

2021 Ohio Pregnancy Assessment Survey (OPAS) CAWI Specifications

Información importante sobre la Encuesta de Embarazo de Ohio (OPAS, por sus siglas en inglés) ***Por Favor lea antes de comenzar la encuesta***

- La Encuesta de Evaluación de Embarazo de Ohio (OPAS, por sus siglas en Inglés) es un proyecto de investigación patrocinado por el Departamento de Salud de Ohio (ODH, por sus siglas en inglés). Lo que aprendamos de la encuesta se utilizará para planificar programas para ayudar a las madres y bebés en Ohio.
- El propósito del estudio es recopilar datos sobre experiencias maternas antes, durante y después del embarazo para ayudar al estado de Ohio a comprender y mejorar la salud de las madres y sus bebés en Ohio.
- Estamos pidiendo a 10,500 mujeres en Ohio que respondan las mismas preguntas sobre su embarazo y nacimiento recientes. Todos sus nombres fueron seleccionados por una computadora basados en certificados de nacimiento recientes.
- Le tomará unos 25 a 30 minutos responder todas las preguntas. Algunas preguntas pueden ser delicadas, como preguntas sobre su hábito de fumar o beber durante el embarazo.
- Usted es libre de participar la encuesta o no. Si usted no quiere participar, o si no quiere responder una pregunta en particular, está bien. No hay penalización ni pérdida de beneficios por no participar o responder todas las preguntas. Puede dejar de responder la encuesta en cualquier momento.
- Su encuesta puede combinarse con información que el departamento de salud tiene de los servicios facturados por Medicaid recibidos.
- Si elige completar la encuesta, sus respuestas se mantendrán en privado y se utilizarán solo para responder preguntas relacionadas con el propósito de este estudio. Sin embargo, la ley de Ohio nos obliga a informar cualquier caso sospecha de abuso infantil que descubramos a las autoridades correspondientes.
- Todas las mujeres seleccionadas reciben \$5 dólares con la invitación inicial para completar la encuesta. No hay otros beneficios directos por completar la encuesta. El principal riesgo de participar en este estudio es que podría causar angustia emocional. Si experimenta angustia emocional relacionada con completar esta encuesta, comuníquese con Andrea Arendt, RN, MPH, del Departamento de Salud de Ohio al (614) 644-0190.
- Si actualmente se encuentra en la cárcel, su participación en el estudio no tendrá ningún efecto en la libertad condicional.
- Sus respuestas se combinarán con las respuestas de otras mujeres. Su nombre será eliminado de los datos que se utilizan para crear informes y reemplazado por un número de identificación. Solo los investigadores de OPAS tendrán acceso a sus registros.
- Los informes publicados estarán disponibles en Internet aún después de haber finalizado el estudio. El Departamento de Salud de Ohio también conservará sus datos como parte de nuestros registros permanentes. Puede que otros investigadores científicos soliciten utilizar estos datos para otros estudios. Solo se les dará acceso una vez que obtengan el permiso de la junta de revisión del Departamento de Salud de Ohio.
- Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante en el proyecto, llame a Andrea Arendt, RN, MPH, del Departamento de Salud de Ohio ODH al (614) 644-0190.
- Para obtener más información sobre OPAS, visite: <https://odh.ohio.gov/wps/portal/gov/odh/known-our-programs/ohio-pregnancy-assessment-survey-opas>. Puede ver los informes de la encuesta publicados anteriormente al hacer clic en este enlace y luego en "DATA (en inglés)" en el lado

izquierdo de la página. Los informes que contienen sus datos tardarán entre 1 y 2 años en estar disponibles en este sitio web.

- Al completar la encuesta, reconoce que ha sido informado(a) de los beneficios y riesgos de participar y da su consentimiento voluntario para participar.

[ASK CHILDPICK IF BABYMULTIPLE=01]

CHILDPICK

Por favor complete esta encuesta de OPAS con respecto a su hijo(a): [BABYNAME]

Section A: BEFORE PREGNANCY

Q1 (MOM_HTU)

Por favor, marque el cuadro junto a su respuesta o siga las instrucciones que se incluyen en la pregunta. Como no todas las preguntas corresponden a todas las personas, es posible que se le pida saltar ciertas preguntas.

Las primeras preguntas son acerca de *usted*.

¿Cuánto mide *usted* de alto sin zapatos?

- 01 Responda en pies y pulgadas
- 02 Responda en centímetros

[IF MOM_HTU = 01, ASK MOM_FEET AND MOM_INCH. ELSE IF MOM_HTU = 02, ASK MOM_CM ELSE GO TO MOMLBKGU.]

Q1F (MOM_FEET)

___ Pies

Q1I (MOM_INCH)

___ Pulgadas

Q1CM (MOM_CM)

___ Centímetros

Q2 (MOMLBKGU)

Justo antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuánto pesaba usted?

- 01 Responda en libras
- 02 Responda en kilos

[IF MOMLBKGU = 01, ASK MOM_LBKG ELSE IF MOMLBKGU = 02, ASK Q2K. ELSE GO TO MDOB_MTH.]

Q2P (MOM_LBKG)

___ Libras

Q2K

___ Kilos

Q3

¿En qué fecha nació usted?

Un calendario aparecerá cuando haga clic en el cuadro de abajo.

CAWI: PROVIDE DROP-DOWN BOXES TO SELECT MONTH, DAY, AND YEAR.

MM/DD/YYYY

[MONTH = MDOB_MTH. DAY=MDOB_DAY. YEAR=MDOB_YR4.]

Q6 (PRE_ASM)

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo antes de que quedara embarazada de su *nuevo* bebé.

Durante *los 3 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé*, ¿tuvo alguna de las siguientes condiciones médicas? Para cada una, marque **No**, si no tuvo la condición o **Sí**, si la tuvo.

CAWI: TWO COLUMN RESPONSES

CAWI: DISPLAY THE ENTIRE Q6 SERIES ON A SINGLE SCREEN

01 No

02 Sí

Q6Aa (PRE_ASM)

Asma

Q6A (PRE_CKD)

Diabetes tipo 1 o tipo 2 (**no** es lo mismo que diabetes gestacional o la diabetes que empieza durante el embarazo)

Q6B (PRE_CKBP)

Presión sanguínea alta o hipertensión

Q6C (PRE_DEPR)

Depresión

Q6D (PRE_ANX)

Ansiedad

Q7 (VITAMIN)

Durante el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, una vitamina prenatal o una vitamina con ácido fólico?

- 01 Yo no tomé ninguna multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico en el *mes antes* de mi embarazo
- 02 De 1 a 3 veces a la semana
- 03 De 4 a 6 veces a la semana
- 04 Todos los días de la semana

Q9 (PPHC_VISITS)

Durante los *12 meses antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo alguna consulta médica con un doctor, enfermera u otro trabajador de salud, incluso un empleado dental o de la salud mental?

- 01 No
- 02 Sí

[IF PPHC_VISITS = 01, GO TO Q10NEW. IF PPHC_VISITS = 02, GO TO Q11. ELSE, GO TO Q13.]

