

UT - Encuesta de Seguimiento de Opioides

Las primeras preguntas son sobre *usted*.

1 ¿Actualmente, tiene un trabajo con paga?

- (1) No → Pase a la Pregunta 4
- (2) Sí
- (No Leer)
- (8) Se Rehusó → Pase a la Pregunta 4
- (9) No Sabe/ No Recuerda → Pase a la Pregunta 4

2 Por favor díganos sobre su trabajo PRINCIPAL actualmente. ¿Cuál es su puesto de trabajo y cuáles son sus actividades o deberes habituales?

2a Puesto de trabajo:

(No Leer)

- (8) Se Rehusó
- (9) No Sabe/ No Recuerda

2b Deberes del trabajo:

(No Leer)

- (8) Se Rehusó
- (9) No Sabe/ No Recuerda

3 Pensando en su trabajo PRINCIPAL actualmente, ¿para qué tipo de empresa trabaja? (¿Qué hace o produce la empresa?)

Tipo de empresa:

(No Leer)

- (9) No sé
- (8) Se Rehusó

4 ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted *actualmente*?

Voy a leer la lista de tipos de seguros médicos. Al decir cada uno, por favor dígame si usted tiene este tipo de seguro médico *actualmente*. ¿Tiene _____?

(PREGUNTE: ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted *ahora*?)

	No (1)	Sí (2)	Ref (8)	NSNR (9)
a. Seguro médico privado de su trabajo o del trabajo de su esposo o pareja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Seguro médico privado de sus padres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov, HealthCare.gov en inglés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Medicaid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. TRICARE u otro seguro médico militar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. ¿Tiene usted otro seguro médico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. SI RESPONDE SÍ A OTRO, PREGUNTE: ¿Cuál es? <input type="text"/>	---	---	---	---
h. SI NINGUNA DE LAS OPCIONES ANTERIORES SON "SI", PREGUNTE: ¿Diría usted que no tiene seguro médico <i>actualmente</i> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ENTREVISTADORA: Si la madre respondió que no tenía seguro médico, marque SÍ.

La próxima pregunta es sobre su salud.

5 Voy a leer una lista de condiciones de salud. Para cada una por favor dígame si usted tiene la condición *actualmente*. ¿Usted tiene _____?

	No (1)	Sí (2)	Ref (8)	NSNR (9)
a. Depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Hepatitis B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Hepatitis C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Dolor crónico, que es dolor casi todos los días o todos los días en los pasados 6 meses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Las siguientes preguntas son acerca de su uso de medicamentos u otras sustancias *desde que nació su bebé*.

6 Desde que nació su bebé, ¿ha tomado o usado algunos de los siguientes medicamentos recetados para el dolor por alguna razón? Voy a leer una lista de opciones. Para cada una, por favor dígame si usted lo ha tomado o usado desde que nació su bebé. ¿Ha tomado o usado _____?

	No (1)	Sí (2)	Ref (8)	NSNR (9)
a. Hidrocodona, como Vicodin®, Norco® o Lortab®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Codeína, como Tylenol® #3 o #4, estos <u>no</u> son Tylenol regular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Oxidodona, como Percocet®, Percodan®, OxyContin® o Roxicodone®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Tramadol, como Ultram® o Ultracet®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Hidromorfona o meperidina, como Demerol®, Exalgo® o Dilaudid®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Oximorfona, como Opana®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Morfina, como MS Contin®, Avinza® o Kadian®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Fentanilo, como Duragesic®, Fentora® o Actiq®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ENTREVISTADORA: Si la mamá contestó "Sí" en alguna opción en la Pregunta 6, continúe con la siguiente pregunta. Si no, ir a la Pregunta 10.

7 ¿Dónde obtuvo los medicamentos recetados para el dolor que ha usado desde que nació su bebé? Voy a leer una lista de opciones. Para cada una, por favor dígame si le aplica a usted. ¿Los obtuvo _____?

	No (1)	Sí (2)	Ref (8)	NSNR (9)
a. En el hospital, después de que nació su bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. De un ginecólogo-obstetra, partera/comadrona o proveedor de cuidado prenatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. De un médico de familia o un proveedor de atención primaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. De un dentista o proveedor de atención de salud bucal (oral)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. De un doctor en la sala de emergencias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. ¿Eran medicamentos para el dolor que le habían sobrado de una receta anterior?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. ¿Se los dió un amigo o pariente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. ¿Los obtuvo <u>sin receta</u> , de otra forma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. ¿Los obtuvo en otro lugar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Dónde? _____	---	---	---	---

8 Voy a leer una lista de razones para usar medicamentos recetados para el dolor. Para cada una, por favor dígame si fue una razón para usted desde que nació su bebé. ¿Los usaba _____?

