

Consentimiento informado de CAPP para cuidadores

Título oficial del proyecto: Evaluación de la Iniciativa de Innovación de Permanencia: California Partners for Permanency II
Investigador principal: Dr. George Gabel
Institución que realiza el estudio: Westat

Date

Estimado posible participante,

El Departamento de Salud de Estados Unidos le ha solicitado a Westat, una organización de estudios de investigación, hacer un estudio acerca de cómo los servicios de bienestar infantil están ayudando a familias como la suya. Desean saber si los servicios que usted recibe ayudan a los niños bajo su cuidado. Una de las maneras en que nos puede ayudar a aprender cómo servirle mejor a usted y a los niños bajo su cuidado es al contestar el cuestionario adjunto.

Si acepta participar, conteste el cuestionario, póngalo en el sobre adjunto, cuyos gastos de envío ya se han pagado, y deposite el sobre en cualquier buzón del servicio de correo postal de Estados Unidos. Se le enviará una tarjeta regalo de Visa por \$50 como agradecimiento por su tiempo y sus respuestas.

Sus respuestas no se le darán a conocer a su trabajador social, no se usarán en un tribunal y no afectarán su caso de bienestar infantil (child welfare).

Gracias por su participación.

Preguntas frecuentes

¿Para qué es este estudio?

El estudio nos ayudará a aprender si los servicios que usted recibe de bienestar infantil ayudan a los niños bajo su cuidado.

¿Cómo participo? ¿Cómo funciona el estudio?

Quisiéramos pedirle su permiso para que Westat reúna información sobre usted y sobre su familia. Westat obtendrá esta información mediante este cuestionario. En el cuestionario se hacen preguntas acerca de cómo trabaja usted con su trabajador social y el apoyo y servicio que recibe de su trabajador social. Otras preguntas son acerca de la participación de otros miembros de la familia y amigos en uno de los casos de un niño bajo su cuidado.

Contestar las preguntas le tomará unos 36 minutos. Puede dejar de contestar preguntas que le incomoden. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Queremos que conteste las preguntas honestamente. Es posible que Westat se comunique con usted, por teléfono o correo electrónico, para entender mejor sus respuestas si usted no contesta todas las preguntas de la encuesta o si no podemos comprender sus respuestas.

¿Cuáles son los posibles riesgos e incomodidades?

Este cuestionario tiene preguntas que lo podrían hacer sentir triste o incómodo. Si eso sucede, por favor hable con su trabajador social. Asimismo, puede dejar de contestar preguntas que no desee.

¿Se mantendrá en privado la información que le dé durante el estudio?

Mantendremos su información en privado en la medida en que la ley lo permita. No incluiremos información que lo identifique específicamente a usted o a su familia en ningún informe. Todas las respuestas se reunirán con las respuestas de otras familias y se usarán únicamente con fines del estudio.

Para mantener su información en privado, recibimos un Certificado de confidencialidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Con este certificado, nadie nos puede obligar a dar información que lo pueda identificar, incluso en procesos legales o en tribunales y bajo órdenes y citaciones de un tribunal. Si nos enteramos de incidentes de abuso o abandono, la ley nos exige informar esto a bienestar infantil. Igualmente se nos exige informar a las autoridades si nos preocupa que usted pudiera hacerse daño a sí mismo.

¿Cuáles son los beneficios de participar en el estudio?

Su participación ayudará a (*insert CAPP agency name*) a encontrar mejores maneras de servir a las familias y a los niños.

¿Hay otras maneras de participar en el estudio?

No hay otras maneras de participar en el estudio aparte de completar este cuestionario.

¿Puedo resultar lastimado por participar en el estudio?

No creemos que usted vaya a resultar lastimado debido a la participación en el estudio. Por lo tanto, no tendremos tratamiento disponible para lesiones.

¿Tiene Westat un conflicto de intereses con el Departamento de Servicios Sociales?

Westat no tiene relaciones financieras ni de otro tipo con (*insert CAPP agency name*) que afecten la realización de este estudio, incluyendo la interpretación y el informe de los resultados del estudio.

