesario dedicar mucho tiempo en responder estas preguntas. Estas preguntas están destinadas a ayudar a refrescar la memoria del cliente y ayudar a mantener el período de tiempo que se hará referencia a lo largo de la entrevista

1. ¿Cuándo quedo embarazada? (por favor haga un estimado de la fecha y si no sabe la fecha use el día 15) _____ Mes/Día/Año (*forme el calendario hacia atrás a partir de esta fecha*).
2. Complete con las fechas apropiadas de hace 30 días atrás (empiece con los 30 días más recientes). Luego complete el calendario para que se vea un período de 6 meses.
3. Cada mes se debe relacionar con al menos un evento que tiene un significado especial para la cliente (*Nota: no todos los feriados o días especiales significan lo mismo para todas las clientes, por lo tanto es muy importante que ellas decidan que poner cada mes como punto de referencia*).
 - a. ¿Algún feriado u otro día especial durante este período? (por ejemplo, Halloween)
 - b. ¿Algún cumpleaños, de usted, de su pareja, de sus niños, u otro pariente cercano?
 - c. ¿Algo especial paso durante este periodo? (positivo o negativo) por ejemplo, cambio de un trabajo, una enfermedad, inicio de estudios, graduación, quedar embarazada.
 - d. ¿Se mudó usted durante este periodo de tiempo? ¿En qué meses se mudó?
 - e. ¿Algún cambio en el estado de su relación durante estos meses?
 - f. ¿Algo adicional que recuerde que sea memorable?

Mes número	1 mes (30 días antes de estar embarazada)	2 meses antes de estar embarazada	3 meses antes de estar embarazada	4 meses antes de estar embarazada	5 meses antes de estar embarazada	6 meses antes de estar embarazada
<u>Mes</u>						
<u>Evento(s)</u>						

Si utiliza una copia en papel, por favor imprima y utilícelo a lo largo de la entrevista. Si usa la computadora, por favor consulte el calendario en la pantalla a lo largo de la entrevista.

Sección C. Salud Física

El siguiente grupo de preguntas es acerca de su salud física actualmente, y su salud física antes de estar embarazada. Es importante evaluar la salud física para así identificar y hacer seguimiento de cualquier problema de salud que usted pueda tener.

1. ¿Cómo considera su salud física en general actualmente?

- 1=Pobre
- 2=Pasable
- 3=Buena
- 4=Muy buena
- 5=Excelente

2. ¿**Alguna vez** un doctor le ha dicho que usted tiene algunos de los siguientes problemas crónicos de salud física? (**Marque todos lo que aplica**)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad/insuficiencia renal |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Cirrosis del hígado |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón o cardiovascular (por ejemplo: presión alta, derrame, insuficiencia cardíaca congestiva, angina) | <input type="checkbox"/> Pancreatitis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (por ejemplo: enfisema) COPD (siglas en Ingles) | <input type="checkbox"/> TB (tuberculosis) |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Hepatitis C |
| <input type="checkbox"/> Problemas dentales severos | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA (HIV/AIDS siglas en Ingles) |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Otras infecciones transmitidas sexualmente (STI, siglas en Ingles) (p. ej. clamidia, gonorrea, herpes genital, tricomoniasis, sífilis, virus papiloma humano (VPH) HPV (siglas en Ingles) |
| | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |

3. ¿Tiene usted algún problema serio de su salud física que no está siendo tratado actualmente?

0 = No 1 = Si

3a. Si, por favor especificar _____

4. Pensando acerca de su **salud física**, la cual incluye enfermedad física y alguna lesión ¿por cuantos días durante los últimos 30 días fue que su salud física **no** fue buena? _____ días.

5. Pensando acerca de su **salud mental** la cual incluye estrés, depresión y problemas emocionales, ¿por cuantos días durante los últimos 30 días su salud mental **no** fue buena? _____ días

(Omita la pregunta 6 si respondió 0 días en ambas preguntas 4 & 5)

6. Durante los últimos 30 días, ¿por cuantos días su **problema de salud física o mental** evitó que se dedique a sus actividades usuales, tales como trabajar, cuidarse de usted, o alguna actividad recreativa? _____ días

7. Durante los últimos 30 días, ¿qué tan frecuentemente ha usado usted alcohol, medicamentos recetados, o drogas ilegales para reducir el dolor?

Casi Nunca	A veces	La mitad del tiempo	La mayoría del tiempo	Casi siempre
1	2	3	4	5

8. Otro problema importante de salud es el dolor crónico. Un dolor crónico es el que persiste por 3 meses o más. Típicamente incluye dolores como aquellos de la artritis, fibromialgia o lesiones que no sanan. No incluye dolores menores de cabeza, o dolor temporal debido a lesiones menores. ¿Ha tenido dolor crónico persistente o recurrente por 3 meses o más durante los **6 meses antes de que estuviera embarazada**?

0= No (**si es NO, pase a la pregunta 9 sobre estrés**) 1 = Si

8a. ¿A qué edad fue que por primera vez empezó a tener algún tipo de dolor crónico? _____ años de edad.

8b. ¿Cuántos meses durante los 6 meses antes de que estuviera embarazada experimento dolor crónico? _____ meses.

8c. ¿Cuántos días durante los 30 días antes de que estuviera embarazada que experimentó dolor crónico? _____ días

8d. Califique la intensidad de ese dolor crónico en PROMEDIO durante los 30 días antes de que estuviera embarazada. Seleccione un número.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No dolor										Dolor tan malo como pueda imaginar

8e. ¿El dolor crónico continuo durante su embarazo? 0=No (**si es NO, pase a la pregunta 8**) 1= Yes

8f. ¿Cuantos días en los últimos 30 días tuvo dolor crónico? _____ días

9. Recuerde la semana anterior de cuando usted entró al programa, ayúdenos a comprender como se sentía en los diferentes aspectos de su vida y califique que tan bien le estaba yendo. Marque 0 como nada bien y 10 como excelentemente bien.

	0 Nada bien	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Excelente mente bien
Su bienestar personal	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sus relaciones personales cercanas (p. ej. Familia)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sus relaciones fuera de casa (p. ej. En su comunidad tales como trabajo, escuela, amistades)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Basándose en sus respuestas en las tres áreas anteriores ¿cómo calificaría que tan bien van las cosas en su vida en forma general?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

10. ¿Cómo calificaría su calidad de vida actualmente?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lo peor imaginable				Partes buenas y malas han sido casi igual					Lo mejor imaginable

Sección D. Salud Emocional

En la siguiente sección, se le preguntará si siente que tiene problemas importantes en ciertas áreas de su salud emocional. Para esta sección, haré cada pregunta dos veces: en los 6 meses anteriores a su embarazo y en los últimos 30 días. Por favor, piense en estas preguntas mucho más allá de lo que podría esperar de su embarazo.

