**Form Approved**

 **OMB No. 0920-xxxx**

 **Exp. Date xx/xx/xxxx**

# **PRAMS Opioid Call Back Survey –** SPANISH PHONE Version – 4/8/2019

**Se estima que la información pública de esta colección de información es de un promedio de 30 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).**

**Las primeras preguntas son sobre usted.**

1. ¿*Actualmente*, tiene un trabajo con paga?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **(No Leer)** | 1 | No | 🡺 **Ir a la Pregunta 4** |
|  | 2 | Sí  |  |
|  |  |  |  |
|  | 8 | Rechazó | 🡺 **Ir a la Pregunta 4** |
|  | 9 | No sé/No Recuerda | 🡺 **Ir a la Pregunta 4** |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **(No Leer)** | 1. Puesto de trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | 1. Deberes del trabajo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |
|  | 8 | Rechazó |  |
|  | 9 | No sé/No Recuerda |  |

1. Pensando en su trabajo principal ahora, ¿para qué tipo de empresa trabaja o qué hace la empresa?

|  |  |
| --- | --- |
| **(No Leer)** | Tipo de empresa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |
|  | 8 | Rechazó |  |
|  | 9 | No sé/No Recuerda |  |

1. ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted *ahora*? Voy a leer la lista de tipos de seguros médicos por última vez. Al decir cada uno, por favor dígame si usted tiene este tipo de seguro médico *ahora*. ¿Tiene \_\_\_\_\_\_\_?

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | (No lea) |
|  | Seguro médico  | No(1) | Sí(2) | Se rehusó(8) | No sabe(9) |
| a. | Seguro médico privado de su trabajo o del trabajo de su esposo o pareja  |  |  |  |  |
| b. | Seguro médico privado de sus padres |  |  |  |  |
| c. | Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov, HealthCare.gov en inglés  |  |  |  |  |
| d. | Medicaid |  |  |  |  |
| e. | TRICARE u otro seguro médico militar |  |  |  |  |
| f. | ¿Tiene usted otro seguro médico ahora? |  |  |  |  |
| g. | SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál es?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **(ENTREVISTADORA: Pase a la Pregunta 4, si la madre respondió SÍ a uno o más de los tipos de seguro en la lista anterior)** |
| h. | ¿Diría usted que no tiene seguro médico *ahora*?(ENTREVISTADORA: Si la madre respondió que no tenía seguro médico, marque SÍ.) |  |  |  |  |

**Las primeras preguntas son sobre usted y su salud.**

1. Voy a leer una lista de condiciones de salud. Para cada una por favor dígame si usted tiene la condición actualmente. ¿Tiene \_\_\_\_\_?

(**PREGUNTA GUIA:** ¿Usted actualmente tiene\_\_\_\_\_\_?)

|  |  |
| --- | --- |
| **Condición** | **(No Leer)** |
| **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **No sé****(9)** |
| 1. Depresión
 |  |  |  |  |
| 1. Ansiedad
 |  |  |  |  |
| 1. Hepatitis B
 |  |  |  |  |
| 1. Hepatitis C
 |  |  |  |  |
| 1. Dolor crónico, que es dolor que dura más de 12 semanas o 3 meses
 |  |  |  |  |

1. *Desde que nació su bebé*, ¿cuantas visitas de salud ha tenido usted con un doctor, enfermera u otro proveedor de salud, incluyendo servicios dentales o de salud mental?No incluya aquellas visitas al hogar que usted pueda haber tenido por un doctor, enfermera u otro proveedor de salud.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **(No Leer)** | 1 | Número de visitas [ \_\_\_\_\_\_\_ ] |   |
|  | 2 | No ha tenido visitas de salud desde que nació su bebé | 🡺 **Ir a la Pregunta 9** |
|  |  |  |  |
|  | 8 | Rechazó | **Ir a la Pregunta 9** |
|  | 9 | No sé/No Recuerdo | **Ir a la Pregunta 9** |

1. Voy a leer una lista de tipos de visitas de salud. Al decir cada una, por favor, dígame si usted tuvo este tipo de consulta *desde que nació su bebé*. ¿Tuvo usted \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?

**(PREGUNTA GUIA:** ¿Qué tipo de visita de salud ha tenido usted *desde que nació su bebé*?**)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo de visita** | **(No Leer)** |
| **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **No sé****(9)** |
| 1. Un chequeo posparto
 |  |  |  |  |
| 1. Una visita por problemas que estaba teniendo relacionados al parto o nacimiento de mi bebé
 |  |  |  |  |
| 1. Una visita regular en la oficina de mi médico de familia o ginecólogo/obstetra
 |  |  |  |  |
| 1. Una visita para una enfermedad o condición crónica
 |  |  |  |  |
| 1. Una vista por una lesión
 |  |  |  |  |
| 1. Una visita para planificación familiar o contraceptivos
 |  |  |  |  |
| 1. Una visita por depresión o ansiedad
 |  |  |  |  |
| 1. Una visita para una limpieza dental por un dentista o higienista dental
 |  |  |  |  |
| 1. Cuidado prenatal para un embarazo nuevo
 |  |  |  |  |
| 1. ¿Ha tenido otro tipo de visita?
 |  |  |  |  |
| 1. **Si contestó “SÍ”, pregunte:** ¿Qué tipo?
 |
|  |

1. Durante algunas de sus visitas de salud *desde que nació su beb*é, ¿algún médico, enfermera o profesional de la salud hizo algunas de las siguientes cosas?

|  |  |
| --- | --- |
|  | **(No Leer)** |
| **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **No sé****(9)** |
| 1. Habló con usted sobre el manejo del dolor después del parto o nacimiento de tu bebé
 |  |  |  |  |
| 1. Le preguntó, en persona o en un formulario, su usted tomó bebidas alcohólicas
 |  |  |  |  |
| 1. Le preguntó, en persona o en un formulario, si usted fumó cigarrillos o utilizo otros productos de tabaco
 |  |  |  |  |
| 1. Le preguntó si se sentía triste o deprimida
 |  |  |  |  |

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

1. Voy a leer un listado de medicamentos recetados para el dolor. Para cada una, por favor dígame si usted lo ha utilizado *desde que nació su bebé*. Por favor incluya cualquier medicamento que usted pueda haber tomado para aliviar dolor asociado al parto o nacimiento de tu bebé. ¿Usted utilizó \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *desde que nació su bebé*?