¿Recibiré algo por participar en el estudio?

Le enviaremos por correo una tarjeta regalo de Visa por \$50 como agradecimiento una vez que hayamos recibido su cuestionario.

Me gustaría participar en el estudio pero tengo preguntas. ¿Con quién me puedo comunicar?

Si tiene alguna pregunta acerca del estudio o si desea contestar el cuestionario por teléfono, sírvase llamar a Westat al 1-855-538-6735. Están disponibles de 9:00 am a 3:00 pm PST y con gusto lo pueden atender.

Si tiene alguna pregunta acerca de sus derechos como participante en el estudio, comuníquese con el Comité para la protección de participantes en estudios en el (916) 326-3660. También puede saber más acerca de sus derechos como participante en el estudio consultando *La declaración de derechos del participante en estudios de investigación* que se incluye en esta correspondencia.

¿Tengo que participar en el estudio?

No está obligado a participar en el estudio. Se puede retirar del estudio en cualquier momento. Su elección no afectará su caso ni los servicios que usted y su familia reciben. Esperamos que participe en el estudio para que podamos aprender maneras de servirles mejor a las familias.

Decisión de participar

He recibido una copia de La declaración de derechos del participante en estudios de investigación y acepto participar en la encuesta.

Sí No

Si contestó "sí" a la pregunta anterior, sírvase firmar a continuación y continuar con el cuestionario.

_____ Escriba su nombre aquí en letra de imprenta

_____ Firma

_____ Fecha

Dirección postal para enviar el incentivo

Por favor anote la dirección para que Westat le envíe por correo la tarjeta regalo de Visa por \$50.

Nombre: _____

Dirección: _____

(Dirección, cont.): _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono (por favor incluya el código de área): (_____) – _____ – _____

Fecha de aprobación de este consentimiento por la Junta de Revisión Institucional (IRB, por sus siglas en inglés): TBD

Fecha de vencimiento de la aprobación de esta carta por la IRB: TBD

Nº DE OMB: TBD

FECHA DE VENCIMIENTO: TBD

Declaración de tiempo: Se calcula que esta recolección de información toma aproximadamente 36 minutos por participante. Este cálculo incluye el tiempo para revisar las instrucciones, y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede llevar a cabo ni patrocinar una recolección de información y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección a menos que ésta muestre un número de control vigente de OMB.

Declaración de Derechos de Participantes en estudios Nomédicos

Se le ha pedido que participe en un estudio de investigación. Cualquier participante en un estudio de investigación tiene el derecho a:

- a. Que se le diga la naturaleza y el propósito del estudio.
- b. Que se le dé una explicación de lo que ocurrirá durante el estudio y de que manera se espera que participe el participante en una investigación.
- c. Que se le dé una explicación de todos los riesgos o molestias que pueden ocurrir como resultado de la participación en el estudio.
- d. Que se le dé una explicación de todos los beneficios que se pueden recibir de la participación en el estudio.
- e. Que se le diga de otras alternativas apropiadas que pudieran ser mejores o peores que la participación en el estudio, y que se le diga de los riesgos y beneficios de esas otras alternativas.
- f. Que tenga la oportunidad de hacer preguntas acerca del estudio o acerca de su participación en el estudio, antes de participar en el estudio y durante la duración del estudio.
- g. Que se le diga que puede retirar su consentimiento y participación en el estudio en cualquier momento, y que su retiro no le afectará sus servicios.
- h. Que se le diga que puede rehusarse a contestar cualquier pregunta.
- i. Que se le dé una copia firmada y fechada de la forma de consentimiento.
- j. Estar libre de presiones al momento de decidir si da su consentimiento para participar en el estudio.
- k. Obtener información, en cuanto usted lo pida, acerca de los resultados del estudio.

Cuestionario de CAPP para cuidadores

Instrucciones

Por favor use un lapicero negro o azul para completar este cuestionario.

Marque con una para indicar su respuesta.

Si desea cambiar su respuesta, marque en la respuesta equivocada.

