

**Minority HIV/AIDS Research Initiative (MARI) Project:
Empowering Latinas to Lash Out Against AIDS (ELLAS)**

Generic Information Collection Request under 0920-0840

**Attachment 1b. Survey of Individual (ACASI)
(English and Spanish versions)**

“Empowering Latinas to Lash Out Against AIDS (ELLAS)”

Survey of Individual (ACASI)
(English and Spanish versions)

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 30 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; Attn: OMB-PRA (0920-0840)

(English version)
A. Demographic Information

First, I'd like to ask you a few questions about yourself. The answers for some of the questions may seem obvious to you, but I do need to ask every question to be sure I collect the correct information. You can decline to answer any question. I will skip any question you don't want to answer.

O1. What city, state and country were you born in? _____/_____/_____
City State Country

If born in US but not SC, skip question 02. If born in US and SC skip questions 02 and 03

O2. When did you move to the United States? ____/____/_____
Month/day/year

O3. When did you move to South Carolina? ____/____/_____
Month/day/year

O4. Where do you live? _____/_____/_____
City County State

O5. What is your marital status? *(Ask open-endedly, code response)* _____

- 0. Single
- 1. Married
- 2. Widowed
- 3. Divorced
- 4. Living with a partner

O6. How many children do you have? _____

O7. Which of the following best describes your housing situation? _____

(Give participant Response Card A)

- 0. Street
- 1. Shelter
- 2. Room in house or apartment
- 3. Room in hotel
- 4. Apartment in multi-family house
- 5. Apartment in apartment building
- 6. Group home
- 7. Rehab, or health facility
- 8. Single family home
- 9. Jail/prison
- 10. Other, specify _____

O8. How many times have you moved in the past year? _____

O9. How did you pay for your care related to having this baby? (Ask open-endedly code response)

- 00. Private insurance (Self/Spouse)
- 01. Private insurance (Employer/Spouse's Employer)
- 02. Private HMO
- 03. Medicaid
- 04. Medicaid HMO Plan
- 05. Medicare
- 06. Military/Veteran's Administration
- 07. Self Pay
- 08. No insurance
- 09. Other (specify)

O10. Do you work for pay?

0= No, skip to O14 1= Yes _____

O11. What do you do? List all jobs _____

O12. How many hours a week do you work? _____

O13. Please tell me whether or not you received income from each of the following sources during your pregnancy?

	0	1	
a. Paid job, salary or business	No	Yes	_____
b. Support from partner/spouse, family or friend	No	Yes	_____
c. AFDC	No	Yes	_____
d. Public assistance, City or State welfare	No	Yes	_____
e. Food Stamps	No	Yes	_____
f. WIC	No	Yes	_____
g. Social Security, disability, workman's comp	No	Yes	_____
h. Unemployment compensation	No	Yes	_____
i. Alimony or child support	No	Yes	_____
j. Veteran's Benefits	No	Yes	_____

O14. What was your household income last month? Net income per month _____

(Include welfare payments and food stamps. If participant answers questions that they receive food stamps, ask specifically whether the total monthly income they give includes the amount provided by food stamps. Recalculate total to include food stamps). If participants does not handle the finances and or does not know what the household income was, enter 0)

O15. How many adults the age of 18 or over are supported by that amount? _____

If amount is unknown, enter 0

O16. How many children under the age of 18 are supported by that amount? _____

If amount is unknown, enter 0

O17. How many years of education do you have? (Ask open-endedly, code response)

- 1= None, no formal schooling
- 2= Elementary School (Grades 1-6)
- 3= Middle School (grades 7-9)
- 4= Some high school
- 5= High School graduate/GED
- 6= Some College
- 7= Associate Degree (2 year college)
- 8= B.S. /B.A. or other college degree
- 9= Post graduate studies
- 10= Technical School
- 11= Other

A. Pregnancy Information

Now, I would like to ask some question about your pregnancy

A1. Not counting this pregnancy, how many times in your life have you been pregnant? _____

A2. When is your due date for this pregnancy? _____ / _____ / _____
month date year

If interviewed on same day as screening, skip question A3. If interviewed on a different day then screening, ask A3:

A3. When was your first prenatal visit for this pregnancy? _____ / _____ / _____
month date year

A4. When you got pregnant with this baby, were you doing anything to prevent this pregnancy? 0=No 1= Yes _____
If A4=0; skip A5

A5. What were you doing?
(Write verbatim response[s]. Code later)

	<u>Code</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

B. HIV Knowledge

Next, I am going to read a set of questions about HIV, AIDS, and HIV counseling and testing. Please answer questions using the following scale. (Give participant Response Card B.)