|  |  |
| --- | --- |
| **Medicamentos recetados para el dolor** | **(No Leer)** |
| **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **No sé****(9)** |
| 1. Hidrocodona, como Vicodin®, Norco® o Lortab®
 |  |  |  |  |  |
| 1. Codeína, como Tylenol® #3 o #4, no es el Tylenol regular
 |  |  |  |  |  |
| 1. Oxicodona, como Percocet®, Percodan®, OxyContin® o Roxicodone®
 |  |  |  |  |  |
| 1. Tramadol, como Ultram® o Ultracet®
 |  |  |  |  |  |
| 1. Hidromorfona o meperidina, como Demerol®, Exalgo® o Dilaudid®
 |  |  |  |  |  |
| 1. Oximorfona, como Opana®
 |  |  |  |  |  |
| 1. Morfina, como MS Contin®, Avinza® o Kadian®
 |  |  |  |  |  |
| 1. Fentanilo, como Duragesic®, Fentora® o Actiq®
 |  |  |  |  |  |
|  | **↓** |  |  |  |  |
|  | If ALL **No**, Ir a la Pregunta **O10** |

**ENTREVISTADORA: Si la mamá contestó “Sí” para alguna de las opciones en la Pregunta 9, continúe con la siguiente pregunta. Si no, ir a la Pregunta 13.**

1. ¿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. ¿fueron \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?

|  |  |
| --- | --- |
|  **Fuentes** | **(No Leer)** |
| **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rehusó****(8)** | **No Sabe****(9)** |
| 1. Del hospital, después de que nació su bebé
 |  |  |  |  |
| 1. De un ginecólogo-obstetra, partera/comadrona o proveedor de cuidado prenatal
 |  |  |  |  |
| 1. De un médico de familia o un proveedor de atención primaria
 |  |  |  |  |
| 1. De un dentista o proveedor de atención de salud bucal (oral)
 |  |  |  |  |
| 1. De un doctor en la sala de emergencias
 |  |  |  |  |
| 1. Medicamentos para el dolor que le sobraron de una receta anterior
 |  |  |  |  |
| 1. De un amigo o pariente que se los dio
 |  |  |  |  |
| 1. Medicamentos para el dolor que obtuvo sin receta, de otra forma
 |  |  |  |  |
| 1. ¿Los obtuvo de otra manera?
 |  |  |  |  |
| 1. **Si contestó SI, pregunte**: ¿Cómo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. 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 utilizaba \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?

|  |  |
| --- | --- |
| **Razones** | **(No Leer)** |
| **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rehusó****(8)** | **No Sabe****(9)** |
| 1. Para tratar el dolor asociado con el nacimiento de su bebé, como el dolor en el lugar de la incisión o un desgarro
 |  |  |  |  |
| 1. Para tratar el dolor de una lesión, condición o cirugía que tuvo **antes** del embarazo
 |  |  |  |  |
| 1. Para tratar el dolor de una lesión, condición o cirugía que ocurrió **durante** su embarazo
 |  |  |  |  |
| 1. Para relajarse o aliviar la tensión o el estrés
 |  |  |  |  |
| 1. Para ayudarle con sus sentimientos o emociones
 |  |  |  |  |
| 1. Para ayudarle a dormir
 |  |  |  |  |
| 1. Para sentirse bien o drogarse
 |  |  |  |  |
| 1. Porque estaba adicta o tenía que usarlos
 |  |  |  |  |
| 1. ¿Hubo otra razón?
 |  |  |  |  |
| 1. **Si contestó SI, pregunte**: ¿Cuál fue? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. *Desde que nació su bebé,* ¿por cuantas semanas o meses usted ha utilizado 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.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **(No Leer)** | 1 | Número de semanas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | (Rango: 1-45 semanas) |
|  |  | **O** |  |
|  | 2 | Número de meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | (Rango: 1-10 meses) |
|  |  |  |  |
|  | 3 | Menos de una semana |  |
|  |  |  |  |
|  | 8 | Rechazó |  |
|  | 9 | No sé/No Recuerdo |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

1. *Desde que nació su bebé*, ¿tomó o usó algunos de los siguientes medicamentos o drogas por alguna razón? Voy a leer una lista de opciones. Para cada una, por favor dígame si usted la tomo o usó *desde que nació su bebé*. ¿Tomó o usó \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?

**(PREGUNTE:** *Desde que nació su bebé*, ¿tomó o usó \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?)

|  |  |
| --- | --- |
| **Medications/Drugs** | **(No Leer)** |
| **No****(1)** | **Sí** **(2)** | **Rechazó****(8)** | **No sé****(9)** |
| 1. Medicamentos para el dolor de venta libre sin receta, como aspirina, Tylenol®, Tylenol PM®, Tylenol Extra Strength®, Advil®, Motrin® o Aleve®
 |  |  |  |  |
| 1. Medicamentos para la depresión como Prozac®, Zoloft®, Lexapro®, Paxil® o Celexa®
 |  |  |  |  |
| 1. Medicamentos para la ansiedad como Valium®, Xanax®, Ativan®, Klonopin®, u otro tipos de benzodiacepinas o “benzos”
 |  |  |  |  |
| 1. Metadona, Subutex®, Suboxone® o buprenorfina
 |  |  |  |  |
| 1. Naloxona
 |  |  |  |  |
| 1. Productos de Cannabidiol o CBD
 |  |  |  |  |
| 1. Adderall®, Ritalin® u otro estimulante
 |  |  |  |  |
| 1. Marihuana o hachís
 |  |  |  |  |
| 1. Marihuana sintética, K2 o Spice
 |  |  |  |  |
| 1. Heroína, también se conoce como *smack*, *junk*, *Black Tar* o chiva
 |  |  |  |  |
| 1. Metanfetaminas, también se conocen como *uppers*, *speed*, *crystal meth*, *crank*, *ice* oagua
 |  |  |  |  |
| 1. Cocaína, también se conoce como *crack*, *rock*, *coke*, *blow*, *snow* o nieve
 |  |  |  |  |
| 1. Tranquilizantes también se conoce como calmantes, *downers* o *ludes*
 |  |  |  |  |
| 1. Alucinógenos, como LSD o ácido, PCP o polvo de ángel, éxtasis, *Molly*, hongos o sales de baño
 |  |  |  |  |
| 1. Inhalación de gasolina, pegamento, aerosoles en latas o pintura para drogarse, también conocido como *huffing*
 |  |  |  |  |

**Las siguientes preguntas son acerca del uso de productos de tabaco.**

1. *Desde que nació su bebé*, ¿cuántos cigarrillos fuma en un día normal? ¿Fuma \_\_\_\_\_?

(**PREGUNTE:** *Desde que nació su bebé*, ¿aproximadamente cuántos cigarrillos fuma en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.)