<i>(Nota: Formule todas estas preguntas primero sobre los 6 meses antes del embarazo, luego regrese y haga las preguntas sobre los últimos 30 días).</i>	En los 6 meses antes de estar embarazada		En los últimos 30 días	
	No	Si	No	Si
1. ¿Tuvo usted dos semanas seguidas (o más) cuando estuvo constantemente deprimida o triste, la mayor parte del día, casi todos los días?	0	1	0	1
2. ¿Tuvo usted dos semanas seguidas (o más) cuando se sentía con menos interés en la mayoría de las cosas o menos interés en poder disfrutar de las cosas que solía disfrutar la mayor parte del tiempo?	0	1	0	1
(Si contestó no en la pregunta 1 y 2 pase a la pregunta 10). En ese período de dos semanas o más en el cual se sintió deprimida o sin interés...				
3. ¿Su apetito disminuyó o aumentó casi todos los días? ¿Su peso disminuyó o aumentó sin intentarlo intencionalmente (es decir, \pm 8 libras para una persona de 160 libras en un mes (más de lo esperado mientras estaba embarazada))? (Si su respuesta es afirmativa a ambas preguntas, seleccione Sí)	0	1	0	1
4. ¿Tuvo problemas para dormir casi todas las noches (dificultad para conciliar el sueño, despertarse a mitad de la noche, despertarse temprano en la mañana o dormir excesivamente (más de lo esperado))?	0	1	0	1
5. ¿Usted conversó o se movió más despacio de lo normal o estaba inquieta, impaciente o ha tenido problemas para quedarse quieta casi todos los días?	0	1	0	1
6. ¿Se sintió cansada o sin energía casi todos los días?	0	1	0	1
7. ¿Se sintió inútil o culpable casi todos los días?	0	1	0	1
8. ¿Tiene dificultad en concentrarse o tomar decisiones casi todos los días?	0	1	0	1
9. ¿Usted consideró repetidas veces en hacerse daño, tuvo pensamientos suicidas o deseó estar muerta?	0	1	0	1

10. ¿En los últimos 12 meses (incluyendo antes y después de estar embarazada) **tuvo un periodo de tiempo de 6 meses o más** cuando se preocupaba excesivamente o estaba ansiosa sobre varias cosas casi todos los días (como familia, salud, finanzas, escuela, o dificultades en el trabajo)? No = 0 **(Si es no, pase a la pregunta 17)** 1 = Si

Durante el tiempo que estuvo ansiosa, usted....	En los 6 meses antes de estar embarazada		En los últimos 30 días	
	No	Si	No	Si
11. ¿Se sintió inquieta, nerviosa o con los nervios de punta?	0	1	0	1
12. ¿Se sintió tensa (es decir con tensión muscular)?	0	1	0	1
13. ¿Se sintió fácilmente fatigada?	0	1	0	1
14. ¿Tuvo dificultad para concentrarse o tener su mente en blanco?	0	1	0	1
15. ¿Se sintió irritable?	0	1	0	1
16. ¿Tuvo problemas para dormir o quedarse dormida o no descansa bien?	0	1	0	1

17. ¿Cuánto se preocupa por su seguridad personal?

- 0 = Nada en absoluto
- 1 = Solo un poco
- 2 = Algo
- 3 = Considerable
- 4 = Mucho

18. Durante los últimos 30 días, ¿Qué tan frecuentemente ha usado alcohol, medicamentos recetados o drogas ilegales para reducir el estrés, la ansiedad, la preocupación, o el miedo?

Casi Nunca	A veces	La mitad del tiempo	La mayoría del tiempo	Casi siempre
1	2	3	4	5

La siguiente serie de preguntas se refiere a cosas hirientes que otros le hayan podido hacer cuando era una niña (menor de 18 años). Estas preguntas son importantes porque nuestras experiencias a veces pueden influir en nuestras emociones y la forma como afrontamos situaciones. Las investigaciones han demostrado que los eventos estresantes que nos ocurren en la infancia y las cosas que nos suceden como adultos son importantes. Las preguntas solo tienen una respuesta SI o NO y no le solicitarán detalles sobre ninguna de sus experiencias.

(Nota para el entrevistador: si la cliente no está segura de si algo sucedió o no, márquelo como no).

	No	Si
<i>Mientras usted crecía, antes de cumplir 18 años:</i>		
18. ¿Algún miembro de su familia fue a prisión?	0	1
19. ¿Sus padres se separaron o divorciaron (antes de cumplir 18 años de edad)?	0	1
20. ¿Vivió con alguien que tenía problemas de alcohol o era alcohólico o usaba drogas ilícitas (ilegales)?	0	1
21a. ¿Algún miembro de su familia ha sufrido de depresión o alguna enfermedad mental o algún miembro de la familia intento suicidarse?	0	1
21b. ¿Sintió con frecuencia que no tenía suficiente comida, tenía que usar ropa sucia, y no tenía a nadie que la protegiera?	0	1
21c. ¿Sintió con frecuencia que sus padres estaban demasiado ebrios o drogados para cuidarla o llevarla al doctor cuando lo necesitaba?	0	1
22a. ¿Sintió con frecuencia que nadie en su familia la amaba o nadie pensaba que era importante o especial?	0	1
22b. ¿Sintió con frecuencia que su familia no se cuidaba mutuamente, no se sentía juntos el uno al otro o no se apoyaban mutuamente?	0	1
23a. ¿Su mama o madrastra con frecuencia era empujada, jalada, abofeteaba o le arrojaban objetos?	0	1
23b. ¿Su madre o madrastra con frecuencia era pateada, mordida, golpeada con el puño, o con algo duro?	0	1
23c. ¿Alguna vez su madre o su madrastra fue golpeada repetidamente por lo menos unos cuantos minutos o amenazada con un arma o cuchillo?	0	1
24a. ¿Algún padre u otro adulto en su familia regularmente la maldecía, insultaba, menospreciaba o humillaba?	0	1

<i>Mientras usted crecía, antes de cumplir 18 años:</i>	No	Si
24b. ¿Alguno de sus padres u otro adulto en el hogar frecuentemente actuaba de una manera la cual le hizo temer que pudiera ser lastimada físicamente?	0	1
25a. ¿Alguno de sus padres u otro adulto en el hogar con frecuencia la empujaba, jalaba, la abofeteaba, o le tiraba objetos?	0	1
25b. ¿Alguno de sus padres u otro adulto en el hogar alguna vez la golpeó tan fuerte que le dejó marcas o tuvo una lesión física?	0	1
26a. ¿Alguna persona adulta o mayor que usted al menos 5 años, alguna vez la tocó o acarició, o hizo que tocara su cuerpo de una manera sexual?	0	1
26b. ¿Alguna persona adulta o mayor que usted al menos 5 años, alguna vez intentó tener relaciones sexuales orales, anales o vaginales con usted?	0	1

27. El siguiente grupo de preguntas se refiere a situaciones en las que puede usted haber sido víctima de un crimen, haber sido perjudicada por alguien o sentirse insegura en su vida (alguna vez) y en los seis meses antes de estar embarazada. Estas preguntas solo tienen una respuesta SI o NO, y si selecciona SI para **alguna** de las siguientes situaciones, se le pedirá que indique si el perpetrador fue una **pareja o ex-pareja, conocido o extraño** (o cualquiera de las dos o tres personas). No se le preguntarán otros detalles sobre sus experiencias.

