

---

## Formulario de la entrevista para madres de FIMR/VIH

Número de caso: \_\_\_\_\_

Fecha en que se completó el formulario: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

### Comienzo de la entrevista

Por lo general, los primeros 10 a 15 minutos de la visita en el hogar se utilizarán para desarrollar una relación de simpatía con la madre, agradecerle por permitir la visita y explicarle el programa. Una vez que se logre un clima cómodo, la mejor manera de comenzar la entrevista es pedirle a la madre que describa con sus propias palabras cómo es la vida con VIH y los acontecimientos en torno al nacimiento del bebé. El entrevistador debe llamar al bebé por su nombre, si la familia lo dio a conocer. Es posible que la madre comience a contarle al entrevistador sobre la salud del niño y el estado del VIH antes de tener que preguntarlo.

Es importante que en todo momento el entrevistador se muestre sensible a la necesidad de la madre de hablar o apartarse de un evento en particular que genere sentimientos fuertes, y le dé tiempo para recordar detalles y relatar sus experiencias con sus propias palabras. Puede completar el cuestionario estandarizado cuando la madre esté lista.

### Evaluación inmediata (se realiza lo antes posible, probablemente en el hospital)

#### Perfil demográfico

1) ¿Qué edad tiene? (*años*) \_\_\_\_\_

2) ¿Dónde nació? (*país*) \_\_\_\_\_

3) ¿Tiene origen español/hispano/latino? (*marque una respuesta*)

No

Sí, soy mexicana, méxico-estadounidense, chicana

Sí, soy portorriqueña

Sí, soy cubana

Sí, tengo otro origen español/hispano/latino (*especificar*): \_\_\_\_\_

4) ¿cuál es su raza? Especifique en el espacio suministrado, si corresponde. *(marque todas las opciones que correspondan)*

- Blanca \_\_\_\_\_
- Negra, afroamericana \_\_\_\_\_
- India estadounidense o nativa de Alaska \_\_\_\_\_
- Asiática \_\_\_\_\_
- Hawaiana o isleña del pacífico \_\_\_\_\_
- Otra *(especificar)*: \_\_\_\_\_

5) ¿Cuál era su estado civil durante el embarazo?

- Soltera
- Casada
- Viuda
- Divorciada
- Separada
- Tenía una relación estable pero no estaba casada

6) ¿El padre de [NOMBRE DEL BEBÉ] vive con usted?

- Sí
- No

7) ¿Cuál es el grado/año más alto de la escuela o college que completó?

- 0-11
- 12
- 13-14
- 15-16
- 17+

8) ¿Trabajó en algún momento durante su reciente embarazo?

- Sí
- No *(pasar a la N.º 9)*

8a) Si su respuesta es afirmativa, trabajó durante: *(marque todas las opciones que correspondan)*

- Los primeros tres meses del embarazo
- Los segundos tres meses del embarazo
- Los últimos tres meses del embarazo

### Prueba de VIH

9) ¿Cuándo se enteró de que tenía VIH?

- Antes de este embarazo
- Durante este embarazo
- En el momento del parto

---

Después del nacimiento del niño

10) ¿Dónde se realizó la primera prueba que le dio un resultado positivo de VIH?

- Centro de salud comunitario  
 Organización para la detección del VIH  
 Clínica del Departamento de Salud del condado/local  
 Feria de salud  
 Consultorio del proveedor de atención primaria  
 Consultorio del proveedor de atención prenatal  
 Sala de emergencias  
 Clínica de planificación familiar  
 Trabajo de parto y parto  
 Prueba de venta libre/kit de toma de muestras en el hogar  
 Otro (*especificar*) \_\_\_\_\_
- 

11) ¿Tuvo alguna prueba de VIH negativa antes de su primera prueba de VIH positiva?

- Sí, antes de este embarazo  
 Sí, durante este embarazo  
 No  
 No sabe

12) ¿Por qué se hizo una prueba de VIH? \_\_\_\_\_

---

13) ¿Cómo cree que se contagió del VIH? \_\_\_\_\_

---

14) ¿Alguna vez le ofrecieron hacerse una prueba de VIH y la rechazó?

- Sí. *Si su respuesta es afirmativa, explique* \_\_\_\_\_  
 No

15) ¿Alguna vez le hicieron una prueba de VIH pero no recibió los resultados?

- Sí  
 No (*pasar a la N.º 16*)  
 No sabe (*pasar a la N.º 16*)

15a) ¿Dónde se hizo esta prueba?

- Centro de salud comunitario  
 Organización para la detección del VIH  
 Clínica del Departamento de Salud del condado/local  
 Feria de salud  
 Consultorio del proveedor de atención primaria  
 Consultorio del proveedor de atención prenatal  
 Sala de emergencias  
 Clínica de planificación familiar  
 Trabajo de parto y parto

Prueba de venta libre/kit de toma de muestras en el hogar

Otro (*especificar*) \_\_\_\_\_

15b) ¿Por qué no recibió los resultados de la prueba? \_\_\_\_\_

### Atención prenatal

16) ¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando se dio cuenta por primera vez de que *podría* estar embarazada?

\_\_\_\_\_ semanas de embarazo (de retraso desde su último periodo)

No recuerda

17) ¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando se dio cuenta de que *estaba* embarazada?

\_\_\_\_\_ semanas de embarazo (de retraso desde su último periodo)

No recuerda

17a) ¿Cómo se dio cuenta de que estaba embarazada? (*marque todas las opciones que correspondan*)

Se hizo una prueba de embarazo casera

El médico o enfermera le comunicó que estaba embarazada

Dejó de tener el periodo

Comenzó a crecerle el abdomen

Sintió que el bebé se movía

Otro (*especificar*) \_\_\_\_\_

18) ¿Cuál era su fecha de parto pronosticada?

--	--	--	--	--	--

Mes

Día

Año

No sabe

19) ¿Cuántas semanas o cuántos meses de embarazo tenía en su primera consulta de atención prenatal?

(*No cuente la consulta que fue sólo para realizarse la prueba de embarazo, una ecografía o la cita por el programa WIC.*)

meses \_\_\_\_\_ o semanas \_\_\_\_\_

No recuerdo

No recibí atención prenatal (*pasar a la N.º 26*)

20) ¿En qué lugar realizó su primera consulta prenatal? (*marque una respuesta*)

Atención privada (OB/GIN, partera)

Clínica especializada en adultos con VIH

Departamento de Salud del condado/local

Organización de gestión de la atención (Managed Care Organization, MCO) u Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO)

- 
- Sala de emergencias de un hospital, atención episódica de otro proveedor de atención médica o según su necesidad
  - Centro de salud comunitario
  - Clínica en el lugar de trabajo o en la escuela
  - Centro dentro de una correccional
  - Otro (*especificar*): \_\_\_\_\_

21) ¿Cuánto tiempo debía viajar por lo general para llegar a este lugar?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

22) ¿Cómo pagaba sus consultas prenatales? (*marque todas las opciones que correspondan*)

- Seguro privado
- Organización de gestión de la atención (Managed Care Organization, MCO) u Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), fuente privada
- Medicaid tradicional
- Organización de gestión de la atención (Managed Care Organization, MCO) u Organización de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Medicaid
- Medicaid, tipo desconocido
- Medicare
- CHAMPUS/Seguro militar
- Pago por cuenta propia
- Otro (*especificar*): \_\_\_\_\_

23) ¿Tuvo que cambiar de proveedor de atención prenatal durante este embarazo?

