

## ATTACHMENT 8. FOCUS GROUP MATERIALS IN SPANISH

### Attachment 8.a. Focus Group Screener (Spanish)

#### Incentivos de Medicaid para la Prevención de Enfermedades Crónicas Instrumento de Preguntas de Selección para Grupo de Discusión acerca de la Satisfacción del Beneficiario

##### Llamadas salientes:

Hola, mi nombre es \_\_\_\_\_ y trabajo para RTI International, una organización que realiza estudios sin fines de lucro. Estoy llamando porque usted [ESTÁ PARTICIPANDO EN UN PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS/EXPRESO INTERÉS EN PARTICIPAR EN UN GRUPO DE ENFOQUE SOBRE SU SATISFACCIÓN CON UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS] . Estamos invitando a los grupos de beneficiarios de Medicaid de <INSERTAR PROGRAMA> para hablar de sus experiencias.

¿Es esto algo sobre lo que le interesaría aprender más?

Sí 1 [CONTINUAR]

No 2 [FIN]

Si califica para este proyecto y participa en nuestro grupo de enfoque, usted recibirá \$75 por su participación y para cubrir sus gastos de viaje.

##### Llamadas entrantes:

Hola, mi nombre es \_\_\_\_\_ y trabajo para RTI International, una organización que realiza estudios sin fines de lucro. Los grupos de discusión que en este momento estamos llevando a cabo son acerca de su satisfacción con [INSERTAR PROGRAMA] y estamos invitando a varios beneficiarios de <INSERTAR PROGRAMA> a participar en un grupo de enfoque para hablar acerca de sus experiencias con el programa. Si califica para este proyecto, y participa en el grupo, usted recibirá \$75 como agradecimiento por su tiempo y para cubrir sus gastos de viaje. Si usted todavía está interesado, podríamos determinar su elegibilidad ahora.

##### Ambas llamadas entrantes y salientes:

Para saber si usted es elegible para este estudio, necesito hacerle algunas preguntas personales. Es su decisión el responder a estas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales. Usted puede negarse a contestar cualquier pregunta o parar en cualquier momento.

Si usted no es elegible o decide no ser parte del estudio, todas las respuestas que usted me de hoy serán destruidas y no le contactaremos nuevamente.

Mis preguntas tomarán solamente unos minutos. ¿Puedo hacerle las preguntas ahora?

Sí 1 [CONTINUAR]

No 2 [FIN]

Procedimientos para el Registro y la Limitación de Información:

- Sólo registrar la información de las preguntas en el guion de selección
- Si un informante revela información personal adicional, agradézcales pero guíeles de regreso a las preguntas: "Eso es interesante, pero ahora puedo preguntarle acerca de..."

## Preguntas de Selección

1. Cuál es su edad? ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_ [REGISTRAR RESPUESTA EN ANOS]
  - a. Menor a 18 años de edad      1 [NO ELEGIBLE]
  - b. 18 años de edad o más      2 [CONTINÚE]
  
2. Su lengua materna es inglés, español u otro idioma?
  - a. Inglés      1 [CONTINÚE]
  - b. Español      2 [CONTINÚE]
  - c. Otro idioma (especificar):      3 [NO ELEGIBLE]
  
3. Esta actualmente inscrito en el programa Medicaid?
  - a. Si      1 [CONTINÚE]
  - b. No      2 [NO ELEGIBLE]
  
4. Ha participado en <INSERTAR PROGRAMA>?
  - a. Si      1 [CONTINÚE]
  - b. No      2 [NO ELEGIBLE]
  
5. En qué ciudad está ubicado el programa en que usted participo?  
\_\_\_\_\_
  
6. Participo usted en este programa durante los últimos 6 meses?
  - a. Si      1 [CONTINÚE]
  - b. No      2 [NO ELEGIBLE]
  
7. Cómo describiría su participación en el programa durante los últimos 6 meses? Diría usted que participo...
  - a. Muy frecuentemente/en la mayoría de las actividades del programa      1 [CONTINÚE]
  - b. frecuentemente/en algunas de las actividades del programa      2 [CONTINÚE]
  - c. nada frecuentemente/en muy pocas actividades del programa      3 [NO ELEGIBLE]

8. Es posible que el programa en el que usted participa/participo puede ayudarle/haberle ayudado con diferentes tipos de problemas de salud como prevención de diabetes, control de diabetes, uso de tabaco, control de peso, presión sanguínea, o colesterol. El programa podría ayudarle con uno o más de uno de estos problemas de salud. Acerca de que problema (s) de salud, si hubiera alguno, era el programa? [ENTREVISTADOR LEA CADA RESPUESTA. OMITIR PARA TEXAS.]