	Alguna vez		En los 6 meses antes de estar embarazada	
	No	Si	No	Yes
a. ¿Le han robado o asaltado (alguien le robó la billetera, dinero u otros objetos de valor personal) usando la fuerza o la amenazó en usar la fuerza? 1 = por una pareja/ex-pareja 2 = conocido o familiar 3 =extraño (alguien que no conocía bien) (marque con un círculo todos los que corresponda a su respuesta)	0	1	0	1
b. ¿Ha sido agredida o atacada por alguien? 1 = por una pareja/ex-pareja 2 = conocido o familiar 3 =extraño (alguien que no conocía bien) (marque con un círculo todos los que corresponda a su respuesta)	0	1	0	1
c. ¿Ha sido amenazada directa o indirectamente con un arma de fuego, ¿Ha sido apuntada con un arma?? 1 = por una pareja/ex-pareja 2 = conocido o familiar 3 =extraño (alguien que no conocía bien) (marque con un círculo todos los que corresponda a su respuesta)	0	1	0	1
d. ¿Ha sido acosada por alguien que le hizo tener miedo? 1 = por una pareja/ex-pareja 2 = conocido o familiar 3 =extraño (alguien que no conocía bien) (encierre en un círculo todo los que corresponda a su respuesta)	0	1	0	1
e. ¿Ha sido agredida o violada sexualmente? 1 = por una pareja/ex-pareja 2 = conocido o familiar 3=extraño (alguien que no conocía bien) (encierre en un círculo todo los que corresponda a su respuesta)	0	1	0	1
f. ¿Ha sido maltratada por una pareja, novio, o pareja íntima?	0	1	0	1

(Si es NO a todas las preguntas de victimización, entonces pase a la sección E)

Al pensar en las experiencias que acaba de contarme, por favor indique cuanto ha sido molestada por esas experiencias en los 6 meses antes de estar embarazada

28. En los 6 meses antes de estar embarazada, ¿cuánto :	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Muchísimo
a. ¿Le ha molestado los recuerdos en forma repetida, perturbadora, no deseadas de esa experiencia o experiencias?	0	1	2	3	4
b. ¿Evita los recuerdos de esas experiencias? (por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones)	0	1	2	3	4
c. ¿Ha tenido opiniones muy negativas sobre usted, otras personas o el mundo a causas de esas experiencias? (Por ejemplo, ha tenido pensamientos como: soy mala, anda algo mal en mí, no puedo confiar en nadie, el mundo es completamente peligroso)	0	1	2	3	4
d. ¿Se sintió nerviosa o se sobresalta fácilmente?	0	1	2	3	4

Sección E. Educación & Empleo

El siguiente grupo de preguntas es sobre su formación educativa y situación laboral. Esta información es importante para entender sus necesidades personales como también los resultados del programa.

1. ¿Cuántos años de educación ha completado? Por favor elija el nivel más alto que haya completado:

0 = Nunca atendió	7 = 7 ^{mo} grado	14 = Algo de educación superior
1 = 1 ^{er} grado	8 = 8 ^{vo} grado	15 = Algo de Escuela Vocacional/Técnica
2 = 2 ^{do} grado	9 = 9 ^{no} grado	16 = Diploma Vocacional/Técnico
3 = 3 ^{er} grado	10 = 10 ^{mo} grado	17 = Título de Asociado
4 = 4 ^{to} grado	11 = 11 ^{vo} grado	18 = Grado de bachiller
5 = 5 ^{to} grado	12 = 12 ^{vo} grado	19 = Maestría
6 = 6 ^{to} grado	13 = GED	20 = Doctorado

2. ¿Cuál fue su forma de empleo más usual en los 6 meses antes de estar embarazada (por ejemplo, la forma de trabajo la mayor parte del tiempo)?

- 1 = Tiempo completo (+ 35 horas por semana)
- 2 = Medio Tiempo (<35 horas por semana)
- 3 = Medio Tiempo (irregular, trabajo diario)
- 4 = Desempleada, estudiante
- 5 = Retirada
- 6 = Discapacitada o aplicó para discapacidad
- 7 = Desempleada, ama de casa /ayudante/cuidadora
- 8 = Desempleada
- 9 = En un ambiente controlado (cárcel, hospital, etc.)

3. ¿Cuál es su estado actual de empleo? Incluya el total de trabajos para calcular el total de horas trabajadas por semana en promedio. Si está de licencia/descanso (maternidad, discapacidad) ¿Cuántas horas normalmente trabajará cuando regrese al trabajo?

0 = No está empleada actualmente y no está de licencia por motivos relacionados con el embarazo (**Pase a la pregunta 4**)

1 = Tiempo completo (+ 35 horas por semana)

2 = Medio Tiempo (<35 horas por semana)

3 = Ocasionalmente, de vez en cuando o trabajos por temporadas

4 = Con licencia del trabajo por motivos relacionados con el embarazo

3a. ¿Cuánto tiempo ha tenido en este trabajo (en meses)? Ingrese el tiempo más largo en cual ha tenido trabajos múltiples. _____ Meses.

3b. ¿Cuál es actualmente su pago por **hora**? (el pago mínimo por hora es \$7.25) Si tiene varios trabajos, ingrese el pago más alto que recibe por hora. Si usted recibe un salario, por favor estime cuánto gana por hora según la cantidad normal de horas que trabaja en una semana. \$_____._____

3c. ¿Qué tipo de trabajos realiza? (**Seleccione uno**) Si tiene varios trabajos, seleccione el tipo de trabajo en el cual trabaja con más a frecuencia.

1 = **Profesional** (ejemplo: bibliotecaria, profesional de salud como enfermera registrada, personal paramédico de emergencia, técnica dental, doctora, ajustadora de reclamos, consejera de salud mental, trabajadora social, agente de libertad condicional, asistente legal, reportera de la corte, maestra, asistente de maestra, fotógrafa, religiosa, artista)

2 = **Servicio** (ejemplo: preparación y servicios de alimentos, cuidado de niños, cuidado de adulto, apoyo de atención médica como asistente de enfermera certificada (CNA, siglas en Inglés), terapeuta masajista, flebotomista, jardinería, conserje o limpieza, limpieza de casa, control de plagas, oficial de policía, salvavidas, guardia de seguridad, estilista, entrenadora personal, gerente de restaurante)

3 = **Venta y Oficina** (ejemplo: asistente administrativa de oficina, cajera, vendedora, bienes raíces, agente de tele mercado, contabilidad, cajera de banco, recepcionista en un hotel, servicio postal, ingreso de datos, gerente de tienda)

4 = **Recursos Naturales, construcción y mantenimiento** (ejemplo: minería, pesca, granjera, trabajadora de guardería, tala, silvicultura, construcción, carpintera, plomera, techadora, mecánica, taller de reparaciones, reparación de computadora, trabajadora de servicios públicos (electricidad), técnica de calefacción y aire acondicionado)

5 = **Producción, Transporte, y Traslado de Materiales** (ejemplo, línea de producción de fábrica, panadera, carnicera, limpieza en seco, sastrería, carpintería, planta de energía, azafata, conductora de autobús, taxista, empaquetadora, soldadora, trabajadora de saneamiento)

6 = **Militar, especificar**

7 = **Otros, especificar:** _____

3d. ¿Adicionalmente, está usted en la escuela o recibiendo capacitación vocacional mientras trabaja?

0 = No 1 = Yes

(Si tiene empleo, OMITA la pregunta 4, y haga la pregunta 5 a todos)

4. ¿SI no está empleada actualmente, como se describe asimismo? **Elija una de las respuestas.**
 1 = Desempleada, pero buscando trabajo
 2 = Desempleada, pero con permiso o despedida temporalmente
 3 = Desempleada, pero manteniendo la casa o cuidado niños a tiempo completo
 4 = En discapacidad o aplicando para discapacidad
 5 = Retirada
 6 = Estudiante o en entrenamiento
 7 = En un entorno controlado/prohibida de trabajar
 8 = Desempleada, no buscando trabajo
 9 = Otro, por favor especificar: _____
5. **(Pregunta para todos)** ¿Usted espera estar empleada en los próximos 12 meses? 0 = No 1 = Si
6. ¿Usted recibe asistencia pública? Por ejemplo, WIC (programa de mujeres y niños), TANF (programa de asistencia de familias necesitadas), SNAP (programa de asistencia nutricional suplementaria)
 0 = No **(Si es no, pase a la pregunta 7)** 1 = Si
- 6a. ¿Qué asistencia recibe actualmente? **(Marque con un círculo todo lo que corresponda)**
 1 = Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, siglas en Inglés)
 2 = Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP, siglas en Inglés)
 3 = Mujeres, Niños, Infantes (WIC, siglas en Inglés)
 4 = Desempleo
 5 = Apoyo de la iglesia local u otra organización comunitaria
 6 = Discapacidad (SSI, siglas en Inglés) Ingreso suplementario para personas con discapacidades.
 7 = Discapacidad (SSD, siglas en Inglés) Seguro para personas con discapacidades
 8 = Otro, por favor especificar: _____
7. Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre cómo estaban yendo las cosas para usted en su hogar en los **6 meses antes de estar embarazada y en los últimos 30 días.** Responda sí o no a cada pregunta.

