

ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRÍA CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN POSTERIOR A LA CAPACITACIÓN

Gracias por completar la capacitación sobre trastornos del espectro alcohólico fetal (FASD). Nos gustaría invitarle a completar un cuestionario de evaluación posterior a la capacitación. Agradecemos su deseo de ayudarnos evaluar la eficacia del entrenamiento y el impacto en su práctica mientras aborda temas de prevención, identificación y tratamiento de FASD

Este cuestionario le llevara aproximadamente 5 minutos para completar. Sus respuestas se mantendrán seguras y no se incluirá información individualmente identificable. Riesgos de participar en este cuestionario son mínimos e incluyen el riesgo de que su información sea conocida por individuales fuera de AAP.

Su participación en este cuestionario es voluntaria. Puede rehusar a contestar cuál quier pregunta y tiene el derecho de parar en cuál quier momento.

Por favor envíe preguntas a los colaboradores del proyecto a PEHDIC@aap.org.

IDENTIFICACIÓN DE INFORMACIÓN ÚNICA (para ayudarnos igualar sus respuestas de antes y después de la capacitación)

1. Primeras 2 letras del apellido de soltera de su madre ____ ____
2. Mes de cumpleaños (suyo) ____ ____
3. Últimos 2 dígitos de seguro social (suyo) ____ ____
4. Estado en el cuál practica ____ ____

SATISFACCIÓN CON CAPACITACIÓN

5. ¿Cómo calificaría su satisfacción general con este curso?

Nada Satisfecho	Un Poco	Bastante		Completamente
1	Satisfecho	Satisfecho	Satisfecho	Satisfecho

Según los informes públicos, el tiempo estimado para este cuestionario es un promedio de 5 minutos por respuesta, incluyendo tiempo para repasar las instrucciones, búsqueda de fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos requeridos, y completar y repasar la información obtenida. Una agencia no podrá llevar a cabo o patrocinar y una persona no es obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número vigente y valido de control de OMB. Envíe sus comentarios acerca de esta estimación de tiempo o cuál quier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir la carga de tiempo a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333 ATTN: PRA (0920-1129)

2 3 4 5

6. ¿Qué tan bien cubrió este curso sus necesidades educativas?

No Cubrió				
En Absoluto	Cubrió Poco	Cubrió	Excedió un Poco	Excedió
1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. ¿Recomendaría este curso a sus colegas?

Si No

¿Por qué o por qué no?

8. Por favor ofrezca sugerencias para mejorar:

Según los informes públicos, el tiempo estimado para este cuestionario es un promedio de 5 minutos por respuesta, incluyendo tiempo para repasar las instrucciones, búsqueda de fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos requeridos, y completar y repasar la información obtenida. Una agencia no podrá llevar a cabo o patrocinar y una persona no es obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número vigente y válido de control de OMB. Envíe sus comentarios acerca de esta estimación de tiempo o cuál quier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir la carga de tiempo a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333 ATTN: PRA (0920-1129)

9. ¿A qué nivel está de acuerdo que los siguientes objetivos educativos fueron cumplidos?
(Marque una respuesta por línea)

	En Total Desacuerdo	Desacuerdo	Ni de Acuerdo Ni de Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
g. Describir los criterios diagnósticos y métodos de diagnosis para cada condición a lo largo de la continuidad de FASDs, incluyendo ARND, ND-PAE, FAS, pFAS y ARBD.	1	2	3	4	5
h. Distinguir los principales rasgos físicos y neuroconductuales para diagnóstico diferencial de FASDs entre otros trastornos genéticos y de comportamiento al igual que comorbilidades pertinentes.	1	2	3	4	5
j. Identificar posibles referidos, condiciones secundarias, factores de riesgo, y planificación de cuidado para individuos con FASDs.	1	2	3	4	5
k. Describir preocupaciones de desempeño funcional y desarrollo para individuos con FASDs y sus familias.	1	2	3	4	5
l. Explicar varios métodos de tratamiento para FASDs.	1	2	3	4	5
m. Explicar servicios de apoyo y recursos para familias y proveedores.	1	2	3	4	5
n. Explicar la importancia de evaluar cada paciente para historia de exposición prenatal al alcohol en el nacimiento y durante la primera cita clínica.	1	2	3	4	5
q. Nombrar los 4 criterios de diagnóstico para ND-PAE.	1	2	3	4	5

