

# ZPER Telephone Follow-up Questionnaire – Spanish version

Form Approved

OMB No. 0920-1199

Exp. Date 08/31/2017

Se estima que la información pública de esta colección de información es de un promedio de 12 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, completar y revisar la recopilación de la información. Una agencia no puede conducir o patrocinar, y la persona no está obligada a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de OMB. Por favor, envíe comentarios sobre este estimado de tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo de recopilación de información a la Oficina de Liquidación de Informes de CDC / ATSDR, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, GA, 30033; ATTN: PRA (0920-XXXX).

## Primero quisiera hacerle algunas preguntas acerca de su salud y experiencias desde el nacimiento de su bebé más reciente.

1. ***Desde que nació su nuevo bebé, ¿se ha hecho usted un chequeo posparto?*** Un chequeo posparto es un chequeo regular que se les hace a las mujeres aproximadamente 4-6 semanas después de dar a luz.

<b>No Leer</b>	(1) No	→ IR A LA PREGUNTA 3
	(2) Sí	
	(8) Rechazó	→ IR A LA PREGUNTA 4
	(9) No sé / No Recuerdo	→ IR A LA PREGUNTA 4

2. **Voy a leer una lista de razones por las que algunas mujeres puede que no se hagan un chequeo posparto. Para cada una, por favor indique si fue una razón para usted. ¿usted diría que no se hizo un chequeo posparto porque \_\_\_\_\_?**

Razones	No Leer			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
<b>a.</b> No tenía seguro médico para cubrir el costo de la visita				
<b>b.</b> Se sentía bien y no pensaba que necesitaba un chequeo				
<b>c.</b> No pudo conseguir una cita cuando quería				
<b>d.</b> No tenía transportación para llegar a la clínica o la oficina del doctor				
<b>e.</b> Tenía demasiadas cosas pasando				
<b>f.</b> No pudo tomarse el tiempo libre del trabajo				
<b>g.</b> No era seguro viajar por las condiciones de las calles después de los huracanes Irma y Maria				
<b>h.</b> No logró conseguir suficiente gasolina o diésel para guiar después de los huracanes Irma y Maria				

i.	Tenía miedo de irse del lugar donde se estaba quedando				
j.	Servicios no estaban disponibles dado al daño que sufrieron las clínicas por causa de los huracanes				
<b>ENTREVISTADORA, pregunte:</b>					
k.	¿Tuvo otra razón?				
<b>Si contesta Sí, pregunte:</b> ¿Qué otra razón evitó que usted se hiciera un chequeo posparto?					

→ ENTREVISTADORA: Si la mamá no tuvo un chequeo posparto, ir a la pregunta 4.

3. Durante su chequeo posparto, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de la salud hizo algunas de las siguientes cosas? Voy a leer una lista de cosas. ¿Alguno de ellos \_\_\_\_\_?

<b>Pregunta Guía:</b> ¿Algún doctor, enfermera u otro profesional de la salud _____?					
Acciones	No Leer				
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)	
a.	Habló con usted sobre el tipo de ropa que debe utilizar para evitar las picaduras de mosquitos				
b.	Habló con usted sobre utilizar repelente de mosquito sobre su piel expuesta o ropa				
c.	Habló con usted sobre utilizar condones para evitar la transmisión sexual del virus del Zika				
d.	Habló con usted sobre los métodos anticonceptivos que puede utilizar después de dar a luz				
e.	Le proveyó o recetó un método anticonceptivo como la pastilla, el parcho, inyección (Depo-Provera®), NuvaRing®, o condones				
f.	Le colocó un dispositivo intrauterino (Mirena®, ParaGard®, Liletta®, or Skyla®) o un implante anticonceptivo (Nexplanon® or Implanon®)				

4. Voy a leer una lista de condiciones de salud. Para cada una por favor dígame si un doctor, enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía esa condición desde que nació su nuevo bebé. ¿Le han dicho que usted tiene \_\_\_\_\_?

<b>Pregunta Guía:</b> Desde que nació su bebe más reciente, ¿Algún doctor, enfermera u otro profesional de la salud le ha dicho que tuvo <condición de salud>?				
Condiciones de Salud	No Leer			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Diabetes				
b. Presión alta o hipertensión				
c. Depresión				
d. Ansiedad				
e. Infección por el virus del Zika				

4a. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza? ¿Diría usted que se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza siempre, frecuentemente, a veces, rara vez, o nunca?

- (No lea)
- 1 Siempre
  - 2 Frecuentemente
  - 3 A veces
  - 4 Rara vez
  - 5 Nunca
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

4b. Desde que nació su nuevo bebé, ¿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?