0= No 1= Yes 2=Don't Know (DK)

B1. Can a pregnant woman who is infected with HIV give the virus to her unborn baby during pregnancy or delivery?_____

B2. Does a positive HIV test result mean you have the virus that leads to AIDS?..... _____

B3. Is there a cure for AIDS that the government is keeping from the public?..... _____

B4. If a woman got the virus today and gets tested for HIV tomorrow, would her HIV test results show she was infected?..... _____

B5. If you had several tests for HIV which comes out negative, does that mean that you will never become HIV infected?..... _____

B6. Was HIV invented in a laboratory to hurt people?_____

B7. Is there a medicine that pregnant women who are infected can take to help keep from passing HIV to their baby?_____

B8. Can a woman who is having sex with only one partner get HIV?....._____

B9. Can a woman who tested HIV negative early in pregnancy test HIV positive later in pregnancy?....._____

B10. Do all babies born to women with HIV also get infected with HIV?_____

B11. Can a woman who is infected with HIV give the virus to her baby during breast-feeding?_____

B12. Can a woman who is infected with HIV give the virus to her baby during vaginal delivery?....._____

C. Testing History

Next, I am going to ask you about your experiences with getting tested for HIV, the virus that causes AIDS. First, I am going to ask you about any HIV test you may have taken before you got pregnant with this baby.

C1. **Before this pregnancy, were you ever tested for HIV?** _____
 0=No, skip to SECTION D; 1=Yes 2=DK, skip to SECTION D

C2. **Before this pregnancy, how many times in your life were you tested?** _____
Enter number of times

C3. **How many of these HIV tests were done while you were pregnant with another baby?** _____

C4. **How many times did you return to get your test results?** _____

C5. **What was the date of the last HIV test you took before this pregnancy?** ____/____/____
month date year

C6. **Why did you decide to get tested for HIV before this pregnancy?** *(Write verbatim response(s). Code immediately after the survey is completed)*

Code

- | | |
|--|---------------------------------|
| 01. Felt that I might be at risk | 10. Court order |
| 02. Found out a previous sexual partner was HIV-positive | 11. Occupational exposure |
| 03. Was experiencing physical symptoms | 12. Had another STI |
| 04. Health care provider recommended | 13. Blood donation |
| 05. Health insurance | 14. Don't know why tested |
| 06. Job Corps | 15. Tested when entered US |
| 07. My doctor/provider told me to | 16. Tested because of pregnancy |
| 08. Drug treatment | 17. Retest |
| 09. Jail | 18. Other reason _____ |

C7. **What was the result of the last HIV test you took before this pregnancy?** _____
(Ask open-endedly; code response)

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| 1. Negative | 5. Did not return for test results |
| 2. Positive | 6. Do not want to share test results |
| 3. Indeterminate | 7. Never tested |
| 4. Waiting for test results | 8. Don't know |

D. HIV Testing During Current Pregnancy

The next set of questions relate to your HIV testing experience during this pregnancy

D1. At any time during your first prenatal care visit to the clinic, did anyone at this clinic talk to you about getting tested for HIV? 0=NO, skip to D8; 1= YES....._____

D2. What do you remember about this conversation regarding HIV testing? (If no response, probe...) what did the person tell you about HIV testing? (Write verbatim response[s])

- | | <u>Code</u> |
|----------|-------------|
| A. _____ | _____ |
| B. _____ | _____ |
| C. _____ | _____ |
| D. _____ | _____ |

D3. Did someone inform you that you could say “no” to taking the test? 0=NO;1=YES_____

D4. More specifically, did this person discuss: 0=NO; 1= YES

- A. What HIV is....._____
- B. What AIDS is....._____
- C. The benefit of getting an HIV test....._____
- D. The risk of getting an HIV test_____
- E. How the virus is passed from person-to-person....._____
- F. Where someone can get tested....._____
- G. How to get the test results....._____
- H. The meaning of a positive test result....._____
- I. That HIV test results are confidential....._____
- J. That a woman’s decision to get tested will not affect the care she gets....._____
- K. That a woman might be asked to be tested again later in the pregnancy....._____
- L. That a woman has to give permission to be tested....._____
- M. That a woman needs her sex or needle sharing partners tested if she has HIV...._____
- N. That taking AZT or ZDV can reduce a woman’s risk of giving HIV to her baby if she is infected....._____

O. Notify you that you could say “no” to taking the HIV test?....._____

P. That your general medical consent stated that HIV test is part of routine tests done at the clinic for each client?....._____

D5. Do you think your provider wanted you to get tested for HIV....._____?
0= No; 1=Yes; 2= Don't know

*If D5=0 or 2, skip to D7
If D5=1, go to D6*

D6. How much did your provider want you to get tested for HIV....._____?
(Give respondent Response Card C.)
0= Not at all
1= Some
2= Very Much

D7. Did you sign a consent form for just for the HIV test?....._____?
0=No 1= Yes skip to D8 2= Don't know

D7a. Did you sign a general consent form that includes the HIV test with other tests?....._____?

D8. Did you get tested for HIV during this pregnancy....._____?
(If not sure, write response verbatim)
0=No, I did not get tested for HIV
1= Yes, I got tested for HIV
2= not sure, uncertain, don't know

If D8=0, skip to D10.