Q10NEW

¿Por qué usted no tuvo ninguna consulta de atención médica en los *12 meses antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé? Marque TODAS las que correspondan

- 01 No tenía seguro médico para pagar el costo de la consulta
- 02 Me sentía bien y no pensé que necesitaba ir a la consulta
- 03 No podía conseguir una cita cuando quería
- 04 No tenía transporte para ir a la clínica o al consultorio médico
- 05 Estaba demasiado ocupada en otras cosas
- 06 No pude conseguir que me dieran tiempo libre en el trabajo
- 07 Otra. Por favor, escríbala: [CAWI: OTHER SPECIFY, SET 50 CHARACTER LIMIT]

[ASK IF PPHC_VISITS = 02. ELSE GO TO Q13]

Q11

¿Qué tipo de consulta médica tuvo en los *12 meses antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé? Marque TODAS las que correspondan

- 01 Chequeo regular en el consultorio del doctor familiar
- 02 Chequeo regular en el consultorio de mi ginecólogo(a)
- 03 Consulta por una enfermedad o condición crónica
- 04 Consulta por una lesión
- 05 Consulta por planificación familiar o control de la natalidad
- 06 Consulta por depresión o ansiedad
- 07 Consulta para una limpieza de los dientes por un dentista o higienista dental
- 08 Otra. Por favor, escríbala: [CAWI: OTHER SPECIFY, SET 50 CHARACTER LIMIT]

Q12 (BPG_VIT)

Durante alguna de sus consultas médicas, en los *12 meses antes* de quedar embarazada, ¿le hizo un médico, enfermera u otro trabajador de la salud alguna de las siguientes cosas? Para cada una, marque **No**, si no lo hizo o **Sí**, si lo hizo.

CAWI: TWO COLUMN RESPONSES

CAWI: DISPLAY THE ENTIRE Q12 SERIES ON A SINGLE SCREEN

01 No

02 Sí

Q12A (BPG_VIT)

Me dijo que tomara vitaminas con ácido fólico

Q12B (BPG_WT)

Habló conmigo sobre mantener un peso saludable

Q12C (BPG_MED)

Habló conmigo sobre controlar alguna condición médica como diabetes o presión sanguínea alta

Q12D (BPG_CHLD)

Habló conmigo sobre mi deseo de tener o no tener niños

Q12E (BPG_BC)

Habló conmigo sobre control de la natalidad para prevenir el embarazo

Q12F (BPG_HLTH)

Habló conmigo sobre cómo podía mejorar mi salud antes del embarazo

Q12G (BPG_STDS)

Habló conmigo sobre enfermedades de transmisión sexual como clamidia, gonorrea o sífilis

Q12H (BPG_SMK)

Me preguntó si fumaba cigarrillos

Q12i (BPG_ABUS)

Me preguntó si alguien me estaba haciendo daño emocional o físico

Q12J (BPG_DEPR)

Me preguntó si me sentía triste o deprimida

Q12K (BPG_WRK)

Me preguntó sobre el tipo de trabajo que hago

Q12L (BPG_HIVT)

Me hizo una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA)

Q13

Las siguientes preguntas son acerca de su *cobertura de seguro médico* antes, durante y después de su embarazo de su *nuevo bebé*.

Durante el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted? Marque TODAS las que correspondan

- 01 Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
 - 02 Seguro médico privado de mis padres
 - 03 Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos de Ohio o HealthCare.gov
 - 04 Medicaid
 - 05 TRICARE u otro seguro médico militar
 - 06 Otro seguro médico. Por favor, escríbalo: [CAWI: OTHER SPECIFY, SET 50 CHARACTER LIMIT]
 - 07 No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de embarazarme
- [CAWI: SINGLE SELECT]

Q14

Durante su *embarazo más reciente*, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted para pagar su *cuidado prenatal*? Marque TODAS las que correspondan

- 01 No fui a ninguna visita de cuidado prenatal [CAWI: SINGLE SELECT]
- 02 Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- 03 Seguro médico privado de mis padres
- 04 Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos de Ohio o HealthCare.gov
- 05 Medicaid
- 06 TRICARE u otro seguro médico militar
- 07 Otro seguro médico. Por favor, escríbalo: [CAWI: OTHER SPECIFY, SET 50 CHARACTER LIMIT]
- 08 No tenía ningún seguro médico para *cuidado prenatal*

Q15

¿Qué tipo de seguro médico tiene usted *ahora*? Marque TODAS las que correspondan

- 01 Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- 02 Seguro médico privado de mis padres
- 03 Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos de Ohio o HealthCare.gov
- 04 Medicaid
- 05 TRICARE u otro seguro médico militar
- 06 Otro seguro médico. Por favor, escríbalo: [CAWI: OTHER SPECIFY, SET 50 CHARACTER LIMIT]
- 07 No tengo ningún seguro médico *ahora* [CAWI: SINGLE SELECT]

[IF Q15 = 04, ASK Q15A. ELSE GO TO PG_FEELM.]

Q15A

Por favor, díganos cuántos meses o años ha tenido cobertura de Medicaid.

- 01 Responda en meses [GO TO MCAID_MTHS]
- 02 Responda en años [GO TO MCAID_YRS]

[IF Q15A=01, ASK MCAID_MTHS. ELSE IF Q15A = 02, ASK MCAID_YRS. ELSE GO TO PG_FEELM]

Q15M (MCAID_MTHS)

____ Meses [CAWI: TWO DIGIT NUMERIC BOX]

[IF Q15A=02, ASK Q15Y. ELSE GO TO Q16]

Q15Y (MCAID_YRS)

____ Años [CAWI: TWO DIGIT NUMERIC BOX]

Q16 (PG_FEELM)

Piense en el tiempo *justo antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cómo se sentía ante la posibilidad de quedar embarazada? Marque UNA respuesta

- 01 No quería quedar embarazada en ese momento, sino después
- 02 Hubiera querido quedar embarazada más pronto
- 03 Quería quedar embarazada en ese momento
- 04 No quería quedar embarazada ni en ese momento ni nunca
- 05 No estaba segura de que quería

NEW (PREG_TRY)

Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿estaba tratando de quedar embarazada?

- 01 No
- 02 Sí

[ASK IF PREG_TRY=01. ELSE GO TO PNC_1STU]

Q13NEW (BC_BEFORE)

Cuando quedó embarazada con su nuevo bebé, ¿estaban usted o su esposo o pareja haciendo algo para evitar quedando embarazada?

Algunas cosas que hace la gente para prevenir el embarazo incluyen la ligadura de trompas, el uso de píldoras anticonceptivas, condones, el hombre se retira, o la planificación familiar natural.

- 01 No [GO TO PNC_1STU]
- 02 Sí

[ASK IF BC_BEFORE=02. ELSE GO TO PNC_1STU]

NEW (Q14NEW)

Cuando quedó embarazada, ¿qué método anticonceptivo estaba usando? Marque TODAS las que correspondan

- 01 Píldoras anticonceptivas
- 02 Condones
- 03 Inyecciones (Depo-Provera®)
- 04 Un implante anticonceptivo en el brazo (Nexplanon® o Implanon®)
- 05 Parche anticonceptivo (OrthoEvra®) o anillo vaginal (NuvaRing®)
- 06 IUD (Dispositivo intrauterino incluyendo Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Sklya®)
- 07 Método de planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)
- 08 El hombre se retira (Coitus interruptus)
- 09 Otro. Por favor, escríbalo: [CAWI: OTHER SPECIFY, SET 50 CHARACTER LIMIT]

Section B: DURING PREGNANCY

Q21 (PNC_1STU)

Las siguientes preguntas son acerca del cuidado prenatal que recibió durante su embarazo más reciente. El cuidado prenatal incluye las consultas con un doctor, enfermera u otro trabajador de salud antes de que su bebé naciera para que le hicieran chequeos y le dieran consejos sobre el embarazo. (Para contestar estas preguntas, podría serle útil ver un calendario.)

¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando fue a su primera consulta de cuidado prenatal?

- 01 Responda en semanas [GO TO PNC_1ST_W]
- 02 Responda en meses [GO TO PNC_1ST_M]
- 03 No recibí cuidado prenatal [GO TO TLK_FLU_RAW]

Q21W (PNC_1ST_W)

___ Semanas [CAWI: TWO DIGIT NUMERIC BOX. RANGE 1-42]

Q21M (PNC_1ST_M)

___ Meses [CAWI: TWO DIGIT NUMERIC BOX. RANGE 1-10]

[ASK IF PNC_1STU = 1 OR 2. ELSE GO TO TLK_FLU_RAW]

Q100 (PNC_EARLY)

¿Recibió usted cuidado prenatal durante su embarazo tan pronto como lo hubiera querido?

- 01 No
- 02 Sí [GO TO TLK_WT_RAW]

[ASK IF PNC_EARLY=01. ELSE GO TO TLK_WT_RAW]

Q101 (PNCB_APPT)

¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que obtuviera cuidado prenatal cuando lo quería? Para cada una, marque **No**, si no impidieron que obtuviera cuidado prenatal, o **Sí**, si lo hizo.

CAWI: TWO COLUMN RESPONSES

CAWI: DISPLAY THE ENTIRE Q101 SERIES ON A SINGLE SCREEN

01 No

02 Sí

Q101A (PNCB_APPT)

No podía conseguir una cita cuando quería

Q101B (PNCB_MONEY)

No tenía suficiente dinero ni seguro médico para pagar por las consultas

Q101C (PNCB_TRANS)

No tenía transporte para ir a la clínica o al consultorio médico

Q101D (PNCB_COVERAGE)

El doctor o mi plan de salud no empezaría a atenderme tan pronto como yo quería

Q101E (PNCB_TOMANY)

Estaba demasiado ocupada en otras cosas

Q101F (PNCB_WORK)

No podía tomar tiempo libre del trabajo o de la escuela

Q101G (PNCB_MCARD)

No tenía mi tarjeta de Medicaid

Q101H (PNCB_CCARE)

No tenía a nadie a que cuidara de mis hijos

Q101i (PNCB_KNOW)

No sabía que estaba embarazada

Q101J (PNCB_KNOWOTH)

No quería que nadie supiera que estaba embarazada

Q101K (PNCB_NOWANT)

No quería recibir cuidado prenatal

Q24 (TLK_WT_RAW)

Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro trabajador de salud le habló acerca de alguno de los temas que aparecen en la siguiente lista? Para cada tema, marque **No, si nadie le habló sobre el tema o **Sí**, si alguien le habló sobre el tema.**

CAWI: TWO COLUMN RESPONSES

CAWI: DISPLAY THE ENTIRE Q24 SERIES ON A SINGLE SCREEN

01 No

02 Sí

Q24A (TLK_WT_RAW)

Si sabía cuánto peso debería aumentar durante mi embarazo

Q24B (TLK_MEDS_RAW)

Si estaba tomando algún medicamento con receta médica

Q24C (TLK_SMK_RAW)

Si estaba fumando cigarrillos

Q24D (TLK_DRK_RAW)

Si estaba tomando alcohol

Q24E (TLK_ABUS_RAW)

Si alguien me estaba lastimando de manera física o emocional

Q24F (TLK_DPRS_RAW)

Si me sentía triste o deprimida

Q24G (TLK_DRUG_RAW)

Si usaba drogas como marihuana, cocaína, crac, o metanfetaminas

Q24H (TLK_HIVT_RAW)

Si deseaba hacerme una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA)

Q24i (TLK_BF_RAW)

Si planeaba darle pecho a mi *nuevo* bebé

Q24J (TLK_BC_RAW)

Si planeaba usar control de la natalidad después de que naciera mi bebé

Q25 (TLK_FLU_RAW)

Durante los 12 meses *antes del nacimiento* de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro trabajador de salud le *ofreció* ponerle la vacuna contra la influenza o le *aconsejó* que se la pusiera?

01 No

02 Sí

Q26 (FLUSHOT)

Durante los 12 meses *antes del nacimiento* de su nuevo bebé, ¿recibió la vacuna contra la influenza?
Marque UNA respuesta

- 01 No
- 02 Sí, antes del embarazo
- 03 Sí, durante el embarazo

Q27 (DDS_YRBF)

Durante su *embarazo más reciente*, ¿fue usted a una limpieza de los dientes con un dentista o higienista dental?

- 01 No
- 02 Sí

NEW (SR_FOOD8)

Durante su *embarazo más reciente*, ¿recibió cualquiera de los siguientes servicios? Para cada uno, marque **No**, si no recibió el servicio, o **Sí**, si lo recibió.

CAWI: TWO COLUMN RESPONSES

CAWI: DISPLAY THE ENTIRE SERIES ON A SINGLE SCREEN

01 No

02 Sí

(SR_FOOD8)

Estampillas para alimentos o dinero para comprar comida

(SR_WIC)

WIC (siglas en inglés del Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños)

(SR_COUN8)

Orientación para problemas familiares y personales

(SR_SMOK)

Ohio Quit Line o alguna otra ayuda para dejar de fumar

(SR_HELP)

Help Me Grow o algún otro apoyo de visitas domiciliarias

(SR_DRUGS)

Ayuda para dejar de consumir drogas

(SR_OTH)

Alguna otra ayuda del proveedor de salud

[ASK IF SR_OTH=02. ELSE GO TO PHC_DIAB]

(SR_WHAT)

¿Qué otro tipo de asistencia de un proveedor de salud recibió *durante su embarazo más reciente*?

[CAWI: OTHER SPECIFY, SET 200 CHARACTER LIMIT]

Q30 (PHC_DIAB)

Durante su embarazo más reciente, ¿tuvo alguna de las siguientes condiciones médicas? Para cada una, marque **No**, si no tuvo la condición o **Sí**, si la tuvo.

CAWI: TWO COLUMN RESPONSES

CAWI: DISPLAY THE ENTIRE Q30 SERIES ON A SINGLE SCREEN

01 No

02 Sí

Q30A (PHC_DIAB)

Diabetes gestacional (que **comenzó** durante este embarazo)

Q30B (PHC_ECLAM)

Presión sanguínea alta (que **comenzó** durante este embarazo), preeclampsia o eclampsia

Q30C (PHC_DEPR)

Depresión

Q30D (PHC_ANX)

Ansiedad

[ASK IF PHC_DIAB=02. ELSE GO TO SMK2YRS]

Q103 (DBTS_REFER)

Durante su embarazo más reciente, cuando a usted le informaron que tenía diabetes gestacional, ¿su doctor, enfermera u otro trabajador de salud hizo alguna de las cosas que aparecen en la lista a continuación? Para cada una, marque **No**, si nadie lo hizo o **Sí**, si alguien lo hizo.

CAWI: TWO COLUMN RESPONSES

CAWI: DISPLAY THE ENTIRE Q103 SERIES ON A SINGLE SCREEN

01 No

02 Sí

Q103A (DBTS_REFER)

Me refirió a un especialista en nutrición

Q103B (DBTS_EXER)

Me habló sobre la importancia de hacer ejercicio

Q103C (DBTS_WEIGHT)

Me habló sobre cómo llegar a un peso saludable después del parto y cómo mantenerlo

Q103D (DBTS_BFEED)

Me recomendó que le diera pecho a mi nuevo bebé

Q103E (DBTS_RISK)

Me habló sobre mi riesgo de la diabetes tipo 2

Q31 (SMK2YRS)

Las siguientes preguntas son acerca del fumar cigarrillos (antes, durante y después) del embarazo.