1 41 cigarrillos o más al día

2 De 21 a 40 cigarrillos

3 De 11 a 20 cigarrillos

4 De 6 a 10 cigarrillos

5 De 1 a 5 cigarrillos

6 Menos de 1 cigarrillo

7 No fumaba en ese entonces

**(No lea)** 8 Se rehusó

9 No sabe/no recuerda

1. *Desde que nació su bebé,* ¿con qué frecuencia ha usado los siguientes productos de tabaco? Voy a leer una lista de opciones. Para cada una, por favor, dígame **Todos los días** si ha usado ese producto de tabaco diariamente *desde que nació su bebé*, **Algunos días** si lo ha usado ocasionalmente *desde que nació su bebé*, o **Nunca** si no lo ha usado. ¿Tomó o usó \_\_\_\_\_\_\_?

(**PREGUNTA GUIA:** ¿Diría que ha usado \_\_\_\_\_\_ todos los días, algunos días o nunca?)

|  |  |
| --- | --- |
| **Productos de tabaco**  | **(No Leer)** |
| **Todos los días** **(1)** | **Algunos días** **(2)** | **Nunca****(3)** | **Rechazó****(8)** | **No sé****(9)** |
| 1. E-cigarrillos u otros productos electrónicos de vaporización con nicotina.
 |  |  |  |  |  |
| 1. *Hookah*
 |  |  |  |  |  |
| 1. Tabaco para mascar, tabaco sin humo, rapé
 |  |  |  |  |  |
| 1. Cigarros, puros o pequeños cigarros con filtros
 |  |  |  |  |  |

**ENTREVISTADORA: Si la madre *Nunca* uso productos de tabaco, pase a la Pregunta 17.**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **(No Leer)** | 1 | No |  |
|  | 2 | Sí  |  |
|  |  |  |  |
|  | 8 | Rechazó |  |
|  | 9 | No sé/No Recuerda |  |

**Las siguientes preguntas son sobre el uso de alcohol.**

1. ¿Ha tomado alguna bebida alcohólica *desde que nació su bebé*? Una bebida es una copa de vino, un refresco con vino (*wine cooler*), una lata o botella de cerveza, un trago de licor o un cóctel con alcohol.

**(No lea)** 1 No  🡺  Pase a la Pregunta 22

2 Sí

8 Se rehusó  🡺  Pase a la Pregunta 22

9 No sabe/no recuerda  🡺  Pase a la Pregunta 22

1. *Desde que nació su bebé*, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal? ¿Usted tomaba \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?

(**PREGUNTE:** *Desde que nació su bebé*, ¿aproximadamente 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

6 No tomaba en ese entonces

**(No lea)** 8 Se rehusó

9 No sabe/no recuerda

1. *Desde que nació su bebé*, ¿cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en una sola sesión? Una sesión se refiere a un período de 2 horas. ¿Fue\_\_\_\_\_\_\_?

 (**PREGUNTE:** *Desde que nació su bebé*, ¿aproximadamente cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en una sola sesión?)

1 6 veces o más

2 De 4 a 5 veces

3 De 2 a 3 veces

4 1 vez

5 No tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en 1 sola sesión

**(No lea)** 8 Se rehusó

9 No sabe/no recuerda

1. *Desde que nació su bebé*, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de la salud ha hablado con usted sobre qué nivel de consumo de alcohol es perjudicial o peligroso para su salud?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **(No Leer)** | 1 | No |  |
|  | 2 | Sí  |  |
|  |  |  |  |
|  | 8 | Rechazó |  |
|  | 9 | No sé/No Recuerda |  |

1. *Desde que nació su bebé*, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de la salud le ha aconsejada que redujera o dejara de consumir alcohol?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **(No Leer)** | 1 | No |  |
|  | 2 | Sí  |  |
|  |  |  |  |
|  | 8 | Rechazó |  |
|  | 9 | No sé/No Recuerda |  |

**Las siguientes preguntas son acerca de cosas que usted pudo haber experimentado *desde que nació su bebé.***

1. *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 pasar tiempo con amigos y familiares?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **(No Leer)** | 1 | No |  |
|  | 2 | Sí  |  |
|  | 3 | La madre no ha usado ningún medicamento, droga, o consumido alcohol desde que nació su bebé | 🡺 **Ir a la Pregunta 30** |
|  |  |  |  |
|  | 8 | Rechazó | 🡺 **Ir a la Pregunta 30** |
|  | 9 | No sé/No Recuerda | 🡺 **Ir a la Pregunta 30** |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Substancias** | **(No Leer)** |
| **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **No sé****(9)** |
| 1. Medicamentos recetados para el dolor
 |  |  |  |  |
| 1. Drogas o medicamentos además de medicamentos para el dolor
 |  |  |  |  |
| 1. Alcohol
 |  |  |  |  |
| 1. Cigarrillos u otros productos de tabaco
 |  |  |  |  |
| 1. ¿Necesitó tratamiento o consejería para otras substancias?
 |  |  |  |  |
| 1. **Si contestó “SÍ”, pregunte:** ¿Para qué?
 |
|  |

**ENTREVISTADORA: Si la mamá marcó “No” en todas las opciones en la Pregunta 23, pase a la pregunta 30. Si no, continúe con la siguiente pregunta.**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Substancias** | **(No Leer)** |
| **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **No sé****(9)** |
| 1. Medicamentos recetados para el dolor
 |  |  |  |  |
| 1. Drogas o medicamentos además de medicamentos para el dolor
 |  |  |  |  |
| 1. Alcohol
 |  |  |  |  |
| 1. Cigarrillos u otros productos de tabaco
 |  |  |  |  |
| 1. ¿Necesitó tratamiento o consejería para otras substancias?
 |  |  |  |  |
| 1. **Si contestó “SÍ”, pregunte:** ¿Para qué?
 |
|  |

**ENTREVISTADORA: Si la mamá ha recibido el tratamiento o consejería que necesitaba para su uso de cualquier sustancia, por favor pase a la Pregunta 26. Si la mamá no ha recibido todo el tratamiento o consejería que necesita, por favor continúe con la próxima pregunta.**

1. Voy a leer una lista de razones por las cuales algunas personas pueden no recibir el tratamiento o la asesoría que necesitan para el uso de medicamentos, drogas, alcohol o productos de tabaco. Para cada una, por favor dígame si fue una razón para usted. ¿Fue porque \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?

|  |  |
| --- | --- |
| **Razones** | **(No Leer)** |
| **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **No sé****(9)** |
| 1. No pudo conseguir una cita o le colocaron en lista de espera
 |  |  |  |  |
| 1. Pudo reducir su uso o dejar de usar sin ayuda
 |  |  |  |  |
| 1. No pensó que necesitaba ayuda
 |  |  |  |  |
| 1. No tenía suficiente dinero o seguro para pagar por los servicios
 |  |  |  |  |
| 1. No sabía a donde ir para recibir ayuda
 |  |  |  |  |
| 1. No tenía transportación
 |  |  |  |  |
| 1. No quería que las personas pensaran que usted tenía un problema
 |  |  |  |  |
| 1. Su compañero(a) no quería que recibiera ayuda
 |  |  |  |  |
| 1. Tenía miedo de perder custodia de su bebé o hijos
 |  |  |  |  |
| 1. Tenía demasiadas otras cosas pasando
 |  |  |  |  |
| 1. ¿Hubo otra razón?
 |  |  |  |  |
| 1. **Si contestó “SÍ”, pregunte:** ¿Cuál fue?
 |
|  |

**INTERVIEWER: Si la mamá no recibió tratamiento o consejería pase a la Pregunta 30.**

1. *Desde que nació su bebé,* ¿cuál de los siguientes tipos de tratamiento o asesoramiento ha recibido? Voy a leer una lista de tipos de tratamiento o consejería. Para cada una, por favor dígame si la recibió. ¿recibió \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?