If D8=1, skip to D10a

If D8= 2, go to D9

D9. If your pregnancy health care provider, or someone else at the clinic, offered you an HIV test today, would you agree to be tested?....._____
0= No go to 9a 1= Yes skip to D10a

D9a. If your pregnancy health care provider, or someone else at the clinic, notified you that the HIV test is part of a routine package of tests given to all pregnant women, would you take the test?.._____
0= No go to D10
1= Yes go to D10a

D10. What were the reasons for not getting tested for HIV during this pregnancy?
(Ask open ended question and record verbatim)

A. _____ Code

- B. _____
- C. _____
- D. _____

D10a. What were the reasons for getting tested for HIV during this pregnancy?

Ask open ended question and record verbatim)

- | | <u>Code</u> |
|----------|-------------|
| A. _____ | _____ |
| B. _____ | _____ |
| C. _____ | _____ |
| D. _____ | _____ |

D11. What do you think your chances are of getting HIV?

(Give the participant Response Card D)

- 0= no chance
- 1= some chance
- 2= a very good chance

D12. Why do you think there is a (a) *(insert response from D11)* that you will get HIV?

- A. _____
- B. _____
- C. _____
- D. _____

E. Testing Beliefs

Next, I would like to ask you about some of your own beliefs about getting an HIV test. For each of the questions that I read to you, I would like you to choose one answer from this card. All we are interested in is YOUR thoughts, feelings, and opinions. *(Give the participant Response Card E)*

- 1= never
- 2= possibly
- 3= definitely

- E1. How likely is it that if a pregnant woman got tested for HIV and her spouse/boyfriend/sexual partner found out, he would hurt her?
- E2. How likely is it that by taking an HIV test, a pregnant woman would be doing the right thing for her baby's health?
- E3. How likely is it that if other people knew a pregnant woman got tested for HIV, they would think she used drugs?
- E4. How likely is it that taking an HIV test would help a pregnant woman make a decision about whether to continue her pregnancy?.....
- E5. How likely is it that if other people knew a pregnant woman got tested for HIV, they would think she had HIV?.....
- E6. How likely is it that by taking an HIV test, a pregnant woman is doing something good for her own health?
- E7. How likely is it that if other people knew a pregnant woman got tested for HIV, they would think she was sexually "easy"?
- E8. How likely is it that by taking an HIV test, a pregnant woman would worry less about her baby's health?.....
- E9. How likely is it that if a pregnant woman took an HIV test, her partner might find out of the test results without her telling him?.....

Next, I would like to ask you about what you believe regarding the results of the HIV Test. For each of the questions that I read to you, I would like you to choose one answer from this card. *(Give the participant Response Card F)*

Not at all worried	A little Worried	Very Worried
1	2	3

If the test showed you had the HIV virus,

E10. How worried would you be that the test results would go on your medical chart? _____

E11. How worried would you be that your family would find out?..... _____

E12. How worried would you be that your partner might find out? _____
(If no partner, enter 0)

E13. How worried would you be that the test results would go on your baby's medical chart?
..... _____

E14. How worried would you be that you would lose your children?..... _____
(If no children, enter 0)

If the test showed you had the HIV virus,

E15. How worried would you be that you might lose your health insurance? _____
(If no medical insurance, enter 0)

E16. How worried would you be that you would lose your job? _____
(If no job, enter 0)

E17. How worried would you be that your partner would leave you?..... _____
(If no partner, enter 0)

E18. How worried would you be that you would lose your friends? _____

E19. How worried would you be that you would lose your housing? _____
(If no housing, enter 0)

E20. How worried would you be that your partner might get violent (e.g., hurt you physically) if they found out?..... _____
(If no partner, enter 0)

F. Prenatal Health Care Provider

Now, I am going to ask you a few questions about your relationship with the staff here at the clinic. I want you to think about the person whom you consider to be your primary health care provider during this pregnancy. This is the person you see most regularly or often for your prenatal care. This person may be a doctor, nurse, physician’s assistant, or a midwife.

F1. Do you have a health care provider who you consider to be your primary prenatal care provider?....._____

0= No, skip to F3, 1= Yes

F2. Do you know if that person is a doctor, resident, nurse, nurse practitioner, physician assistant, or a midwife?....._____

1. Doctor/resident
2. Nurse/nurse practitioner
3. Physician assistant
4. Midwife
5. Other
6. Do not know

I am going to read you some statements concerning your relationship with your pregnancy health care provider(s). This would be the person you see most regularly when you come to the clinic for your prenatal care. For each of the following questions, please tell me how often you feel that way about your provider or how often he or she does those things using the following card. (Give participant Response Card G.)