Sus respuestas son muy importantes para nosotros, por favor escriba con letra clara, de imprenta, y en mayúsculas.

Gracias por contestar las preguntas de este cuestionario. Muchas de las preguntas serán acerca de un niño bajo su cuidado que está incluido en los Servicios de Bienestar Infantil, también conocidos como CPS, por sus siglas en inglés, y acerca del trabajador social de los Servicios de Bienestar Infantil de <<MERGE>> , quien ha venido trabajando con el niño. Los nombramos a continuación.

PII-ET to insert sticker here with
social worker name and child
first name and last initial.

Por favor piense en estas dos personas mencionadas anteriormente cuando se le pregunte acerca de "este trabajador social" o "este niño." **Sus respuestas no se le darán a conocer a su trabajador social, no se usarán en un tribunal y no afectarán el caso de bienestar infantil o "child welfare."**

Sección A

Piense en su experiencia con el trabajador social que se menciona al comienzo del cuestionario y en su respuesta a las siguientes afirmaciones. Por favor, marque con una su respuesta.

1. **En los últimos 3 meses, este trabajador social se ha tomado el tiempo de escuchar lo que tengo que decir acerca de este niño.**
 - a. Bastante
 - b. La mayoría de veces
 - c. Algo
 - d. Muy poco
 - e. Nada
2. **En los últimos 3 meses, este trabajador social me ha mantenido informado de las citas, reuniones y fechas para ir al tribunal.**
 - a. Bastante
 - b. La mayoría de veces
 - c. Algo
 - d. Muy poco
 - e. Nada
3. **En los últimos 3 meses, este trabajador social ha preguntado acerca de familiares y otras personas en la vida del niño y en nuestra familia, quienes podrían ser de ayuda para el niño y para nuestra familia.**
 - a. Bastante
 - b. La mayoría de veces
 - c. Algo
 - d. Muy poco
 - e. Nada
4. **En los últimos 3 meses, este trabajador social me ha preguntado acerca de apoyo y servicios que yo pienso que el niño necesita.**
 - a. Bastante
 - b. La mayoría de veces
 - c. Algo
 - d. Muy poco
 - e. Nada



5. **En los últimos 3 meses, este trabajador social me ha preguntado acerca de apoyo y servicios que yo pienso que nuestra *familia* necesita.**

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

6. **En los últimos 3 meses, este trabajador social ha tratado de aprender acerca de los valores, creencias, cultura y tradiciones del niño y de nuestra familia.**

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

7. **En los últimos 3 meses, este trabajador social ha respetado los valores, creencias, cultura y tradiciones del niño y de nuestra familia al tomar decisiones acerca del apoyo y servicios para nosotros.**

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

8. **En los últimos 3 meses, este trabajador social ha tratado de entender las cosas que han tenido un gran impacto en el niño y en nuestra familia.**

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

9. **En los últimos 3 meses, este trabajador social ha sido honesto.**

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

10. **En los últimos 3 meses, este trabajador social ha sido respetuoso.**

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

11. **En los últimos 3 meses, este trabajador social ha hecho un esfuerzo por entender el dolor y la tristeza que el niño podría estar sintiendo debido a que lo asignaron a cuidado temporal.**

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

12. **En los últimos 3 meses, este trabajador social ha hecho un esfuerzo por entender cómo el dolor y la tristeza que este niño podría estar sintiendo están afectando a nuestra familia.**

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada



Sección B

Estas preguntas son acerca de las personas en su vida, tales como familiares y otras personas en su comunidad o tribu quienes trabajan de cerca con usted y lo apoyan a usted y al niño durante el caso con los Servicios de Bienestar Infantil. Estas son personas aparte del trabajador social de Servicios de Bienestar Infantil o de otro personal de bienestar infantil. Es posible que el trabajador social se refiera a veces a este grupo de personas como "círculo de apoyo." Piense en las personas que han tenido un papel importante en ayudar y apoyar al niño y a su familia durante la inclusión del niño en los Servicios de Bienestar Infantil **durante los últimos 3 meses.**

13a. Indique la opción Sí, No o N/A para indicar si cada una de las personas a continuación han estado ayudando al niño y a su familia. Marque N/A (No aplica/No corresponde) si la persona falleció; o si usted no tiene hermano, hermana, etc.; o si la persona no es parte de su vida.