PREGUNTAS DE CONOCIMIENTO

11. ¿Cuál de los siguientes son los rasgos faciales dismórficos principales asociados con el síndrome de alcohol fetal (FAS)? (Marque todos los que apliquen)

- Aumento de distancia intercanthal interna
- Fisuras palpebrales cortas
- Labios gruesos

Según los informes públicos, el tiempo estimado para este cuestionario es un promedio de 5 minutos por respuesta, incluyendo tiempo para repasar las instrucciones, búsqueda de fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos requeridos, y completar y repasar la información obtenida. Una agencia no podrá llevar a cabo o patrocinar y una persona no es obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número vigente y válido de control de OMB. Envíe sus comentarios acerca de esta estimación de tiempo o cuál quier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir la carga de tiempo a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333 ATTN: PRA (0920-1129)

- Surco naso labial liso
- Labio superior delgado
- Aleteo nasal
- No se/inseguro

12. La diagnosis de “trastorno neuroconductual asociado con la exposición prenatal al alcohol (ND-PAE),” como está identificado en el Manual Diagnostico y Estadístico de Trastornos Mentales Quinta Edición (DSM-5):
- a. Requiere detección de daño neurocognitivo, impedimento de autorregulación, y déficits en funcionamiento adaptivo
 - b. Puede ser diagnosticado sin conocimiento de exposición prenatal al alcohol confirmado
 - c. Incluye detección de 3 rasgos morfológicos principales de exposición prenatal al alcohol
 - d. Es la manifestación menos común de exposición al alcohol prenatal
 - e. Todo lo mencionado arriba
14. ¿Cuál de los siguientes métodos/estrategias de cuidado no es aplicable para niños diagnosticados con un FASD?
- a. Citas de seguimiento programadas regularmente en el hogar médico para anticipar/abordar necesidades a través de la vida.
 - b. Referir el caso del niño/a al terapeuta para proporcionar todo el seguimiento y monitoreo de por vida porque terapias de comportamiento tradicionales funcionan mejor para niños con FASD.
 - c. Evaluación por un psicólogo para analizar funcionamiento neurocognitivo, autorregulación, y habilidades de funcionamiento adaptivo.
 - d. Manejo de medicamento para condiciones co-existentes según sea necesario para optimizar cuidado.
 - e. Todos los de arriba son métodos/estrategias de cuidado aplicables para niños con un FASD.

PREGUNTAS DE OPINIÓN

15. ¿A qué nivel está de acuerdo con las siguientes afirmaciones? (Marque una respuesta por línea)

	En Total Desacuerdo	Desacuerdo	Ni de Acuerdo Ni en Desacuerd o	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
c. Diagnosis de uno de los FASDs podría aportar un estigma negativo a un niño/a y su familia	1	2	3	4	5

Según los informes públicos, el tiempo estimado para este cuestionario es un promedio de 5 minutos por respuesta, incluyendo tiempo para repasar las instrucciones, búsqueda de fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos requeridos, y completar y repasar la información obtenida. Una agencia no podrá llevar a cabo o patrocinar y una persona no es obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número vigente y valido de control de OMB. Envíe sus comentarios acerca de esta estimación de tiempo o cuál quier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir la carga de tiempo a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333 ATTN: PRA (0920-1129)

	En Total Desacuerdo	Desacuerdo	Ni de Acuerdo Ni en Desacuerd o	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
d. Diagnósis de unos de los FASDs solo debe ser considerado para ciertas poblaciones	1	2	3	4	5

16. ¿En su opinión, cuánto alcohol es seguro para tomar durante embarazo?

17. ¿Cuál de las siguientes dos afirmaciones mejor corresponde a su punto de vista personal?

Por favor marque solo UNO

- Consumo ocasional de una bebida alcohólica de tamaño estándar (es decir, 1.5 oz. de licor fuerte, 12 oz. de cerveza o 5 oz. de vino) durante embarazo no es dañino a la madre ni al feto.
- Mujeres embarazadas o quienes están intentando quedar embarazadas deben de abstener completamente de tomar alcohol.

Según los informes públicos, el tiempo estimado para este cuestionario es un promedio de 5 minutos por respuesta, incluyendo tiempo para repasar las instrucciones, búsqueda de fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos requeridos, y completar y repasar la información obtenida. Una agencia no podrá llevar a cabo o patrocinar y una persona no es obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número vigente y válido de control de OMB. Envíe sus comentarios acerca de esta estimación de tiempo o cuál quier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir la carga de tiempo a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333 ATTN: PRA (0920-1129)

18. ¿A qué nivel está de acuerdo con las siguientes afirmaciones sobre consumo de alcohol durante embarazo? (Marque una respuesta por línea)

Consumo de alcohol durante embarazo...	En Total Desacuerdo	Desacuerdo	Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
b. Es más frecuente en mujeres con mayores ingresos	1	2	3	4	5
e. Es más frecuente en mujeres con niveles más altos de educación	1	2	3	4	5
l. No varía entre grupos étnicos o raciales	1	2	3	4	5

Según los informes públicos, el tiempo estimado para este cuestionario es un promedio de 5 minutos por respuesta, incluyendo tiempo para repasar las instrucciones, búsqueda de fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos requeridos, y completar y repasar la información obtenida. Una agencia no podrá llevar a cabo o patrocinar y una persona no es obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número vigente y válido de control de OMB. Envíe sus comentarios acerca de esta estimación de tiempo o cuál quier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir la carga de tiempo a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333 ATTN: PRA (0920-1129)

PREGUNTAS DE PRACTICA

19. ¿Qué tan seguro esta de sus habilidades para hacer lo siguiente? (Marque una respuesta por línea)

	Nada Seguro de mis Habilidades	Un Poco Seguro de mis Habilidades	Moderadamente Seguro de mis Habilidades	Seguro de mis Habilidades	Completamente Seguro de Mis Habilidades
a. Preguntar acerca de posible exposición prenatal al alcohol para pacientes pediátricos	1	2	3	4	5
b. Identificar personas con posible FAS u otros trastornos relacionados con alcohol prenatal	1	2	3	4	5
c. Diagnosticar personas con posible FAS u otros trastornos relacionados con alcohol prenatal	1	2	3	4	5
d. Utilizar recursos para referir pacientes para diagnóstico y/o tratamiento de FAS(D)	1	2	3	4	5
e. Manejar/coordinar el tratamiento de personas con FASDs	1	2	3	4	5

20. ¿Qué tan dispuesto esta de hacer lo siguiente? (Marque una respuesta por línea)

	No Dispuesto en lo Absoluto	Un poco Dispuesto	Moderadamente Dispuesto	Dispuesto	Completamente Dispuesto
a. Preguntar acerca de posible exposición prenatal de alcohol para pacientes pediátricos	1	2	3	4	5
b. Identificar personas con posible FAS u otros trastornos relacionados	1	2	3	4	5

Según los informes públicos, el tiempo estimado para este cuestionario es un promedio de 5 minutos por respuesta, incluyendo tiempo para repasar las instrucciones, búsqueda de fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos requeridos, y completar y repasar la información obtenida. Una agencia no podrá llevar a cabo o patrocinar y una persona no es obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número vigente y valido de control de OMB. Envíe sus comentarios acerca de esta estimación de tiempo o cuál quier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir la carga de tiempo a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333 ATTN: PRA (0920-1129)

	No Dispuesto en lo Absoluto	Un poco Dispuesto	Moderadamente Dispuesto	Dispuesto	Completamente Dispuesto
con alcohol prenatal					
c. Diagnosticar personas con posible FAS u otros trastornos relacionados con alcohol prenatal	1	2	3	4	5
d. Utilizar recursos para referir pacientes para diagnostico y/o tratamiento de FAS(D)	1	2	3	4	5
e. Manejar/coordinar el tratamiento de personas con FASDs	1	2	3	4	5

21. Como resultado de participar en esta actividad de aprendizaje, ¿usted pretende hacer cambios en su práctica?

Si No

Si la respuesta es sí, por favor describa qué planear hacer diferente en su práctica y cómo lograra este cambio.

PREGUNTAS GENERALES

22. ¿Siente que algún producto comercial, dispositivo o servicio fue indebidamente promovido en el contexto educativo?

Si No

Si la respuesta es sí, por favor comente:

23. Por favor siéntase libre de comentar acerca de su respuesta a cuál quiera de las preguntas en este cuestionario o proporcionar cualquier observación adicional.

Según los informes públicos, el tiempo estimado para este cuestionario es un promedio de 5 minutos por respuesta, incluyendo tiempo para repasar las instrucciones, búsqueda de fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos requeridos, y completar y repasar la información obtenida. Una agencia no podrá llevar a cabo o patrocinar y una persona no es obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número vigente y valido de control de OMB. Envíe sus comentarios acerca de esta estimación de tiempo o cuál quier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir la carga de tiempo a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333 ATTN: PRA (0920-1129)

Según los informes públicos, el tiempo estimado para este cuestionario es un promedio de 5 minutos por respuesta, incluyendo tiempo para repasar las instrucciones, búsqueda de fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos requeridos, y completar y repasar la información obtenida. Una agencia no podrá llevar a cabo o patrocinar y una persona no es obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número vigente y válido de control de OMB. Envíe sus comentarios acerca de esta estimación de tiempo o cuál quier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir la carga de tiempo a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333 ATTN: PRA (0920-1129)

Por favor tome un momento y díganos acerca de usted:	
<p>Es Usted (Marque uno):</p> <p><input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero</p> <p>¿Con que raza o grupo(s) cultural se identifica Ud.? (Marque todo el que aplique)</p> <p><input type="checkbox"/> Americano, no-hispano/latino <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> Afro Americano/negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo u otro Asiático de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____</p>	<p>¿Qué año completo o va completar su formación?</p> <p>_____</p> <p>Es o va ser un:</p> <p><input type="checkbox"/> Pediatra de Cuidad Primario <input type="checkbox"/> Pediatra de Desarrollo/Conducta <input type="checkbox"/> Genetista <input type="checkbox"/> Otro Subespecialista Pediátrico Especifique: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Médico de Familia <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____</p> <p>Por favor indique su principal sitio de empleo, el marco donde pasa la mayoría de su tiempo. Marque solo UNA respuesta.</p> <p><input type="checkbox"/> Autónomo practica solo <input type="checkbox"/> Practica de dos médicos <input type="checkbox"/> Grupo de pediatras, 3-10 pediatras <input type="checkbox"/> Grupo de pediatras, >10 pediatras <input type="checkbox"/> Grupo médico de multiespecialistas <input type="checkbox"/> Organización de mantenimiento de salud (modelo de personal) <input type="checkbox"/> Escuela médica o universidad de origen <input type="checkbox"/> Centro de salud comunitario sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Hospital o clínica no gubernamental <input type="checkbox"/> Hospital o clínica gubernamental de ciudad/condado/estatal <input type="checkbox"/> Hospital o clínica gubernamental de EEUU <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>Por favor describa la comunidad en la cuál su práctica/posición principal está localizada</p> <p><input type="checkbox"/> Ciudad Urbana del interior <input type="checkbox"/> Ciudad Urbana no del interior <input type="checkbox"/> Suburbana <input type="checkbox"/> Rural</p>

Según los informes públicos, el tiempo estimado para este cuestionario es un promedio de 5 minutos por respuesta, incluyendo tiempo para repasar las instrucciones, búsqueda de fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos requeridos, y completar y repasar la información obtenida. Una agencia no podrá llevar a cabo o patrocinar y una persona no es obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número vigente y valido de control de OMB. Envíe sus comentarios acerca de esta estimación de tiempo o cuál quier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir la carga de tiempo a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333 ATTN: PRA (0920-1129)