If the woman does not have a particular provider, ask her to think about all the providers she has seen at the clinic for this pregnancy

0= Never
1= Sometimes
3= Always

F3. How often does your pregnancy care provider give you suggestions on what you can do to have a healthy baby?_____

F4. How often does your pregnancy care provider treat you with respect?_____

F5. How often does your pregnancy care provider relieve your worries about your pregnancy?_____

F6. How often does your pregnancy care provider seem to know what s/he is doing? _____

F7. How often do you have a great deal of trust in your pregnancy care provider? ... _____

F8. How often does your pregnancy health care provider listen to everything you have to say?
....._____

F9. How often is your pregnancy care provider kind and considerate of your feelings? _____

F10. How often does your pregnancy care provider explain the reasons for examination procedures or medical tests?_____

F11. How often do you have some doubts about the ability of your pregnancy care provider to take care of you?....._____

Please answer the next two questions with yes or no.

F12. Did anyone in the clinic (doctor, nurse, receptionist) explain that by signing a general consent form for care you will be tested for HIV as part of a routine package of tests unless you say "no"?....._____

0=No 1=Yes

F13. Did anyone in the clinic (doctor, nurse, receptionist) explain that you could refuse to take the HIV test?....._____

0=No 1=Yes

Give the participant Response Card H

0= None

1= Some

2= A lot

3= Don't know (DK)

F14. How much time did your prenatal care provider or someone else in the clinic spend explaining why it is important for you to be tested for HIV?..... _____

F15. How much does your prenatal care provider believe that all pregnant women should be tested for HIV? _____

F16. How much did your prenatal care provider recommend that you get tested for HIV during this pregnancy?_____

G. Depression Scale

Now, I am going to read you a list of the ways you might have felt or behaved. Please tell me how often you have felt this way during the past week.

	During the Past Week			
	Rarely or none of the time (less than one day)	Some or a little of the time (1-2 days)	Occasionally or a moderate amount of time (3-4 days)	Most or all of the time (5-7 days)
1. I was bothered by things that usually don't bother me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. I did not feel like eating; my appetite was poor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. I felt that I could not shake off the blues even with help from my family or friends.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. I felt I was just as good as other people.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. I had trouble keeping my mind on what I was doing.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. I felt depressed.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. I felt that everything I did was an effort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. I felt hopeful about the future.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. I thought my life had been a failure.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. I felt fearful.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. My sleep was restless.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. I was happy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. I talked less than usual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. I felt lonely.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. People were unfriendly.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. I enjoyed life.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. I had crying spells.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. I felt sad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. I felt like people dislike me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. I could not get "going".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Time survey ended: ____ : ____ : ____

(Spanish version)

A. Información Demográfica

Primero, me gustaría hacerle unas preguntas. Algunas de las preguntas pueda que le suenen obvias, pero necesitamos hacer estas preguntas para asegurarnos que yo tenga la información correcta. Si usted no quiere contestar alguna pregunta puede hacerlo, yo iré a la pregunta siguiente.

01. En qué ciudad, estado, y país nació usted? _____ / _____ / _____
Ciudad Estado País

Si nació en los Estados Unidos pero no en Carolina del Sur, no haga la pregunta 2 . Si nació en los Estados Unidos, en Carolina del Sur, no haga las preguntas 2 y 3.

02. Cuándo se mudó a los Estados Unidos? _____ / _____ / _____
Mes día Año

03. Cuándo se mudó a Carolina del Sur? _____ / _____ / _____
Mes Día Año

04. Dónde vive usted ahora? _____ / _____ / _____
Ciudad Condado Estado

05. Cuál es su estado civil? (pregunta abierta, escriba el código) _____

00. Soltera

01. Casada

02. Viuda

03. Divorciada

04. Unión libre/Vive con su pareja

07. Cuántos hijos tiene usted? _____

08. Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación de vivienda? _____

(Muestre a la participante la Tarjeta A)

0. La calle

1. Refugio

2. Cuarto en apartamento

3. Cuarto en hotel

4. Apartamento en una casa multi-familiar

5. Departamento en un edificio de apartamentos

6. Trailer (Traila)

7. Rehabilitación o establecimiento de salud

- 8. Casa de una familia
- 9. Cárcel/prisión
- 10. Otro/favor especificar _____

09. **Cuántas veces se ha mudado en el último año?** _____

010. **Cómo paga usted por los servicios médicos de su embarazo?** *(Pregunta abierta con código de respuesta)* _____

- 0. Seguro médico privado (propio/esposo)
- 1. Seguro Privado (Del trabajo/del trabajo de su esposo)
- 2. Privado (HMO-Sociedad Médica)
- 3. Medicaid
- 4. Medicaid, plan de HMO
- 5. Medicare
- 6. Militar/Servicios de Veteranos
- 7. Pago de su propia cuenta
- 8. No tiene Seguro Médico
- 9. Otro (Especificar) _____

011. **Usted tiene un salario?**

0=No, pasar a 015, 1=Sí _____

012. **A qué se dedica? Incluya todos los trabajos** _____

013. **Cuántas horas a la semana trabaja?** _____

014. **Dígame por favor si recibió o no ingresos monetarios de los siguientes recursos durante su embarazo?**