- (No lea)
- 1 Siempre
  - 2 Frecuentemente
  - 3 A veces
  - 4 Rara vez
  - 5 Nunca
  - 8 Se rehusó
  - 9 No sabe/No recuerda

4c. Desde el huracán o el desastre, ¿ha sentido que necesita servicios de salud mental tales como consejería, medicamentos o grupos de apoyo para ayudarle con sus sentimientos de ansiedad, depresión o dolor?

- 1 No → Pase a la Pregunta 5
- 2 Sí
- 8 Se rehusó → Pase a la pregunta 5
- 9 No sabe → Pase a la pregunta 5

4d. ¿Ha podido obtener los servicios de salud mental que necesitaba?

- 1 No
- 2 Sí
- 8 Se rehusó
- 9 No sabe

→ENTREVISTADORA, diga: Estas próximas preguntas son acerca de su bebé.

5. ¿Su bebé está vivo?

<b>No Leer</b>	(1) No	<b>ENTREVISTADORA, diga:</b> "Lamentamos mucho su pérdida." → IR A LA PREGUNTA 24
	(2) Sí	
	(8) Rechazó	→ IR A LA PREGUNTA 24
	(9) No sé / No Recuerdo	→ IR A LA PREGUNTA 24

6. En estos momentos, ¿su bebé vive con usted?

<b>No Leer</b>	(1) No	→ IR A LA PREGUNTA 24
	(2) Sí	
	(8) Rechazó	→ IR A LA PREGUNTA 24
	(9) No sé / No Recuerdo	→ IR A LA PREGUNTA 24

7. ¿Alguna vez usted lactó a su nuevo bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho, aunque fuera por poco tiempo?

<b>No Leer</b>	(1) No	→ IR A LA PREGUNTA 11
	(2) Sí	
	(8) Rechazó	→ IR A LA PREGUNTA 11
	(9) No sé / No Recuerdo	→ IR A LA PREGUNTA 11

8. ¿Todavía está lactando a su nuevo bebé o alimentándolo con leche extraída de su pecho?

<b>No Leer</b>	(1) No	
	(2) Sí	→ IR A LA PREGUNTA 11
	(8) Rechazó	→ IR A LA PREGUNTA 11
	(9) No sé / No Recuerdo	→ IR A LA PREGUNTA 11

9. ¿Por cuántas semanas o meses lactó a su bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho?

<b>Pregunta Guía:</b> ¿Aproximadamente cuantas semanas o meses?			
<b>No Leer</b>	(1) Lactó por menos de una semana		
	(2) Cantidad de semanas	-----	(Rango: 1-40)
	o		
	(3) Cantidad de meses	-----	(Rango: 1-9)
	(8) Rechazó		
	(9) No sé / No Recuerdo		

10. \* ¿Su nuevo bebé ha tenido una visita de atención médica con un doctor, enfermera u otro profesional de la salud desde que usted fue dada de alta cuando su bebé nació?

<b>No Leer</b>	(1) No	
	(2) Sí	→ IR A LA PREGUNTA 13
	(8) Rechazó	→ IR A LA PREGUNTA 15
	(9) No sé / No Recuerdo	→ IR A LA PREGUNTA 15

11. \* Voy a leer un listado de cosas que pueden impedir que su bebé reciba la visita preventiva de rutina. Para cada una, por favor indique si le aplica a usted o su bebé más reciente.

<b>Pregunta Guía:</b> Su bebé no obtuvo una visita preventiva de rutina porque <u>&lt;razones&gt;</u> ?				
Razones	<b>No Leer</b>			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. No tiene seguro médico para su bebé				
b. No tiene suficiente dinero para pagar la visita				
c. No tiene manera de llevar a su bebé a la clínica o al consultorio del doctor				
d. No tiene a nadie que le cuide sus otros hijos				
e. No pudo conseguir una cita				
f. No pensó que su bebé necesitaba una visita preventiva de rutina				
g. No era seguro viajar por las condiciones de las calles después de los huracanes Irma y Maria				
h. No logró conseguir suficiente gasolina o diésel para guiar después de los huracanes Irma y Maria				
i. Tenía miedo de irse del lugar donde se estaba quedando				
j. Servicios no estaban disponibles dado al				

daño que sufrieron las clínicas por causa de los huracanes				
<b>ENTREVISTADORA, pregunte:</b>				
k. ¿Ocurrió otra cosa que impidió que su bebé obtuviera una cita preventiva de rutina?				
<b>Si contestó SÍ, pregunte:</b> ¿Qué otra cosa ocurrió que evito que su bebé no pudiera tener una visita preventiva de rutina?				

