

**ECLS-B 9-month National Study
Parent Self Administered Questionnaire (SAQ)
Spanish Version**

Por favor complete este cuestionario en privado. Como toda la información que usted nos da, las respuestas a estas preguntas serán mantenidas en forma estrictamente confidencial. Cuando haya terminado de responder estas preguntas, por favor ponga el folleto en el sobre, cierre el sobre, y d selo al entrevistador.

NOTA:

Si usted NO tiene un(a) esposo(a)/compañero(a) viviendo en su hogar, por favor marque aquí y \longrightarrow vaya a Q3.

Q1.  Dir a usted que su (matrimonio/relación) es ...

Marque (X) una

- Muy feliz,
 Regularmente feliz, o
 No muy feliz?

Q2.  Usted y su esposo(a)/compañero(a) frecuentemente, algunas veces, casi nunca, o nunca tienen discusiones acerca de ...

Para cada opción, narque (X) una respuesta

	<u>Frecuen</u> <u>temente</u>	<u>Algunas</u> <u>veces</u>	<u>Casi</u> <u>nunca</u>	<u>Nunca</u>
a. Tareas domésticas y responsabilidades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Su(s) niño(s)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dinero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. No mostrar amor y afecto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Sexo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Religión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Tiempo libre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Alcoholismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Otra mujer u hombre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Los suegros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3. Aquí hay una lista de las maneras en que usted puede haberse sentido o comportado recientemente. ¿Con qué frecuencia durante la semana pasada se ha sentido de estas maneras? ¿Diría usted que raramente o nunca, algo o poca parte del tiempo, ocasionalmente o una moderada parte del tiempo, o la mayor parte o todo el tiempo? ¿Con qué frecuencia durante la semana pasada ha sentido usted...

Para cada opción, marque (X) una respuesta

	Raramente o nunca (menos de <u>1 día</u>)	Algo o poca parte del tiempo (<u>1-2 días</u>)	Ocasionalmente o una moderada parte del tiempo (<u>3-4 días</u>)	La mayor parte o todo el tiempo (<u>5-7 días</u>)
a. Molestia por cosas que normalmente no le molestan a usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Que no tenía ganas de comer; tenía mal apetito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Que no se podía quitar la tristeza de encima, aún con la ayuda de su familia y amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Que tenía problema para mantener la mente en lo que hacía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Deprimida(o)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Que todo lo que hacía era un esfuerzo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Temerosa(o)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Que su sueño era intranquilo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Que usted habló menos de lo usual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Solitaria(o)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Triste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Que usted no podía "continuar"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q4. En los últimos 12 meses, ¿ha hablado con un psiquiatra, psicólogo, médico, o consejero por algún problema emocional o psicológico?

Sí → Vaya a Q6

No



Q5. Durante los 12 meses pasados, ¿ha sentido usted o le ha sugerido alguien, que usted necesitaba ayuda para algún problema emocional o psicológico?

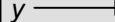
Sí

No

Q6. ¿Qué de esto, si algo, le ha pasado a usted en toda su vida?

Para cada opción, marque (X) una respuesta

	<u>S</u> í	<u>N</u> o
a. ¿Ha sido suspendida(o) o expulsada alguna vez de la escuela?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Ha sido despedida(o) o dada de baja alguna vez de un trabajo debido a su comportamiento, actitud, o desempeño en el trabajo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Ha tenido que pasar la noche alguna vez en una institución por un problema psicológico o de salud mental?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Ha tenido alguna vez un problema de alcoholismo o drogas u otra persona pensó que usted lo tenía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Ha sido declarada(o) convicta alguna vez por conducir mientras estaba intoxicada(o) o conduciendo ebria(o)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿La(o) han llevado a la cárcel alguna vez, arrestada(o) o convicta(o) de un crimen, distinto a conducir ebria(o)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTA: El resto de las preguntas son **SOLAMENTE** para la madre o el padre (del niño/de la niña) (madrastra/padrastro), de crianza, adoptivo(a) o biológico(a). Si usted **NO** es la madre o el padre (del niño/de la niña), por favor marque aquí y  siga al encasillado al final de la página 7.

Q7. En total, ¿cuántos (niños/niñas) biológicos(as) o consanguíneos(as) tiene usted?

Por favor incluya (al niño/a la niña) objeto del estudio – es decir (al niño/a la niña) seleccionado(a) para esta encuesta.

|_|_| CANTIDAD DE (NIÑOS/NIÑAS)

Q8. ¿Qué edad tenía usted cuando nació su primer(a) (niño/niña)?

|_|_| EDAD CUANDO NACIO (EL/LA) PRIMER(A) (NIÑO/NIÑA)

Q9. ¿Tiene usted (algún niño/alguna niña) biológico(a) o consanguíneo(a) que viva fuera de su hogar?

- Sí
 No  Vaya a la NOTA antes de Q12.

Q10. ¿Cuántos(as) de sus (niños/niñas) biológicos(as) o consanguíneos(as) viven fuera de su hogar?

|_|_| CANTIDAD DE (NIÑOS/NIÑAS) QUE VIVEN FUERA DE SU HOGAR

Q11. ¿Paga usted manutención o pensión alimenticia por alguno de estos(as) (niños/niñas)?