(**PREGUNTA GUIA:** ¿Qué tipo de tratamiento o asesoramiento recibió?)

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipos de tratamiento o asesoramiento** | **(No Leer)** |
| **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **No sé****(9)** |
| 1. Consejería individual con un profesional de la salud de comportamiento
 |  |  |  |  |
| 1. Consejería grupal con un profesional de la salud de comportamiento
 |  |  |  |  |
| 1. Consejería con un miembro del clérigo u otro consejero religioso o de la comunidad
 |  |  |  |  |
| 1. Reuniones de auto-ayuda o de grupos de recuperación (como Alcohólicos Anónimos, *Self-Management and Recovery Training* (SMART), Manejo de Moderación (MM)
 |  |  |  |  |
| 1. Tratamiento asistido por medicamentos (MAT) que utiliza medicamentos como metadona, buprenorfina, Suboxone®, Subutex® o naltrexona (Vivitrol®).
 |  |  |  |  |
| 1. Tratamiento o consejería para dejar de usar tabaco
 |  |  |  |  |
| 1. ¿Recibió algún otro tipo de tratamiento o consejería?
 |
| 1. **If SÍ, ask:** ¿Qué tipo?
 |
|  |

1. *Desde que nació su bebé*, ¿dónde ha recibido tratamiento para su uso de algún medicamento, droga, o alcohol, no incluyendo cigarrillos? Voy a leer una lista de lugares. Para cada una, por favor dígame si recibió tratamiento en ese lugar. ¿Fue en un \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?

(**PREGUNTA GUIA:** ¿Recibió tratamiento por el uso de medicamentos, drogas o alcohol en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?)

|  |  |
| --- | --- |
| **Places** | **(No Leer)** |
| **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **No sé****(9)** |
| 1. Reuniones de grupos de auto ayuda
 |  |  |  |  |
| 1. Oficina privada de un doctor
 |  |  |  |  |
| 1. Sala de emergencias
 |  |  |  |  |
| 1. En el hospital donde me quedaba la noche
 |  |  |  |  |
| 1. Una facilidad de tratamiento donde no me quedaba por la noche
 |  |  |  |  |
| 1. Una facilidad de tratamiento residencial donde me quedaba la noche
 |  |  |  |  |
| 1. En la cárcel o prisión
 |  |  |  |  |
| 1. ¿Recibió tratamiento en otro lugar?
 |  |  |  |  |
| 1. **Si contestó “SÍ”, pregunte:** ¿Dónde?
 |
|  |

1. ¿Cuál fue el resultado del último tratamiento o consejería que recibió? ¿Usted diría que \_\_\_\_\_\_\_\_\_?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | Todavía está en tratamiento | 🡺 **Ir a la Pregunta 30** |
|  | 2 | Completó el tratamiento o  | 🡺 **Ir a la Pregunta 30** |
|  | 3 | No terminó el tratamiento  |  |
|  |  |  |  |
| **(No Leer)** | 8 | Rechazó | 🡺 **Ir a la Pregunta 30** |
|  | 9 | No sé/No Recuerdo | 🡺 **Ir a la Pregunta 30** |

1. ¿Cuáles fueron sus razones por las que no terminó tratamiento o consejería? Voy a leer una lista de razones. Para cada una, por favor dígame si fue una razón para usted. ¿Fue porque \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?

(**PREGUNTA GUIA:** ¿Por qué no terminó su tratamiento o consejería?)

|  |  |
| --- | --- |
| **Razones** | **(No Leer)** |
| **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **No sé****(9)** |
| 1. Tuvo un problema con el programa
 |  |  |  |  |
| 1. No pudo continuar porque era muy costoso
 |  |  |  |  |
| 1. No tenía a nadie que le ayudara a cuidar a su bebé u otros hijos.
 |  |  |  |  |
| 1. Comenzó a usar medicamentos, drogas, alcohol u otras substancias nuevamente.
 |  |  |  |  |
| 1. ¿Hubo otra razón?
 |  |  |  |  |
| 1. **Si contestó “SÍ”, pregunte:** ¿Cuál fue?
 |
|  |

**Las siguientes preguntas son sobre el tiempo *después de que nació su bebé.***

1. *Después de que nació su bebé,* ¿alguien le sugirió que no amamantara o lactara a su nuevo bebé?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **(No Leer)** | 1 | No | 🡺 **Ir a la Pregunta 33** |
|  | 2 | Sí |  |
|  |  |  |  |
|  | 8 | Rechazó | 🡺 **Ir a la Pregunta 33** |
|  | 9 | No sé/No Recuerdo | 🡺 **Ir a la Pregunta 33** |

1. ¿Quién le sugirió que no amamantara o lactara a su bebé? Voy a leer una lista de personas. Para cada una, dígame si esa persona le sugirió que no amamantara o lactara a su bebé. ¿Fue\_\_\_\_\_\_?

|  |  |
| --- | --- |
| **Personas**  | **(No Leer)** |
| **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **No sé****(9)** |
| 1. El médico, la enfermera u otro trabajador de salud de su bebé
 |  |  |  |  |
| 1. Su médico, enfermera u otro profesional de la salud
 |  |  |  |  |
| 1. Su esposo o compañero
 |  |  |  |  |
| 1. Su madre, padre, suegra o suegro
 |  |  |  |  |
| 1. Otro miembro de su familia o pariente
 |  |  |  |  |
| 1. Sus amigos
 |  |  |  |  |
| 1. ¿Hubo otra persona que le recomendó que no amamantara o lactara?
 |  |  |  |  |
| 1. **Si contestó “SÍ”, pregunte:** ¿Quién?
 |
|  |

**ENTREVISTADORA:** **Si un médico, enfermera u otro profesional de la salud le recomendó que NO amamantara o lactara a su bebé, pase a la siguiente pregunta, de lo contrario, ir a la Pregunta 33.**