**→ENTREVISTADORA: Si el bebé nunca ha tenido una visita preventiva después de ser dado de alta del hospital, pase a la pregunta 15.**

**14.** \*Por favor indique cuál de las siguientes mejor describe el lugar donde usualmente lleva a su bebé a la visita preventiva de rutina. ¿Lo lleva a \_\_\_\_\_?

<b>Pregunta Guía:</b> ¿A dónde lleva a su bebé usualmente para las visitas preventivas de rutina?	
	(1 A la oficina de un médico privado )
	(2 A una Clínica del Departamento de Salud, por ejemplo las Clínicas IPA )
	(3 A un Centro de Salud de la Comunidad, conocidas como las Clínicas 330 )
	(4 Al Centro Pediátrico Regional )
	(5 A la Sala de Emergencia del Hospital )
	(6 A la Clínicas externas de los hospitales )
	(7 ¿Lleva a su bebé a otro lugar? )
	<b>Si contesta SÍ, pregunte:</b> ¿A que otro lugar lleva usted usualmente a su bebé para las visitas preventivas de rutina ? -----
<b>No Leer</b>	(8 Rechazó )
	(9 No sé / No Recuerdo )

15. \* **¿Hay alguien que usted considera como el doctor o enfermera personal para su bebé?** Un doctor o enfermera personal es un profesional de salud, quien conoce muy bien a su bebé y está familiarizado con su historial médico. Esto podría ser un doctor general, un pediatra, un doctor especialista, enfermera, o asistente médico.

<b>Pregunta Guía:</b> ¿Su bebé tiene una o más personas que usted considera ser su doctor o enfermera personal de su bebé?	
	(1) No (2) Sí, una persona (3) Sí, más de una persona
<b>No Leer</b>	(8) Rechazó (9) No sé / No Recuerdo

16. \* **Desde que nació su bebé, ¿un médico, enfermera o proveedor de salud le ha hablado sobre los siguientes temas?** Voy a leerle una lista corta de temas. Para cada tema déjeme saber si le hablaron sobre el o no.

<b>Pregunta Guía:</b> ¿Un médico, enfermera o proveedor de salud le ha hablado sobre <temas>?				
Temas	<b>No Leer</b>			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Vestir a su bebé con mangas largas y pantalón largo para evitar picaduras de mosquitos.				
b. Utilizar repelente de mosquito en la piel expuesta o ropa de su bebé				
c. Colocar un mosquitero en la cuna o cama de su bebé				
d. Cuáles son los síntomas del virus del Zika en un bebé				

17. \* **Desde que nació su nuevo bebé, ¿algún médico, enfermera o proveedor de salud le ha dicho que su bebé fue infectado con el virus del Zika durante su embarazo?**

<b>No Leer</b>	(1) No (2) Sí	→ IR A LA PREGUNTA 19
	(8) Rechazó (9) No sé / No Recuerdo	→ IR A LA PREGUNTA 18 → IR A LA PREGUNTA 18

19. \* Voy a leer un listado de condiciones de salud. Para cada una, indique si su bebé tiene la condición. ¿Su bebé tiene \_\_\_\_\_?

Condiciones	No Leer			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Problemas auditivos				
b. Problemas visuales				
c. Aumento de peso insuficiente				
d. Dificultades en alimentarse				
e. Tamaño de cabeza más pequeño de lo normal				
f. Debilidad muscular				
g. Deformidades de los pies				
h. Convulsiones				

→ ENTREVISTADORA: Si el bebé no tiene ninguna de las condiciones establecidas anteriormente, pase a la pregunta 22.

20. \* ¿El médico regular de su bebé le ha sugerido que lleve a su bebé a ver un especialista para recibir ayuda con sus condiciones de salud?

<b>No Leer</b>	(1) No
	(2) Sí
	(8) Rechazó
	(9) No sé / No Recuerdo

21. \* ¿Le han preguntado si le gustaría hablar con otras familias que tienen bebés con condiciones de salud similares a las de su bebé?

<b>No Leer</b>	(1) No
	(2) Sí

- (8) Rechazó
- (9) No sé / No Recuerdo

22. \* Voy a leer un listado de servicios que reciben algunos bebés. Para cada uno de los servicios, indique si su bebé los recibió. ¿Su bebé ha recibido \_\_\_\_\_?

Servicios de Salud	No Leer			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
a. Una tomografía o ultrasonido de la cabeza del bebé ("CT Scan", "MRI")				
b. Un Examen auditivo				
c. Un Examen ocular/visual				
d. Una Evaluación del desarrollo del bebé				
e. Una evaluación por un especialista de terapia física				
f. Asistencia de un nutricionista				

23. \* ¿Usted diría que tiene a alguien con quien usted puede contar, día a día, para que le provea apoyo emocional con el cuidado de su bebé más reciente?