- Sí
- No (*pasar a la N.º 24*)

23a) Si su respuesta es afirmativa, ¿por qué? (*marque todas las opciones que correspondan*)

- El proveedor no aceptaba Medicaid
- No podía pagarlo
- Se mudó
- Para consultar a un especialista (*especificar*) \_\_\_\_\_
- Otro (*especificar*): \_\_\_\_\_

23b) Si tuvo que cambiar de proveedor de atención prenatal, ¿en qué lugar recibió la atención prenatal restante? (*marque una respuesta*)

- Atención privada (OB/GIN, partera)
- Clínica especializada en adultos con VIH
- Departamento de Salud del condado/local
- Organización de gestión de la atención (Managed Care Organization, MCO) u Organización para mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO)
- Centro de salud comunitario
- Clínica en el lugar de trabajo o en la escuela
- Centro dentro de una correccional
- Otro (*especificar*): \_\_\_\_\_

23c) ¿Cómo pagó estas consultas? (*marque todas las opciones que correspondan*)

- Seguro privado
- Organización de gestión de la atención (Managed Care Organization, MCO) u Organización de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), fuente privada
- Medicaid tradicional
- Organización de gestión de la atención (Managed Care Organization, MCO) u Organización de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Medicaid
- Medicaid, tipo desconocido
- Medicare
- CHAMPUS/Seguro militar
- Pago por cuenta propia
- Otro (*especificar*): \_\_\_\_\_

24) ¿Cuál fue su grado de satisfacción con respecto a la atención prenatal que recibió? Marque *una* respuesta para cada elemento de la lista a continuación. Si asistió a más de un lugar para recibir atención prenatal, responda la pregunta en relación con el lugar en donde recibió la *mayor parte* de su atención.

Cantidad de tiempo que debió esperar en sus consultas	<input type="checkbox"/> Satisfecho	<input type="checkbox"/> Insatisfecho
Cantidad de tiempo que el médico o enfermera le dedicó durante sus consultas	<input type="checkbox"/> Satisfecho	<input type="checkbox"/> Insatisfecho
Consejos que recibió sobre cómo cuidarse	<input type="checkbox"/> Satisfecho	<input type="checkbox"/> Insatisfecho
Horario de atención del consultorio o la clínica	<input type="checkbox"/> Satisfecho	<input type="checkbox"/> Insatisfecho
Comprensión y respeto del personal hacia usted como persona	<input type="checkbox"/> Satisfecho	<input type="checkbox"/> Insatisfecho

25) ¿Algún médico, enfermera u otro trabajador de la salud le preguntó sobre alguno de los siguientes temas, o conversó con usted al respecto durante la atención prenatal de su embarazo más reciente?

Derechos y responsabilidades de la mujer embarazada	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	No recuerda
Signos y síntomas del trabajo de parto prematuro y dónde buscar ayuda	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	No recuerda
Medicamentos y drogas que podrían afectar el embarazo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	No recuerda
Cuánto tiempo esperar antes de tener otro bebé (lapso de tiempo entre un niño y otro)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	No recuerda
Buscar un médico o enfermera profesional que atienda a su bebé	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	No recuerda
Cómo el consumo de tabaco durante el embarazo podría afectar a su bebé	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	No recuerda
Cómo el consumo de alcohol (cerveza, vino, licor) podría afectar a su bebé	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	No recuerda
Cómo el consumo de drogas ilegales podría afectar a su bebé	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	No recuerda
Lactancia materna del bebé	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	No recuerda
Sueño seguro/actividades para reducir el riesgo de SMSL	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	No recuerda
Obtención de una prueba de VIH (el virus del SIDA)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	No recuerda
Cómo evitar contagiarse o transmitir el VIH u otras ETS	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	No recuerda
Medicamentos que lo ayudan a proteger a su bebé de contagiarse del VIH	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	No recuerda
Importancia de los medicamentos contra el VIH para su propia salud	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	No recuerda
Cumplimiento con el medicamento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	No recuerda
Medicamentos contra el VIH que se le deben administrar durante el trabajo de parto	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	No recuerda
Medicamentos contra el VIH que su bebé debería recibir	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	No recuerda
Pruebas de CD4 y de carga viral	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	No recuerda

---

26) Durante su embarazo más reciente, ¿asistió a alguna de las siguientes? (*marque todas las opciones que correspondan*)

- Clases de parto
- Clases de crianza de los hijos
- Orientación sobre estrés, problemas familiares o problemas mentales
- Clases específicamente dirigidas a mujeres embarazadas con VIH
- Grupos de apoyo para mujeres que conviven con el VIH
- Otro (*especificar*) \_\_\_\_\_

27) ¿Cuál de los siguientes problemas hizo que tuviera dificultades para recibir atención prenatal? (*marque todas las opciones que correspondan*)

- No tenía quién cuidara a sus otros hijos
- No tenía transporte o el transporte no era confiable
- No tenía dinero o seguro
- Estaba estudiando
- Estaba trabajando
- No tenía tiempo libre
- No sabía adónde ir
- Otro (*especificar*) \_\_\_\_\_
- No tuvo problemas

28) ¿Cuál de los siguientes problemas respecto a las clínicas hizo que tuviera dificultades para recibir atención prenatal? (*marque todas las opciones que correspondan*)

- No había un lugar donde pudiera obtener atención médica en su vecindario
- No pudo conseguir una cita en varias semanas
- El horario de atención de la clínica no le resultaba conveniente
- Debía esperar demasiado tiempo para ser atendido aun teniendo una cita
- El médico o enfermera no le dedicaba el tiempo suficiente
- El personal no la escuchaba o no la trataba con respeto
- El personal no habla su idioma
- No le gusta o no confía en el personal
- No pudo conseguir un médico o enfermera que la tome como paciente
- Otro (*especificar*) \_\_\_\_\_
- No tuvo problemas

29) ¿Cuál de los siguientes problemas personales hizo que tuviera dificultades para recibir atención para usted? (*marque todas las opciones que correspondan*)

- Nunca recibió atención (anteriormente) por un embarazo
- No creía que estaba embarazada
- No ayudaría en nada

- 
- Usa medicamentos alternativos
  - No necesita ni desea atención
  - Estaba preocupada por la presión de tener que someterse a una prueba de VIH
  - Estaba preocupada por tener que someterse a una prueba de consumo de drogas
  - Tiene un problema de drogadicción o alcoholismo
  - Tiene miedo de que la denuncien a la agencia de bienestar de menores
  - Tiene problemas legales
  - Le preocupa su estado legal/de inmigración
  - Otro (*especificar*) \_\_\_\_\_
  - No tuvo problemas

### Uso de otro proveedor de atención médica e instituciones de apoyo

30) Durante este embarazo, ¿visitó alguno de los siguientes proveedores de atención médica además de su proveedor de atención prenatal?