	En los 6 meses antes de estar embarazada		En los últimos 30 días	
	No	Si	No	Si
a. ¿Usted o su familia tuvieron dificultad de pagar el monto total de la renta o hipoteca?	0	1	0	1
b. ¿Usted o su familia fueron desalojados de su hogar o apartamento por no pagar alquiler?	0	1	0	1
c. ¿Usted o su familia no pudieron pagar la factura de gas o electricidad?	0	1	0	1
d. ¿Usted o su familia no pudieron pagar la factura de teléfono o celular?	0	1	0	1
e. ¿Hubo algún momento que no tuvo suficiente comida para comer en su hogar?	0	1	0	1
f. ¿Usted o alguien en su hogar necesitó ir al doctor o al hospital pero no fue por razones financieras?	0	1	0	1
g. ¿Usted o alguien en su hogar necesitó ir al dentista pero no fue por razones financieras?	0	1	0	1
h. ¿Usted o alguien de su hogar necesitó comprar una receta de medicamentos pero no pudo por razones del costo del medicamento?	0	1	0	1

Sección F. Abuso de Drogas

Las siguientes preguntas son acerca de su uso de drogas durante tres períodos: 1) en los 6 meses antes de estar embarazada, 2) en los 30 días antes de estar embarazada, y 3) en los últimos 30 días. (NOTA: si hubo ALGUN uso dentro de un mes, eso cuenta como un mes de uso. También, el uso de medicamentos sin receta médica, o el mal uso de medicamentos recetados (por ejemplo: consumir más de lo recetado debe ser considerado como uso ilegal de droga).

1. Uso de Tabaco/Nicotina	En los 6 meses antes de estar embarazada	En los 30 días antes de estar embarazada	En los últimos 30 días
a. ¿Cuántos meses y días usted fumó productos de tabaco? (por ejemplo: cigarros, puros, pipas, bidis, cigarrillos)	_____ # DE MESES		_____ # DE DIAS
b. En los días que usted fumó cigarros, ¿cuántos cigarros fumó o fuma al día? (20 en una caja)		_____ # cigarros	_____ # cigarros
c. ¿Qué edad tenía cuando empezó a fumar en forma regular? (diariamente)	____ años de edad 0 = nunca en forma regular		
d. ¿Cuántos meses y días usted usó E-Cigarrillo? (cigarrillo electrónico, que es un dispositivo que pasa la nicotina en vapor, parece un cigarrillo, pero no contiene tabaco)	_____ # DE MESES	_____ # DE DIAS	_____ # DE DIAS
e. ¿Cuántos meses y días usted uso tabaco sin humo? (por ejemplo: tabaco masticable, tabaco en polvo, tabaco disuelto)	_____ # DE MESES	_____ # DE DIAS	_____ # DE DIAS
2. <u>Uso de Alcohol</u> <i>Alcohol incluye cerveza, vino, vino ligero, licor y alcohol puro de grano. Una bebida es equivalente a 12 onzas de cerveza o vino ligero, 5 onzas de una copa de vino, o una bebida con un trago corto de licor. 40 onzas de cerveza contarían como 3 bebidas, o un cóctel con 2 tragos cortos de licor cuenta como 2 bebidas.</i>	En los 6 meses antes de estar embarazada	En los 30 días antes de estar embarazada	En los últimos 30 días
<i>Cuántos meses y días, usted...</i>			
a. ¿Bebió alcohol? (si es 0, pase a la pregunta 3, uso de drogas ilícitas)	_____ # DE MESES	_____ # DE DIAS	_____ # DE DIAS
b. ¿Bebió alcohol hasta embriagarse?	_____ # DE MESES	_____ # DE DIAS	_____ # DE DIAS
c. ¿Tomó 4 o más bebidas alcohólicas en un período de casi 2 horas?	_____ # DE MESES	_____ # DE DIAS	_____ # DE DIAS
d. ¿Qué edad tenía cuando tomó su primera bebida alcohólica? no considerar unos cuantos sorbos.	____ años de edad 0 = nunca bebí		

3. Cuantos meses y días usted usó.....	En los 6 meses antes de estar embarazada	En los 30 días antes de estar embarazada	En los últimos 30 días
a. Marihuana (p. ej. <i>Hachís/hierba</i>)	_____ # DE MESES	_____ # DE DIAS	_____ # DE DIAS
b. Sedantes, hipnóticos, relajantes musculares o tranquilizantes no recetados para usted (por ejemplo: Ativan®, Xanax®, Valium®, Klonopin®, Benzodiazepinas, Librium®, Halcion®, GHB, éxtasis líquido, Soma®, Flexeril®, Ketamina, Especial K, Vitamina K, tranquilizantes, pastillas para los nervios)	_____ # DE MESES	_____ # DE DIAS	_____ # DE DIAS
c. Barbitúricos no recetados para usted (por ejemplo: Mefobarbital, Mebacut, pentobarbital, Nembutal®, Seconal®, Amytal)	_____ # DE MESES	_____ # DE DIAS	_____ # DE DIAS
d. Otros opioides, analgésicos, calmantes de dolor no recetados para usted (por ejemplo: morfina, Percocet®, oxicodona, Oxycontin®, Lortab®, hidrocodona, Dilaudid®, opana, Fentanyl)	_____ # DE MESES	_____ # DE DIAS	_____ # DE DIAS
e. Estimulantes no recetados para usted, por ejemplo: (metanfetamina, Dexedrine®, Adderall®, cristal, Ritalin®, éxtasis. Uppers, crank, speed (jerga en Inglés para la metanfetamina)	_____ # DE MESES	_____ # DE DIAS	_____ # DE DIAS
f. Cocaína/ Cocaína / crack (p. ej., cristal de cocaína, cocaína de base libre, crack o cocaína de roca).	_____ # DE MESES	_____ # DE DIAS	_____ # DE DIAS
g. Heroína, (por ejemplo: <i>smack, H, junk, skag –jerga en inglés para la heroína</i>)	_____ # DE MESES	_____ # DE DIAS	_____ # DE DIAS
h. Alucinógenos (por ejemplo: PCP-fenicilina-polvo de ángel, otros alucinógenos, psicodélicos, LSD, hongos, mescalina, psilocibina.	_____ # DE MESES	_____ # DE DIAS	_____ # DE DIAS
i. Inhalantes (por ejemplo: <i>drogas vasodilatadores like poppers, Rush; Whippets- aerosol en cremas o “huffing”-pañó empapado en la boca con droga, pintura, pegamento, aerosoles</i>)	_____ # DE MESES	_____ # DE DIAS	_____ # DE DIAS
j. Metadona no recetada para usted (por ejemplo: <i>dolofina, LAAM-levacetilmetadol</i>)	_____ # DE MESES	_____ # DE DIAS	_____ # DE DIAS
k. Subutex®/Suboxone® o buprenorfina que no fue recetada para usted (incluye <i>parche butran</i>)	_____ # DE MESES	_____ # DE DIAS	_____ # DE DIAS
l. Drogas Sintéticas, drogas nuevas/drogas de diseño (por ejemplo: <i>marihuana sintética, “sales de baño”, K2, Kratom, Flakka</i>)	_____ # DE MESES	_____ # DE DIAS	_____ # DE DIAS
m. ¿Qué edad tenía cuando comenzó a usar drogas ilícitas (por ejemplo: <i>marihuana, cocaína, heroína, tranquilizantes, estimulantes, sedantes, barbitúricos, inhalantes o analgésicos no recetados para usted</i>)?	____ años de edad.		
n. Yo no usé ninguna de las drogas mencionadas arriba (pase a la pregunta 4)	98	98	98
		En los 30 días antes de estar embarazada	En los últimos 30 días
o. ¿Cuántos días usted usó más de una droga por día? (incluye alcohol, pero excluye productos de tabaco)		_____ # DE DIAS	_____ # DE DIAS