	0	1
A. Trabajo pagado, salario o negocio	No	Sí
B. Apoyo por parte de pareja/esposo/familiar o amigo/a	No	Sí
C. AFDC	No	Sí
D. Asistencia Pública, ciudad o estado	No	Sí
E. Cupones de Alimentos	No	Sí
F. WIC	No	Sí
G. Seguro Social, por Discapacidad, Compensación al trabajador	No	Sí
H. Compensación de Desempleo	No	Sí
I. Pensión alimenticia o manutención	No	Sí
J. Servicio de Veteranos	No	Sí

015. **Cual fue la totalidad del ingreso familiar el mes pasado?** _____

(Incluir pagos de asistencia pública, cupones de alimentos. Si la participante recibe cupones de alimentos, preguntar específicamente si el total de los ingresos que está diciendo incluyen la cantidad en cupones de alimentos. Recalcular total para incluir cupones de alimentos. Si la participante no

maneja los asuntos financieros de la casa, favor marcar con -“0”)

016. Cuántas personas mayores de 18 años, viven de la cantidad mencionada? _____

017. Cuántos niños menores de 18 años, viven de dicha cantidad? _____

018.Cuál fue el nivel más alto de educación que usted alcanzo? (Pregunta abierta, poner código)

01= Ninguno, no educación formal

02= Escuela primaria/elemental (grados 1-6)

03= Escuela Media (grados 7-9)

04= Un tiempo en la preparatoria/bachillerato

05= Graduado de preparatoria/bachillerato

06= Un poco de Universidad

07= Asociado en Artes (graduado de programa equivalente a dos años de Universidad)

08= BS/BA-Título universitario de cuatro años o equivalente

09= Estudios de Postgrado

010=Escuela Técnica

011=Otro_____

A. Información sobre el embarazo

Ahora le haré algunas preguntas sobre su embarazo

A1. Sin contar este embarazo, cuantas veces en su vida ha estado embarazada?

A2. Cuándo le han dicho que nacerá su bebé? ____/____/_____
Mes Día Año

Si la encuesta es el mismo día en el que se hizo el cuestionario de exploración, no haga la pregunta A3.
Si la encuesta es en un día diferente, haga la pregunta A3.

A3. Cuándo fue la primera visita prenatal por este embarazo? ____/____/_____
Mes Día Año

A4. Cuando quedó embarazada de este bebé, estaba usted haciendo algo para prevenir este embarazo? 0=No, 1= Yes _____

Si A4 es 0=No, no responder a A5

A5. Qué método de prevención usaba?

(Escribir la respuesta textual; ponga el código después)

Código

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

B. Conocimiento acerca del VIH

Ahora voy a leerle algunas preguntas sobre el VIH/SIDA, el exámen de VIH y lo que su médico le dijo acerca del VIH o SIDA. Por favor responda a las preguntas usando la siguiente escala: 0= No, 1=Si, 2= No Sabe (DK) *Mostrar a la participante la Tarjeta de Respuesta B.*

B1. Puede una mujer embarazada infectada con el virus VIH transmitir el virus a su bebé durante el embarazo o el parto? _____

B2. Un resultado positivo de una prueba de VIH significa que usted tiene el virus y que va a adquirir SIDA? _____

B3. Hay cura para el SIDA, pero el gobierno la mantiene en secreto del público? _____

B4. Si una mujer se infecta con el virus hoy y se hace una prueba de VIH el día siguiente, el resultado de la prueba mostraría que ella está infectada? _____

B5. Si usted se hubiera hecho muchas pruebas de VIH que resultan negativas, eso significa que usted nunca se infectará con el VIH? _____

B6. Fue el VIH inventado en un laboratorio para dañar a las personas? _____

B7. Existe alguna medicina para que las mujeres embarazadas infectadas no le pasen el virus de VIH al bebé? _____

B8. Si una mujer tiene relaciones sexuales con una sola persona puede infectarse con VIH?

B9. Una mujer que haya tenido un resultado negativo durante los primeros meses de embarazo podría obtener un resultado positivo de VIH en los últimos meses?

B10. Todos los bebes que nacen de una madre infectada nacerán infectados con VIH? _____

B11. Puede una mujer infectada con el VIH transmitir el virus a su bebé mientras está amamantando?

B12. Puede una mujer infectada con el VIH transmitir el virus a su criatura durante el parto normal (vaginal)? _____

C. Historial de Pruebas de VIH

Ahora le voy a preguntar sobre sus experiencias con pruebas de VIH, el virus que causa el SIDA. Primero, le preguntaré si ha tenido alguna prueba de VIH que haya tomado antes de embarazarse?