1. ¿Por qué un médico, enfermera u otro profesional de la salud le sugirió que no amamantara o lactara a su bebé? Voy a leer una lista de razones. Para cada una, por favor dígame si fue una de las razones. ¿Fue porque \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?

|  |  |
| --- | --- |
| **Razones**  | **(No Leer)** |
| **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **No sé****(9)** |
| 1. Tenía una condición médica que hacía que la lactancia materna fuera un problema para usted
 |  |  |  |  |
| 1. Tenía una condición médica que hacía que la lactancia fuera insegura para su bebé
 |  |  |  |  |
| 1. Había una preocupación de que las drogas o medicamentos que usted estaba utilizando pasaran a su bebé a través de su leche
 |  |  |  |  |
| 1. Su bebé tenía una condición médica y no se recomendaba que lo amamantara o lactara
 |  |  |  |  |
| 1. ¿Hubo otra razón?
 |  |  |  |  |
| 1. **Si contestó “SÍ”, pregunte:** ¿Cuál fue la razón?
 |

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

1. *Después de que nació su bebé*, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de la salud le dijo que su bebé tuvo abstinencia de drogas, conocido como síndrome de abstinencia neonatal o síndrome de abstinencia de opioides neonatal?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **(No Leer)** | 1 | No  | 🡺 **Ir a la Pregunta 36** |
|  | 2 | Sí |  |
|  |  |  |  |
|  | 8 | Rechazó | 🡺 **Ir a la Pregunta 36** |
|  | 9 | No sé/No Recuerdo | 🡺 **Ir a la Pregunta 36** |

1. ¿Recibió su bebé 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 o tratamientos especiales. Para cada tipo de cuidado o tratamiento, por favor dígame si su bebé lo recibió. ¿Su bebé recibió \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?

|  |  |
| --- | --- |
| **Tratamientos**  | **(No Leer)** |
| **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **No sé****(9)** |
| 1. Medicamentos como la morfina, la metadona o la buprenorfina
 |  |  |  |  |
| 1. Fluidos por vía intravenosa.
 |  |  |  |  |
| 1. Cuidado piel a piel o cuidado canguro
 |  |  |  |  |
| 1. Dormir en una habitación tranquila y poco iluminada
 |  |  |  |  |
| 1. Fórmula alta en calorías
 |  |  |  |  |
| 1. Amamantamiento o lactancia
 |  |  |  |  |
| 1. Leche materna donante
 |  |  |  |  |
| 1. ¿Recibió otro tratamiento o servicio?
 |  |  |  |  |
| 1. **Si contestó “SÍ”, pregunte:** ¿Qué recibió su bebé?
 |
|  |

1. Voy a leer una lista de cosas que los médicos, las enfermeras o los profesionales de la salud pueden hacer después de que nazca su bebé. Para cada una, dígame si lo hicieron *después de que nació su bebé*, o no.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **(No Leer)** |
| **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **No sé****(9)** |
| 1. Le hablaron sobre por qué su bebé tuvo abstinencia de drogas.
 |  |  |  |  |
| 1. Le hablaron sobre el tratamiento para bebés con abstinencia de drogas.
 |  |  |  |  |
| 1. Le hablaron acerca de cuánto tiempo pueden durar los signos de abstinencia de su bebé
 |  |  |  |  |
| 1. Le hablaron sobre las cosas que su bebé podría experimentar
 |  |  |  |  |
| 1. Le hablaron sobre el comportamiento de su bebé.
 |  |  |  |  |
| 1. Le hablaron de cuándo su bebé podría ir a la casa
 |  |  |  |  |
| 1. Le preguntaron acerca de los medicamentos que estaba tomando o tomó durante el embarazo.
 |  |  |  |  |
| 1. Sugirieron que usted recibiera asesoramiento o tratamiento para su uso de medicamentos, drogas o alcohol.
 |  |  |  |  |
| 1. Sugirieron que recibiera servicios para su bebé, como intervención temprana o programas de visitas domiciliarias
 |  |  |  |  |
| 1. Le hicieron una prueba de sangre o una prueba de puntuación para evaluar a su bebé para el síndrome de abstinencia neonatal
 |  |  |  |  |

1. Después de que nació su bebé, ¿cómo describiría dónde estuvo su bebé la mayor parte del tiempo durante su estadía en el hospital? ¿Se quedó \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | Con usted en su habitación en el hospital, a veces conocido como "alojamiento" |  |
|  | 2 | En la sala de recién nacidos regular |  |
|  | 3 | En una sala de recién nacidos especializada para bebés que necesitan cuidados adicionales, como una sala de atención especial (“SCN”) o una unidad de cuidados intensivos neonatales *(“NICU”)* |  |
|  |  |  |  |
| **(No Leer)** | 4 | Su bebé no nació en el hospital 🡺 **Ir a la Pregunta 43** |  |
|  |  |  |  |
|  | 8 | Rechazó 🡺 **Ir a la Pregunta 43** |  |
|  | 9 | No sé/No Recuerdo 🡺 **Ir a la Pregunta 43** |  |

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

 (**PREGUNTA GUIA**: ¿Sintió que lo trataron mal debido a \_\_\_\_\_?)

|  |  |
| --- | --- |
| **Cosas** | **(No Leer)** |
| **No****(1)** | **Sí** **(2)** | **Rechazó****(8)** | **No sé****(9)** |
| 1. Su edad
 |  |  |  |  |
| 1. Su peso
 |  |  |  |  |
| 1. Sus ingresos
 |  |  |  |  |
| 1. Su nivel educativo
 |  |  |  |  |
| 1. Su raza o etnicidad
 |  |  |  |  |
| 1. Su cultura o el idioma que hable
 |  |  |  |  |
| 1. Su orientación sexual o identidad de género
 |  |  |  |  |
| 1. Su tipo do seguro médico o la falta de seguro médico
 |  |  |  |  |
| 1. Su uso de sustancias tales como alcohol o drogas durante el embarazo
 |  |  |  |  |
| 1. Diferentes opiniones con el personal médico acerca de cómo cuidar de sí misma
 |  |  |  |  |
| 1. Diferentes opiniones con el personal médico acerca de cómo cuidar de su bebé
 |  |  |  |  |
| 1. ¿Sintió que le trataron mal por otra razón?
 |  |  |  |  |
| 1. **Si contestó Sí, pregunte:** ¿Cuál fue la razón?
 |
|  |