¿Ha fumado algún cigarrillo en los *últimos 2 años*?

- 01 No [GO TO SMK_NWRL]
- 02 Sí

[ASK IF SMK2YRS=02. ELSE GO TO SMK_NWRL]

Q32 (SMK6_3B_RAW)

En los **3 meses *antes*** de quedar embarazada, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- 01 41 cigarrillos o más (2 cajetillas o más)
- 02 De 21 a 40 cigarrillos (1 a 2 cajetillas)
- 03 De 11 a 20 cigarrillos
- 04 De 6 a 10 cigarrillos
- 05 De 1 a 5 cigarrillos
- 06 Menos de 1 cigarrillo
- 07 No fumaba en ese entonces

Q33 (SMK6_3L_RAW)

En los ***últimos 3 meses*** de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- 01 41 cigarrillos o más (2 cajetillas o más)
- 02 De 21 a 40 cigarrillos (1 a 2 cajetillas)
- 03 De 11 a 20 cigarrillos
- 04 De 6 a 10 cigarrillos
- 05 De 1 a 5 cigarrillos
- 06 Menos de 1 cigarrillo
- 07 No fumaba en ese entonces

Q36 (SMK6_3N_RAW)

¿Cuántos cigarrillos fuma ***ahora*** en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- 01 41 cigarrillos o más (2 cajetillas o más)
- 02 De 21 a 40 cigarrillos (1 a 2 cajetillas)
- 03 De 11 a 20 cigarrillos
- 04 De 6 a 10 cigarrillos
- 05 De 1 a 5 cigarrillos
- 06 Menos de 1 cigarrillo
- 07 No fumaba en ese entonces

NEW (SMK_NWRL)

¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor las reglas sobre fumar *dentro* de su casa *ahora*, incluso si nadie que vive en su casa fuma? Marque UNA respuesta

- 01 A nadie se le permite fumar en ningún lugar dentro de mi casa
- 02 Se permite fumar en ciertas habitaciones o a ciertas horas
- 03 Se permite fumar en cualquier parte de mi casa

[ASK IF SMK_NWRL ≠ 01. ELSE GO TO TBC_ECG]

NEW (SMK6HUSB)

¿Su esposo o pareja fuma dentro de su casa?

- 01 No
- 02 Sí

NEW (SMK6OTH)

Sin incluirse a usted ni a su esposo o pareja, ¿hay alguna otra persona que fuma cigarrillos dentro de su casa?

- 01 No
- 02 Sí

Q38 (TBC_ECG)

Las siguientes preguntas son sobre el uso de otros productos de tabaco durante su embarazo.

Cigarrillos electrónicos (e-cigarettes) y otros productos de nicotina electrónicos (tales como bolígrafos para vapear, bolígrafos hookah, puros electrónicos, pipas electrónicas) son productos que funcionan con batería que usan un líquido de nicotina en lugar de hojas de tabaco y produce vapor en lugar de humo.

Una hookah es una pipa de agua que se usa para fumar tabaco. No es lo mismo que vapeadores electrónicos e-hookahs o bolígrafos hookah.

¿Alguna vez ha usado cualquiera de los siguientes productos en los *últimos 2 años*?

Para cada producto, marque **No**, si no lo usó o **Sí**, si lo usó.

CAWI: TWO COLUMN RESPONSES

CAWI: DISPLAY THE ENTIRE Q38 SERIES ON A SINGLE SCREEN

01 No

02 Yes

Q38 (TBC_ECG)

Cigarrillos electrónicos (*e-cigarettes*) y otros productos de nicotina electrónicos

Q38B (TBC_HKA)

Pipa de agua hookah

Q38C (TBC_SNUFF)

Tabaco de mascar, tabaco en polvo rapé, o tabaco picado snus

Q38D (TBC_CIGAR)

Cigarros o puros, puritos o puros pequeños

[ASK IF TBC_ECG=02. ELSE GO TO DRK_2YRS]

Q39 (ECB_3B)

Durante los 3 meses *antes* de quedar embarazada, en promedio, ¿con qué frecuencia usó cigarrillos electrónicos u otros productos de nicotina electrónicos?

- 01 Más de una vez al día
- 02 Una vez al día
- 03 De 2 a 6 veces a la semana
- 04 Un día a la semana o menos
- 05 No usé cigarrillos electrónicos ni otros productos de nicotina electrónicos durante ese tiempo

Q40 (ECG_3L)

Durante los *últimos 3 meses* de su embarazo, en promedio, ¿con qué frecuencia usó cigarrillos electrónicos u otros productos de nicotina electrónicos?

- 01 Más de una vez al día
- 02 Una vez al día
- 03 De 2 a 6 veces a la semana
- 04 Un día a la semana o menos
- 05 No usé cigarrillos electrónicos ni otros productos de nicotina electrónicos durante ese tiempo

Q28NEW (ECG_USE)

Durante los *últimos 30 días*, ¿cuántos días usó cigarrillos electrónicos u otros productos electrónicos de nicotina?

- 01 Más de una vez al día
- 02 Una vez al día
- 03 De 2 a 6 veces a la semana
- 04 Un día a la semana o menos
- 05 No usé cigarrillos electrónicos ni otros productos de nicotina electrónicos durante ese tiempo

Q43 (DRK_2YRS)

Las siguientes preguntas son acerca del tomar alcohol antes y durante el embarazo.

En los *últimos 2 años*, ¿ha tomado alguna bebida alcohólica? 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

- 01 No [GO TO BPS_FAM]
- 02 Sí

[ASK IF DRK_2YRS=02. ELSE GO TO BPS_FAM]

Q44 (DRK6_3B_RAW)

En los 3 meses *antes* de quedar embarazada, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal?

- 01 14 o más bebidas a la semana
- 02 De 8 a 13 bebidas a la semana
- 03 De 4 a 7 bebidas a la semana
- 04 De 1 a 3 bebidas a la semana
- 05 Menos de 1 bebida a la semana
- 06 No tomaba en ese entonces

Q105 (BPS_FAM)

El embarazo puede ser un tiempo difícil. Las siguientes preguntas son acerca de cosas que pudieron haber sucedido antes y durante su embarazo más reciente.

Esta pregunta trata sobre cosas que pudieron haber sucedido durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé. Para cada una, marque **No**, si no le sucedió o **Sí**, si le sucedió. (Podría serle útil ver el calendario para contestar estas preguntas.)

CAWI: TWO COLUMN RESPONSES

CAWI: DISPLAY THE ENTIRE Q105 SERIES ON A SINGLE SCREEN

01 No

02 Sí

Q105A (BPS_FAM)

Un pariente cercano estuvo muy enfermo y tuvo que ir al hospital

Q105B (BPS_DIVORCE)

Me separé o divorcié de mi esposo o pareja

Q105C (BPS_NEWHOM)

Me mudé a otra dirección

Q105D (BPS_HOMLSS)

No tenía en donde vivir o me quedé a dormir en la calle, en un automóvil o en un refugio

Q105E (BPS_PARTJOB)

Mi esposo o pareja perdió su trabajo

Q105F (BPS_LOSTJOB)

Perdí mi trabajo, aunque quería seguir trabajando

Q105G (BPS_LOSTHRS)

Cortaron las horas o el salario de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja

Q105H (BPS_SEPARATE)

No vivía con mi esposo o pareja por causa del traslado militar o viajes largos del trabajo

Q105i (BPS_ARGUED)

Peleaba [discutía] con mi esposo o pareja más de lo normal

Q105J (BPS_NOTWANT)

Mi esposo o pareja me dijo que no quería que estuviera embarazada

Q105K (BPS_BILLS)

Tenía problemas para pagar la renta, la hipoteca, u otras cuentas

Q105L (BPS_JAIL)

Mi esposo, pareja o yo estuvimos en la cárcel

Q105M (BPS_PROBLMS)

Alguien muy cercano a mí tuvo un problema con alcohol o drogas

Q105N (BPS_DEATH)

Murió alguien muy cercano a mí

Q110 (BP_ATELESS)

Durante los **12 meses *antes*** del nacimiento de su nuevo bebé, ¿alguna vez comió menos de lo que pensaba que debía comer porque no tenía suficiente dinero para comprar comida?