	No (1)	Sí (2)	Ref (8)	NSNR (9)
a. Para tratar el dolor asociado al nacimiento de su bebé, como dolor por la cesárea o un desgarro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Para aliviar el dolor causado por una lesión, condición o cirugía que tuvo desde que nació su bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Para relajarse o aliviar la tensión o el estrés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Para ayudarle con sus sentimientos o emociones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Para ayudarle a dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Para sentirse bien o drogarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Porque estaba adicta o tenía que usarlos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. ¿Hubo otra razón?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál fue? _____	---	---	---	---

9 Desde que nació su bebé, ¿por cuántas semanas o meses ha usado medicamentos recetados para el dolor? Por favor, dígame el número total de semanas o meses que ha usado medicamentos recetados para el dolor desde que nació su bebé.

- (1) Número de semanas _____ (Rango: 1-45 semanas)
- (2) Número de meses _____ (Rango: 1-10 meses)
- (3) Menos de una semana
- (No Leer)**
- (8) Se Rehusó
- (9) No sabe/No Recuerdo

10 Desde que nació su bebé, ¿ha tomado o usado algunos de los siguientes otros medicamentos o drogas por alguna razón? Voy a leer una lista de opciones. Para cada una, por favor dígame si usted lo ha tomado o usado desde que nació su bebé. ¿Ha tomado o usado _____?

(PREGUNTE: Desde que nació su bebé, ¿ha tomado o usado _____?)

	No (1)	Sí (2)	Ref (8)	NSNR (9)
a. Medicamentos para el dolor de venta libre sin receta, como aspirina, Tylenol®, Tylenol PM®, Tylenol Extra Strength®, Advil®, Motrin®, Aleve® o Panadol®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Medicamentos para la depresión como Prozac®, Zoloft®, Lexapro®, Paxil® o Celexa®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Medicamentos para la ansiedad como Valium®, Xanax®, Ativan®, Klonopin®, u otro tipos de benzodiazepinas o "benzos"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Adderall®, Ritalin® u otro estimulante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Metadona, Subutex®, Suboxone® o buprenorfina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Naloxona o Narcan®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Productos de Cannabidiol o CBD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Marihuana o hachís	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Marihuana sintética, K2 o Spice	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Heroína, también se conoce como <i>smack, junk, Black Tar</i> o chiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Metanfetaminas, también se conocen como <i>uppers, speed, crystal meth, crank, ice</i> o agua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. Cocaína, también se conoce como <i>crack, rock, coke, blow, snow</i> o nieve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. Tranquilizantes también se conoce como calmantes, <i>downers</i> o <i>ludes</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. Alucinógenos, como LSD o ácido, PCP o polvo de ángel, éxtasis, <i>Molly</i> , hongos o sales de baño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. Inhalación de gasolina, pegamento, aerosoles en latas o pintura para drogarse, también conocido como <i>huffing</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Las próximas preguntas son sobre el uso de alcohol.

11 Desde que nació su bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de la salud le ha preguntado, en persona o en un formulario, si usted toma alcohol?

- (1) No
 (2) Sí
 (No Leer)
 (8) Se Rehusó
 (9) No Sabe/ No Recuerda

12 ¿Ha tomado alguna bebida alcohólica desde que nació su bebé?

Una bebida es una copa de vino, un refresco con vino a veces conocido como "wine cooler", una lata o botella de cerveza, un trago de licor o un cóctel con alcohol.

- (1) No → **Pase a la Pregunta 17**
 (2) Sí
 (No Leer)
 (8) Se Rehusó → **Pase a la Pregunta 17**
 (9) No Sabe/ No Recuerda → **Pase a la Pregunta 17**

13 Desde que nació su bebé, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal? ¿Usted tomaba _____?

(PREGUNTE: Desde que nació su bebé, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal?)

- (1) 14 ó más bebidas a la semana
 (2) De 8 a 13 bebidas a la semana
 (3) De 4 a 7 bebidas a la semana
 (4) De 1 a 3 bebidas a la semana
 (5) Menos de 1 bebida a la semana
 (No Leer)
 (8) Se Rehusó
 (9) No Sabe/ No Recuerda

14 Desde que nació su bebé, ¿cuántas veces tomó 4 bebidas alcohólicas o más en un lapso de 2 horas? ¿Diría que fue _____?

- (1) 6 veces o más
 (2) 4 a 5 veces
 (3) 2 a 3 veces
 (4) 1 vez
 (5) No tomó 4 bebidas o más en un lapso de 2 horas
 (No Leer)
 (8) Se Rehusó
 (9) No Sabe/ No Recuerda

15 Desde que nació su bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de la salud le ha asesorado acerca del nivel de consumo de alcohol qué es perjudicial o peligroso para su salud?

(1) No

(2) Sí

(No Leer)

(8) Se Rehusó

(9) No Sabe/ No Recuerda

16 Desde que nació su bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de la salud le ha aconsejado que reduzca o deje de consumir alcohol?