4. ¿Alguna vez se inyectó drogas? 0 = No 1 = Si

4a. ¿Se ha inyectado drogas en los últimos 30 días? 0=No 1=Si

5. Antes de quedar embarazada, ¿cuántas veces ha recibido servicios por abuso de droga? Cuento todos los episodios de tratamiento previos, incluidos los programas de desintoxicación, corte de drogas y programas de recuperación. _____ veces

6. En los 6 meses antes de estar embarazada;

6a. ¿Recibió usted servicios por abuso de drogas incluyendo desintoxicación, corte de drogas y programas de recuperación?

0 = No 1 = Si

6b. ¿Cuántas veces usted asistió a las reuniones grupales de Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Marihuana Anónimos (AA, NA, MA) u otra reunión de grupos de auto-ayuda? (cuenta # de reuniones asistidas) _____ reuniones.

7. En los últimos 30 días:

7a. ¿Recibió usted servicios por abuso de drogas incluyendo desintoxicación, corte de drogas y programas de recuperación? 0 = No 1 = Si

7b. ¿Cuántas veces usted asistió a las reuniones grupales de Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Marihuana Anónimos (AA, NA, MA) u otra reunión de grupos de auto-ayuda? (cuenta # de reuniones asistidas) _____ reuniones

8. ¿Ha participado en algún tratamiento medicado asistido en los 6 meses anteriores de estar embarazada? En otras palabras ¿ha recibido usted medicamentos (tales como Suboxone, metadona, o Vivitrol) de alguna clínica o de algún doctor para que la ayude con su problema de abuso de drogas?

0 = No (**Si es no, pase a la pregunta 10**) 1 = Yes

8a. ¿Qué tipo de medicamentos ha recibido? (Por favor marque todo lo que aplica)

1 = Suboxone/Subutex (buprenorfina)

2 = Metadona

3 = Vivitrol

4 = Otro (Por favor especificar) _____

8b. ¿Cuántos meses en total, fuera de los 6 meses antes de estar embarazada, usted usó alguno de esos medicamentos recetados para usted? _____ Meses

8c. ¿Cuántos días en total en los últimos 30 días, usted usó alguno de esos medicamentos recetados para usted? _____ días

8d. Piense acerca de su más reciente tratamiento de ayuda con medicamentos recetados, usted piensa que el medicamento: (Por favor seleccione una respuesta)

- 1=La ayudó a CURAR su problema de drogas.
- 2=NO TUVO EFECTO en su problema de drogas.
- 3= Hizo su problema de drogas PEOR.

10. En las ultimas 48 horas, ¿ha sido recetada buprenorfina/naloxona, naltrexona (Vivitrol™), o metadona?
0 = No 1 = Si

Aunque usted no haya consumido alcohol o drogas durante los períodos mencionados anteriormente, es posible que haya gastado dinero en alcohol o drogas, o que haya estado ansiosa, molesta o preocupada por su capacidad para mantenerse sobria. Las siguientes preguntas son acerca de estos sentimientos.

9. ¿Cuánto dinero diría usted que gasto en ALCOHOL en los **30 días antes de estar embarazada**? Incluya solamente dinero en efectivo o pagos monetarios por alcohol que uso o planeaba usar \$_____

10. ¿Cuántos días experimentó problemas con alcohol/drogas en los **30 días antes de estar embarazada**? (deseos intensos, síntoma de abstinencia, querer dejar pero no poder, preocupación por recaídas)

ALCOHOL

DROGAS

DE DIAS

DE DIAS

11. Alcohol	No en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
a. ¿Qué tan preocupada o molesta estuvo por problemas de alcohol en los 30 días antes de estar embarazada ? (sus propios problemas)	0	1	2	3	4
b. ¿Qué tan importante para usted fue un programa de tratamiento, y en su propio caso por estos problemas con alcohol en los 30 días antes de estar embarazada ? (sus propios problemas)	0	1	2	3	4

12. Drogas	No en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
a. ¿Qué tan preocupada o molesta estuvo por problemas de drogas en los 30 días antes de estar embarazada? (sus propios problemas)	0	1	2	3	4
b. ¿Qué tan importante para usted fue un programa de tratamiento, y en su propio caso por estos problemas con drogas en los 30 días antes de estar embarazada? (sus propios problemas)	0	1	2	3	4

Sección G. Situación de vida

La siguiente serie de preguntas le preguntará más sobre usted, su familia y su situación de vida. La situación familiar y de vida puede ser un factor de riesgo o puede ayudar a protegernos del estrés.

1. ¿Cuál es su estado civil actual?
 - 1 = Casada (incluye matrimonios del mismo sexo y de ley común) (**Pase a la pregunta 3**)
 - 2 = Separada
 - 3 = Divorciada
 - 4 = Viuda
 - 5 = Nunca Casada

2. ¿Actualmente vive con una pareja íntima? 0 = No 1 = Sí (**Si es no, pase a la pregunta 4**)

3. (**Si está casada o conviviendo**) ¿Es este compañero el padre del bebé en su embarazo actual?
 0 = No 1 = Sí 98 = No sé

4. ¿Cuántas veces ha estado embarazada anteriormente? (no cuente el embarazo actual) _____ veces (**si es 0, pase a la pregunta 6**)

5. ¿Cuántos niños que todavía están vivos ha tenido alguna vez en su vida? _____ niños
 (**ingrese 0 si es ninguno y pase a la pregunta 6**)

- 5a. ¿Cuántos de esos niños son menores de 18 años? _____ niño (s) (**si es 0, pase a la pregunta 6**)

- 5b. ¿Cuántos de sus hijos menores de 18 años viven actualmente con usted? _____ niño (s)

6. ¿Se consideras actualmente sin hogar? 0 = No (**Si es no, pase a la pregunta 7**) 1 = Sí

6a. ¿Por qué considera que no tiene hogar? Seleccione uno.

1 = Se aloja en un refugio

2 = Se queda temporalmente con amigos/familia

3 = Se queda en la calle o vive en su automóvil

4 = Otro, por favor especifique: _____

7. En los últimos 30 días, ¿dónde ha vivido la mayor parte del tiempo? (**Seleccione uno**)

1 = Su propia casa o departamento

2 = La casa o departamento de otra persona

3 = Programa residencial

4 = Centro de Recuperación

5 = Prisión, cárcel o centro de detención

6 = Hospital

7 = Base militar

8 = Centro de Rehabilitación de Alcohol; Halfway house (Centro de Rehabilitación de Alcohol incluyendo otros programas de ayuda).

9 = Albergue o en la calle

10 = Otro, por favor especifique: _____

8. ¿Qué tan segura es su situación de vida actual?