C1. Antes de este embarazo, se realizó alguna vez una prueba de VIH?
O= No, pasar a la sección D; 1= Si; 2= No Sabe, pasar a la sección D. _____

C2. Antes de este embarazo, cuántas veces en su vida ha tomado pruebas de VIH? _____
de veces

C3. Cuántas pruebas de VIH le hicieron en los embarazos anteriores? _____

C4. Cuántas veces reclamó los resultados? _____

C5. Cuál fue la fecha de la última prueba de VIH que usted se tomó antes de este embarazo?
_____/_____/_____
Mes Día Año

C6. Por qué decidió hacerse una prueba de VIH antes de este embarazo? (Escriba la respuesta textualmente; ponga el código inmediatamente después de terminar la encuesta)

Código

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- 01. Creí que podría estar en riesgo
- 02. Supe de una pareja anterior que era VIH positivo
- 03. Experimenté síntomas físicos
- 04. El médico me lo recomendó
- 05. Por medio del seguro médico
- 06. Mi doctor/enfermera me lo dijo
- 07. Tratamiento por consumo de drogas
- 08. Cárcel
- 09. Orden de la corte
- 10. Exposición al virus en el trabajo
- 11. Tuve una enfermedad/infección de transmisión sexual
- 12. Donación de sangre
- 13. No sé la razón

- 14. Tomé la prueba cuando llegué a los Estados Unidos
- 15. Debido al embarazo
- 16. Repetición de la prueba
- 17. Otra razón _____

C7. Cuál fue el resultado de la última prueba de VIH que usted se hizo antes de este embarazo? (Pregunta abierta; poner código de respuesta)

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. Negativo | 5. No reclamé los resultados |
| 2. Positivo | 6. No quiero revelar lo resultados del exámen |
| 3. Indeterminado | 7. Nunca me hecho la prueba |
| 4. Estoy esperando los resultados | 8. No sé |

D. PRUEBAS DEL VIRUS DE VIH DURANTE EL EMBARAZO

Las siguientes preguntas están relacionadas con las pruebas del VIH que se ha realizado durante este embarazo.

D1. En algún momento durante su primera visita a esta clínica de cuidado prenatal, alguien le recomendó que se realizara la prueba del VIH? 0=No; pasar a D8; 1= Sí....._____

D2. Qué recuerda usted acerca de esta conversación acerca de hacerse la prueba de VIH? (Si no hay respuesta pregunte) qué le dijo esa persona acerca de la prueba de VIH? (Escribir la respuesta textualmente y poner el código respectivo)

	Código
A. _____	_____
B. _____	_____
C. _____	_____
D. _____	_____

D2. Alguien le informo que podía negarse a hacerse la prueba?
0=No; 1=Sí

D3. Que discutió esta persona con usted específicamente:

- A. Que es el VIH....._____
- B. Que es el SIDA....._____
- C. Los beneficios de hacerse una prueba de VIH....._____
- D. Los riesgos de obtener una prueba de VIH....._____
- E. Como el virus se transmite de una persona a otra....._____
- F. Donde puede alguien obtener una prueba....._____

G. Como obtener los resultados de la prueba....._____

H. El significado de obtener un resultado positivo en el test_____

I. Que los resultados de la prueba de VIH son confidenciales....._____

J. Que la decisión que toma una mujer de realizarse la prueba no afectara el cuidado medico que recibe....._____

K. Que tal vez, se le pedirá que tome el examen nuevamente durante el embarazo....._____

L. Que una mujer tiene que autorizar para que le realicen la prueba....._____

M. Que si su compañero sexual, o persona con quien comparte una jeringa para uso de drogas tiene VIH, ella tiene que hacerse la prueba de VIH?

....._____

N. Que el tomar AZT o ZDV puede reducir el riesgo de transmitir el virus del VIH a su bebé si es que ella está infectada....._____

O. Se le informo que puede decir NO al hacerse la prueba?_____

P. Que su historia médica dirá que el realizarse la prueba del VIH es parte de la rutina medica que se hace para cada paciente?

....._____

D5. Piensa usted que su medico quería que se realizara la prueba del VIH....._____?
0=No; 1=Sí; 2= No sé

Si D5=0 o 2, pase a la pregunta D7

Si D5=1, pase a la pregunta D6

D6. Qué tanto quería su medico que se realizara la prueba del VIH...._____?

(Por favor mostrar a la participante tarjeta de Respuesta C)

0=No quería; 1=quería un poco; 2=quería bastante

D7. Usted firmó un formulario de autorización específicamente para el examen de VIH... _____?

0=No; 1=Sí; 2=No Sé

D7a. Usted firmó un formulario de autorización general en el que se incluye la prueba del VIH y otras pruebas más_____?

D8. Usted se realizó la prueba del VIH para este embarazo....._____?
(Si no está segura, escribir respuestas palabra por palabra textualmente)

0=No, no me hice la prueba del VIH; 1= Si, si me hice la prueba; 2= no estoy segura, no se

Si D8 =0, pasar a D10;
Si D8 =1, pasar a D10a;
Si D8=2, pasar a D9.

D9. Si su médico o alguien de la clínica le ofreciera realizarse una prueba de VIH hoy, estaría usted de acuerdo en hacerla?..... _____

0=No, pasar a D9a; 1= Sí, pasar a D10a

D9a. Si su médico o alguien de la clínica, le dijera que realizarse la prueba del VIH es parte de la rutina de pruebas que se hacen a todas las embarazadas, se realizaría la prueba? _____

0=No, pasar a D10; 1=Si, pasar a 10a

D10. Cuáles fueron las razones por las cuales no se realizó la prueba del VIH durante este embarazo?