(1) No

(2) Sí

(No Leer)

(8) Se Rehusó

(9) No Sabe/ No Recuerda

ENTREVISTADOR: Si la madre no usó NINGUNA SUBSTANCIA (alcohol, medicamentos recetados, otros medicamentos o drogas) desde que nació su bebé, pase a la Pregunta 25. Si la madre solo utilizó los medicamentos recetados por menos de una semana, pase a la Pregunta 25.

Las próximas preguntas son acerca de cosas que pueden haber ocurrido *desde que nació su bebé*.

17 Desde que nació su bebé, ¿ha sentido que su uso de algún medicamento, droga o alcohol interfirió con las actividades importantes en su vida, como trabajar, ir a la escuela, cuidar de los niños, disfrutar de pasatiempos, o compartir con amigos y familiares?

- (1) No
 (2) Sí
 (No Leer)
 (8) Se Rehusó
 (9) No sabe/No Recuerda

18 Desde que nació su bebé, usted ha necesitado tratamiento o consejería para su uso de...

	No (1)	Sí (2)	Ref (8)	NSNR (9)
a. Medicamentos recetados <u>para el dolor</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Otras drogas o medicamentos, <u>sin</u> incluir medicamentos recetados para el dolor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Para otras sustancia, sin incluir los cigarrillos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Para qué? _____	---	---	---	---

ENTREVISTADORA: Si la mamá contestó "No" en todas las opciones en la Pregunta 18, pase a la pregunta 25. Si no, continúe con la siguiente pregunta.

19 Desde que nació su bebé, usted ha recibido tratamiento o consejería para su uso de...

	No (1)	Sí (2)	Ref (8)	NSNR (9)
a. Medicamentos recetados <u>para el dolor</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Otras drogas o medicamentos, <u>sin</u> incluir medicamentos recetados para el dolor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. ¿Para otra sustancia, sin incluir los cigarrillos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Para qué? _____	---	---	---	---

20 Voy a leer una lista de cosas que pueden dificultar que algunas personas reciban tratamiento o consejería por su uso de medicamentos, drogas o alcohol, sin contar los cigarrillos. Para cada una, dígame si fue algo que le hizo difícil a usted recibir tratamiento o consejería. ¿Diría que _____?

	No (1)	Sí (2)	Ref (8)	NSNR (9)
a. No pudo conseguir una cita o le colocaron en lista de espera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Pudo reducir su uso o dejar de usar sin ayuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. No tenía suficiente dinero o seguro para pagar los servicios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. No sabía a donde ir para recibir ayuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. No tenía transportación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. No quería que las personas pensarán que usted tenía un problema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Su compañero(a) no quería que recibiera ayuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Tenía miedo de perder custodia de su bebé o hijos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Tenía demasiadas otras cosas pasando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. ¿Hubo otra razón?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. → SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál fue? _____	---	---	---	---

ENTREVISTADORA: Si la mamá no recibió tratamiento o consejería pase a la Pregunta 25.

21 Desde que nació su bebé, ¿qué tipo de tratamiento o consejería ha recibido? Voy a leer una lista de tipos de tratamiento o consejería. Para cada una, por favor dígame si la recibió. ¿recibió _____?

(PREGUNTE: ¿Qué tipo de tratamiento o consejería recibió?)

	No (1)	Sí (2)	Ref (8)	NSNR (9)
a. Consejería individual con un profesional de la salud del comportamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Consejería grupal con un profesional de la salud del comportamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Consejería con un miembro del clérigo u otro consejero religioso o de la comunidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Reuniones de auto-ayuda o de grupos de recuperación como Alcohólicos Anónimos o AA, Self-Management and Recovery Training o SMART o Manejo de Moderación o MM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Tratamiento asistido por medicamentos, también conocido como MAT, utilizando medicamentos como metadona, buprenorfina, Suboxone®, Subutex® o naltrexona, también conocido como Vivitrol®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. ¿Recibió algún otro tipo de tratamiento o consejería?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Qué tipo? _____	---	---	---	---

22 Desde que nació su bebé, ¿dónde ha recibido tratamiento para su uso de algún medicamento, droga, o alcohol, sin incluir cigarrillos? Voy a leer una lista de lugares. Para cada una, por favor dígame si recibió tratamiento en ese lugar. Recibió tratamiento en _____?

(PREGUNTE: ¿Recibió tratamiento por el uso de medicamentos, drogas o alcohol en _____?)

	No (1)	Sí (2)	Ref (8)	NSNR (9)
a. Una oficina privada de un doctor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. La sala de emergencias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Una facilidad de tratamiento donde no se quedaba por la noche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. El hospital donde se quedaba la noche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Una facilidad de tratamiento residencial donde se quedaba la noche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. La cárcel o prisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. ¿Recibió tratamiento en otro lugar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Dónde? _____	---	---	---	---

23 ¿Cuál fue el resultado del último tratamiento o consejería que recibió? ¿Usted diría que _____?