01 No

02 Sí

Q111 (BP_UNSAFE)

Durante los **12 meses *antes*** del nacimiento de su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia sentía que corría peligro en la comunidad donde vivía?

01 Siempre

02 Con frecuencia

03 A veces

04 Rara vez

05 Nunca

(DISCRIM1A)

Durante su embarazo más reciente, ¿experimentó discriminación o se sintió inferior al recibir algún tipo de atención médica o de salud debido a lo enumerado a continuación? Para cada elemento, marque No, si no lo experimentó o Sí, si las experimentó.

CAWI: TWO COLUMN RESPONSES

CAWI: DISPLAY THE ENTIRE SERIES ON A SINGLE SCREEN

01 No

02 Yes

DISCRIM1A

Mi raza, etnia o cultura

DISCRIM1B

Mi estado de seguro o Medicaid

DISCRIM1C

Mi peso

DISCRIM1D

Mi estado civil

DISCRIM1E

Otra

[ASK IF DISCRIM1E=02. ELSE GO TO DISCRIM2A]

DISCRIM1E_OS

Durante su embarazo más reciente, ¿qué más le llevó a experimentar discriminación mientras recibía algún tipo de atención médica o de salud?

[CATI: OTHER SPECIFY, SET 100 CHARACTER LIMIT]

NEW (DISCRIM2A)

Durante su parto más reciente, ¿experimentó discriminación o se sintió inferior al recibir algún tipo de atención médica o de salud debido a lo enumerado a continuación? Para cada elemento, marque No, si no lo experimentó o Sí, si las experimentó.

CAWI: TWO COLUMN RESPONSES

CAWI: DISPLAY THE ENTIRE Q51 SERIES ON A SINGLE SCREEN

01 No

02 Sí

DISCRIM2A

Mi raza, etnia o cultura

DISCRIM2B

Mi estado de seguro o Medicaid

DISCRIM2C

Mi peso

DISCRIM2D

Mi estado civil

DISCRIM2E

Otra

[ASK IF DISCRIM2E=02. ELSE GO TO BPAB_HUSB]

DISCRIM2E_OS

Durante su parto más reciente, ¿qué más le llevó a experimentar discriminación?

[CATI: OTHER SPECIFY, SET 100 CHARACTER LIMIT]

Q51 (BPAB_HUSB)

Durante los 12 meses *antes de quedar embarazada* de su nuevo bebé, ¿alguna de las siguientes personas la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de alguna otra forma? Para cada persona, marque **No**, si no la lastimó durante ese tiempo o **Sí**, si la lastimó durante ese tiempo.

Si siente que necesita asistencia, por favor llame al 1-800-799-SAFE (7233). Si necesita ayuda inmediata, llame al 911.

CAWI: TWO COLUMN RESPONSES

CAWI: DISPLAY THE ENTIRE Q51 SERIES ON A SINGLE SCREEN

01 No

02 Sí

Q51A (BPAB_HUSB)

Mi esposo o pareja

Q51B (BPAB_EX)

Mi ex-esposo o ex-pareja

Q51C (BPAP_FAM)

Otro miembro de la familia

Q51D (BPAB_OTH)

Alguna otra persona

Q52 (DPAB_HUSB)

Durante su *embarazo más reciente*, ¿alguna de las siguientes personas la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de alguna otra forma? Para cada persona, marque **No**, si no la lastimó en ese entonces o **Sí**, si la lastimó.

Si siente que necesita asistencia, por favor llame al 1-800-799-SAFE (7233). Si necesita ayuda inmediata, llame al 911.

CAWI: TWO COLUMN RESPONSES

CAWI: DISPLAY THE ENTIRE Q52 SERIES ON A SINGLE SCREEN

01 No

02 Sí

Q52A (DPAB_HUSB)

Mi esposo o pareja

Q52B (DPAB_EX)

Mi ex-esposo o ex-pareja

Q52C (DPAB_FAM)

Otro miembro de la familia

Q52D (DPAB_OTH)

Alguna otra persona

SECTION C: AFTER PREGNANCY

Q53

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo desde que nació su nuevo bebé.

¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

Un calendario aparecerá cuando haga clic en el cuadro de abajo.

CAWI: PROVIDE DROP-DOWN BOXES TO SELECT MONTH, DAY, AND YEAR.

MM/DD/YYYY

[MONTH=IDOB_MTH. DAY=IDOB_DAY. YEAR=IDOB_YR4]

Q55 (LTH_HOSP)

Después del parto, ¿cuánto tiempo estuvo su bebé en el hospital?

- 01 Menos de 24 horas (menos de 1 día)
- 02 24 a 48 horas (1 a 2 días)
- 03 3 a 5 días
- 04 6 a 14 días
- 05 Más de 14 días
- 06 Mi bebé no nació en un hospital
- 07 Mi bebé aún está en el hospital [GO TO BF_PLAN]

[ASK IF LTH_HOSP ≠ 7. ELSE GO TO BF_PLAN]

Q56 (INFLIVE5_RAW)

¿Su bebé está vivo?

- 01 No [CAWI: "Lamentamos mucho su pérdida "] [GO TO BC_NOW4]
- 02 Sí

[ASK IF INFLIVE5_RAW=02. ELSE GO TO BC_NOW4]

Q57 (INF_WMOM)

En estos momentos, ¿vive con usted su bebé?

- 01 No [GO TO BC_NOW4]
- 02 Sí

[ASK IF INF_WMOM = 02 or LTH_HOSP = 07. ELSE GO TO BC_NOW4]

Q37NEW (BF_PLAN)

Antes de que naciera su bebé, ¿cuál de los siguientes métodos planeaba usar para alimentar su bebe en las primeras dos semanas?

- 01 Dar el pecho (no se le daría fórmula al bebé)
- 02 Sólo alimentación de fórmula (ninguna leche materna)
- 03 Ambos dar el pecho y alimentación de fórmula

Q58 (BFSRC_DR)

Antes o después de que naciera su nuevo bebé, ¿recibió información sobre dar pecho de alguna de las siguientes fuentes? Para cada una, marque **No**, si no recibió información de esa fuente o **Sí**, si la recibió.

CAWI: TWO COLUMN RESPONSES

CAWI: DISPLAY THE ENTIRE Q58 SERIES ON A SINGLE SCREEN

01 No

02 Sí

Q58A (BFSRC_DR)

Mi doctor

Q58B (BFSRC_RN)

Una enfermera, partera, o comadrona

Q58C (BFSRC_SPEC)

Una especialista en dar pecho o lactancia

Q58D (BFSRC_PROV)

El doctor o proveedor de cuidados de salud de mi bebé

Q58E (BFSRC_GRP)

Un grupo de apoyo para madres que dan pecho

Q58F (BFSRC_HOTLN)

Una línea telefónica de ayuda o línea gratuita para madres que dan pecho

Q58G (BFSRC_FAMFR)

Familia o amistades

Q58H (BFSRC_OTH)

Otra

[ASK IF BFSRC_OTH=02. ELSE GO TO BF5EVER]

BFSRC_WHAT

Antes o después de que naciera su nuevo bebé, ¿de qué otras fuentes recibió información sobre dar pecho?