[TOMAR NOTA: PONER EN ESPERA, CONTINUAR CON LAS PREGUNTAS Y LEER GUION PENDIENTE SI RESPONDE "SI" A UNA O MAS DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS PERO NO A OTRAS]:

- PRESIÓN SANGUÍNEA
- COLESTEROL
- OTRO/NO SABE/NO ESTA SEGURO

a.	Prevención de Diabetes	Si	1
	<i>Un programa de prevención de diabetes es para gente que está en riesgo de contraer diabetes.</i>	No	2
	<i>El programa puede ayudarle a no contraer diabetes.</i>		
b.	Control de Diabetes	Yes	1
	<i>Un programa de control de diabetes es para gente a la</i>	No	2
	<i>Un doctor le ha dicho que tiene diabetes. El programa puede ayudarle a controlar la diabetes.</i>		
c.	Uso de tabaco	Yes	1
	<i>Un programa de tabaco puede ayudarle a dejar de</i>	No	2
	<i>Fumar o a dejar de utilizar otras formas de tabaco.</i>		
d.	Control de Peso	Yes	1
	<i>Un programa de control de peso puede ayudarle</i>	No	2
	<i>a controlar su peso o bajar de peso.</i>		
e.	Presión sanguínea	Yes	1
	<i>Un programa de presión sanguínea puede ayudarle a</i>	No	2
	<i>Controlar o bajar su presión sanguínea.</i>		
f.	Colesterol	Yes	1
	<i>Un programa de colesterol puede ayudarle a controlar</i>	No	2
	<i>su colesterol o bajar su colesterol.</i>		
g.	Otro/No Sabe/No está seguro	Yes	1
		No	2

9. Estos programas podrían ofrecer diferentes tipos de estímulos o incentivos. Los estímulos e incentivos podrían ser en efectivo o tarjetas de débito, una tarjeta de regalo, puntos que puede utilizar para escoger algo de un catálogo, membresía en un gimnasio o programa de salud, u otra cosa.

Recibió usted algún estímulo o incentivo por participar en el programa?

- a. Si 1 [CONTINÚE]
- b. No 2 [NO ELEGIBLE – VAYA A GUION DE INELEGIBLE]

10. Qué tipo de estímulo o incentivo recibe o recibió por participar en el programa?  
[REGISTRAR TODOS LOS QUE APLIQUEN. LA ELEGIBILIDAD DEPENDERÁ DEL PLAN DE INCENTIVOS DEL ESTADO]

- a. Efectivo o tarjeta de débito 1  
*Ejemplo:*
- Una tarjeta de banco o tarjeta de regalo Visa que usted pueda gastar en lo que sea que quiera
- b. Una tarjeta de regalo 2  
*Ejemplo:*
- Una tarjeta de regalo que debe utilizar en una Tienda específica, como un supermercado o restaurante
- c. Otro (especificar): \_\_\_\_\_ 3  
*Ejemplos:*
- Cuenta de Gastos Médicos (por ejemplo, una cuenta de banco que puede utilizar en esos ítems.)  
Puntos que puede utilizar para escoger algo de un catálogo
  - Suministros o medicinas que pueden ayudarle a mejorar su salud (por ejemplo, una escala digital, un parche de reemplazo de nicotina)
  - Actividades que pueden ayudarle a mejorar su salud (por ejemplo, membresías de gimnasios, membresía de Weight Watchers, sesiones de terapia)
  - Transporte, millaje. Cuidado de niños, o algún otro tipo de apoyo para participar en el programa.

11. Usted menciona que estaba inscrito en Medicaid. Esta también inscrito en Medicare?

- a. Si 1 [TOMAR NOTA COMO ELEGIBLE DUAL]
- b. No 2

12. Sexo [REGISTRAR PERO NO PREGUNTAR]

- a. Mujer 1
  - b. Hombre 2
  - c. No está seguro 3
13. Es usted Hispana o Latina?
- a. Si 1
  - b. No 2
14. Tendremos grupos de discusión en inglés y español. Prefiere usted participar en un grupo en inglés o en español?
- a. Ingles 1
  - b. Español 2
15. Tiene usted descendencia Hispana o Latina?
- a. Si, Hispana o Latina 1
  - b. No, ni hispana ni Latina 2
16. Por favor seleccione una o más categorías que describan su origen racial. [LEER TODAS]
- a. Blanco 1
  - b. Negro o Afro Americano 2
  - c. Indio Americano o Nativo de Alaska 3
  - d. Asiático 4
  - e. Nativo de Hawái u Otra Isla del Pacífico 5
- 17.Cuál es el nivel más alto de escuela que usted alcanzo?
- a. 8vo grado o menos 1
  - b. Algo de secundaria pero no se graduó 2
  - c. Graduado de secundario o GED 3
  - d. Algo de universidad o graduado de instituto técnico 4
  - e. Graduado de universidad 5
  - f. Mayor a graduado de universidad 6

## Guion de Cierre para Inelegibles

Gracias por responder a todas mis preguntas. Desafortunadamente usted no es elegible para participar en este proyecto. Existen muchas razones por las cuales la gente podría no ser elegible. Estas razones fueron seleccionadas con anticipación por el equipo del proyecto. Valoramos mucho su interés en los grupos de enfoque. Gracias por estar dispuesto (a) a ayudarnos.