1. Voy a leer una lista de cosas sobre las cuales los médico, enfermera o profesional de la salud pudo hablar con usted. Para cada una, dígame si lo hicieron *antes de que le dieran el alta del hospital*.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **(No Leer)** |
| **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **No sé****(9)** |
| 1. Como calmar a su bebé
 |  |  |  |  |
| 1. Como responder a las necesidades de su bebé
 |  |  |  |  |
| 1. Sentir un apego con su bebé
 |  |  |  |  |
| 1. Dándole de comer a su bebé en la casa
 |  |  |  |  |
| 1. Tener un sitio seguro para que su bebé pueda dormir
 |  |  |  |  |
| 1. Teniendo a alguien que le ayude a cuidar a su bebé
 |  |  |  |  |
| 1. Llevar a su bebé a las visitas médicas con un doctor
 |  |  |  |  |
| 1. Manteniendo a su bebé seguro en su hogar
 |  |  |  |  |
| 1. Reconociendo las señales o síntomas en su bebé que requieren atención médica
 |  |  |  |  |

1. *Antes de que le dieran el alta del hospital después de que nació su bebé,* ¿pudo un médico, enfermera u otro profesional de la salud responder sus preguntas sobre la salud de su bebé?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | No |  |
|  | 2 | Sí |  |
|  | 3  | Usted no tuvo preguntas sobre la salud de su bebé |  |
|  |  |  |  |
| **(No Leer)** | 8 | Rechazó |  |
|  | 9 | No sé/No Recuerdo |  |

1. ¿Usted y su bebé fueron dados de alta del hospital a la misma vez después del nacimiento? ¿Usted diría que \_\_\_\_\_\_\_\_?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | No |  |
|  | 2 | Sí, les dieron de alta a la misma vez y su bebé vino a la casa con usted |
|  | 3 | Sí, les dieron de alta a la misma vez, pero su bebé no vino con usted a la casa |
|  |  |  |  |
| **(No Leer)** | 8 | Rechazó |  |
|  | 9 | No sé/No Recuerdo |  |

1. Después de ser dado de alta cuando nació, ¿su bebé tuvo que ser admitido al hospital y pasar la noche?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **(No Leer)** | 1 | No | 🡺 **Ir a la Pregunta 43** |
|  | 2 | Sí |  |
|  |  |  |  |
|  | 8 | Rechazó | 🡺 **Ir a la Pregunta 43** |
|  | 9 | No sé/No Recuerdo | 🡺 **Ir a la Pregunta 43** |

1. ¿Por qué tuvo que volver al hospital su bebé después de ser 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?

(**PREGUNTA GUIA:** *Después de ser dado de alta,* ¿tuvo que regresar su bebé al hospital debido a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?)

|  |  |
| --- | --- |
| **Razones**  | **(No Leer)** |
| **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **No sé****(9)** |
| 1. Problemas respirando
 |  |  |  |  |
| 1. Dificultades en alimentación
 |  |  |  |  |
| 1. Deshidratación
 |  |  |  |  |
| 1. Cirugía
 |  |  |  |  |
| 1. Lesión
 |  |  |  |  |
| 1. Abstinencia de drogas
 |  |  |  |  |
| 1. Ictericia
 |  |  |  |  |
| 1. Fiebre
 |  |  |  |  |
| 1. Infecciones respiratorias o de otro tipo
 |  |  |  |  |
| 1. Detección o reevaluación de audiología
 |  |  |  |  |
| 1. ¿Tuvo que ir al hospital por otra razón?
 |  |  |  |  |
| 1. **Si contestó “SÍ”, pregunte:** ¿Cuál fue?
 |
|  |

1. ¿Su bebé está viviendo con usted *actualmente*?¿Usted diría \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | No, él o ella está viviendo con su padre biológico | 🡺 **Ir a la Pregunta 51** |
|  | 2 | No, él o ella está viviendo con otro miembro de la familia  | 🡺 **Ir a la Pregunta 51** |
|  | 3 | No, él o ella está siendo cuidado en un orfanato | 🡺 **Ir a la Pregunta 51** |
|  | 4 | No, él o ella ha sido adoptado por otra persona | 🡺 **Ir a la Pregunta 51** |
|  | 5 | No, él o ella falleció | 🡺 *Sentimos mucho su pérdida.* **Ir a la Pregunta 51** |
|  | 6 | Sí |  |
|  |  |  |  |
| **(No Leer)** | 8 | Rechazó | 🡺 **Ir a la Pregunta 51** |
|  | 9 | No sé/No Recuerdo | 🡺 **Ir a la Pregunta 51** |

**Las proximas preguntas son sobre la salud de su bebé.**

1. ¿Hay alguien que usted considere 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.

¿Diría que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | No |  |
|  | 2 | Sí, una persona  |  |
|  | 3 | Sí, más de una persona  |  |
|  |  |  |  |
| **(No Leer)** | 8 | Rechazó |  |
|  | 9 | No sé/No Recuerda |  |

1. ¿Qué edad tenía su bebé la última vez que tuvo una visita de salud o chequeo?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | Edad en meses [ \_\_\_\_\_\_\_ ] | [Rango: 0 – 10]  |
|  |  |  |  |
| **(No Leer)** | 2 | Su bebé nunca ha tenido una visita de salud o chequeo  | 🡺 **Ir a la Pregunta** **47** |
|  | 8 | Rechazó | 🡺 **Ir a la Pregunta** **47** |
|  | 9 | No sé/No Recuerdo | 🡺 **Ir a la Pregunta** **47** |

1. Voy a leer una lista de cosas que los médicos, las enfermeras o los profesionales de la salud podrían hacer durante los controles de su bebé. Para cada uno, por favor, dígame con qué frecuencia lo hicieron durante sus chequeos.

(**PREGUNTA GUIA:** ¿Diría que fue siempre, a veces o nunca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?)

|  |  |
| --- | --- |
| **Acciones**  | **(No Leer)** |
| **Siempre (1)** | **A veces****(2)** | **Nunca****(3)** | **Rechazó****(8)** | **No sé****(9)** |
| 1. Pasó suficiente tiempo con usted y su bebé
 |  |  |  |  |  |
| 1. Le escuchó atentamente
 |  |  |  |  |  |
| 1. Monstró sensibilidad a los valores y costumbres de su familia
 |  |  |  |  |  |
| 1. Proporcionó la información que necesitaba sobre su bebé.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Ayudó que usted sintiera como un compañero en el cuidado de su bebé
 |  |  |  |  |  |
| 1. Preguntó si tenía preocupaciones sobre el desarrollo de su bebé
 |  |  |  |  |  |

1. Voy a leer una lista sobre el comportamiento de su bebé. Para cada una, por favor dígame si le aplica a su bebé. Para cada pregunta, diga **No** si no le aplica a su bebé, **A veces** si le aplica a veces, o **Frecuentemente** si le aplica a su bebé todo el tiempo.