Persona	13a. ¿Es esta persona parte del círculo de apoyo del niño?		
	Sí	No	N/A
Su madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su(s) hermana(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su(s) hermano(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su(s) abuelo(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su(s) hijo(s) adulto(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su(s) primo(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su madrastra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su padrastro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su(s) tía(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su(s) tío(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su(s) amigo(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su(s) vecino(s)/compañero(s) de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El padre o la madre del niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La familia de la madre o el padre del niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El maestro del niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consejero(s) o terapeuta(s) del niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Líder o consejero espiritual, ministro, pastor o sacerdote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persona(s) mayor(es), líder(es), miembro(s) de la comunidad o tribu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



13b. Indique entre 3 a 5 personas en su círculo de apoyo que hayan sido las **más serviciales** para el niño y su familia durante su inclusión en los Servicios de Bienestar Infantil durante los últimos 3 meses (puede marcar hasta 5 casilleros a continuación).

Relación o parentesco		
<input type="checkbox"/> 1. Su madre	<input type="checkbox"/> 8. Su madrastra	<input type="checkbox"/> 14. El padre o la madre del niño
<input type="checkbox"/> 2. Su padre	<input type="checkbox"/> 9. Su padrastro	<input type="checkbox"/> 15. La familia de la madre o el padre del niño
<input type="checkbox"/> 3. Su(s) hermana(s)	<input type="checkbox"/> 10. Su(s) tía(s)	<input type="checkbox"/> 16. El maestro del niño
<input type="checkbox"/> 4. Su(s) hermano(s)	<input type="checkbox"/> 11. Su(s) tío(s)	<input type="checkbox"/> 17. Consejero(s) o terapeuta(s) del niño
<input type="checkbox"/> 5. Su(s) abuelo(s)	<input type="checkbox"/> 12. Su(s) amigo(s)	<input type="checkbox"/> 18. Líder o consejero espiritual, ministro, pastor o sacerdote
<input type="checkbox"/> 6. Su(s) hijo(s) adulto(s)	<input type="checkbox"/> 13. Su(s) vecino(s)/ compañero(s) de trabajo	<input type="checkbox"/> 19. Persona(s) mayor(es), líder(es), miembro(s) de su comunidad o tribu
<input type="checkbox"/> 7. Su(s) primo(s)		



14. En los últimos 3 meses, el círculo de apoyo del niño y yo hemos trabajado en equipo para encontrar soluciones a los problemas que han enfrentado el niño y nuestra familia.

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

15. En los últimos 3 meses, el círculo de apoyo del niño me ha ayudado a hacer lo necesario para respaldar la permanencia del niño.

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

16. En los últimos 3 meses, el círculo de apoyo del niño y yo hemos trabajado en equipo para crear servicios y apoyo para el niño que respetan el estilo de vida, las preferencias y prioridades del niño.

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

17. En los últimos 3 meses, el círculo de apoyo del niño y yo hemos trabajado en equipo para crear servicios y apoyo que respetan el estilo de vida de mi familia, nuestras preferencias y nuestras prioridades.

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

18. En los últimos 3 meses, cuando estoy en reuniones con los Servicios de Bienestar Infantil acerca del niño, el círculo de apoyo del niño y yo hemos tenido la oportunidad de expresar nuestras metas para el niño y nuestra familia.

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

Sección C

Estas preguntas son acerca de cómo se siente acerca del futuro de su familia respecto al niño bajo su cuidado. Cuando conteste estas preguntas, piense en el niño incluido en los Servicios de Bienestar Infantil que se nombró al comienzo del cuestionario. Por favor, marque con una su respuesta.

19. En los últimos 3 meses, he obtenido el apoyo que necesitaba para ayudarme con mis sentimientos hacia el cuidado de este niño.