1 = Muy insegura

2 = Moderadamente insegura

3 = Incierta

4 = Moderadamente segura

5 = Muy segura

9. En los 6 meses antes de estar embarazada ¿cuántas NOCHES estuvo encarcelada (¿cárcel, prisión o centro de detención?) _____ Noches

10. ¿Está actualmente en libertad condicional (supervisada) por buen comportamiento antes que haya terminado su sentencia? 0 = No 1 = Si

11. ¿Estás actualmente en periodo de prueba vigilada? 0 = No 1 = Si

12. En los 6 meses antes de estar embarazada ¿cuántas veces fue arrestada y acusada por algún delito? _____ Veces

13. En los 30 días anteriores a su ingreso a este programa, ¿cuántas **NOCHES** estuvo en un establecimiento donde no tenía la libertad de ir y venir cuando lo deseaba como un hospital, cárcel o programa residencial de tratamiento de drogas? (no un refugio o albergue) _____ TOTAL noches.

Sección H. Más sobre usted y su situación de vida

La siguiente serie de preguntas se refiere a su seguridad, que también puede contribuir al estrés. Entiendo que algunas de estas preguntas pueden ser difíciles de responder, así que tómese su tiempo.

- ¿Actualmente vive con alguien que tiene un problema con el alcohol, usa medicamentos recetados en forma indebida o usa drogas ilegales? 0 = No 1 = Sí
- Pensando en los 6 meses anteriores a su embarazo y en los últimos 30 días, ¿su pareja o ex-pareja le hizo algo de lo siguiente?

Su pareja o ex-pareja ha hecho lo siguiente:	En los 6 meses antes de quedar embarazada		En los últimos 30 días	
	No	Yes	No	Yes
a. ¿ Abusado de usted verbalmente o psicológicamente? (por ejemplo, la insultó, gritó, la criticó, la criticó delante de otros, la trató como a un inferior, trató de hacerle sentir loca, le dijo que sus sentimientos eran irracionales o locos)	0	1	0	1
Su pareja o ex-pareja ha hecho lo siguiente:	En los 6 meses antes de quedar embarazada		En los últimos 30 días	
b. ¿ Se ha mostrado extremadamente celoso o controlador? (por ejemplo, intentó controlarla, controló su tiempo, la acusó de tener una aventura amorosa, interfirió en su relación con otros miembros de su familia o amigos, le impidió hacer cosas para ayudarse a sí misma, controló las finanzas, interfirió en el trabajo)	0	1	0	1
c. ¿ La ha amenazado a usted o a otras personas cercanas a usted con violencia? (p. ej., amenazó con golpearla o arrojarle algo, destrozar y romper cosas, patearla o golpearla con algo).	0	1	0	1
d. ¿ Ha sido físicamente violento con usted? (por ejemplo, golpeándola, empujándola, pateándola, asfixiándola, quemándola, atacándola con un arma)	0	1	0	1
e. ¿La asustó al seguirla/perseguirla repetidamente, llamarla y/o aparecer en su casa? (la acoso obsesivamente cuando usted no quería que lo hiciera)	0	1	0	1
f. ¿En forma deliberada destruyó una propiedad que le pertenecía a usted o a un amigo cercano, familiar o pariente?	0	1	0	1
g. ¿La obligó a hacer cosas sexualmente degradantes o la humilló y degradó sexualmente?	0	1	0	1
h. La hizo tener sexo porque usted temía lo que podría pasar si no lo hacía, pero él no la amenazó ni la forzó directamente, o tuvo sexo con usted mientras usted dormía, y él sabía que eso a usted no le gustaba.	0	1	0	1
i. ¿Le hizo tener sexo amenazando con hacerle daño a usted o a alguien cercano a usted o forzándola físicamente (como golpeándola, sujetándola hacia abajo, o usando un arma) para tener relaciones sexuales?	0	1	0	1

- ¿Se siente preocupada por su seguridad o teme daño físico o de otro tipo por parte de una pareja actual o ex-pareja? 0 = No 1 = Si

Sección I. Apoyo Social

El grupo final de preguntas se trata de la ayuda que ha tenido disponible para usted en los últimos 30 días.

1. **En los últimos 30 días**, ¿con cuántas personas pudo contar para recibir apoyo emocional cuando lo necesitó? _____ personas
2. Pensando en el nivel general de apoyo de otras personas en su vida en los **últimos 30 días**, ¿qué tan satisfecha usted diría de estar con este apoyo?

1	2	3	4	5	6
Extremadamente insatisfecha	Bastante insatisfecha	Un poco insatisfecha	Un poco satisfecha	bastante satisfecha	Extremadamente satisfecha

Estudio de Seguimiento

Gracias por considerar tomar parte del estudio de seguimiento. Este estudio ayuda a mejorar programas como al que está entrando. Esto es un resumen del estudio y la forma de consentimiento, en la siguiente página, contiene mas detalles. El equipo del estudio de seguimiento de Salud de la Universidad de Kentucky pobra contactarle en aproximadamente 6 meses después de dar a luz si: (1) usted accede a ser contactada, y (2) usted es seleccionada.

¿Qué se me pedirá que haga?

Si usted accede y es seleccionada para participar, será contactada por teléfono en aproximadamente 6 meses después de dar a luz para completar una encuesta (dura alrededor de 20 minutos). Se le pagaran \$20 por su tiempo. Le preguntaran acerca de su experiencia con el programa del manejo de su caso, y como le ha ido durante los últimos 6 meses.

La información que proporcione puede ayudar a otras mujeres en todo el estado y ayuda a mejorar los programas ofrecidos.

Usted puede acceder a participar ahora, pero también tiene la capacidad de decidir si quiere participar o no cuando sea contactada.

¿Quién puede ver mis respuestas?

Nadie puede saber lo que usted nos diga. Su nombre no esta conectado a sus respuestas para que no puedan ser rastreadas hacia usted. Alrededor de 200 mujeres en el estado de Kentucky participan en este estudio cada ano y todos sus comentarios serán reportados como un grupo. Ningún nombre es revelado.

¿Por qué debería inscribirme?

Todas las participantes tienen diferentes experiencias con el programa, ¡y nosotros queremos escuchar acerca de su experiencia! Cuando termine de completar la encuesta, la Universidad de Kentucky le enviara un cheque por \$20 como muestra de agradecimiento por sus comentarios y su tiempo.

¿Cómo puedo inscribirme?

Háganos saber, en la siguiente página, si esta interesada en ser contactada acerca del estudio de seguimiento. Necesitaremos información de como contactarla en aproximadamente 6 meses después de que de a luz.

Su información nunca será compartida con nadie excepto usted. Nosotros usaremos un proceso especial de seguridad para verificar que estamos hablando con usted solamente cuando la llamemos.

¿Qué pasa si tengo preguntas?

Usted puede visitar nuestra pagina web ukhealthfollowup.com, puede llamarnos o enviarnos un mensaje de texto al numero 866-304-5467 para mas información, o puede llamar a la Dra. TK Logan al numero 859-323-0416 si tiene preguntas o comentarios.

KY-Moms: Madres de Kentucky
Asistencia Materna Hacia la Recuperación (MATR, siglas en Inglés)
Estudio de Resultados
Consentimiento para Recopilar Datos de Seguimiento

¿POR QUÉ SE ME INVITA A PARTICIPAR EN ESTA INVESTIGACIÓN?

A usted se le invita a participar en un estudio de investigación de seguimiento del programa KY-Moms MATR porque usted formó parte del programa. Su participación en esta encuesta telefónica del proyecto de investigación es completamente voluntaria. Si usted toma parte en este estudio, será una de alrededor 200 mujeres cada año que lo harán.

¿QUIÉN ESTÁ REALIZANDO EL ESTUDIO?