|  |  |
| --- | --- |
| **Acciones** | **(No Leer)** |
| **No (1)** | **A veces (2)** | **Frecuentemente (3)**  | **Rechazó****(8)** | **No sé****(9)** |
| 1. ¿Su bebé tiene dificultades estando con personas nuevas?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿Su bebé tiene dificultades en lugares nuevos?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿Su bebé tiene dificultades con cambios?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿A su bebé le molesta ser cargado por otras personas?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿Su bebé llora mucho?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿A su bebé se le hace difícil tranquilizarse?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿Su bebé es quisquilloso o irritable?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿Es difícil consolar a su bebé?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿Es difícil mantener a su bebé en un horario o rutina?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿Es difícil dormir a su bebé?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿Usted tiene dificultades durmiendo suficiente debido a su bebé?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿Su bebé tiene problemas quedándose dormido?
 |  |  |  |  |  |

1. 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 **Aún no** si su bebé aún no lo está haciendo, **Más o menos** si su bebé lo hace a veces, o **Mucho** si su bebé lo hace todo el tiempo. Si su bebé ya no hace algo, por favor díganos la opción que describe cuánto solía hacerlo.

(**PREGUNTA GUIA**: ¿Usted diría que lo hace \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ aún no lo hace, más o menos, o lo hace mucho?)

|  |  |
| --- | --- |
| **Acciones** | **(No Leer)** |
| **Aún no (1)** | **Más o menos (2)** | **Mucho (3)**  | **Rechazó****(8)** | **No sé****(9)** |
| 1. Sube sus manos para ser cargado
 |  |  |  |  |  |
| 1. Se pone en posición sentada por si solo
 |  |  |  |  |  |
| 1. Coge la comida y se la come
 |  |  |  |  |  |
| 1. Se levanta a la posición parada
 |  |  |  |  |  |
| 1. Participa en juegos como palmaditas y escondite
 |  |  |  |  |  |
| 1. Llama a sus padres “mamá” o “papá” o nombres similares
 |  |  |  |  |  |
| 1. Mira a su alrededor cuando alguien dice cosas como “¿Donde está tu biberón?” o “¿Donde está tu pañito?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Imita sonidos que hacen otras personas
 |  |  |  |  |  |
| 1. Camina a través de un cuarto sin ayuda
 |  |  |  |  |  |
| 1. Sigue instrucciones como "Ven aquí" o "Dame la bola"
 |  |  |  |  |  |

1. ¿Un doctor, enfermera u otro profesional de la salud le ha dicho que su bebé tiene algún retraso en el desarrollo?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **(No Leer)** | 1 | No |  |
|  | 2 | Sí  | 🡺 **Ir a la Pregunta 51** |
|  |  |  |  |
|  | 8 | Rechazó | 🡺 **Ir a la Pregunta 51** |
|  | 9 | No sé/No Recuerda | 🡺 **Ir a la Pregunta 51** |

1. ¿Ha recibido alguna referencia o servicio para apoyar el aprendizaje y desarrollo temprano de su bebé? Voy a leer una lista de servicios. Para cada una, dígame si ha recibido el servicio de referencia o no.

|  |  |
| --- | --- |
| **Services** | **(No Leer)** |
| **No****(1)** | **Sí** **(2)** | **Rechazó****(8)** | **No sé****(9)** |
| 1. Referencia a un especialista en desarrollo
 |  |  |  |  |
| 1. Referencia a una fisioterapeuta
 |  |  |  |  |
| 1. Servicios del programa “Early Head Start”
 |  |  |  |  |
| 1. Servicios del programa “Healthy Start”
 |  |  |  |  |
| 1. Servicios de un programa de intervención temprana para bebés y niños.
 |  |  |  |  |
| 1. Servicios tales como programas para padres o grupos de apoyo
 |  |  |  |  |
| 1. Servicios tales como visitas domiciliarias
 |  |  |  |  |
| 1. ¿Ha recibido otra referencia u otro servicio para su bebé?
 |  |  |  |  |
| **Si contestó Sí, pregunte:** ¿Cuál fue? |
|  |

1. *Desde que nació su bebé,* ¿ha utilizado alguno de los siguientes servicios? Voy a leer una lista de servicios. Para cada una, dígame si ha utilizado alguno de los servicios *desde que nació su bebé*.

|  |  |
| --- | --- |
| **Servicios** | **(No Leer)** |
| **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **No sé****(9)** |
| 1. WIC
 |  |  |  |  |
| 1. SNAP
 |  |  |  |  |
| 1. Grupos de apoyo a padres
 |  |  |  |  |
| 1. Asistencia para vivienda
 |  |  |  |  |
| 1. Asistencia financiera
 |  |  |  |  |
| 1. Asistencia de transportación
 |  |  |  |  |
| 1. Cuidado para niños de emergencia
 |  |  |  |  |

**Las siguientes preguntas son sobre cosas que usted puede haber experimentado *en los pasados 30 días.***

***En los últimos 30 días,* díganos con qué frecuencia se cumplen las siguientes afirmaciones*:***

1. “Nos preocupábamos si nuestra comida se nos 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 | Rechazó |  |
|  | 9 | No sé/No Recuerdo |  |

1. **“**La comida que compramos simplemente no duraba y no teníamos 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 | Rechazó |  |
|  | 9 | No sé/No Recuerdo |  |

1. *En los últimos 30 días*, ¿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

1. *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?

**(No lea)** 1 Siempre

 2 Frecuentemente

 3 A veces

 4 Rara vez

 5 Nunca

 8 Se rehusó

 9 No sabe/No recuerda

1. *Desde de que nació su bebé*, ¿quién le ayudaría si usted tuviera algún problema? Por ejemplo, ¿quién le ayudaría si usted necesitara pedir prestados $50 o si se enfermara y tuviera que quedarse en cama por varias semanas? ¿ \_\_\_\_\_\_\_ le hubiera ayudado?

**(PREGUNTE:** *Desde de que nació su bebé*, ¿\_\_\_\_\_\_ le hubiera ayudado si usted hubiera tenido algún problema?)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **(No lea)** |
|  | Persona | No(1) | Sí(2) | Se rehusó(8) | No sabe(9) |
| a. | Su esposo o pareja |  |  |  |  |
| b. | Su madre, padre o suegros |  |  |  |  |
| c. | Otro miembro de la familia o pariente |  |  |  |  |
| d. | Un(a) amigo(a) |  |  |  |  |
| e. | La comunidad religiosa |  |  |  |  |
| f. | ¿Le hubiera ayudado otra persona? |  |  |  |  |
| g. | SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Quién le hubiera ayudado? |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| h. | SI NINGUNA DE LAS OPCIONES ANTERIORES SON “SÍ” PREGUNTE 🡪¿Diría usted que nadie le hubiera ayudado si usted tuviera algún problema? |  |  |  |  |

**Las siguientes preguntas son acerca de usted y su familia.**

1. Voy a leer una lista de personas que podrían vivir en la misma casa con usted ***actualmente***. Al decir cada una, por favor dígame si esa persona vive con usted en ***este momento***.