- (1) Todavía está en tratamiento → **Pase a la Pregunta 25**
- (2) Completó el tratamiento → **Pase a la Pregunta 25**
- (3) No terminó el tratamiento
(No Leer)
- (8) Se Rehusó → **Pase a la Pregunta 25**
- (9) No sabe/No Recuerdo → **Pase a la Pregunta 25**

24 Voy a leer una lista de razones por las cuales algunas personas no pueden terminar su tratamiento o consejería. Para cada una, por favor dígame si fue una razón para usted. ¿Fue porque _____?**(PREGUNTE:** ¿Por qué no terminó su tratamiento o consejería?)

	No (1)	Sí (2)	Ref (8)	NSNR (9)
a. Se sintió que el tratamiento o consejería no estaba funcionando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Tuvo un problema con el programa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. No pudo continuar porque era muy costoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. No tenía a nadie que le ayudara a cuidar a su bebé u otros hijos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Comenzó a usar medicamentos, drogas, alcohol u otras sustancias nuevamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. ¿Hubo otra razón?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál fue? _____	---	---	---	---

Las siguientes preguntas son sobre productos de tabaco.**25 Desde que nació su bebé, ¿ha usado cigarrillos, cigarrillos electrónicos o algún otro producto de tabaco?**

- (1) No → **Pase a la Pregunta 30**
- (2) Sí
(No Leer)
- (8) Se Rehusó → **Pase a la Pregunta 30**
- (9) No Sabe/ No Recuerda → **Pase a la Pregunta 30**

26 Desde que nació su bebé, ¿cuántos cigarrillos fuma en un día normal? Un paquete tiene 20 cigarrillos.

- (1) 41 cigarrillos o más
 (2) 21 a 40 cigarrillos
 (3) 11 a 20 cigarrillos
 (4) 6 a 10 cigarrillos
 (5) 1 a 5 cigarrillos
 (6) Menos de 1 cigarrillo al día
 (7) Usted no ha fumado cigarrillos
(No Leer)
 (8) Se Rehusó
 (9) No Sabe/ No Recuerda

27 Desde que nació su bebé, ¿con qué frecuencia ha usado los siguientes productos de tabaco? Para cada uno, por favor dígame si los usó todos los días, algunos días, o nunca. ¿Ha usado _____?

(PREGUNTE: ¿Diría que ha usado _____ todos los días, algunos días o nunca?)

	Todos los días (1)	Algunos días (2)	Nunca (3)	Ref (8)	NSNR (9)
a. E-cigarrillos u otros productos electrónicos de vaporización con nicotina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Hookah	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Tabaco para mascar, tabaco sin humo, rapé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Cigarros, puros o pequeños cigarros con filtros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28 Desde que nació su bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le ha aconsejado dejar de fumar o dejar de usar productos de tabaco?

- (1) No
 (2) Sí
(No Leer)
 (8) Se Rehusó
 (9) No Sabe/ No Recuerda

29 Desde que nació su bebé, ¿ha recibido tratamiento para ayudarlo a dejar de fumar o usar cigarrillos u otros productos de tabaco? Algunos ejemplos incluyen asistir a consejería o llamar a una línea telefónica para dejar de fumar, usar materiales de autoayuda o usar un tratamiento de reemplazo de nicotina, como parches, chicles u otros medicamentos.

- (1) No
 (2) Sí
(No Leer)
 (8) Se Rehusó
 (9) No Sabe/ No Recuerda

Las siguientes preguntas son sobre la salud de su bebé cuando era un recién nacido.

30 Después de que nació su bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de la salud le dijo que su bebé tenía abstinencia de drogas, conocido como síndrome de abstinencia neonatal o síndrome de abstinencia neonatal a los opiáceos?

- (1) No → **Pase a la Pregunta 34**
- (2) Sí
- (No Leer)
- (8) Se Rehusó → **Pase a la Pregunta 34**
- (9) No sabe/No Recuerdo → **Pase a la Pregunta 34**

31 ¿Su bebé recibió alguno de los siguientes tipos de cuidado o tratamiento especial para ayudarlo con los síntomas de abstinencia de drogas? Voy a leer una lista de cuidados especiales o tratamientos. Para cada uno, por favor dígame si su bebé lo recibió. ¿Su bebé recibió _____?

	No (1)	Sí (2)	Ref (8)	NSNR (9)
a. Medicamentos como morfina, metadona o buprenorfina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Fluidos por vía intravenosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Cuidado piel a piel o cuidado canguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Dormir en una habitación tranquila y poco iluminada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Fórmula alta en calorías	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Amamantamiento o lactancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Leche materna donante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. ¿Recibió otro tratamiento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Qué recibió? _____	---	---	---	---

32 Voy a leer una lista de cosas que un médico, enfermera o profesional de la salud pueden haber hecho *después de que nació su bebé*. Para cada una, dígame si lo hicieron *después de que nació su bebé*.