La Investigadora Principal encargada del estudio es TK Logan, Ph.D., Allison Scrivner, M.S., y Jennifer Cole, Ph.D., trabajan en el estudio. Puede haber también otras personas que formen parte del equipo de investigación.

¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE ESTE ESTUDIO?

El objetivo de este estudio es recolectar información sobre su salud durante y después de su embarazo. También le preguntamos sobre su empleo, educación, estado legal, estrés, su estado de salud, tratamientos médicos, y la utilización de los servicios del programa KY-Moms. Esta entrevista es parte de la evaluación del Programa KY-Moms MATR y nos ayuda a entender sus experiencias con el programa.

¿DÓNDE SE LLEVARÁ A CABO EL ESTUDIO Y CUÁNTO TIEMPO DURARÁ?

Las entrevistas de seguimiento serán efectuadas por el personal de la Universidad de Kentucky quienes la contactarán por teléfono. La encuesta telefónica toma aproximadamente 20 minutos para completarla.

¿QUÉ SE ME PEDIRÁ QUE HAGA?

Se le pedirá que responda preguntas acerca de su salud durante y después de su embarazo incluyendo el uso de alcohol y drogas y su comportamiento de salud relacionado. Se le preguntará sobre su empleo, estrés, y la utilización de servicios. Se le harán estas preguntas, pero no se le pedirá que tome parte en algún tratamiento o procedimiento experimental.

Se le pedirá también información de contacto para poder contactarla aproximadamente 6 meses después de que dé a luz. Esto incluye su nombre, dirección, y números de teléfonos de usted y de dos personas que tengan la mayor posibilidad de saber cómo contactarla al momento del seguimiento cerca de 6 meses después que el bebé haya nacido. Usted o las personas que indique como contactos podrán ser contactadas por teléfono, correo postal, correo electrónico, o a través de los sitios en las redes sociales tales como Facebook con la finalidad de poder contactarla para que complete la entrevista de seguimiento. En algunos casos, trataremos confidencialmente de contactarla a través de las direcciones o números telefónicos que estén o hayan estado vinculados de alguna forma a usted por correo postal o teléfono. Cuando tratemos de contactarla, los investigadores continuarán manteniendo su conexión con el programa en forma confidencial. Se le pide también que permita a los investigadores usar la información del estado sobre el número, tipo, y costos de los servicios estatales y de Medicaid que usted recibe, información médica sobre su salud y resultados del parto en el momento que nació el bebé.

¿EXISTEN MOTIVOS POR LOS CUALES NO DEBA PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

No existe ninguna condición que evite su participación en este estudio.

¿CUÁLES SON LOS POSIBLES RIESGOS E INCOMODIDADES?

No existen riesgos conocidos por participa en estas entrevistas. Es posible que las preguntas le puedan causar una incomodidad emocional ya que hará que usted recuerde momentos cuando no se sintió feliz o se sentía con estrés. Adicionalmente, algunas personas se pueden sentir incómodas de decir información confidencial. Debido a las medidas que hemos tomado para proteger su privacidad, el riesgo de divulgación desautorizada es mínima. Si usted expresa una incomodidad durante la entrevista de seguimiento, se le ofrecerá referirla con servicios locales o regionales.

¿ME BENEFICIARÉ CON LA PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO?

No hay beneficios directos por participar en este estudio de seguimiento. Sin embargo, algunas mujeres encuentran que es de mucha ayuda de ser entrevistadas sobre su salud y su embarazo, porque esto les ayuda de ver su salud en una perspectiva diferente. Su opinión también ayudará a proporcionar información sobre la mejor forma de poder ayudar a las mujeres embarazadas y como mejorar el programa KY-Moms MATR. También puede ayudar en obtener futuros fondos financieros para el programa.

¿TENGO QUE PARTICIPAR EN EL ESTUDIO?

Si usted decide participar en este estudio de seguimiento debe ser porque usted realmente desea ser voluntaria.

SI NO QUIERO PARTICIPAR EN EL ESTUDIO, ¿EXISTEN OTRAS OPCIONES?

Si usted no quiere participar en este estudio de seguimiento no existen otras opciones más que esta.

¿CUANTO ME COSTARÁ PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

No habrá ningún costo para usted por participar en cualquier parte de este estudio de investigación.

¿QUIÉN VERÁ LA INFORMACIÓN QUE YO BRINDE?

Debido a las medidas que hemos tomado para proteger su privacidad, el riesgo de divulgar información desautorizada es mínimo. Su información se combinará con la de otras personas que participen en el estudio. Cuando escribamos sobre el estudio lo haremos con la información combinada que hayamos recopilado. Usted no será identificada personalmente en estos materiales escritos. Cuando publiquemos los resultados de este estudio, mantendremos su nombre y otra información que la identifique en forma privada. Su consejero le preguntara por su número de seguro social pero este será encriptado (codificado) para mantenerlo seguro y protegido. Este número nos ayudara a asignar claramente toda su información en su archivo personal; sin embargo, si usted no desea darnos el número de su seguro social, usted todavía puede participar en el estudio de investigación. Toda la información es almacenada y guardada en computadoras seguras y protegidas con una contraseña de seguridad. Los archivos son encriptados para proteger su confidencialidad, lo que quiere decir que sus datos son codificados y solo personal autorizado usando una contraseña los puede ver.

Adicionalmente, para proteger su privacidad, hemos obtenido un Certificado de Confidencialidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS, siglas en inglés). Con este certificado, los investigadores no pueden ser forzados a divulgar información que pueda identificarla, incluso

por una citación de la corte, en cualquier proceso federal, estatal, local, civil, penal, administrativo, legislativo u otro procedimiento. Sin embargo, usted debe saber que nosotros podemos brindar información a las personas o entidades correspondientes si un daño a usted, daño a otras personas o el abuso de un menor es comunicado a nosotros. Adicionalmente, la entidad patrocinadora de esta investigación The Kentucky Division of Behavioral Health (División del Comportamiento de Salud de Kentucky) y el personal de la Universidad de Kentucky pueden también ver su información de ser necesario.

¿RECIBIRÉ ALGUNA GRATIFICACIÓN POR PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

Usted recibirá \$20.00 por una entrevista completa de seguimiento después de los 6 meses de haber dado a luz al bebé. Para recibir los \$20.00 usted debe participar en la entrevista de seguimiento y luego su pago será enviado por correo. Si a usted le pagan más de \$600.00 en un año por participar en varios estudios de investigación, la Universidad de Kentucky tendrá que reportarlo como ingreso al IRS -Servicio Interno de Ingresos (IRS, siglas en inglés). No hay compensación por tomar la entrevista de entrada al programa.

¿QUE PASA SI TENGO PREGUNTAS?

Antes de decidir si desea participar en este estudio, por favor haga cualquier pregunta que tenga ahora. Si más adelante, usted tiene alguna pregunta sobre este estudio, usted puede contactar a la investigadora, Profesora TK Logan al teléfono 859-257-8248. Si usted tiene alguna pregunta sobre sus derechos como voluntaria en esta investigación, contacte al personal de la Oficina de Integridad de la Investigación de la Universidad de Kentucky al 859-257-9428 o puede llamar en forma gratuita al 1-866-400-9428. Usted también puede contactar a la Oficina de Integridad de la Investigación del Ministerio de Servicios de Salud y Familia de Kentucky (Cabinet for Health and Family Services, Integrity Research Board, CHFS-IRB, siglas en Inglés) al teléfono 502-564-5497 ext. 4102. Usted puede pedir una copia de este formato de consentimiento para sus archivos si así lo desea.

¿QUÉ MÁS NECESITO SABER?