[CAWI: OTHER SPECIFY, SET 50 CHARACTER LIMIT]

Q59 (BF5EVER)

¿Alguna vez le dio pecho a su nuevo bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho, aunque fuera por poco tiempo?

01 No [GO TO BFH5_INFO]

02 Sí

[ASK IF BF5EVER ≠ 01. ELSE GO TO BFH5_INFO]

Q60 (BF5STILL)

¿Todavía le está dando pecho a su nuevo bebé o alimentándolo con leche extraída de su pecho?

- 01 No
- 02 Sí [GO TO BFH5_INFO]

[ASK IF BF5STILL ≠ 02. ELSE GO TO BFH5_INFO]

Q61 (BF5LNGTU)

¿Por cuántas semanas o meses le dio pecho a su bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho?

- 01 Menos de 1 semana
- 02 Semanas
- 03 Meses

[IF BF5LNGTU = 02, ASK BF5LNGTU_WK. ELSE IF BF5LNGTU = 03, ASK BF5LNGTH_MTH. ELSE GO TO Q62]

Q61W (BF5LNGTH_WK)

___ Semanas

Q61M (BF5LNGTH_MTH)

___ Meses

Q62

¿Cuáles fueron sus razones por las que dejó de dar pecho? Marque TODAS las que correspondan

- 01 Mi bebé tenía problemas para prenderse al pecho o para mamar
- 02 La leche materna, por sí sola, no satisfacía a mi bebé
- 03 Pensé que mi bebé no estaba subiendo de peso lo suficiente
- 04 Mis pezones estaban adoloridos, agrietados o me sangraban
- 05 Pensé que no estaba produciendo suficiente leche o se me había acabado
- 06 Tenía demasiadas tareas domésticas
- 07 Consideré que era el momento oportuno para dejar de dar pecho
- 08 Me enfermé o yo tuve que dejar de dar pecho por razones médicas
- 09 Regresé al trabajo
- 10 Regresé a la escuela
- 11 Mi pareja no apoyaba que diera pecho
- 12 Mi bebé tenía bilirrubina/ictericia (color amarillo en la piel o en la parte blanca de los ojos)
- 13 Otra. Por favor escríbala: [CAWI: OTHER SPECIFY, SET 50 CHARACTER LIMIT]

[IF LTH_HOSP = 06, GO TO SLEEPPOS. ELSE GO TO BFH5INFO]

Q63 (BFH5INFO)

Esta pregunta se trata sobre las cosas que pudieron haber sucedido en el hospital donde nació su nuevo bebé. Para cada una, marque **No**, si no sucedió eso o **Sí**, si sucedió.

CAWI: TWO COLUMN RESPONSES

CAWI: DISPLAY THE ENTIRE Q63 SERIES ON A SINGLE SCREEN

01 No

02 Sí

Q63A (BFH5INFO)

El personal del hospital me dio información sobre dar pecho

Q63B (BFH5ROOM)

Mi bebé se quedó conmigo en mi habitación en el hospital

Q63C (BFH5BFED)

Le di pecho a mi bebé en el hospital

Q63D (BFH5HELP)

El personal del hospital me ayudó a aprender cómo dar pecho

Q63E (BFH5HOUR)

Le di pecho a mi bebé durante su primera hora de vida

Q63F (BFH5SKIN)

Pusieron a mi bebé en contacto de piel con piel en la primera hora de vida

Q63G (BFH5ONLY)

En el hospital mi bebé se alimentó sólo con leche materna

Q63H (BFH5WHEN)

El personal del hospital me dijo que le diera pecho cuando el bebé quisiera

Q63i (BFH6PUMP)

En el hospital me dieron un aparato para extraerme la leche

Q63J (BFH5GIFT)

En el hospital me dieron un paquete de regalo que contenía fórmula

Q63K (BFH5FONE)

En el hospital me dieron un número telefónico para obtener ayuda relacionada con dar pecho

Q63L (BFH5PAC)

El personal del hospital le dio un chupón a mi bebé

[IF LTH_HOSP = 07, GO TO BC_NOW4. ELSE GO TO SLEEPPOS]

Q64 (SLEEPPOS)

Actualmente, ¿en cuál posición acuesta usted a su bebé la mayoría del tiempo para que duerma?
Marque UNA respuesta

- 01 De lado
- 02 Boca arriba
- 03 Boca abajo

Q65 (SLP_ALONE)

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha dormido su nuevo bebé solo en su propia cuna o cama?

- 01 Siempre
- 02 Con frecuencia
- 03 A veces
- 04 Rara vez
- 05 Nunca [GO TO SLP_INCRIB]

[IF SLP_ALONE = 05, GO TO SLP_INCRIB. ELSE GO TO SLP_SAMERM]

Q66 (SLP_SAMERM)

Quando su nuevo bebé duerme solo, ¿está su cuna o cama en la misma habitación que duerme usted?

- 01 No
- 02 Sí

Q67 (SLP_INCRIB)

La lista a continuación incluye algunas descripciones sobre como duermen los bebés. ¿Cómo durmió *normalmente* su nuevo bebé durante las últimas dos semanas? Para cada una, marque **No**, si no corresponde a su bebé *normalmente* o **Sí**, si corresponde a su bebé *normalmente*.

CAWI: TWO COLUMN RESPONSES

CAWI: DISPLAY THE ENTIRE Q67 SERIES ON A SINGLE SCREEN

01 No

02 Sí

Q67A (SLP_INCRIB)

En una cuna, un moisés, o una cuna plegable

Q67B (SLP_MATR)

En un colchón o una cama de tamaño individual o más grande

Q67C (SLP_CHAIR)

Un sillón o un sofá

Q67D (SLP_SEAT)

En un asiento de automóvil para bebés o un columpio para bebés

Q67E (SLP_SACK)

En una bolsa o cobertor tipo ropa para bebés

Q67F (SLP_BLANKET)

Con un cobertor

Q67G (SLP_TOYS)

Con juguetes, cojines o almohadas, incluso almohadas especiales para amamantar

Q67H (SLP_PADS)

Con protectores laterales para la cuna (con malla o sin malla)

Q68 (SLPT_BACK)

¿Le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de la salud alguna de las siguientes cosas? Para cada cosa, marque **No**, si no se le dijeron o **Sí**, si se lo dijeron.

CAWI: TWO COLUMN RESPONSES

CAWI: DISPLAY THE ENTIRE Q68 SERIES ON A SINGLE SCREEN

01 No

02 Sí

Q68A (SLPT_BACK)

Que coloque a mi bebé boca arriba para dormir

Q68B (SLPT_CRIB)

Que coloque a mi bebé en una cuna, un moisés, o una cuna portátil para dormir

Q68C (SLPT_ROOM)

Que coloque la cuna o la cama de mi bebé en mi habitación

Q68D (SLPT_TOYS)

Qué cosas deben o no deben estar en la cama con mi bebé

Q71 (BC_NOW4)

¿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.

01 No

02 Sí [GO TO Q73]

[IF BC_NOW4 = 01, GO TO Q72. ELSE IF BC_NOW4 = 02, GO TO Q73. ELSE GO TO PPV_CHK]

Q72

¿Cuáles son las razones por las que usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para evitar un embarazo *actualmente*? Marque TODAS las que correspondan

01 Quiero quedar embarazada

02 Estoy embarazada ahora

03 Me operé para ligarme o bloquearme las trompas de Falopio

04 No quiero usar ningún método anticonceptivo

05 Me preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos

06 No estoy teniendo relaciones sexuales

- 07 Mi esposo o pareja no quiere usar ningún método anticonceptivo
- 08 Tengo problemas para pagar por los anticonceptivos
- 09 Otra. Por favor, escríbala: [CAWI: OTHER SPECIFY, SET 50 CHARACTER LIMIT]

[IF BC_NOW4 = 02, GO TO Q73. ELSE GO TO PPV_CHK.]

Q73

¿Qué clase de anticonceptivo está usando usted o su esposo o pareja *ahora* para evitar un embarazo?
Marque TODAS las que correspondan

- 01 Ligadura o bloqueo de las trompas de Falopio (esterilización femenina o Essure®)
- 02 Vasectomía (esterilización masculina)
- 03 Píldora anticonceptiva
- 04 Condones
- 05 Inyección (Depo-Provera®)
- 06 Parche anticonceptivo (OrthoEvra®) o Anillo vaginal (NuvaRing®)
- 07 IUD (dispositivo intrauterino incluyendo Mirena®, ParaGard®, Liletta®, o Skyla®)
- 08 Un implante anticonceptivo (Nexplanon® o Implanon®)
- 09 Método de planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)
- 10 El hombre se retira (Coitus interruptus)
- 11 No tener relaciones sexuales (abstinencia)
- 12 Otra. Por favor, escríbala: [CAWI: OTHER SPECIFY, SET 50 CHARACTER LIMIT]

Q74 (PPV_CHK)

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

- 01 No
- 02 Sí

[IF PPV_CHK = 01, GO TO Q75. ELSE IF PPV_CHK = 02 GO TO PPBCHK_VT. ELSE GO TO HOSP_AFT]

Q75 (PPVB)

¿Alguna de las siguientes cosas impidieron que tuviera un chequeo de posparto? Marque TODAS las que correspondan

- 01 No tenía seguro médico para cubrir el costo de la consulta
- 02 Me sentía bien y no pensé que necesitaba un chequeo
- 03 No podía conseguir una cita cuando la quería
- 04 No tenía transporte para ir a la clínica o al consultorio del doctor
- 05 Estaba demasiado ocupada en otras cosas
- 06 No podía obtener tiempo libre de mi trabajo
- 07 Otra. Por favor, escríbala: [CAWI: OTHER SPECIFY, SET 50 CHARACTER LIMIT]

[IF PPV_CHK ≠ 02, GO TO HOSP_AFT. ELSE GO TO PPBCHK_VT]

Q77 (PPBCHK_VT)

Durante su chequeo de postparto, ¿hizo un doctor, enfermera u otro profesional de la salud alguna de las siguientes cosas? Para cada una, marque **No**, si no lo hicieron, o **Sí**, si lo hicieron.

CAWI: TWO COLUMN RESPONSES

CAWI: DISPLAY THE ENTIRE Q77 SERIES ON A SINGLE SCREEN

01 No

02 Sí

Q77A (PPBCHK_VT)

Me dijeron que tomara vitaminas con ácido fólico

Q77B (PPBCHK_WT)

Me hablaron sobre comer más saludable, hacer ejercicio y bajar el peso que subí durante el embarazo

Q77C (PPBCHK_WAIT)

Me hablaron sobre cuánto tiempo debería esperar antes de volver a embarazarme

Q77D (PPBCHK_BC)

Me hablaron sobre métodos de control de la natalidad que podía usar después de dar a luz

Q77E (PPBCHK_SCRIP)

Me dieron o recetaron un método anticonceptivo como una píldora, parche, inyección (Depo-Provera®), NuvaRing® o condones

Q77F (PPBCHK_IMPL)

Me pusieron un implante uterino (Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®) o un implante anticonceptivo (Nexplanon® o Implanon®)

Q77G (PPBCHK_SMK)

Me preguntaron si estaba fumando cigarrillos

Q77H (PPBCHK_ABUS)

Me preguntaron si alguien me estaba haciendo daño emocional o físico

Q77i (PPBCHK_DEPR)

Me preguntaron si me sentía triste o deprimida

Q114 (HOSP_AFT)

Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha tenido problemas médicos que ocasionaron que fuera al hospital y se quedara una noche?

01 No

02 Sí

Q106 (TEST_DIAB)

Desde que nació su nuevo bebé, ¿se ha hecho usted una prueba de diabetes o una prueba para determinar si usted tiene un nivel de azúcar alto en la sangre?

- 01 No
- 02 Sí

Q78 (MH_PPDP)

Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se ha sentido triste, deprimida, o sin esperanza?

- 01 Siempre
- 02 Frecuentemente
- 03 A veces
- 04 Rara vez
- 05 Nunca

Q79 (MH_PPINT)

Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia ha estado menos interesada en cosas o ha disfrutado menos al hacer cosas?

- 01 Siempre
- 02 Frecuentemente
- 03 A veces
- 04 Rara vez
- 05 Nunca

NEW (MH_PPDX)

Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijo que tenía depresión?

- 01 No
- 02 Sí

[ASK IF MH_PPDX=02. ELSE GO TO HD_LOAN]

NEW (MH_PGPSY8)

Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿ha recibido consejería para su depresión?

- 01 No
- 02 Sí

SECTION D: OTHER EXPERIENCES

Q115 (HD_LOAN)

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

Durante su embarazo más reciente, ¿hubiera podido obtener los siguientes tipos de ayuda? Para cada uno, marque **No**, si no la hubiera obtenido, o **Sí**, si la hubiera obtenido.

CAWI: TWO COLUMN RESPONSES

CAWI: DISPLAY THE ENTIRE Q115 SERIES ON A SINGLE SCREEN

01 No

02 Sí

Q115A (HD_LOAN)

Alguien que le prestara \$50 dólares

Q115B (HD_SICK)

Alguien que le ayudara si estuviera enferma y necesitara quedarse en cama

Q115C (HD_TOCLINIC)

Alguien que la llevara a la clínica o al consultorio médico si necesitara transporte

Q115D (HD_TLKPROB)

Alguien con quien pudiera hablar sobre sus problemas

Q116 (WRKDURING)

En algún momento *durante su embarazo más reciente*, ¿trabajó en un empleo a sueldo?

01 No [GO TO Q57ANEW]

02 Sí

[IF WRKDURING ≠ 02 GO TO Q57ANEW . ELSE GO TO WRKRETURN.]

Q117 (WRKRETURN)

¿Ha regresado al trabajo que tenía *durante su embarazo más reciente*?

01 No, no planeo regresar [GO TO Q57ANEW]

02 No, pero voy a regresar

03 Sí

[IF WRKRETURN ≠ 02 OR 03, GO TO Q57ANEW . ELSE GO TO WRKL_PAID.]

Q118 (WRKL_PAID)

¿Se ausentó del trabajo *después* del nacimiento de su nuevo bebé? Marque TODO lo que corresponda

01 Yo tomé licencia *pagada*

02 Yo tomé licencia *no pagada*

03 No tomé tiempo [CAWI: SINGLE SELECT]

Q57ANEW

La próxima pregunta se trata del uso de marihuana alrededor de la época de embarazo. Sus respuestas son estrictamente confidenciales.

Durante cualquier de las siguientes duraciones, ¿usó usted la marihuana o el hachís en cualquier forma? Para cada periodo de tiempo, marque **No**, si no lo usó durante ese o marque **Sí**, si lo usó.

CAWI: TWO COLUMN RESPONSES

CAWI: DISPLAY THE ENTIRE SERIES ON A SINGLE SCREEN

01 No

02 Sí

Q57ANEW (MJ_BEFORE)

Durante los 12 meses antes de quedar embarazada

Q57BNEW (MJ_DURING)

Durante mi embarazo más reciente

Q57CNEW (MJ_SINCE)

Desde que nació mi nuevo bebe

COVID_1_INTRO

Las siguientes preguntas son sobre la enfermedad de coronavirus 2019 o COVID-19. El COVID-19 causó un brote de enfermedad o pandemia en todo el mundo que llegó a Ohio en marzo de 2020.

COVID_1

Durante su embarazo más reciente, ¿le dijo un doctor, una enfermera u otro trabajador de la salud que tenía COVID-19? Marque UNA respuesta.

- 01 No, ningún trabajador de la salud me dijo que tenía COVID-19
- 02 No, ningún trabajador de la salud me dijo que tenía COVID-19 pero yo **pensé** que lo tenía
- 03 Sí, me dijeron que tenía COVID-19 pero yo no tenía una prueba para detectarlo
- 04 Sí, me dijeron que tenía COVID-19 y lo confirmó una prueba

COVID_2_INTRO

Aunque se haya enfermado o no con COVID-19, la pandemia puede haber afectado su vida. *Durante su embarazo más reciente, ¿hasta qué punto fueron ciertas las siguientes declaraciones para usted? Para cada declaración, marque UNA respuesta.*

CAWI: THREE COLUMN RESPONSES

CAWI: DISPLAY THE ENTIRE COVID_2 SERIES ON A SINGLE SCREEN

01 Muy cierto 02 Algo cierto 03 No es cierto en absoluto

COVID_2A

Debido a la pandemia de COVID-19, mi hogar tuvo más dificultad de lo normal para pagar sus cuentas y sus gastos

COVID_2D

Debido a la pandemia de COVID-19, retrasé la atención médica

COVID_2B

Debido a la pandemia de COVID-19, tuve más dificultad de lo normal para obtener atención médica

COVID_2C

Yo experimenté más ansiedad o depresión de lo normal debido a la pandemia de COVID-19

NEW (COVID_3)

Durante la pandemia de COVID-19, ¿a qué tipos de citas de atención prenatal asistió? Marque UNA respuesta

- 01 Citas presenciales
- 02 Citas virtuales (video o teléfono) únicamente
- 03 Citas presenciales y virtuales
- 04 No tuve cuidado prenatal

[ASK IF COVID_3 = 01. ELSE GO TO INCOME7.]

COVID_4A

¿Cuáles son las razones por las que no asistió a las citas virtuales de atención prenatal? Para cada uno, marque **No**, si no fue un motivo o **Sí**, si fue un motivo.

CAWI: TWO COLUMN RESPONSES

CAWI: DISPLAY THE ENTIRE Q82 SERIES ON A SINGLE SCREEN

01 No 02 Sí

COVID_4A

Falta de disponibilidad de citas virtuales de mi proveedor

COVID_4B

Falta de suficientes datos móviles o minutos móviles

COVID_4C

Falta de una computadora o dispositivo

COVID_4D

Falta de servicio de Internet o Internet no confiable

COVID_4E

Preferí ver a mi proveedor de atención médica en persona

Q92 (INCOME7)

Las últimas preguntas son acerca del tiempo durante los *12 meses antes* del nacimiento de su nuevo bebé.

Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuál era el ingreso total, al año, de su hogar antes de impuestos? Incluya sus ingresos, los de su esposo o pareja y todo otro ingreso que haya recibido. *Toda la información se mantendrá privada* y no afectará ninguno de los servicios que está recibiendo.

- 01 \$0 a \$16,000
- 02 \$16,001 a \$20,000
- 03 \$20,001 a \$24,000
- 04 \$24,001 a \$28,000
- 05 \$28,001 a \$32,000
- 06 \$32,001 a \$40,000
- 07 \$40,001 a \$48,000
- 08 \$48,001 a \$57,000
- 09 \$57,001 a \$60,000
- 10 \$60,001 a \$73,000
- 11 \$73,001 a \$85,000
- 12 \$85,001 o más

Q93 (INC_NDEP)

Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuántas personas, incluida usted, dependían de este dinero?

____ Personas CAWI: SET LIMIT TO 25

Q94

¿Cuál es la fecha de hoy?

MM/DD/YYYY CAWI: AUTO-FILL WITH DATE OF COMPLETION.

NEW (RECONTACT)

¿Podemos comunicarnos con usted con preguntas de seguimiento para ayudar al estado de Ohio a obtener más información sobre su experiencia de embarazo y parto? Si es seleccionada para participar, recibirá \$50 dólares.

- 01 No [GO TO INCENT]
- 02 Sí

[ASK IF RECONTACT=02. ELSE GO TO INCENT]

ASKEMAIL

¿Podemos tener su dirección de correo electrónico?

- 01 Sí [GO TO EMAIL]
- 02 No tengo una dirección de correo electrónico [GO TO PCONTACT]
- 99 Negarse a proporcionar correo electrónico [GO TO PCONTACT]

REMAIL

¿Cuál es su dirección de correo electrónico?

CAWI: TEXT BOX FOR E-MAIL

REMAIL2

Por favor verifique su dirección de correo electrónico.

EMAILCHECK

IF EMAILS DO NOT MATCH, THEN SHOW THE FOLLOWING:

LOS CORREOS ELECTRÓNICOS NO COINCIDEN. COMPRUEBE LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.

01 ANTERIOR

[ASK IF PHONE=01. ELSE GO TO COMMENT]

PCONTACT

¿Cuál es el mejor número para localizarle? Ingrese su número sin puntuación ni espacios.

CAWI: 9 DIGIT NUMERIC BOX.

INCENT

Como agradecimiento por su participación, nos gustaría enviarle por correo \$10 en efectivo.

01 Continuar [GO TO ADDRESS]

02 No gracias [GO TO COMMENT]

ADDRESS

Proporcione su nombre completo y dirección postal en los campos a continuación.

FNAME Nombre completo: _____ [CAWI: 50 character text box]

ADDR1 Dirección: _____ [CAWI: 50 character text box]

ADDR2 Dirección: _____ [CAWI: 50 character text box]

ICITY Ciudad: _____ [CAWI: 50 character text box]

ISTATE Estado: __ [CAWI: TWO LETTER BOX]

IZIP Código postal: _____ [CAWI: FIVE DIGITS ONLY]

01 CONTINUAR

COMMENTS

Por favor, utilice este espacio para cualquier comentario adicional que le gustaría hacer acerca de sus experiencias alrededor de la época de su embarazo o la salud de madres y bebés en Ohio.

CAWI: SET LIMIT TO 500 CHARACTERS.

01 CONTINUE

THX

Gracias de nuevo por participar en este estudio. Sus respuestas nos ayudarán a trabajar para mantener a las madres y bebés en Ohio sanos. Si tiene alguna pregunta sobre el estudio, puede comunicarse con Andrea Arendt al (614) 644-0190, o con Naomi Freedner al (866) 406-7333.

01 CONTINUE