(Pregunta abierta, escribir respuesta textualmente)

Código

A. _____	_____
B. _____	_____
C. _____	_____
D. _____	_____

D10a. Cuáles fueron las razones por las cuales se realizó la prueba del VIH durante este embarazo?

(Pregunta abierta, escribir respuesta textualmente)

Código

A. _____	_____
B. _____	_____
C. _____	_____
D. _____	_____

D11. Cree usted que existe la posibilidad de infectarse con el virus de VIH...._____? (Dar a la participante Tarjeta de Respuesta D)

0= No hay ninguna posibilidad; 1= hay alguna posibilidad; 2= Hay muchas posibilidades

D12. Por qué piensa que (poner respuesta de D11) de que usted se infecte con el VIH?

A. _____
B. _____
C. _____
D. _____

E. CREENCIAS SOBRE PRUEBA DEL VIH

Ahora, me gustaría preguntarle cuales son sus creencias sobre la prueba VIH. Por cada pregunta que yo le lea, quiero que escoja una respuesta de esta tarjeta. Todo lo que nos interesa saber son sus creencias, sentimientos, y opiniones.

(Dar a la participante, tarjeta E)

1= Nunca; No 2= tal vez; Si 3=definitivamente

E1. Cuál es la posibilidad de que al realizarse una prueba de VIH una mujer embarazada y su esposo, novio, o pareja sexual supiera, él la golpeará....._____?

E2. Cuál es la posibilidad de que una mujer embarazada se realice la prueba del VIH y esto le ayude a continuar con su embarazo_____?

E3. Cuál es la posibilidad de que si otra gente sabe que una mujer embarazada se realiza una prueba de VIH, ellos piensen que ella está usando drogas_____?

E4. Cuál es la posibilidad que puede ayudar a una mujer embarazada continúe su embarazo al realizarse la prueba del VIH, le ayude a una mujer en que continúe con su embarazo....._____?

E5. Cuál es la posibilidad de que si la gente sabe que una mujer embarazada se realiza una prueba de VIH, ellos piensen que ella tiene el virus de VIH....._____?

E6. Cuál es la posibilidad de que una la mujer embarazada que se realice la prueba del VIH, este haciendo algo bueno su salud....._____?

E7. Cuál es la posibilidad que si a gente sabe que una mujer embarazada se realiza una prueba de VIH, la gente piense que es una mujer fácil sexualmente hablando...._____?

E8. Cuál es la posibilidad que una mujer que tomó la prueba del VIH, sea una mujer que se preocupe menos por su bebé....._____?

E9. Cuál es la posibilidad de que una mujer embarazada que tomó el examen de VIH, su pareja se de cuenta de los resultados de examen sin que ella se lo diga....._____?

Ahora, me gustaría preguntarle sobre lo que usted cree relacionado con los resultados de un examen de VIH. Por cada pregunta que yo le lea, escoja una respuesta de la tarjeta *(Por favor entregar a la participante Tarjeta de Respuesta F)*

Para Nada Preocupada= 1
Un Poco Preocupada=2
Muy Preocupada=3

Si el examen mostrará que usted tiene el virus,

E10. Qué tan preocupada estaría usted de que sus resultados fueran a su historial medico?

E11. Qué tan preocupada estaría usted de que su familia se diera cuenta? _____

E12. Qué tan preocupada estaría usted que su pareja se de cuenta? _____
Si no tiene pareja ponga “0”

E13. Qué tan preocupada estuviera usted que los resultados de prueba se documentaran en el historial médico de su bebé? _____

E14. Qué tan preocupada usted estaría en perder a sus hijos por la prueba? _____
Si no tiene hijos poner “0”

Si los exámenes muestran que tiene el virus,

E15. Qué tan preocupada usted estaría en perder su seguro médico? _____
(Si no tiene seguro médico, poner “0”)

E16. Qué tan preocupada usted estaría en perder su trabajo?

(si no tiene trabajo, poner “0”)

E17. Qué tan preocupada estaría usted que su pareja la dejara? _____
Si no hay pareja, poner “0”

E18. Qué tan preocupada estaría usted en perder a sus amigos? _____

E19. Qué tan preocupada estaría usted en perder su vivienda? _____
(si no tiene vivienda, poner “0”)

E20. Que tan preocupada estaría usted que su pareja se volviera violenta, es decir lastimarla físicamente si él sabe? _____
Si no tiene pareja, poner “0”

F. MEDICO DE CUIDADO PRENATAL

Ahora le haré unas preguntas sobre su relación con el personal de aquí de la clínica. Quiero que piense en la persona que usted considera su medico principal durante este embarazo. Esta es la persona que usted ve mas seguido o con mas frecuencia durante sus visitas de cuidado prenatal. Esta persona puede ser un doctor, enfermera, asistente de enfermera, o una partera.