- Ninguno (*pasar a la N.º 31*)
- Sala de emergencias
- Unidad de trabajo de parto y parto *antes* de su ingreso para el parto
- Especialista materno-fetal
- Perinatólogo
- Especialista en VIH
- Otro especialista (*especificar*) \_\_\_\_\_
- Otro (*especificar*) \_\_\_\_\_

30a) ¿Por qué visitó a cada uno de los especialistas que marcó arriba? \_\_\_\_\_

---

30b) ¿Qué hicieron estos proveedores en cuanto al VIH?

- Ofrecieron pruebas de VIH
- No hablaron sobre el VIH ni sobre una prueba de VIH
- Mencionaron el VIH, pero no hicieron nada al respecto
- La ayudaron a conseguir atención para el VIH
- La ayudaron a conseguir atención prenatal
- Otro (*especificar*): \_\_\_\_\_

31) ¿Permaneció por algún tiempo en alguno de los siguientes tipos de centros durante este embarazo? (*marque todas las opciones que correspondan*)

- Ninguno (*pasar a la N.º 32*)
- Cárcel/Correccional
- Centro de salud mental
- Centro para el tratamiento de la drogadicción
- Albergue para mujeres maltratadas
- Albergue para desamparados
- Hogar para adolescentes embarazadas
- Otro (*especificar*) \_\_\_\_\_

31a) Si su respuesta es afirmativa, ¿el personal de alguno de estos centros le brindó o la ayudó a recibir atención prenatal y/o para el VIH? *(especificar)* \_\_\_\_\_

32) Durante su embarazo, ¿participó en el programa WIC?

- Sí  
 No *(pasar a la N.º 33)*

32a) ¿La oficina de WIC le ofreció alguno de los siguientes consejos o servicios? *(marque todas las opciones que correspondan)*

- Prueba de VIH  
 Información sobre el VIH  
 Recomendaciones para hacerse pruebas o recibir atención para el VIH  
 No amamantar a su bebé  
 No recibió consejos  
 No recuerda  
 Otro *(especificar)*: \_\_\_\_\_

### Trabajo de parto y parto

33) Cuénteme su experiencia de trabajo de parto y parto \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

34) ¿Cómo planificaron el parto usted y su proveedor?

- Parto vaginal  
 Cesárea *(pasar a la N.º 38)*  
 No planificamos

35) ¿Cuánto tiempo antes de que llegara al hospital comenzaron las contracciones?  
 \_\_\_\_\_ horas

36) ¿Cómo llegó al hospital? *(especificar)* \_\_\_\_\_

37) ¿Tuvo alguna dificultad para llegar al hospital?

- Sí *Si su respuesta es afirmativa, ¿por qué?* \_\_\_\_\_  
 No

38) ¿Cuándo se le rompió la bolsa?

- Antes de llegar al hospital  
 Después de llegar al hospital  
 Me hicieron una cesárea antes de que se me rompiera la bolsa

39) ¿En qué lugar fue el parto?

- En el hospital, en la sala de partos  
 En el hospital, en la sala de emergencias  
 En el camino al hospital  
 En mi hogar  
 Otro (*especificar*): \_\_\_\_\_

40) Antes de abandonar el hospital, ¿recibió una cita de seguimiento para usted?

- Sí  
 No

41) Antes de abandonar el hospital, ¿se programó una cita de seguimiento para [NOMBRE DEL BEBÉ]?

- Sí  
 No

**Atención para el VIH y creencias sobre la salud relacionadas con el VIH**

42) [Si se le diagnosticó la enfermedad antes del parto] ¿Recibió algún medicamento para el VIH durante este embarazo?

- Sí (*complete la tabla*)  
 No (*pasar a la N.º 42c*)  
 No sabe (*pasar a la N.º 43*)

42a) ¿Qué medicamentos tomó?

¿Qué medicamentos tomó?	¿Aproximadamente cuándo comenzó a tomar el medicamento?	Fecha de inicio	¿Dejó de tomar el medicamento por algún motivo?
i. _____	<input type="checkbox"/> Antes del embarazo <input type="checkbox"/> 1.º trimestre <input type="checkbox"/> 2.º trimestre <input type="checkbox"/> 3.º trimestre	___/___/___	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
ii. _____	<input type="checkbox"/> Antes del embarazo <input type="checkbox"/> 1.º trimestre <input type="checkbox"/> 2.º trimestre <input type="checkbox"/> 3.º trimestre	___/___/___	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
iii. _____	<input type="checkbox"/> Antes del embarazo <input type="checkbox"/> 1.º trimestre <input type="checkbox"/> 2.º trimestre <input type="checkbox"/> 3.º trimestre	___/___/___	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
iv. _____	<input type="checkbox"/> Antes del embarazo <input type="checkbox"/> 1.º trimestre <input type="checkbox"/> 2.º trimestre <input type="checkbox"/> 3.º trimestre	___/___/___	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
v. _____	<input type="checkbox"/> Antes del embarazo <input type="checkbox"/> 1.º trimestre <input type="checkbox"/> 2.º trimestre <input type="checkbox"/> 3.º trimestre	___/___/___	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
vi. _____	<input type="checkbox"/> Antes del embarazo <input type="checkbox"/> 1.º trimestre <input type="checkbox"/> 2.º trimestre <input type="checkbox"/> 3.º trimestre	___/___/___	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
vii. _____	<input type="checkbox"/> Antes del embarazo <input type="checkbox"/> 1.º trimestre <input type="checkbox"/> 2.º trimestre <input type="checkbox"/> 3.º trimestre	___/___/___	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe

42b) Si dejó de tomar alguno de sus medicamentos, ¿por qué lo hizo? (marque todas las opciones que correspondan)

- Efectos secundarios
- El proveedor cambió el medicamento
- No podía pagar los medicamentos
- No quería tomar el medicamento
- Otro (*especificar*):

42c) ¿Por qué no recibió un medicamento para el VIH durante su embarazo? (marque todas las opciones que correspondan)

- No me ofrecieron un medicamento
- El personal de la clínica no sabía que yo tenía VIH
- No podía pagar el medicamento
- Rechacé el medicamento (describa los motivos)
- Otro (describa)
- No sabe

43) Además de los medicamentos para el VIH sobre los que ya conversamos, ¿cuál de los siguientes medicamentos tomó durante este embarazo? (marque todas las opciones que correspondan)

- Vitaminas
- Pastillas para dormir o tranquilizantes
- Metadona
- Antidepresivos o reguladores del estado de ánimo (*especificar*):
- Analgésicos (*especificar*):
- Remedios herbales (*especificar*):  
¿Para qué sirven estos remedios?
- Otro (*especificar*): \_\_\_\_\_

44) Cuando fue al hospital para dar a luz, ¿cómo se enteró el personal de que tenía VIH? (marque todas las opciones que correspondan)

- Yo les dije
- Figuraba en mi historia clínica
- Me hicieron una prueba de VIH
- No sabían y no les dije
- No sabe

45) ¿Recibió algún medicamento para el VIH durante el trabajo de parto y el parto?