Este estudio es patrocinado por The Kentucky Division of Behavioral Health (División del Comportamiento de Salud de Kentucky) para comprender mejor los efectos del Programa KY-Moms MATR.

Al escoger la opción apropiada, el cliente accede a ser contactada por teléfono aproximadamente 6 meses después de dar a luz para participar en una entrevista de seguimiento. En ese momento, la participante puede decidir nuevamente si quiere o no participar del estudio de seguimiento.

- Yo estoy de acuerdo en ser contactada para participar en el estudio de investigación.
- Yo NO estoy de acuerdo en ser contactada para participar en el estudio de investigación.

Si la cliente responde "NO estoy de acuerdo"

Gracias por responder estas preguntas. Su información ayuda a mejorar los servicios prenatales para otras mujeres en Kentucky como usted.

Si la cliente responde "Estoy de acuerdo"

¡Gracias por aceptar participar en el estudio de seguimiento! La última parte de la entrevista solicita información de localización simple que es importante para ayudar a que el *Estudio de Seguimiento de Salud de la Universidad de Kentucky* la llame para la segunda entrevista. La Universidad de Kentucky utilizará SOLAMENTE esta información para ubicarla en una entrevista de seguimiento. Como todas las demás respuestas que acaba de dar, la información del localizador esta almacenada un archivo encriptado y protegido por contraseña al que solo tiene acceso el personal del estudio aprobado.

1. Para poder asegurarnos de que estemos hablando con usted únicamente para la entrevista de seguimiento, por favor elija dos preguntas de seguridad de la lista a continuación y proporcione las respuestas a ellas que usted pueda recordad a 6 meses de dar a luz a su bebe.

1. ¿Cuál es el nombre de su primera mascota? _____
2. ¿Cuál es la marca/modelo de su primer automóvil? _____
3. ¿En que ciudad nació usted? _____
4. ¿Cuál era el nombre de la ultima escuela primaria a la que atendió? _____
5. ¿Cuál era su apodo de la infancia? _____
6. ¿Cuál era el nombre de su amigo de la infancia favorito? _____

Por favor proporcione tanta información como sea posible para que podamos comunicarnos con usted aproximadamente 6 meses después de haber dado a luz para la Parte Dos, el Estudio de Seguimiento de Salud de la Universidad de Kentucky.

<u>Información de contacto del cliente</u>	
Nombre de la cliente (Nombre y Apellido de soltera u otro nombre asociado)	
Dirección	
Nombre de la ciudad	
Nombre del Estado	
Código postal	
Número de teléfono de casa (incluido el código de área)	
Número de teléfono celular (incluido el código de área)	
¿De quién es esta dirección? (Nombre y Apellido)	
Relación con la cliente	
Dirección de correo electrónico	

A veces, la información de contacto cambia cuando se muda o cambia de número de teléfono. Indique los nombres, las direcciones y los números de teléfono de dos personas que siempre sabrán dónde se encuentra. Si es necesario, es posible que se les llame para ver si tienen los números de teléfono de usted actualizados y así la ayuden a completar la entrevista del Estudio de Seguimiento de Salud de la Universidad de Kentucky. Recuerde, los entrevistadores NUNCA revelarán que usted estuvo en el programa KY-Moms MATR ni proporcionarán ninguna información personal, excepto que aceptó que la llamaran para el Estudio de Seguimiento de salud de la Universidad de Kentucky. (**Consejo para el entrevistador:** una madre u otra pariente femenina suele ser un buen contacto para tener).

Siguiente mejor dirección:	
Nombre y apellido	
Número de dirección y nombre de la calle	
Número de apartamento (si corresponde)	
Nombre de la ciudad	
Nombre del Estado	
Código postal	
Número de teléfono de casa (incluido el código de área)	
Número de teléfono celular (incluido el código de área)	
Dirección de correo electrónico (si se conoce)	
Relación con el cliente (seleccione uno)	<input type="checkbox"/> Madre/Padre <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja/novia/novio <input type="checkbox"/> Ex cónyuge/ex pareja/ex novia/ex novio <input type="checkbox"/> Abuela/Abuelo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Primo(a) <input type="checkbox"/> Tía/Tío <input type="checkbox"/> Suegra/Suegro <input type="checkbox"/> Cuñada/Cuñado <input type="checkbox"/> Empleador/Compañero de trabajo <input type="checkbox"/> Amigo (a)/Vecino (a) <input type="checkbox"/> Otro: especifique otra relación: _____

Otra dirección de contacto:	
Nombre y apellido	
Número de dirección y nombre de la calle	
Número de apartamento (si corresponde)	
Nombre de la ciudad	
Nombre del Estado	
Código postal	
Número de teléfono de casa (incluido el código de área)	
Número de teléfono celular (incluido el código de área)	
Dirección de correo electrónico (si se conoce)	
Relación con el cliente (seleccione uno)	<input type="checkbox"/> Madre/Padre <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja/novia/novio <input type="checkbox"/> Ex cónyuge/ex pareja/ex novia/ex novio <input type="checkbox"/> Abuela/Abuelo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Primo(a) <input type="checkbox"/> Tía/Tío <input type="checkbox"/> Suegra/Suegro <input type="checkbox"/> Cuñada/Cuñado <input type="checkbox"/> Empleador/Compañero de trabajo <input type="checkbox"/> Amigo (a)/Vecino (a) <input type="checkbox"/> Otro: especifique otra relación: _____

6. Es posible que la contactemos enviando mensajes por medio de Facebook Messenger u otra plataforma de red social. Nosotros solamente usaríamos Facebook Messenger o alguna red social para contactarla, o a su persona de contacto, para tratar de localizarla. Nosotros no vamos a divulgar ningún tipo de información privada.

¿Cuál es su nombre en Facebook? _____

*Nota: Los mensajes serán enviados desde la pagina de la comunidad de nuestro estudio en Facebook (llamado "Ukhfs Page (Health Follow Up Study)" o desde la página "Ukhfs K (Health Follow Up Study)". Nosotros podríamos mandar una solicitud de amistad desde nuestra página, sin embargo, sus amigos en Facebook podrían ver esta actividad en su página. Si usted decide no seguir nuestra página, por favor revise su bandeja de mensajes no deseados en caso de que tenga mensajes de nuestro equipo del estudio. Adicionalmente, le aconsejamos que no divulgue su información privada en mensajes de Facebook que usted envíe a nuestra página.

Descargo de Privacidad: Nosotros no compartiremos su información privada, sin embargo toda las comunicaciones a través de Facebook Messenger están sujetas a las pólizas de seguridad y datos de Facebook. Facebook posee el contenido y otra información enviada o comunicada con otros. Esto incluye la información en o acerca del contenido que usted provea, así como la locación de una fotografía o la fecha en que se creó el documento. Para más información, consulte la página www.facebook.com/about/privacy

7. ¿Cuál es la mejor dirección de correo electrónico para contactarla? _____

7a. Otros correos electrónicos en los que se le pueda contactar: _____

8. ¿Cuál es la mejor manera de localizarla? (seleccione todas las que apliquen)

- Mensaje de texto Llamada de teléfono Correo electrónico Facebook En el trabajo

9. Si indico que el; trabajo es un buen lugar para contactarle, por favor proporcione información acerca de su trabajo

Nombre de la Compañía o de la agencia	
Numero de la oficina o de la unidad	
Número de teléfono de la compañía o agencia	

10. Si en un año, alguien le debiera \$1,000 y su número de teléfono y dirección han cambiado, ¿Cómo podría esa persona encontrarla para darle su dinero?

**Gracias por responder a todas las preguntas.
Su información ayuda a mejorar los servicios de salud prenatales para las mujeres en Kentucky.**