F1. Tiene usted un proveedor de salud primario?

0=No, pasar a F3; 1= Sí

F2. Usted conoce algún doctor, enfermera, asistente médico, o partera..._____?

1. Doctor de hospital
2. Enfermería/practicante médico
3. Asistente médico
4. Partera
5. Otro
6. No sé

Voy a leerle algunas oraciones sobre su relación con su medico o proveedor de salud prenatal. Esta es la persona que usted ve más seguido o con más frecuencia durante sus visitas de cuidado prenatal. Por cada pregunta por favor dígame como se siente a cerca de su proveedor, o si él o ella hacen las cosas mencionadas, responda usando la siguiente tarjeta.

(Por favor entregar a la participante, Tarjeta de Respuesta G)

Si la mujer no tiene un proveedor, pedirle que piense en todos los proveedores que ella haya visto en la clínica durante este embarazo.

- 0= Nunca
1= Algunas Veces
2= Siempre

F3. Cada Cuánto su medico/enfermera le aconseja sobre lo que puede hacer para tener un bebé saludable?

F4. Cada cuánto su medico/enfermera la trata con respeto?

F5. Cada cuánto su medico/enfermera le alivia sus preocupaciones sobre su embarazo?

F6. Cada cuánto su medico/enfermera parece saber lo que él o ella esta haciendo?

F7. Cada cuánto usted tiene gran confianza en su medico de cuidado prenatal?

F8. Cada cuánto su medico/enfermera escucha todo lo que usted tiene que decir?

F9. Cada Cuánto su medico/enfermera es amable y tiene en cuenta sus sentimientos?

F10. Cada Cuánto su medico/enfermera le explica el porque de las pruebas y procedimientos médicos?

F11. Cada cuánto usted tiene dudas sobre los conocimientos que tiene su medico/enfermera para prestarle cuidado?

Por favor responda Si o No a las siguientes preguntas:

F.12 Alguien en la clínica (doctor, enfermera, recepcionista) le ha explicado que por firmar un consentimiento general de cuidado a usted se le realizara la prueba del VIH como parte de una rutina de pruebas, al menos que usted diga que “NO”

0=No 1=Si

F.13 Alguien en la clínica (doctor, enfermera, recepcionista) le explico que usted pudo negarse a realizarse la prueba de VIH?

0=NO 1=Si

Por favor entregarle a la participante, la Tarjeta de Respuesta H

0= Ningún

1= Algo

2= Mucho

3= No sé

F14. Cuánto tiempo dedico su medico/enfermera prenatal o alguien más en la clínica en explicarle porque es importante realizarse la prueba del VIH?

F15. Cuánto cree su medico/enfermera prenatal que es necesario que una mujer tome la prueba de VIH?

F16. Cuanto cree su medico/enfermera prenatal que es necesario que usted tome la prueba de VIH durante este embarazo?

G. Escala de Depresión

Spanish Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)

Lea las frases que describen como pudo haberse sentido o comportado. Por favor marque el número que representa con que frecuencia se ha sentido de esta manera.

	Raramente o ninguna vez	Alguna o pocas veces de tiempo moderado	Ocasionalmente O una cantidad	La mayor parte del tiempo
	(Menos de un día)	(1-2 días)	(3-4 días)	(5-7 días)
1. Me molestaron cosas que usualmente no me molestaban.....	0	1	2	3
2. No me sentía con ganas de Comer; no tenia apetito	0	1	2	3
3. Me sentía que no podia quitarme de encima la tristeza aún con la ayuda de mi familia.....	0	1	2	3
4. Sentía que yo era tan bueno como cualquier otra persona.....	0	1	2	3
5. Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que hacía	0	1	2	3
6. Me sentía deprimido.....	0	1	2	3
7. Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo.....	0	1	2	3
8. Me sentía con esperanza sobre el futuro.....	0	1	2	3
9. Pensé que mi vida había sido un fracaso.....	0	1	2	3
10. Me sentía con miedo.....	0	1	2	3
11. Mi sueño era inquieto.....	0	1	2	3
	Raramente o ninguna vez	Alguna o pocas veces de tiempo moderado	Ocasionalmente O una cantidad	La mayor parte del tiempo
	(Menos de un día)	(1-2 días)	(3-4 días)	(5-7 días)
12. Estaba contento.....	0	1	2	3
13. Hablé menos de lo usual.....	0	1	2	3
14. Me sentía solo.....	0	1	2	3
15. La gente no era amistosa.....	0	1	2	3
16. Disfruté de la vida.....	0	1	2	3

17. Pasé ratos llorando.....0	1	2	3
18. Me sentí triste..... 0	1	2	3
19. Sentía que yo no le caía bien (gustaba) a la gente0	1	2	3
20. No tenía ganas de hacer nada.....0	1	2	3

Hora en que la encuesta terminó ____ ____: ____ ____

Encuestador: *Agradecer a la mujer participante, decirle lo necesario, y entregarle la tarjeta de regalo y obtener las firmas necesarias.*