- Sí (*pasar a la N.º 46*)
- No
- No sabe (*pasar a la N.º 46*)

45a) ¿Por qué no recibió un medicamento para el VIH durante el trabajo de parto y el parto? (marque todas las opciones que correspondan)

- No me ofrecieron un medicamento

- El personal no sabía que yo tenía VIH
- El hospital no disponía del medicamento
- Rechacé el medicamento (describa los motivos)
- Otro (describa)
- No sabe

46) Mientras estuvo en el hospital, algún médico o enfermera conversó con usted sobre  
(marque todas las opciones que correspondan):

Cómo administrarle el jarabe de AZT a su bebé	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No recuerda
No darle de lactar a su bebé para evitar transmitirle el VIH	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No recuerda
Eliminar la lactancia/cómo cuidar sus senos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No recuerda
Atención médica para el VIH para usted	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No recuerda
Anticoncepción/planificación familiar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No recuerda
Eliminación adecuada de las toallas higiénicas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No recuerda
No compartir hojas de afeitar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No recuerda
Importancia de llevar al bebé al médico para que reciba atención	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No recuerda
Importancia de llevar al bebé al médico para una prueba de VIH	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No recuerda
Otro (especificar): _____			

47) Dígame si está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes declaraciones:

Los medicamentos para el VIH ayudan a que las personas con VIH vivan más tiempo.	<input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> No opina
Los medicamentos para el VIH dañan a las personas más de lo que las ayudan.	<input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> No opina
Los proveedores de atención médica la juzgan a usted y su estilo de vida.	<input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> No opina
Tomar los medicamentos para el VIH hace que se sienta con mayor control sobre su salud.	<input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> No opina
Los tratamientos alternativos son tan eficaces como los medicamentos para el VIH.	<input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> No opina
No necesita medicamentos debido a que no cree que esté enferma.	<input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> No opina
Tomar los medicamentos para el VIH hace que se sienta más esperanzada acerca de su salud.	<input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> No opina

### Adicciones

Las preguntas a continuación se relacionan con su consumo de cigarrillos, alcohol y fármacos/drogas. Algunas de las preguntas podrían ser personales; sin embargo, sus respuestas son importantes para este proyecto. Recuerde que todas sus respuestas son confidenciales y que no tiene que responder a las preguntas si no lo desea.

48) Durante su embarazo, ¿cuántos cigarrillos o paquetes de cigarrillos fumaba en un día promedio? (Un paquete de cigarrillos contiene 20 cigarrillos)

\_\_\_\_\_ número de cigarrillos o \_\_\_\_\_ paquetes

- No fumaba
- Menos de 1 cigarrillo por día
- No lo sé

49) Durante su embarazo, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana promedio?

- No bebía en ese momento (pasar a la N.º 51)

- 
- Menos de una bebida por semana
  - 1 a 3 bebidas por semana
  - 4 a 6 bebidas por semana
  - 7 a 13 bebidas por semana
  - 14 o más bebidas por semana
  - No lo sé

50) Durante su embarazo, ¿cuántas veces tomó cinco o más bebidas alcohólicas durante una sola comida?

\_\_\_\_\_ veces

- No bebía
- No lo sé

51) Algunas madres nos cuentan que el estrés que sienten en el embarazo es tan alto que consumen drogas ilegales durante este tiempo. ¿Cuáles de estas drogas de uso ilegal consumió durante su embarazo? Recuerde, esta información es confidencial y no será identificada con su nombre. *(marque todas las opciones que correspondan)*

- Ninguna *(pasar a la N.º 52)*
- Anfetaminas
- Barbitúricos
- Benzodiazepinas
- Crack
- Cocaína/coca en otras formas
- Metanfetamina cristalina (metanfetamina)
- Éxtasis
- Otras drogas no recetadas *(especificar)*: \_\_\_\_\_
- Alucinógenos
- Heroína
- Opiáceos
- Marihuana o hashish
- Metadona
- PCP, polvo de ángel, LSD
- Speed/energizantes

51a) Si consumió drogas, ¿se inyectó alguna?

- Sí *(especificar)*: \_\_\_\_\_
- No
- No sabe

52) ¿Su proveedor de atención médica le brindó recursos para tratar el consumo de drogas durante o después de este embarazo?

- Sí
- No *(pasar a la N.º 53)*

52a) Si su respuesta es afirmativa, describa los recursos ofrecidos: \_\_\_\_\_

52b) ¿Recibió tratamiento?

- Sí
- No *(pasar a la N.º 52d)*

52c) Si su respuesta es afirmativa, describa el tratamiento recibido: \_\_\_\_\_

52d) ¿Pudo reducir o poner fin al consumo de drogas durante su embarazo?

- Sí  
 No

### Factores estresantes, violencia y apoyo social

53) ¿Dónde vivía durante su embarazo reciente? \_\_\_\_\_

54) ¿Desea contarme algo acerca de su situación de vida? \_\_\_\_\_

55) Puede elegir no responder esta pregunta, pero me gustaría preguntarle: ¿cuál fue el ingreso familiar total el año anterior a su parto más reciente? *(Incluya todas las fuentes de ingresos)*

- \$7,999 o menos  
 \$8,000 - \$11,999  
 \$12,000 - \$15,999  
 \$16,000 - \$19,999  
 \$20,000 – \$24,999  
 \$25,000 - \$29,999  
 \$30,000 - \$39,999  
 \$40,000 - \$49,999  
 \$50,000 o más  
 No lo sé

55a) ¿A cuántas personas (incluida usted) se debía mantener con estos ingresos?

\_\_\_\_\_

56) Esta pregunta se relaciona con lo que podría haber sucedido durante los *12 meses anteriores al parto* de su nuevo bebé. Se incluyen los meses anteriores al embarazo. Tener un calendario a mano podría ser útil.