	No (1)	Sí (2)	Ref (8)	NSNR (9)
a. Le hablaron sobre por qué su bebé tuvo abstinencia de drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Le hablaron sobre el tratamiento para bebés con abstinencia de drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Le hablaron acerca de cuánto tiempo pueden durar los signos de abstinencia de su bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Le hablaron sobre las cosas que su bebé podría experimentar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Le hablaron sobre el comportamiento de su bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Le hablaron de cuándo su bebé podría ir a la casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Le preguntaron acerca de los medicamentos que estaba tomando o tomó durante el embarazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Sugirieron que usted recibiera consejería o tratamiento para su uso de medicamentos, drogas o alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Sugirieron que recibiera servicios para su bebé, como intervención temprana o programas de visitas al hogar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Le hicieron una prueba de puntuación para evaluar a su bebé para el síndrome de abstinencia neonatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33 Después de que nació su bebé, ¿un médico, enfermera u otro profesional de la salud le sugirió que no amamantara o lactara a su bebé dado a la preocupación de que algún medicamento o droga que usted estaba usando le pasara a su bebé a través de la leche materna?

- (1) No
- (2) Sí
- (No Leer)**
- (8) Se Rehusó
- (9) No sabe/No Recuerdo

34 ¿Su bebé nació en el hospital?

- (1) No → **Pase a la Pregunta 39**
- (2) Sí
- (No Leer)**
- (8) Se Rehusó → **Pase a la Pregunta 39**
- (9) No sabe/No Recuerdo → **Pase a la Pregunta 39**

35 Durante su estadía en el hospital cuando nació su bebé, ¿se sintió que la trataron mal debido a alguna de las siguientes cosas? Voy a leer una lista. Para cada una, por favor dígame si sintió que le trataron mal debido a esto o no.

(PREGUNTE: ¿Sintió que le trataron mal debido a ____?)

	No (1)	Sí (2)	Ref (8)	NSNR (9)
a. Su edad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Su peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Su ingreso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Su nivel de educación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Su raza o etnicidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Su cultura o idioma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Su orientación sexual o identidad de género	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Su tipo de seguro médico o la falta de seguro médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Su uso de sustancias tales como alcohol o drogas durante el embarazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Diferentes opiniones con el personal médico acerca de cómo cuidar de sí misma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Diferentes opiniones con el personal médico acerca de cómo cuidar de su bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. ¿Sintió que le trataron mal por otra razón?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. SI CONTESTÓ SÍ, PREGUNTE: ¿Por qué? _____	---	---	---	---

36 ¿Usted y su bebé fueron dados de alta del hospital a la misma vez después del nacimiento? ¿Usted diría que _____?

- (1) Sí, les dieron de alta a la misma vez, y su bebé fue a la casa con usted
- (2) Sí, les dieron de alta a la misma vez, pero su bebé no fue a la casa con usted
- (3) No, usted y su bebé fueron dados de alta en diferentes momentos
- (4) No, su bebé falleció antes de ser dado de alta del hospital
Si constes SÍ, diga: Lamentamos mucho su pérdida. → **Pase a la Pregunta 48**
(No Leer)
- (8) Se Rehusó
- (9) No sabe/No Recuerdo

37 Después de ser dado de alta cuando nació, ¿su bebé tuvo que regresar al hospital y pasar la noche por alguna razón?(1) No → **Pase a la Pregunta 39**(2) Sí**(No Leer)**(8) Se Rehusó → **Pase a la Pregunta 39**(9) No sabe/No Recuerdo → **Pase a la Pregunta 39****38 ¿Por qué tuvo que volver al hospital su bebé después de haber sido dado de alta? Voy a leer una lista de razones, Para cada una, por favor, dígame si fue una razón para su bebé. ¿Fue a causa de _____?****(PREGUNTE: Después de ser dado de alta, ¿su bebé tuvo que regresar al hospital debido a _____?)**

	No (1)	Sí (2)	Ref (8)	NSNR (9)
a. Problemas respirando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Dificultades en alimentación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Deshidratación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Cirugía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Lesión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Abstinencia de drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Ictericia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Fiebre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Infección	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Detección o reevaluación de audiología	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. ¿Tuvo que volver al hospital por otra razón?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Por qué? _____	---	---	---	---

ENTREVISTADORA: Si PIDS indica que el bebé falleció, responda "No" a la pregunta 39 y seleccione la opción de bebé falleció en la Pregunta 40. De lo contrario, continúe leyendo la Pregunta 39.

39 ¿Su bebé está viviendo con usted actualmente?(1) No(2) Sí → **Pase a la Pregunta 41****(No Leer)**(8) No sabe/No Recuerdo → **Pase a la Pregunta 48**(9) Se Rehusó → **Pase a la Pregunta 48**

40 ¿Dónde está viviendo su bebé *actualmente*?