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

20. En los últimos 3 meses, este niño ha obtenido el apoyo que él/ella necesitaba con sus sentimientos hacia su situación de vivienda.

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada



21. En los últimos 3 meses, este niño ha obtenido el apoyo que él/ella necesitaba con sus sentimientos hacia la situación de su *familia*.

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

22. Creo que este niño tendrá una familia y otras relaciones cariñosas que lo apoyen en la vida.

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

23. Siento que puedo influir en las decisiones que se están tomando respecto al futuro de este niño.

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

24. Creo que en el futuro este niño podrá vivir permanentemente en *mi familia* sin que los Servicios de Bienestar Infantil estén incluidos.

- a. Sí → CONTINÚE CON LA PREGUNTA #25
- b. Tal vez → CONTINÚE CON LA PREGUNTA #25
- c. No → VAYA A LA PREGUNTA #28

25. Creo que mis amigos y familia me darán la ayuda y apoyo necesarios para que este niño sea un miembro permanente de nuestra familia.

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

26. Creo que mi familia puede manejar la mayoría de dificultades que se podrían presentar en el cuidado de este niño como miembro permanente de nuestra familia.

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

27. Siento que puedo hacer planes para el futuro de este niño y de nuestra familia y dar pasos para la realización de esos planes.

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

Si contestó las preguntas 25 a la 27, vaya a la pregunta #29.

28. Creo que en el futuro este niño podrá vivir permanentemente en *una familia* sin que los Servicios de Bienestar Infantil estén incluidos.

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada



Sección D

Estas preguntas son acerca de actividades en las que usted y otras personas importantes participan junto con el trabajador social y el niño incluido en los Servicios de Bienestar Infantil en la página 1 del cuestionario. Conteste sí o no a las siguientes preguntas:

29. He participado en una o más reuniones de equipo con este trabajador social acerca de este niño.

- a. Sí
- b. No

30. Le he contado a este trabajador social acerca de personas que son fuentes importantes de apoyo para este niño y nuestra familia.

- a. Sí
- b. No

31. Las personas que he identificado como fuentes importantes de apoyo están ayudando a nuestra familia en el cuidado y apoyo de este niño.

- a. Sí
- b. No

32. Las personas que he identificado como fuentes importantes de apoyo han participado conmigo en una o más reuniones de equipo con este trabajador social.

- a. Sí
- b. No

Sección E

33. ¿Qué respuesta describe mejor su relación como cuidador de este niño?

- a. Cuidador que es familiar
- b. Miembro de la familia extendida que no es familiar del niño
- c. Padre o madre temporal con licencia del condado
- d. Padre o madre temporal de una agencia de familia temporal
- e. Otro

especifique:

34a. ¿Es este niño de origen hispano, latino o español?

- a. Sí
- b. No

**34b. ¿Cuál es la raza de este niño?
(Marque una o más opciones)**

- a. India americana
- b. Nativa de Alaska
- c. Asiática
- d. Negra o africana americana
- e. Nativa de Hawái o de otra isla del Pacífico
- f. Blanca
- g. Otra

especifique:

35. ¿Cuántos niños tiene actualmente asignados y que están incluidos en los Servicios de Bienestar Infantil?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

 Número de niños

36. ¿De qué género es usted?

- a. Hombre
- b. Mujer

37. ¿Cuántos años tiene usted?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

 años

38a. ¿Es usted de origen hispano, latino o español?

- a. Sí
- b. No

**38b. ¿Cuál es su raza?
(Marque una o más opciones)**

- a. India americana
- b. Nativa de Alaska
- c. Asiática
- d. Negra o africana americana
- e. Nativa de Hawái o de otra isla del Pacífico
- f. Blanca
- g. Otra

especifique:



Ha terminado el cuestionario.

Usted ha: ____ ¿completado todas las secciones del cuestionario?
____ ¿firmado para dar su autorización informada?
____ ¿incluido su dirección de correo para el incentivo?

Por favor, ponga este cuestionario en el sobre con franqueo pagado y deposítelo en cualquier buzón del servicio de correo postal de Estados Unidos.

Gracias por su participación.