Un miembro de la familia muy cercano se enfermó y debió permanecer en el hospital	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Se separó de su pareja o se divorció de su esposo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Se mudó a otra dirección	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Se quedó sin hogar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Su esposo o pareja se quedó sin trabajo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Se quedó sin trabajo a pesar de que deseaba continuar trabajando	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Usted y su esposo o pareja discutían más de lo habitual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Su esposo o pareja le dijo que no quería que estuviera embarazada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tenía muchas cuentas que no podía pagar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Participó en una pelea física	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Usted, o su esposo o pareja fue preso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Algún miembro de su hogar tenía un problema muy grave de alcoholismo o drogadicción	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Murió una persona muy cercana a usted	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tenía miedo de la violencia en el vecindario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otro acontecimiento estresante (especificar): _____	

57) Durante los 12 meses *anteriores* al parto, ¿quién la habría ayudado si hubiese surgido un problema? (Por ejemplo, si necesitaba que la lleven a la clínica o pedir prestados \$20.)  
(*marque todas las opciones que correspondan*)

Mi esposo o pareja

Un amigo

Mi madre, padre o mis suegros

Otro familiar o pariente

Nadie

No sabe

Otro (*especificar*): \_\_\_\_\_

58) Durante su embarazo más reciente, ¿recibió malos tratos físicos de alguna de estas personas?  
(*marque todas las opciones que correspondan*)

Mi esposo o pareja

Un familiar o miembro del hogar *que no sea* mi esposo o pareja

Un amigo

Otra persona (*díganos quién*): \_\_\_\_\_

Nadie me maltrató físicamente durante el embarazo

### Intención y prevención del embarazo

59) Antes de quedar embarazada, ¿qué pensaba acerca de quedar embarazada? (*marque todas las opciones que correspondan*)

Quería quedar embarazada antes

Quería quedar embarazada después

Quería quedar embarazada en ese momento

No quería quedar embarazada en ese momento

No quería quedar embarazada ni en ese momento ni más adelante

No lo sé

60) ¿Alguna vez pensó en interrumpir su embarazo?

Sí

No

*Si su respuesta es afirmativa, ¿qué sucedió?* \_\_\_\_\_

61) Durante los tres meses antes de quedar embarazada, ¿usaba algún método de control de la natalidad?

Sí

No (*pasar a la N.º 63*)

62) ¿Qué tipo de método anticonceptivo (control de la natalidad) utilizó durante los tres meses anteriores al embarazo? (*marque todas las opciones que correspondan*)

Ninguno (*pasar a la N.º 63*)

- 
- Condón (preservativos)
  - Anticoncepción hormonal (comprimido oral/parche transdérmico/aro vaginal)
  - Espuma, gel o crema
  - Inyectable (p. ej., Depo-Provera)
  - Implantable (p. ej., Norplant)
  - Diafragma
  - Dispositivo intrauterino (DIU)
  - Coitus interruptus (interrupción del coito)
  - Método del ritmo
  - Otro (*especificar*): \_\_\_\_\_

63) ¿Por qué no utilizó un método anticonceptivo (control de la natalidad) durante los tres meses anteriores al embarazo? (*marque todas las opciones que correspondan*)

- Quería quedar embarazada
- No creí que podía quedar embarazada
- Tenía problemas para obtener un método anticonceptivo
- No creí que iba a tener sexo
- No me gustaban los métodos anticonceptivos
- Estaba sufriendo efectos secundarios por método anticonceptivo que utilizaba
- Otro (*especificar*): \_\_\_\_\_

64) Poco tiempo antes de este embarazo, ¿usted o el padre del bebé recibieron algún tratamiento médico para que quede embarazada?

- Sí
- No

65) ¿Espera tener más hijos?

- Definitivamente sí
- Probablemente sí
- Probablemente no (*pasar a la N.º 68*)
- Definitivamente no (*pasar a la N.º 68*)
- No sabe

66) ¿Cuántos hijos más espera tener?

- \_\_\_\_\_ hijos
- No sabe

67) ¿Cuándo desearía tener otro hijo?

- \_\_\_\_\_ meses
- No sabe

### **Barreras del idioma y servicios de traducción**

68) ¿Qué idioma habla en su hogar?

- Inglés (*pasar a la N.º 69*)
- Español

- Criollo  
 Francés  
 Italiano  
 Ruso  
 Polaco  
 Vietnamita  
 Mandarín/cantonés  
 Otro (*especificar*) \_\_\_\_\_

68a) ¿Cuál es su grado de comodidad al hablar y escuchar inglés?

- Muy cómoda/fluido (*pasar a la N.º 69*)  
 Parcialmente cómoda  
 Algo incómoda  
 Para nada cómoda/no hablo inglés

68b) Durante este embarazo, ¿se le ofrecieron servicios de interpretación o traducción al buscar atención médica en los siguientes lugares?

Atención prenatal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde
Atención para el VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde
Atención reproductiva/planificación familiar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde
En la sala de emergencias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde
En el hospital, durante el parto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde
En el hospital, después del parto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde
En las consultas al médico de [NOMBRE DEL BEBÉ]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde

68c) ¿Siente que recibió una atención diferente a la de otras mujeres por no hablar bien inglés? Explique. \_\_\_\_\_

### Cierre

Le he hecho estas preguntas para poder conocer más sobre usted y sus experiencias durante su embarazo reciente.

69) ¿Hay algo más sobre su experiencia durante este embarazo que quisiera contarme, debido a que piensa que es importante que lo sepa? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

70) Al pensar en toda esta experiencia, ¿hay algún aspecto de la atención que recibió usted o su nuevo bebé que cree que se pueda mejorar? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Notas del entrevistador: use este espacio para documentar información adicional, incluso los detalles pertinentes suscitados por la entrevista que no se registraron en otra parte, una descripción del entorno durante la entrevista, etc. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Evaluación de seguimiento (2 a 4 semanas después del nacimiento del bebé)****Atención médica después del parto y cumplimiento con los medicamentos para el VIH**

71) ¿Asistió a un control posparto con un médico, enfermera o proveedor de atención médica?

Sí

No. *Si su respuesta es negativa, ¿por qué?* \_\_\_\_\_

72) ¿Tuvo alguna complicación desde el parto?

Sí. *Si su respuesta es afirmativa, ¿por qué?* \_\_\_\_\_

No

73) ¿Cómo siente su salud general desde el parto? \_\_\_\_\_

74) ¿Alguna vez amamantó a [NOMBRE DEL BEBÉ]?

Sí

No (*pasar a la N.º 75*)

74a) Si su respuesta es afirmativa, ¿por qué?

El médico o enfermera me indicaron que lo haga

Realmente deseaba amamantar a mi bebé

No tenía leche de fórmula

Temía que las personas me preguntaran por qué no lo amamantaba

No sabía que era VIH positiva

Creo que la lactancia materna es buena para mi bebé

Mi bebé recibe medicamentos contra el VIH

Otro (*especificar*): \_\_\_\_\_

75) ¿Asistió a una consulta de atención para el VIH con un médico, enfermera o proveedor de atención médica después del parto?

Sí

No (*pasar a la N.º 77*)

76) ¿Dónde recibe atención para el VIH? (*nombre de la clínica o del médico*) \_\_\_\_\_

77) Si no recibe atención para el VIH, ¿qué lo impide?