<b>No Leer</b>	(1) No
	(2) Sí
	(8) Rechazó
	(9) No sé / No Recuerdo

**Las próximas preguntas son sobre el uso de anticonceptivos.**

23a. ¿Cómo se siente ante la posibilidad de tener un bebé en algún momento en el futuro?

<b>Pregunta Guía:</b> ¿Usted diría que _____?
(1) No quiere tener más hijos
(2) Le gustaría tener otro hijo dentro de 1 a 2 años
(3) Le gustaría tener otro hijo dentro de 3 a 5 años
(4) Le gustaría tener otro hijo dentro de 5 años o más
(5) Le gustaría tener otro hijo, pero no sabe cuando

<b>No Leer</b>	(8) Rechazó
	(9) No sé / No Recuerdo

24. ¿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 operarse, tomar pastillas anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

<b>No Leer</b>	(1) No	
	(2) Sí	→ IR A LA PREGUNTA 26
	(8) Rechazó	→ IR A LA PREGUNTA 27
	(9) No sé / No Recuerdo	→ IR A LA PREGUNTA 27

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

<b>Pregunta Guía:</b>	¿No está haciendo nada para evitar un embarazo ahora mismo porque <razones>?			
	<b>No Leer</b>			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
<b>Razones</b>				
a. Quiere quedar embarazada				
b. Está embarazada ahora				
c. Se operó para ligarse o bloquearse las trompas de Falopio				
d. Usted no quiere usar ningún método anticonceptivo				
e. Le preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos				
f. No está teniendo relaciones sexuales				
g. Su esposo o pareja no quiere usar ningún método anticonceptivo				
h. Tiene problemas para pagar por los anticonceptivos				
i. Tiene o tuvo problemas para conseguir anticonceptivos por causa de los huracanes (oficinas de los médicos y farmacias estaban cerradas, etc.)				
<b>ENTREVISTADORA, pregunte:</b>				
j.	¿Tiene cualquier otra razón por la que no está haciendo algo para evitar quedar embarazada ahora?			
<b>Si contesta SÍ, pregunte:</b> ¿Cuál es su otra razón por la que no está haciendo algo para evitar un embarazo ahora mismo?				


→ENTREVISTADORA: Si la madre contesta que no están haciendo nada ahora para evitar el embarazo, ir a la pregunta 27.

→ENTREVISTADORA: Si la madre está embarazada, ir a la pregunta 28.

26. 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.

<b>Pregunta Guía:</b> ¿Qué está usando usted o su esposo o pareja actualmente para evitar un embarazo ahora mismo?				
Métodos Anticonceptivos	No Leer			
	No (1)	Sí (2)	Rechazó (8)	No sé (9)
<b>a.</b> Ligadura o bloqueo de las trompas de Falopio (esterilización femenina o Essure®)				
<b>b.</b> Vasectomía (esterilización masculina)				
<b>c.</b> Pastillas anticonceptivas				
<b>d.</b> Condones				
<b>e.</b> Inyecciones (Depo-Provera®)				
<b>f.</b> Parche anticonceptivo (OrthoEvra®) o anillo vaginal (NuvaRing®)				
<b>g.</b> IUD o dispositivo intrauterino, (incluyendo Mirena®, ParaGard®, Liletta®, or Skyla®)				
<b>h.</b> Un implante anticonceptivo que se pone en el brazo (Nexplanon® o Implanon®)				
<b>i.</b> Método de planificación familiar natural incluyendo el ritmo				
<b>j.</b> Interrumpir el acto sexual ( el hombre se retira antes de terminar)				
<b>k.</b> No tener relaciones sexuales o abstinencia				
<b>ENTREVISTADORA, pregunte:</b>				
<b>l.</b> ¿Está usted o su esposo o pareja usando cualquier otro método anticonceptivo para evitar el embarazo ahora?				
<b>Si contesta SÍ, pregunte:</b> ¿Qué otro método anticonceptivo está usando usted o su esposo o pareja para evitar un embarazo ahora mismo?				


38. Como agradecimiento por participar en este cuestionario, quisiéramos mandarle un pequeño regalo. Por favor, ¿podría decirme a qué dirección se lo deberíamos de enviar?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Con esto termina la entrevista. ¿Hay algo que quisiera decir acerca de sus experiencias antes, durante o después de su embarazo, o acerca de la salud de las madres y los bebés de Puerto Rico?

→ ENTREVISTADORA: Escriba los comentarios de la participante al pie de la letra.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

¡Gracias por participar! Sus contestaciones nos ayudarán a aprender un poco sobre cómo mantener saludables a las mujeres embarazadas y sus bebés.”

**ENTREVISTADORA:**

ESCRIBA LA FECHA DE HOY: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_\_  
Mes                      Día                      Año