- (1) Está viviendo con su padre biológico
- (2) Está viviendo con otro miembro de la familia
- (3) Está siendo cuidado en un orfanato
- (4) Ha sido adoptado por otra persona, O
- (5) ¿Está viviendo en otro lugar?

SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Dónde?:

SI NINGUNA DE LAS OPCIONES ANTERIORES SON "SÍ", PREGUNTE:

- (6) ¿Su bebé falleció? **SI CONTESTA SI, DIGA:** Lamentamos mucho su pérdida.

(No Leer)

- (8) Se Rehusó
- (9) No sabe/No Recuerdo

ENTREVISTADORA: Si el bebé no está viviendo con la mamá *ahora* o el bebé falleció, pase a la Pregunta 48.

Las próximas preguntas son acerca de la salud de su bebé.

41 ¿Qué edad tenía su bebé la última vez que lo llevó a una visita médica o un chequeo?

Si no recuerda la edad exacta, por favor díganos cuál es su mejor estimación.

- (1) Edad en meses [_____] [Rango: 0 – 10]
- (2) El bebé nunca ha tenido una visita de salud o chequeo → **Pase a la Pregunta 43**

(No Leer)

- (8) Se Rehusó → **Pase a la Pregunta 43**
- (9) No sabe/No Recuerdo → **Pase a la Pregunta 43**

42 Voy a leer una lista de cosas que un médico, enfermera o profesional de la salud podrían hacer durante las visitas de salud o chequeos de su bebé. Para cada uno, por favor, dígame con qué frecuencia lo hicieron durante sus visitas.

(PREGUNTE: ¿Diría que fue siempre, a veces o nunca que _____?)

	Siemp re (1)	A veces (2)	Nunca (3)	Ref (8)	NSNR (9)
a. Pasaron suficiente tiempo con usted y su bebé	<input type="radio"/>				
b. Le escucharon atentamente	<input type="radio"/>				
c. Le mostraron sensibilidad a los valores y costumbres de su familia	<input type="radio"/>				
d. Le brindaron la información que necesitaba acerca de su bebé	<input type="radio"/>				
e. Le preguntaron si usted tenía alguna preocupación sobre el desarrollo de su bebé	<input type="radio"/>				

43 Las próximas preguntas son acerca del comportamiento de su bebé. Piense en lo que esperaría de otros bebés de la misma edad y díganos cuánto le aplica cada declaración a su bebé. Para cada una, por favor dígame si le aplica a su bebé frecuentemente, a veces o para nada.

(PREGUNTE: ¿Usted diría que frecuentemente, a veces o para nada?)

	Frec uente (1)	A veces (2)	Para nada (3)	Ref (8)	NSNR (9)
a. ¿Su bebé tiene dificultades estando con personas nuevas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿Su bebé tiene dificultades en lugares nuevos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. ¿Su bebé tiene dificultades con cambios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. ¿A su bebé le molesta ser cargado por otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. ¿Su bebé llora mucho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. ¿A su bebé se le hace difícil tranquilizarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. ¿Su bebé es quisquilloso o irritable?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. ¿Es difícil consolar a su bebé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. ¿Es difícil mantener a su bebé en un horario o rutina?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. ¿Es difícil dormir a su bebé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. ¿Usted tiene dificultades durmiendo suficiente debido a su bebé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. ¿Su bebé tiene problemas quedándose dormido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

44 Voy a leer una lista de cosas sobre el desarrollo de su bebé. Para cada una, por favor dígame cuánto está haciéndolo su bebé ahora mismo. Para cada pregunta, diga si su bebé lo está haciendo frecuentemente, a veces o aún no.

(PREGUNTE: ¿Usted diría que su bebé lo está haciendo frecuentemente, a veces o aún no?)

	Frec uente (1)	A veces (2)	Aún no (3)	Ref (8)	NSNR (9)
a. Sube sus manos para ser cargado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Se pone en posición sentada por si solo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Coge la comida y se la come	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Se levanta a la posición parada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Participa en juegos como palmaditas y escondite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Llama a sus padres "mamá" o "papá" o nombres similares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Mira a su alrededor cuando alguien dice cosas como "¿Dónde está tu biberón?" o "¿Dónde está tu pañito?"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Imita sonidos que hacen otras personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Camina a través de un cuarto sin ayuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Es capaz de seguir instrucciones como "ven aquí" o "dame la bola"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

45 ¿Un médico, enfermera u otro profesional de la salud le ha dicho que su bebé tiene algún retraso en su desarrollo?(1) No → **Pase a la Pregunta 47**(2) Sí**(No Leer)**(8) Se Rehusó → **Pase a la Pregunta 47**(9) No sabe/No Recuerdo → **Pase a la Pregunta 47****46 ¿Ha recibido algún referido o servicio para apoyar el aprendizaje y desarrollo temprano de su bebé?** Voy a leer una lista de servicios. Para cada uno, por favor dígame si ha recibido un referido o el servicio para su bebé.

	No (1)	Sí (2)	Ref (8)	NSNR (9)
a. Referido a un especialista de desarrollo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Referido para terapia física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Servicios de un programa de intervención temprana para bebés y niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Servicios de un programa de visitas al hogar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. ¿Ha recibido otro referido o servicio para su bebé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál fue? _____	---	---	---	---

47 Desde que nació su bebé, ¿ha usado alguno de los siguientes servicios comunitarios o servicios respaldados por el gobierno? Voy a leer una lista de servicios. Para cada uno, por favor dígame si lo ha usado desde que nació su bebé.

	No (1)	Sí (2)	Ref (8)	NSNR (9)
a. El Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños o WIC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, también conocido como SNAP, cupones de alimentos o "food stamps"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Grupos de apoyo a padres, que se reúnen en persona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Grupos de apoyo a padres en línea o redes sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Programas de asistencia de vivienda, como asistencia de alquiler a corto plazo o refugios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Programas de asistencia financiera, como el programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas conocido como TANF o "welfare", subsidios para el cuidado de niños o programas de asistencia para servicios de energía en el hogar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Programas de asistencia de transporte, como cupones de transporte, programas de tarifas reducidas, programas de transporte voluntario o servicios de transporte médico que no sean de emergencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Las siguientes preguntas son acerca de cosas que le pueden haber ocurrido en los últimos 30 días.

48 Por favor, dígame con qué frecuencia se cumplió la siguiente afirmación en los últimos 30 días:

“Me preocupaba que la comida se acabaría antes de tener dinero para comprar más.”

¿Usted diría que esto fue usualmente cierto, a veces cierto o nunca cierto en los últimos 30 días?

- (1) Usualmente cierto
- (2) A veces cierto
- (3) Nunca cierto
- (No Leer)**
- (8) Se Rehusó
- (9) No sabe/No Recuerdo

49 Por favor, dígame con qué frecuencia se cumplió la siguiente afirmación en los últimos 30 días:

“La comida que compré simplemente no duraba y no tenía dinero para comprar o conseguir más.”

¿Usted diría que esto fue usualmente cierto, a veces cierto o nunca cierto en los últimos 30 días?

- (1) Usualmente cierto
- (2) A veces cierto
- (3) Nunca cierto
- (No Leer)**
- (8) Se Rehusó
- (9) No sabe/No Recuerdo

50 En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza? ¿Diría usted que ha sido siempre, frecuentemente, a veces, rara vez, o nunca?

- (1) Siempre
- (2) Frecuentemente
- (3) A veces
- (4) Rara vez
- (5) Nunca
- (No Leer)**
- (8) Se Rehusó
- (9) No sabe/No Recuerdo

51 En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha estado menos interesada en cosas o ha disfrutado menos al hacer cosas que normalmente disfrutaba? ¿Diría usted que ha sido siempre, frecuentemente, a veces, rara vez, o nunca?

- (1) Siempre
 (2) Frecuentemente
 (3) A veces
 (4) Rara vez
 (5) Nunca
 (No Leer)
 (8) Se Rehusó
 (9) No sabe/No Recuerdo

Las siguientes preguntas son acerca de usted y su familia.

52 Voy a leer una lista de personas que podrían estar viviendo con usted *actualmente* en el mismo hogar. Al decir cada una, por favor dígame si esa persona vive con usted en este momento.

(PREGUNTE: ¿_____ vive(n) con usted actualmente?)

	No (1)	Sí (2)	Ref (8)	NSNR (9)
a. Su esposo o pareja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Niños menores de 12 meses de edad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuántos? _____ (Rango: 0-20)	---	---	---	---
d. Niños de 1 a 5 años de edad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuántos? _____ (Rango: 0-20)	---	---	---	---
f. Niños de 6 años de edad o más	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuántos? _____ (Rango: 0-20)	---	---	---	---
h. Su madre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Su padre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Los padres de su esposo o pareja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Un amigo(a), compañero(a) de cuarto o "roommate"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. Otro miembro de la familia o pariente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. ¿Vive alguien más con usted ahora?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Quién? _____	---	---	---	---
o. SI NINGUNA DE LAS ANTERIORES ES 'SÍ', PREGUNTE: ¿Vive sola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