- No tiene transporte o el transporte no es confiable
  - No tiene dinero o seguro
  - No tiene quién cuide a sus hijos
  - No sabe adónde ir
  - No tiene tiempo libre
  - No puede conseguir una cita
  - Debe esperar demasiado tiempo para ser atendido aun teniendo una cita
  - El personal no la escucha
  - El personal no habla su idioma
  - No le gusta o no confía en el personal
  - No pudo conseguir un médico o enfermera que la tome como paciente
  - No necesita ni desea atención
  - No creo que me ayude
  - No quiero tomar medicamentos
  - Otro (*especificar*) \_\_\_\_\_
- 

78) Actualmente, ¿toma algún medicamento para el VIH?

- Sí
- No (*pasar a la N.º 83*)

79) Cuando toma el medicamento, ¿con qué frecuencia lo toma exactamente como se le recetaron?

- Siempre o casi el 100% de las veces
- La mayoría de las veces o aproximadamente un 75%
- La mitad de las veces o aproximadamente un 50%
- A veces o aproximadamente un 25% de las veces
- Raras veces o nunca (menos del 25% de las veces)
- No sabe

80) Enumere sus medicamentos para el VIH sin seguir un orden en particular.

---

---

---

---

## 81) ¿Algunas veces tiene problemas para tomar un medicamento debido a que...

no puede conseguir el medicamento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
se quedó sin medicamento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
tiene efectos secundarios, como malestar estomacal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
se le olvida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
tomar el medicamento la hace recordar que tiene VIH?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
su situación de vivienda es inestable o cambiante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
tiene problemas legales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
le preocupa que alguien se entere de que tiene VIH?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
no recibe apoyo suficiente de quienes la rodean?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
le preocupa qué pueden hacerle los medicamentos para el VIH?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cualquier otro problema ( <i>especificar</i> ) _____	

## 82) ¿Cuál es su grado de confianza en que podrá...

tomar su medicamento exactamente como se lo recetó su médico durante los <u>próximos tres días</u> ?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre
tomar su medicamento exactamente como se lo recetó su médico durante el <u>próximo mes</u> ?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre
tomar su medicamento exactamente como se lo recetó su médico durante el <u>próximo año</u> ?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre

**Factores estresantes, violencia y apoyo social**

83) Desde el parto, ¿quién la habría ayudado si hubiese surgido un problema? (Por ejemplo, si necesitaba que la lleven a la clínica o pedir prestados \$20.) (*marque todas las opciones que correspondan*)

- Mi esposo o pareja  
 Un amigo  
 Mi madre, padre o mis suegros  
 Nadie  
 Otro familiar o pariente  
 No sabe  
 Otro (*especificar*): \_\_\_\_\_

84) A continuación, se presenta una lista de servicios que generalmente brinda un proveedor de Ryan White Título IV. Indique si ha utilizado estos servicios durante su embarazo, desde que quedó embarazada, y si no utilizó estos servicios desde que quedó embarazada, pero desearía tener acceso a ellos.

Servicio título IV	¿Lo usó durante el embarazo?	¿Lo usó desde el embarazo?	¿Desearía utilizarlo?
Manejo de casos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicios de compañía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistencia legal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preplanificación de bienestar de menores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención médica primaria y especializada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visitas médicas a domicilio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicios de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención odontológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asesoramiento nutricional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicios de rehabilitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento de adicciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planificación familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistencia con medicamento antirretroviral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumplimiento con el tratamiento antirretroviral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vinculación con ensayos clínicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoyo logístico y coordinación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado de niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicio de relevo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Banco de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

84a) Si utilizó alguno de los servicios enumerados más arriba, especifique qué proveedor u organización le proporcionó los servicios. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

85) ¿Alguna vez fue víctima de violencia física?

Sí. Si su respuesta es afirmativa, amplíe su respuesta. \_\_\_\_\_

No

### Intención y prevención del embarazo

86) Actualmente, ¿está embarazada?

Sí

No (pasar a la N.º 87)

No sabe (pasar a la N.º 87)

86a) Si su respuesta es afirmativa, ¿cuántas semanas de embarazo lleva? \_\_\_\_\_

No sabe

87) Actualmente, ¿utiliza algún método de control de la natalidad?

Sí (pasar a la N.º 88)

No

87a) Si su respuesta es negativa, ¿por qué no utiliza un método de control de la natalidad?

 Deseo quedar embarazada No tengo relaciones No puedo pagarlo Me sometí a una ligadura de trompas No creo en el control de la natalidad Mi pareja no quiere que use un método de control de la natalidad No sé dónde encontrar información sobre los métodos de control de la natalidad Otro (*especificar*): \_\_\_\_\_

### Revelación

88) Después de que se le diagnosticara VIH, ¿sintió que la trataban mejor o peor de lo habitual durante sus consultas de atención médica? Describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

89) ¿Reveló su estado de VIH a sus proveedores de atención médica y a los de su hijo?

 Sí (*pasar a la N.º 90*) No No sabe

89a) Le recordamos que sus respuestas son confidenciales. ¿A qué proveedores no les comunicó y por qué? (*especificar*): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

90) ¿Tuvo alguna mala experiencia por decirle a alguien que tiene VIH? Por ejemplo, se peleó con alguien, perdió el trabajo, etc. Describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

91) ¿Hay alguien a quien desea contarle que tiene VIH pero necesita ayuda para hacerlo? Por ejemplo, su pareja sexual actual o sus parejas anteriores, sus hijos, etc. Describa: \_\_\_\_\_

92) ¿Alguna vez utilizó los Servicios de Asesoramiento y Referencia para Parejas (Partner Counseling and Referral Services, PCRS), en donde un empleado del departamento de salud lo ayudó a comunicarse con parejas sexuales anteriores o personas con quienes haya compartido jeringas (o se comunicó con ellos en forma anónima) para comunicarles que pueden haber estado expuestos al VIH?

 Sí No. Si lo desea, ofrezca referencias a los PCRS

93) ¿Tiene una pareja actualmente?

 Sí

No (pasar a la N.º 95)

94) ¿Su pareja se sometió a una prueba de VIH?

Sí

No (pasar a la N.º 95)

No sabe (pasar a la N.º 95)

94a) Si su respuesta es afirmativa, ¿cuál es el estado de VIH de su pareja?

VIH positivo

VIH negativo

No sabe (especificar): \_\_\_\_\_

95) Si tiene más hijos, ¿se les realizó una prueba de VIH?

Sí

No (pasar a la N.º 96)

No sabe (pasar a la N.º 96)

No tiene más hijos (pasar a la N.º 96)

95a) ¿Sus otros hijos están infectados con el VIH?

Sí

No

No sabe. Ofrezca recursos para realizar pruebas de VIH a los otros niños.

### Salud mental

96) Indique la respuesta que más se asemeja a cómo se sintió *en los últimos 7 días*, no sólo cómo se siente hoy:

**He podido reírme y ver el lado divertido de las cosas.**

Igual que siempre

No tanto como siempre

Definitivamente no tanto  
ahora

Para nada

**He mirado hacia el futuro poniendo entusiasmo a las cosas.**

Igual que siempre

Bastante menos que lo  
habitual

Definitivamente menos que lo  
habitual

Casi nada

**Me he culpado innecesariamente cuando las cosas no han salido bien.**

Sí, la mayor parte del tiempo

Sí, a veces

No muy seguido

No, nunca

**Me he sentido ansiosa o preocupada sin un buen motivo.**

No, para nada

Casi nunca

Sí, a veces

Sí, muy seguido

**He sentido miedo o pánico sin un buen motivo.**

Sí, bastante

Sí, a veces

No, no mucho

No, para nada

**Las cosas se han tornado muy difíciles para mí.**

Sí, la mayor parte del tiempo no he  
podido sobrellevar las cosas

Sí, a veces no he podido  
sobrellevar las cosas como  
habitualmente lo hago

No, la mayoría de las veces he  
sobrellevado todo bastante  
bien

No, he sobrellevado todo  
tan bien como de  
costumbre

**Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir.**

Sí, la mayor parte del tiempo

Sí, a veces

No muy seguido

No, para nada

**Me he sentido triste o desdichada.**

Sí, la mayor parte del tiempo

Sí, bastante seguido

No muy seguido

No, para nada

**Me he sentido tan infeliz que he estado llorando.**

Sí, la mayor parte del tiempo

Sí, bastante seguido

Sólo en ocasiones

No, nunca

**He pensado en lastimarme.**

Sí, bastante seguido

A veces

Casi nunca

Nunca

Fuente: Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.

**Cierre**

Le he hecho estas preguntas para poder conocer más sobre usted y sus experiencias desde su embarazo reciente.

97) ¿Hay algo más sobre su experiencia desde este embarazo que quisiera contarme, debido a que piensa que es importante que lo sepa? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

98) Al pensar en toda esta experiencia, ¿hay algún aspecto de la atención que recibió usted o su bebé que cree que se pueda mejorar? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

99) ¿Qué cree que se debe hacer para ayudar a las mujeres con VIH, a sus hijos y a sus familias? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Notas del entrevistador: use este espacio para documentar información adicional, incluso los detalles pertinentes suscitados por la entrevista que no se registraron en otra parte, una descripción del entorno durante la entrevista, etc. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Evaluación del menor (para completar con la persona encargada de cuidar al bebé)**

100) ¿Cuál es su relación con [NOMBRE DEL BEBÉ]?

- Madre biológica
- Padre biológico
- Abuelo(a)
- Otro pariente
- Padre sustituto o adoptivo
- Amigo
- Otro (*especificar*) \_\_\_\_\_

**Cumplimiento con el medicamento para el VIH del infante y creencias sobre la salud relacionados con los medicamentos para el VIH**

101) ¿[NOMBRE DEL BEBÉ] recibe actualmente medicamentos recetados relacionados con el VIH?

- Sí
- No (*pasar a la N.º 107*)
- No sabe (*pasar a la N.º 107*)

102) ¿Quién le administra el medicamento para el VIH a [NOMBRE DEL BEBÉ] la mayor parte del tiempo (más de 3 días a la semana)?

- Usted
- Otro (*especificar*) \_\_\_\_\_
- No sabe

103) Al darle el medicamento a [NOMBRE DEL BEBÉ], ¿con qué frecuencia usted u otra persona lo administra siguiendo exactamente las instrucciones de la receta?

- Siempre o casi el 100% de las veces
- La mayoría de las veces o aproximadamente un 75%
- La mitad de las veces o aproximadamente un 50%
- A veces o aproximadamente un 25% de las veces
- Raras veces o nunca (menos del 25% de las veces)
- No sabe

104) Ahora, me gustaría conocer los nombres de los medicamentos para el VIH de [NOMBRE DEL BEBÉ]. Enumere los medicamentos del bebé sin seguir un orden en particular.

---

---

---

---

105) ¿Alguna vez tiene problemas para administrarle el medicamento a [NOMBRE DEL BEBÉ] debido a que...

no puede conseguir el medicamento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
se quedó sin medicamento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
el bebé lo escupe?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
le produce efectos secundarios al bebé?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
le preocupa que los medicamentos para el VIH puedan hacerle daño al bebé?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
no recibe demasiado apoyo de quienes la rodean para administrarle los medicamentos al bebé?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
se olvida de darle el medicamento al bebé?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
darle el medicamento al bebé afecta su agenda y su horario de sueño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
(SI ENTREVISTA A LA MADRE) le preocupa que alguien se entere de que tiene VIH?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
le preocupa que alguien se entere de que el bebé puede tener VIH?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cualquier otro problema ( <i>especificar</i> ) _____	

106) ¿Usted u otra persona utiliza alguno de los siguientes elementos como ayuda para administrarle el medicamento a [NOMBRE DEL BEBÉ]? (*marque todas las opciones que correspondan*)

- Etiquetas en los medicamentos
- Calendario
- Buscapersonas u otros cronómetros
- Terapia de observación directa (Directly observed therapy, DOT) o visitas de una enfermera en el hogar
- Otro (*especificar*): \_\_\_\_\_
- No utiliza recordatorios

107) Dígame si está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes declaraciones:

Los medicamentos para el VIH ayudan a evitar que [NOMBRE DEL BEBÉ] se contagie del VIH.	<input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> No opina
Los medicamentos para el VIH son malos para los niños y bebés.	<input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> No opina
Los proveedores de atención médica la juzgan a usted y su capacidad de cuidar a sus hijos.	<input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> No opina
Administrarle los medicamentos para el VIH a [NOMBRE DEL BEBÉ] hace que sienta que tengo mayor control sobre su salud.	<input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> No opina
Los tratamientos alternativos para [NOMBRE DEL BEBÉ] son tan eficaces como los medicamentos para el VIH.	<input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> No opina
[NOMBRE DEL BEBÉ] no necesita (necesitó) medicamentos debido a que usted no cree que tenga (tuviera) VIH.	<input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> No opina
Administrarle los medicamentos para el VIH a [NOMBRE DEL BEBÉ] hace (hizo) que sienta más esperanzas sobre su salud.	<input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> No opina

### Salud del recién nacido, y pruebas y cuidado del VIH

108) ¿Dónde recibe [NOMBRE DEL BEBÉ] la atención de rutina? (*nombre de la clínica o del médico*) \_\_\_\_\_

109) ¿[NOMBRE DEL BEBÉ] recibió *atención de rutina* con la frecuencia que usted quiso?

- Sí
- No

---

110) ¿Alguno de los siguientes factores impidió que [NOMBRE DEL BEBÉ] reciba *atención de rutina*? (*marque todas las opciones que correspondan*)

- No tiene transporte o el transporte no es confiable
- No tiene dinero ni seguro para [NOMBRE DEL BEBÉ]
- No tiene quién cuide a sus hijos
- No sabe adónde ir
- No tiene tiempo libre
- No puede conseguir una cita para [NOMBRE DEL BEBÉ]
- Debe esperar demasiado tiempo para ser atendido aun teniendo una cita
- El personal no la escucha
- El personal no habla su idioma
- No le gusta o no confía en el personal
- No pudo conseguir un médico o enfermera que reciba a [NOMBRE DEL BEBÉ] como paciente
- No creo que ayude a [NOMBRE DEL BEBÉ]
- Otro (*especificar*): \_\_\_\_\_

111) ¿En qué lugar recibe [NOMBRE DEL BEBÉ] atención para la exposición al VIH y pruebas de VIH? (*nombre de la clínica o del médico*) \_\_\_\_\_

- El mismo proveedor que el de la atención de rutina

112) ¿[NOMBRE DEL BEBÉ] recibió *atención para el VIH* con la frecuencia que usted quiso?

- Sí
- No

113) ¿Alguno de los siguientes factores impidió que [NOMBRE DEL BEBÉ] reciba *atención para el VIH*? (*marque todas las opciones que correspondan*)

- No tiene transporte o el transporte no es confiable
- No tiene dinero ni seguro para [NOMBRE DEL BEBÉ]
- No tiene quién cuide a sus hijos
- No sabe adónde ir
- No tiene tiempo libre
- No puede conseguir una cita para [NOMBRE DEL BEBÉ]
- Debe esperar demasiado tiempo para ser atendido aun teniendo una cita
- El personal no la escucha
- El personal no habla su idioma
- No le gusta o no confía en el personal
- No pudo conseguir un médico o enfermera que reciba a [NOMBRE DEL BEBÉ] como paciente
- No creo que ayude a [NOMBRE DEL BEBÉ]
- No quiero darle medicamentos a [NOMBRE DEL BEBÉ]
- Otro (*especificar*): \_\_\_\_\_

114) ¿Cómo paga la atención de [NOMBRE DEL BEBÉ]? (marque todas las opciones que correspondan)

- Seguro privado
- Organización de gestión de la atención (Managed Care Organization, MCO) u Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), fuente privada
- Medicaid tradicional
- Organización de gestión de la atención (Managed Care Organization, MCO) u Organización de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Medicaid
- Medicaid, tipo desconocido
- Medicare
- CHAMPUS/Seguro militar
- Programa Estatal de Seguro de Salud Infantil (SCHIP)
- Pago por cuenta propia
- Otro (especificar): \_\_\_\_\_

115) Después de que [NOMBRE DEL BEBÉ] llegó a su hogar, ¿aproximadamente cuántas veces lo llevó al médico porque estaba enfermo?

\_\_\_\_\_ veces

- No recuerda

116) ¿[NOMBRE DEL BEBÉ] ha desarrollado alguno de los siguientes problemas o enfermedades?

Resfrío	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad de veces: _____
Fiebre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad de veces: _____
Infección en la vista	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad de veces: _____
Infección del oído	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad de veces: _____
Sarpullido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad de veces: _____
Infección respiratoria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad de veces: _____
Vómitos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad de veces: _____
Diarrea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad de veces: _____
Lesión causada por una mala caída o un accidente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad de veces: _____
Otra enfermedad/lesión (especificar): _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad de veces: _____

117) Después de que [NOMBRE DEL BEBÉ] salió del hospital y llegó a su hogar, ¿debió pasar alguna noche en el hospital por algún motivo?

- Sí
- No (pasar a la N.º 118)

117a) ¿Cuántas veces [NOMBRE DEL BEBÉ] debió pasar la noche en un hospital luego de haber sido llevado a casa después del parto?

- Una vez
- Dos veces
- Tres veces o más
- No recuerda

117b) ¿Por qué se internó a [NOMBRE DEL BEBÉ] en cada una de estas oportunidades? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

118) Antes de llevar a [NOMBRE DEL BEBÉ] del hospital a su hogar, ¿sabía adónde llevarlo si se enfermaba?

- Sí  
 No

119) ¿Alguna vez tuvo un problema para pagar la atención médica por una enfermedad de [NOMBRE DEL BEBÉ]?

- Sí  
 No  
 No recuerda

120) Después que [NOMBRE DEL BEBÉ] llegara a su hogar, ¿recibió ayuda financiera o apoyo de algún programa u organización? (*marque todas las opciones que correspondan*)

- Servicio de salud mental  
 Medicaid  
 Planificación financiera  
 Programa de mantenimiento con metadona  
 Evaluación/orientación genética  
 Oficina de empleo  
 Planificación familiar  
 Servicios de protección de menores  
 WIC  
 Manejo continuo de casos de trabajo social  
 Autoridad de vivienda  
 Evaluación/seguimiento telefónico del hogar  
 Albergues para grupos  
 Programa de abandono del cigarrillo  
 Ayuda para amas de casa/salud en el hogar  
 Otro (*especificar*): \_\_\_\_\_

121) ¿[NOMBRE DEL BEBÉ] recibió asistencia de algún programa para la salud? (*marque todas las opciones que correspondan*)

- Atención o consultas en el centro de enfermería de la salud pública  
 Servicio de relevo/durante el día  
 Atención médica, tratamientos o equipos financiados por el condado/estado  
 Programa de salud infantil  
 Seguro social  
 WIC  
 Programa para niños con discapacidades físicas  
 Otro (*especificar*): \_\_\_\_\_

122) ¿Qué le comunicó el médico/enfermera acerca del estado de VIH de [NOMBRE DEL BEBÉ]? \_\_\_\_\_

123) ¿Desea contarme algo más acerca de la salud de [NOMBRE DEL BEBÉ]? \_\_\_\_\_

124) ¿[NOMBRE DEL BEBÉ] cuenta con un administrador de caso o trabajador social?

Sí

No (*pasar a la N.º 125*)

124a) ¿Qué hace el administrador de caso/trabajador social por [NOMBRE DEL BEBÉ] o cómo lo ayuda? \_\_\_\_\_

**Cierre**

Le he hecho estas preguntas para poder conocer más acerca de las primeras semanas de vida de [NOMBRE DEL BEBÉ].

125) ¿Hay algo más sobre su experiencia al cuidado de [NOMBRE DEL BEBÉ] que quiera contarme, debido a que piensa que es importante que lo sepa? \_\_\_\_\_

126) Al pensar en toda esta experiencia, ¿hay algún aspecto de la atención que recibió [NOMBRE DEL BEBÉ] que cree que se pueda mejorar? \_\_\_\_\_

127) ¿Qué cree que se debe hacer para ayudar a las mujeres con VIH, a sus hijos y a sus familias? \_\_\_\_\_

Notas del entrevistador: use este espacio para documentar información adicional, incluso los detalles pertinentes suscitados por la entrevista que no se registraron en otra parte, una descripción del entorno durante la entrevista, etc. \_\_\_\_\_

Este documento fue desarrollado con el financiamiento y apoyo de la División para la prevención del VIH/SIDA de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), junto con sus asociados de American College of Obstetricians and Gynecologists (el College), CityMatCH, y el National Fetal and Infant Mortality Review Program (NFIMR).