(**PREGUNTE:** ¿\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vive en la misma casa con usted ***actualmente***?)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **(No lea)** |
|  | Persona | No(1) | Sí(2) | Se rehusó(8) | No sabe(9) |
| a. | Su esposo o pareja |  |  |  |  |
| b. | Niños menores de 12 meses de edad   🡺SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE | ¿Cuántos?  \_\_\_\_\_\_ (Range: 0-20) |  |  |  |  |
| c. | Niños de 1 a 5 años de edad   🡺SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE | ¿Cuántos?  \_\_\_\_\_\_ (Range: 0-20) |  |  |  |  |
| d. | Niños de 6 años de edad o más🡺SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE | ¿Cuántos?  \_\_\_\_\_\_ (Range: 0-20) |  |  |  |  |
| e. | Su madre |  |  |  |  |
| f. | Su padre |  |  |  |  |
| g. | Los padres de su esposo o pareja |  |  |  |  |
| h. | Un amigo(a) o compañero(a) de cuarto |  |  |  |  |
| i. | Otro miembro de la familia o pariente |  |  |  |  |
| j. | ¿Vive alguien más con usted ahora? |  |  |  |  |
| k. | SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Quién vive con usted? |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| l. | SI NINGUNA DE LAS OPCIONES ANTERIORES SON “SÍ” PREGUNTE 🡪¿Vive sola? |  |  |  |  |

1. ¿Está usted embarazada *actualmente*?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **(No Leer)** | 1 | No | 🡺 **Ir a la Pregunta 60** |
|  | 2 | Sí  |  |
|  |  |  |  |
|  | 8 | Rechazó | 🡺 **Ir a la Pregunta 60** |
|  | 7 | No sé/No Recuerda | 🡺 **Ir a la Pregunta 60** |

1. Piense en el tiempo ***justo antes*** de quedar embarazada de su ***nuevo*** bebé, ¿cómo se sentía ante la posibilidad de quedar embarazada? Voy a leer una lista de opciones. Por favor seleccione la que describa mejor cómo se sentía.

(**PREGUNTE: *Justo antes*** de quedar embarazada de su ***nuevo*** bebé, ¿cómo se sentía de quedar embarazada?)

1 No quería quedar embarazada en ese momento, sino después

2 Hubiera querido quedar embarazada más pronto

3 Quería quedar embarazada en ese momento

4 No quería quedar embarazada ni en ese momento ni nunca

5 No estaba seguro de lo que quería

**(No lea)** 8 Se rehusó

9 No sabe/no recuerda

**INTERVIEWER: Si la madre está embarazada actualmente, ir a la Pregunta 63.**

1. ¿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.

**(No lea)** 1 No

2 Sí  🡺  Ir a la Pregunta 62

8 Se rehusó  🡺  Ir a la Pregunta 63

9 No sabe/no recuerda  🡺  Ir a la Pregunta 63

1. 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | (No lea) |
|  | Razón | No(1) | Sí(2) | Se rehusó(8) | No sabe(9) |
| a. | Usted quiere quedar embarazada  |  |  |  |  |
| b. | Usted 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 cualquier otra razón por la que no está haciendo algo para evitar quedar embarazada ahora? |  |  |  |  |
| j. | 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 63.**

1. Voy a leer una lista de métodos anticonceptivos que algunas personas usan para evitar el embarazo. 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 lea) |
|  | Método | No(1) | Sí(2) | Se rehusó(8) | No sabe(9) |
| a. | Ligadura o bloqueo de las trompas de Falopio, esterilización femenina o Essure®  |  |  |  |  |
| b. | Vasectomía o esterilización masculina |  |  |  |  |
| c. | Píldoras anticonceptivas |  |  |  |  |
| d. | Condones |  |  |  |  |
| e. | Inyecciónnes o Depo-Provera®  |  |  |  |  |
| f. | Parche anticonceptivo o OrthoEvra® o anillo vaginal o NuvaRing® |  |  |  |  |
| g. | IUD o dispositivo intrauterino, incluyendo Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla® |  |  |  |  |
| h. | Un implante anticonceptivo que se pone en el brazo, incluyendo Nexplanon® o Implanon® |  |  |  |  |
| i.  | Método de planificación familiar natural incluyendo el ritmo |  |  |  |  |
| j. | El hombre se retira  |  |  |  |  |
| k.  | No tener relaciones sexuales o abstinencia |  |  |  |  |
| l. | ¿Está usted o su esposo o pareja usando cualquier otro método anticonceptivo para evitar el embarazo ***ahora***? |  |  |  |  |
| m. | SI RESPONDE SÍ, PREGUNTE: ¿Cuál método 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.**

1. **Cuando eras menor, durante los primeros 18 años de edad …**

|  |  |
| --- | --- |
| **Preguntas** | **(No Leer)** |
| **No****(1)** | **Sí****(2)** | **Rechazó****(8)** | **No sé****(9)** |
| 1. ¿Sus padres estuvieron divorciados o separados *en algún* momento?
 |  |  |  |  |
| 1. ¿Su mamá era menor de 18 años cuando le tuvo?
 |  |  |  |  |
| 1. ¿Su papá era menor de 18 años cuando nació?
 |  |  |  |  |
| 1. ¿Vivió con alguien que bebía mucho o era alcohólico?
 |  |  |  |  |
| 1. ¿Vivió con alguien que estaba deprimido, enfermo mental o suicida?
 |  |  |  |  |
| 1. ¿Vivió con alguien que usó drogas ilegales o que abusó de medicamentos recetados?
 |  |  |  |  |
| 1. ¿Vivió con alguien que cumplió una condena o fue condenado a cumplir una condena en una prisión, cárcel u otra institución correccional?
 |  |  |  |  |
| 1. ¿Tuvo que mudarte de casas o irse del lugar donde estabas viviendo frecuentemente?
 |  |  |  |  |
| 1. ¿Le gustaba ir a la escuela?
 |  |  |  |  |
| 1. ¿Dejó la escuela antes de poder graduarte?
 |  |  |  |  |
| 1. ¿Le hicieron *bullying*?
 |  |  |  |  |

**¡Gracias por responder estas preguntas!**

**Sus respuestas nos ayudarán a entender cómo mejorar la salud de las madres y los bebés.**

**¿Hay algo más que quisiera decir sobre sus experiencias con respecto al embarazo, el cuidado de su bebé o la salud de las madres y los bebés en <estado>?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |