Código de participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_

D D M M M A A A A

Entrevistador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ZEN COLOMBIA**

**Cuestionario de inscripción para la GESTANTE**

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Clínica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Primero, te voy a hacer unas preguntas acerca de ti.**

**1.** ¿Cuál es tu fecha de nacimiento?

\_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

D D M M M A A A A

**2.** ¿Cuál es el nivel más alto de educación que has completado?

🞎1 Menos que primaria 🞎2 Primaria 🞎3 Secundaria 🞎4 Técnico 🞎5 Universidad o más

🞎6 Ninguna 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**3.** ¿Cuál es el estrato socioeconómico de tu casa?

🞎1 1 🞎2 2 🞎3 3 🞎4 4 🞎5 5 🞎6 6 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**4.** ¿Incluyéndote, cuántos adultos y niños viven en tu casa?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ adultos (18+ años) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ niños (<18 años) 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**5.** ¿Cuál es tu estado civil?

🞎1 Casada 🞎2 Unión libre 🞎3 Soltera, divorciada, o viuda 🞎4 Otra, indica cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó*

**6.** ¿Vives en la misma casa que tu esposo o pareja?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎66 No tengo esposo ni pareja 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó*

**Las próximas preguntas son acerca de las picaduras de mosquitos.**

**7.** Durante los últimos 7 días, ¿cuántas picaduras de mosquito has recibido?

🞎0 Ninguna 🞎1 Menos que 20 🞎2 20 o más, o demasiadas para contarlas 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**8.** Durante los últimos 7 días, ¿cuántas veces has hecho las siguientes cosas? Las respuestas incluyen nunca, algunas veces, o siempre.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nunca  (0) | Alguna veces  (1) | Siempre  (3) | *No sé*  *(77)* | *No contestó*  *(88)* |
| ¿Has usado pantalones largos que cubrían las piernas? |  |  |  |  |  |
| ¿Has usado blusas o chaquetas de manga larga que cubrían los brazos? |  |  |  |  |  |
| ¿Has cubierto completamente tus pies y tobillos? |  |  |  |  |  |
| ¿Usaste repelente contra los mosquitos? |  |  |  |  |  |

**9.** Durante los últimos 7 días, cuando estabas dentro de tu casa, ¿con qué frecuencia usabas el aire acondicionado?

🞎0 Nunca 🞎1 Alguna veces 🞎3 Siempre 🞎66 No tengo aire acondicionado

🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**10.** En tu casa, ¿tienes anjeos intactos en tus ventanas y puertas que previenen la entrada de mosquitos?

🞎1 Sí, en todas las ventanas y puertas 🞎2 En algunas 🞎0 Ni una

🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* 🞎99 *No aplica (no hay ventanas ni puertas)*

**Las próximas preguntas son lo que quizas has escuchado sobre el virus del Zika.**

**11.** ¿Crees que es posible que una persona en tu comunidad puede contraer el virus del Zika?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**12.** ¿Crees que todas las personas infectadas por el virus del Zika presentan síntomas?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**13.** ¿Conoces a alguien que haya sido infectado por el virus del Zika?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

13a. ¿Eres tú misma?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**14.** *(Si #13a = “Sí”)* Indica tu nivel de preocupación de ser infectada otra vez por el virus del Zika.

*(Si es alguna otra respuesta)* Indica tu nivel de preocupación de infectarte con el virus del Zika.

🞎3 Muy preocupada 🞎2 Un poco preocupada 🞎1 No estoy preocupada

🞎0 Ya infectada con el virus del Zika 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**15.** A continuación te haremos una serie de enunciados sobre la transmisión del ZIKV, te solicitamos responder si consideras si es muy probable, poco probable o imposible que se pueda transmitir la enfermedad por cada uno de ellos.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Muy probable  (2) | Poco probable  (1) | Imposible  (0) | *No sé*  *(77)* | *No contestó*  *(88)* |
| Picaduras de mosquitos |  |  |  |  |  |
| Tener sexo vaginal sin condón con un hombre que está infectado con el Zika |  |  |  |  |  |
| Besar a alguien que está infectado por el Zika |  |  |  |  |  |
| Darle la mano a una persona que está infectada por el Zika |  |  |  |  |  |
| Al ser tosido o estornudado por alguien que tiene el Zika |  |  |  |  |  |
| Recibir una transfusión de sangre contaminada con el virus del Zika |  |  |  |  |  |
| Estar en el útero si una madre tiene Zika durante el embarazo |  |  |  |  |  |

**16.** A continuación le haremos una serie de enunciados sobre los efectos posibles al bebé si la mamá está infectada con el Zika durante su embarazo, te solicitamos responder si consideras si es muy probable, poco probable o imposible que el bebé nacido tenga las siguientes condiciones.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Muy probable  (2) | Poco probable  (1) | Imposible  (0) | *No sé*  *(77)* | *No contestó*  *(88)* |
| Microcefalia (una cabeza pequeña) |  |  |  |  |  |
| Otras anomalías congénitas |  |  |  |  |  |
| Restricción del crecimiento intrauterino (bebé pequeño) |  |  |  |  |  |
| Pérdidas del embarazo/mortinatos/óbitos |  |  |  |  |  |

**Las próximas preguntas son de los síntomas del Zika que tú o tu familia pueda tener.**

**17.** Durante los últimos 3 meses, ¿has tenido síntomas del virus del Zika? Tener síntomas del virus del Zika significa estar enferma con 2 o más de los siguientes síntomas que no se puedan explicar por otras causas: fiebre, brote (sarpullido), ojos rojos, y dolor en las articulaciones.

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

¿Cuándo empezaron? \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

dd mmm aaaa

**18.** En algún momento, ¿te ha dicho un médico o profesional de salud que podrías tener el virus del Zika?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

¿Cuándo? \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

dd mmm aaaa

**19.** Durante los últimos 3 meses, ¿alguien en tu casa aparte de ti ha tenido síntomas del virus del Zika? Síntomas del virus del Zika significa tener 2 o más síntomas que no se puedan explicar por otras causas: fiebre, brote (sarpullido), ojos rojos, y dolor en las articulaciones.

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎66 Vivo sola en la casa 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

¿Quién se enfermó?

🞎3 Esposo o pareja 🞎2 Tu hijo/hija 🞎1 Otra persona en la casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**20.** En algún momento, ¿un médico o profesional de salud le ha dicho a alguien en tu casa aparte de ti que ha contraído el virus del Zika?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎66 Vivo sola en la casa 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

¿Quién se enfermó?

🞎3 Esposo o pareja 🞎2 Tu hijo/hija 🞎1 Otra persona en la casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**Ahora te haré unas preguntas sobre tu casa, tu comunidad, y tu medio ambiente.**

**21.** ¿Dónde sueles obtener agua potable?

|  |  |
| --- | --- |
| Empresa de agua pública o privada | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Pozo | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Tanque o alberca | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Agua en botella | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Lago, rio u otra fuente natural | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Si otro fuente de agua, indica cual: |  |

**22.** Durante los últimos 3 meses, ¿has trabajado? Incluye todos los trabajos que has tenido, incluyendo trabajos por cuenta propia.

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

¿En los últimos 3 meses, tu trabajo involucró?:

|  |  |
| --- | --- |
| Radiografías (rayos X) | 🞎1 Sí 🞎0 No  🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Contacto con fluidos corporales, como orina, saliva, o sangre | 🞎1 Sí 🞎0 No  🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Aplicación de pesticidas, insecticidas, o raticida | 🞎1 Sí 🞎0 No  🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Fabricación de baterías o reciclaje de baterías | 🞎1 Sí 🞎0 No  🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Reciclaje de desechos electrónicos | 🞎1 Sí 🞎0 No  🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Extracción o procesamiento de oro | 🞎1 Sí 🞎0 No  🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Extracción o procesamiento de carbón | 🞎1 Sí 🞎0 No  🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Un trabajo en el que tú o tus compañeros de trabajo utilicen plomo | 🞎1 Sí 🞎0 No  🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Un trabajo en el que tú o tus compañeros de trabajo utilicen mercurio | 🞎1 Sí 🞎0 No  🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |

* **Si vive sola en su casa según preguntas anteriores, marca esta casilla y pase a la pregunta 24.**

🞎0 Vive sola

**23.** Durante los últimos 3 meses, ¿alguien en tu casa aparte de ti ha trabajado en…?

|  |  |
| --- | --- |
| Fabricación de baterías o reciclaje de baterías | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Reciclaje de desechos electrónicos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Extracción o procesamiento de oro | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Extracción o procesamiento de carbón | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Un trabajo en el que su o sus compañeros de trabajo utilicen plomo | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Un trabajo en el que su o sus compañeros de trabajo utilicen mercurio | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |

**24.** Durante los últimos 3 meses, ¿tú o alguien en tu casa ha utilizado pesticidas, insecticidas, o raticidas adentro o alrededor de tu casa?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**Ahora te haré unas preguntas sobre las enfermedades que hayas tenido.**

**25.** En algún momento, ¿has tenido…?

25a. Fiebre amarilla

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

¿Cuándo?

🞎4 En los últimos 3 meses 🞎3 Entre 3 – 6 meses atrás 🞎2 7 – 12 meses atrás

🞎1 13 meses – 5 años atrás 🞎0 Hace más de 5 años

🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

25b. Dengue

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

¿Cuantas veces has tenido dengue?

\_\_\_\_\_\_\_ veces 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

Indica cuándo y si tenía dengue grave

🞎4 En los últimos 3 meses 🡪 🞎1 Grave

🞎3 Entre 3 – 6 meses atrás 🡪 🞎1 Grave

🞎2 7 – 12 meses atrás 🡪 🞎1 Grave

🞎1 13 meses – 5 años atrás 🡪 🞎1 Grave

🞎0 Hace más de 5 años 🡪 🞎1 Grave

🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

25c. Chikunguña

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

¿Cuándo?

🞎4 En los últimos 3 meses 🞎3 Entre 3 – 6 meses atrás 🞎2 7 – 12 meses atrás

🞎1 13 meses – 5 años atrás 🞎0 Hace más de 5 años

🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**26.** En algún momento, ¿te has vacunado contra la fiebre amarilla?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**Las siguientes preguntas son sobre el uso de: cigarrillos, drogas, alcohol, y vitaminas.**

**27.** En los últimos 3 meses, ¿has…?

|  |  |
| --- | --- |
| Fumado cigarrillos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Fumado marihuana | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Usado drogas como bazuco, cocaína, o heroína para drogarte | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |

**28.** En los últimos 3 meses, ¿cuántas bebidas alcohólicas (como cerveza, vino, u otra) has tomado en promedio durante una semana?

🞎6 Tomé, pero no sé cuanto 🞎5 14 bebidas o más a la semana 🞎4 7–13 bebidas a la semana 🞎3 4-6 bebidas a la semana 🞎2 1–3 bebidas a la semana 🞎1 Menos de 1 bebida a la semana 🞎0 Ninguna 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**29.** En los últimos 3 meses, ¿has tomado ácido fólico?

🞎1 Sí 🞎2 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

¿Cuándo empezaste tomarlo?

🞎1 Antes de quedar embarazada

¿Todavía está tomándolo? 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

🞎0 Después de encontrarme embarazada

¿Todavía está tomándolo? 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**Las siguientes preguntas son acerca de tus embarazos.**

**30.** ¿Cuánto pesabas cuando quedaste embarazada?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kg 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**31.** ¿Cuánto mides?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cm 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**32.** ¿Cuántas embarazos has tenido en total sin incluir el embarazo actual? (todos los embarazos previos incluyendo pérdidas del embarazo.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número de embarazos 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

* **Si respondió “0”, “No sé”, o “No contestó” siga a la pregunta #37**

**33.** ¿Has tenido un embarazo con más de un feto, como gemelos o trillizos?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

¿Cuantos embarazos tenían más de un feto?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número de embarazos 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**34.** ¿Cuántos embarazos anteriores resultaron en...?

|  |  |
| --- | --- |
| Nacidos vivos | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número de embarazos  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Abortos espontáneos (pérdidas antes de 20 semanas) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número de embarazos  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Mortinatos/óbitos (pérdidas a las 20 semanas o después) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número de embarazos  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número de embarazos  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Embarazos ectópicos o molares | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número de embarazos  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |

**35.** Durante tu(s) embarazo(s) anterior(es), ¿en cuántos embarazos…?

|  |  |
| --- | --- |
| Tu médico te dijo que tuviste pre-eclampsia (presión alta durante el embarazo) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número de embarazos  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Tu médico te dijo que tuviste diabetes gestacional (diabetes diagnosticada durante el embarazo) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número de embarazos  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Tuviste un parto prematuro (parto antes de las 37 semanas) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número de embarazos  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Tu bebé nació con un peso menos que 2500g, o 2.5 kg | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número de embarazos  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Te han hecho cesárea | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número de embarazos  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Amamantaste después del parto | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número de partos  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |

**36.** ¿Cuándo terminó tu último embarazo?

\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

DD MMM AAAA

**37.** Para tu embarazo actual, ¿cuál fue la fecha de tu última menstruación?

\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

DD MMM AAAA

Indica si estás segura de la fecha de tu última menstruación.

🞎0 No estoy segura 🞎1 Estoy segura 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**Fertilidad y actividad sexual:**

**38.** ¿Utilizaste tratamientos de fertilidad para quedar embarazada?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

¿Usaste…?

|  |  |
| --- | --- |
| Medicamentos para estimulación ovárica, como citrato de clomífero o Femara | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Inseminación intrauterina | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Fertilización in vitro (IVF por sus siglas en ingles) | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Inyección intracitoplasmática de espermatozoides | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |

**39.** Pensando en el momento inmediatamente antes de embarazarte, ¿cuál de estas frases mejor describe cómo te sentiste al saber que estabas embarazada?

🞎4 Esperaba quedar embarazada antes

🞎3 Quería esperar más tiempo para quedar embarazada

🞎2 Quería estar embarazada en este momento

🞎1 No quería estar embarazada en este momento ni en otro momento en el futuro

🞎77 *No sé*

🞎88 *No contestó*

**Estas preguntas son acerca de tus experiencias sexuales recientes. Si te sientes más cómoda, puedes decidir no contestar estas preguntas.**

**40**. En los últimos 3 meses, ¿con cuántos hombres has tenido relaciones sexuales?

🞎0 Ninguno 🞎1 1 🞎2 2 🞎3 3 o más 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

* + - **Si “Ninguno”, ella completó el cuestionario.**

**41.** En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia has tenido relaciones sexuales vaginales con un hombre? Escoja la mejor respuesta.

🞎1 Una vez al día o más

🞎2 Dos o más veces a la semana

🞎3 Una vez a la semana

🞎4 Algunas veces al mes

🞎5 Una vez al mes

🞎6 Menos de una vez al mes

🞎0 Nunca **🡪 pase a la pregunta #43**

🞎77 *No sé* **🡪 pase a la pregunta #43**

🞎88 *No contestó* **🡪 pase a la pregunta #43**

**42.** Cuando tuviste relaciones sexuales vaginales en los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia tu pareja usó condón? Escoge la mejor respuesta.

🞎2 Siempre 🞎1 A veces 🞎0 Nunca 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**43.** En los últimos 3 meses…

|  |  |
| --- | --- |
| Has recibido sexo oral de alguien | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Has dado sexo oral a alguien | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Has tenido sexo anal | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |

**44.** Desde que te enteraste que estás embarazada, ¿han cambiado la frecuencia con que tu pareja y tú usan condones durante el sexo?

🞎1 Sí, los usamos con más frecuencia

🞎2 Sí, lo usamos menos frecuentemente

🞎3 No, no hemos cambiado la frecuencia del uso del condón

🞎0 No he tenido sexo regularmente con una pareja

🞎66 No usamos condones

🞎77 *No sé*

🞎88 *No contestó*

**Muchas gracias por tu tiempo. ¿Tienes alguna pregunta?**