53 ¿Está usted embarazada actualmente?(1) No → **Pase a la Pregunta 55**(2) Sí**(No Leer)**(8) Se Rehusó → **Pase a la Pregunta 55**(9) No Sabe/ No Recuerda → **Pase a la Pregunta 55****54 Piense en el tiempo *justo antes* de quedar embarazada, ¿cómo se sentía ante la posibilidad de quedar embarazada?** Voy a leer una lista de opciones. Por favor seleccione la que mejor describa cómo se sentía.**(PREGUNTE:** *Justo antes* de quedar embarazada de su bebé, ¿cómo se sentía acerca de quedar embarazada?)(1) No quería quedar embarazada en ese momento, sino después(2) Hubiera querido quedar embarazada antes(3) Quería quedar embarazada en ese momento(4) No quería quedar embarazada en ese momento ni en el futuro(5) No estaba segura de lo que quería**(No Leer)**(8) Se Rehusó(9) No sabe/No Recuerdo**ENTREVISTADORA: Si la madre está embarazada actualmente, ir a la Pregunta 58.****55 ¿Está usted o su esposo o pareja haciendo algo actualmente para evitar un embarazo?** Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar quedar embarazadas son tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.(1) No(2) Sí → **Pase a la Pregunta 57****(No Leer)**(8) Se Rehusó → **Pase a la Pregunta 58**(9) No Sabe/ No Recuerda → **Pase a la Pregunta 58**

56 Voy a leer una lista de razones que algunas mujeres o sus esposos o parejas tienen para no hacer algo para evitar un embarazo. Al decir cada una, por favor dígame si es una razón para usted o su esposo o pareja *actualmente*. ¿Es porque _____?

(PREGUNTE: ¿Una de las razones por las que no está haciendo algo para evitar un embarazo ahora es porque _____?)

	No (1)	Sí (2)	Ref (8)	NSNR (9)
a. Usted quiere quedar embarazada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Se operó para ligarse o bloquearse las trompas de Falopio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Usted no quiere usar ningún método anticonceptivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Le preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. No está teniendo relaciones sexuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Su esposo o pareja no quiere usar ningún método anticonceptivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Tiene problemas para pagar por los anticonceptivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. ¿Tiene cualquier otra razón por la que no está haciendo algo para evitar quedar embarazada ahora?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Si responde SÍ, pregunte: ¿Cuál es esa razón? _____	---	---	---	---

ENTREVISTADORA: Si la madre o su esposo o pareja no está haciendo algo para prevenir un embarazo ahora, pase a la Pregunta 58.

57 Voy a leer una lista de métodos anticonceptivos. Al decir cada uno, por favor dígame si usted o su esposo o pareja está usándolo *actualmente*.

(PREGUNTE: ¿Qué está usando usted o su esposo o pareja actualmente para evitar un embarazo?)

	No (1)	Sí (2)	Ref (8)	NSNR (9)
a. Ligadura o bloqueo de las trompas de Falopio, esterilización femenina o Essure®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Vasectomía o esterilización masculina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Píldoras anticonceptivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Condones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Inyecciones o Depo-Provera®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Parche anticonceptivo o OrthoEvra® o anillo vaginal o NuvaRing®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. IUD o dispositivo intrauterino, incluyendo Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Un implante anticonceptivo que se pone en el brazo, incluyendo Nexplanon® o Implanon®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Método de planificación familiar natural incluyendo el ritmo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. El hombre se retira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. No tener relaciones sexuales o abstinencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. ¿Está usted o su esposo o pareja usando algún otro método anticonceptivo para evitar el embarazo <i>ahora</i> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Qué está usando? _____	---	---	---	---

Estas últimas preguntas son a cerca de cosas que pueden haber pasado o que usted puede haber experimentado antes de que tuviera 18 años de edad. Entendemos que algunas de estas preguntas pueden ser difíciles, pero sus contestaciones nos ayudarían a entender algunas de las cosas que las personas pueden experimentar cuando están creciendo.

58 Durante los primeros 18 años de edad ...

	No (1)	Sí (2)	Ref (8)	NSNR (9)
a. ¿Sus padres estuvieron divorciados o separados <i>en algún</i> momento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿Su mamá era menor de 18 años cuando le tuvo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. ¿Su papá era menor de 18 años cuando usted nació?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. ¿Le gustaba ir a la escuela?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. ¿Dejó la escuela antes de poder graduarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. ¿Le hicieron <i>bullying</i> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. ¿Vivió con alguien que bebía mucho o era alcohólico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. ¿Vivió con alguien que estaba deprimido, enfermo mental o suicida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. ¿Vivió con alguien que usó drogas ilegales o que abusó de medicamentos recetados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. ¿Vivió con alguien que cumplió una condena o fue condenado a cumplir una condena en una prisión, cárcel u otra institución correccional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Con esto termina la entrevista. ¿Hay algo más que quisiera decir sobre sus experiencias o la salud de las madres y los bebés en Utah?

Fecha de Hoy: _____

(Fecha en que completó la encuesta)

**¡Gracias por responder estas preguntas!
Sus respuestas nos ayudarán a entender cómo mejorar la salud de las madres y los bebés.
¡Adiós!**