## Guion para Pendientes

Gracias por responder a todas mis preguntas. Estamos buscando participantes del programa con una variedad de características. En este momento, necesitamos incluir participantes del programa con características diferentes de las suyas. De todas maneras, nos gustaría mantener su nombre e información y en el caso de que se abriera un puesto, nosotros le llamaríamos. Estaría bien con usted?Cuál es la mejor manera de contactarle? Tiene algún número de teléfono alternativo? Tiene una dirección de correo electrónico o email que le gustaría compartir con nosotros? Valoramos mucho su interés en los grupos de enfoque. Gracias por estar dispuesto (a) a ayudarnos.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## Guion de Invitación

Gracias por responder a todas mis preguntas. Como había mencionado, estaremos conversando con beneficiarios de Medicaid acerca de su satisfacción con los programas de prevención de enfermedades crónicas. Nos gustaría invitarle a participar en un grupo de discusión con aproximadamente otras 8 participantes del programa. El grupo de enfoque se llevara a cabo el [INGRESAR FECHA, HORA Y LUGAR].

El grupo de discusión durara aproximadamente 90 minutos. No se le pedirá que compre nada. Se le pedirá que diga su nombre, pero también puede utilizar un nombre inventado si así lo prefiere. Será contactado (a) uno o dos días antes de la discusión como forma de recordatorio. No compartiremos su información con nadie fuera del estudio y su nombre no aparecerá en ningún reporte.

Estamos únicamente interesados en sus experiencias y pensamientos. Pero si empezara a sentirse incomodo (a) en cualquier momento, usted puede rehusarse a responder preguntas o dejar la discusión. Su participación en este estudio no conlleva ningún riesgo físico para usted.

Si tuviera preguntas acerca del estudio, llame al director del proyecto en RTI, Thomas Hoerger, al 1-800-334-8571 ext. 21746. Deje un mensaje con su nombre y número de teléfono y alguien le devolverá la llamada a la brevedad posible.

Pro participar en el grupo, usted recibirá \$75 por su tiempo y esfuerzo y para cubrir por sus gastos de viaje. Bonos adicionales de viaje podrían estar disponibles en locaciones selectas.

Estaremos grabando el audio del grupo. Para participar en el grupo, usted debe aceptar que el audio sea grabado. Durante algunas discusiones, personal podría estar observando u oyendo la discusión de grupo. Como ya he mencionado, si decidiera asistir, todo lo que diga será mantenido en privado. En las discusiones grupales, preguntaremos a otros miembros del grupo que mantengan todo lo dicho durante el grupo en privado. No haremos ninguna conexión entre su nombre y lo que comente en ningún reporte que escribamos.

También tenemos que dejarle saber que no habrá ningún tipo de cuidado de niños en las facilidades, así que por favor le rogamos que haga los arreglos necesarios para cuidado de sus niños.

Sera posible que usted nos acompañe en [INGRESAR FECHA, HORA Y LUGAR]?

- |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| a. Si                          | 1 [IR A GUIÓN DE CONFIRMACIÓN] |
| b. No (Se rehúsa a participar) | 2 [IR A AGRADECIMIENTO]        |

Bueno, gracias por su tiempo el día de hoy.

[ASEGURARSE DE REGISTRAR ACEPTACIÓN/RECHAZO]



## GUIÓN DE CONFIRMACIÓN

ME gustaría mandarle una carta de confirmación junto con instrucciones para llegar a las facilidades. También me gustaría llamarle para recordarle. Para poder hacer esto, por favor dígame su dirección (o dirección de correo electrónico/email) y un número de teléfono al que pueda llamarle?

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Fecha del Grupo de Enfoque: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Estamos invitando a pocas personas, así que es muy importante para nosotros que nos notifique a la brevedad posible si por alguna razón no le fuera posible asistir. Por favor llame **Stephanie Teixeira-Poit al 1-800-334-8571, ext. 25915** si esto sucediera. Esperamos poder verle el [FECHA] a las [HORA].

Muchas gracias por su tiempo el día de hoy.