- Sí
- No

NOTA: Las siguientes preguntas son **SOLAMENTE** para la madre biológica (del niño/de la niña).
Si usted **NO** es la madre biológica (del niño/de la niña), por favor marque aquí y **→ siga a la NOTA antes de la Pregunta 20.**

Q12. Recuerde justo antes de que quedara embarazada. Antes que usted quedara embarazada con su bebé, ¿había dejado de usar usted o el padre de su bebé todo método de control de la natalidad?

Marque (X) una respuesta

- Sí
- Nunca usamos métodos de control de la natalidad
- No **→ Vaya a Q14**

Q13. ¿Por qué no estaba usted o el padre de su bebé usando ningún método de control de la natalidad?

Marque (X) todas las opciones que correspondan.

- Quería quedar embarazada **→ Vaya a Q16**
 - No pensé que podía quedar embarazada
 - Había estado teniendo efectos secundarios del método de control de la natalidad que usaba
 - No quise usar métodos de control de la natalidad
 - No pensé que yo iba a tener relaciones sexuales
 - Esposo/Compañero no quiso usar métodos de control de la natalidad
 - No tenía recursos para usar métodos de control de la natalidad
 - No tenía conocimiento de los métodos de control de la natalidad
 - Otro. Por favor especifique. ↷
-
-

Q14. En el momento en que usted quedó embarazada con su bebé, ¿quería usted misma en realidad tener un bebé en algún momento?

Sí → Vaya a Q16

No → Vaya a Q17

No estoy segura

Q15. Es difícil algunas veces recordar estas cosas pero, justo antes de que empezara ese embarazo, ¿diría que usted probablemente quería un(otro) bebé en algún momento o probablemente no?

Marque (X) una respuesta

Probablemente sí

Probablemente no

No le importaba

} → Vaya a Q17

Q16. ¿Quedó usted embarazada más pronto de lo que usted quería, más tarde de lo que usted quería, o más o menos en el momento justo?

Más pronto

Más tarde

Más o menos en el momento justo

Q17. Y su compañero en el momento en que usted quedó embarazada con su bebé, ¿quería él que usted tuviera un bebé en algún momento?

Sí

No → Vaya a Q19

Q18. ¿Quedó usted embarazada más pronto de lo que él quería, más tarde de lo que él quería, o más o menos en el momento justo?


Más pronto

Más tarde

Más o menos en el momento justo

Q19. Si usted pudiese escoger exactamente la cantidad de niños para tener en toda su vida, ¿cuántos niños escogería tener ahora?


|__|__| CANTIDAD DE NIÑOS QUE ESCOGERIA TENER

NOTA: Las siguientes preguntas son **SOLAMENTE** para el padre biológico (del niño/de la niña).
Si usted **NO** es el padre biológico (del niño/de la niña), por favor marque aquí y  siga al encasillado al final de la página 7.

Las siguientes preguntas son acerca del período de tiempo antes de que naciera (el niño/la niña) y el momento del nacimiento de (él/ella). Quisiéramos saber más acerca de cómo se sienten los padres y las cosas que hacen ellos durante el embarazo de su (esposa/compañera) y el nacimiento.

Q20. En el momento en que su (esposa/compañera) quedó embarazada (del niño/de la niña), ¿quería usted que ella tuviera un (otro) bebé en algún momento?

Marque (X) una respuesta

- Sí
 No  Vaya a Q22

Q21. ¿Quedó ella embarazada más pronto de lo que usted quería, más tarde de lo que usted quería, o más o menos en el momento justo?

Marque (X) una respuesta

- Más pronto
 Más tarde
 Más o menos en el momento justo

Q22. ¿Hizo usted algo de lo siguiente antes de que naciera su (niño/niña)? ¿Usted...

Marque (X) una respuesta para cada opción

	<u>Sí</u>	<u>No</u>
a. Discutió con su (esposa/compañera) cómo le estaba yendo a ella con su embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Vio un sonograma o ultrasonido del bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Escuchó los latidos del corazón del bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sintió moverse al bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Asistió a clases de preparación para el parto o clases Lamaze con la madre de su (niño/niña)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Compró cosas para (el niño/la niña)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q23. Pensando en el nacimiento de su (niño/niña), ¿estuvo usted en la sala de parto o en el cuarto donde nació su (niño/niña)?

- Sí
 No

Q24. Ya sea que usted estuvo presente en el nacimiento o no, cuando su (niño/niña) estaba en el hospital o centro de nacimiento después que (él/ella) nació, ¿fue usted a verlo(a)?

Marque (X) una respuesta

- Sí
- No
- (El niño/la niña) nunca estuvo en un hospital o centro de nacimiento

Q25. ¿Cuándo tomó usted (al niño/a la niña) en brazos por primera vez?

Marque (X) una

- Dentro de una hora después del parto
- El día del nacimiento, pero más de una hora después del parto
- 1 día después del nacimiento
- 2-3 días después del nacimiento
- 4-7 días después del nacimiento
- 8-14 días después del nacimiento
- 15 o más días después del nacimiento

- No pudo tomarlo(a) en brazos porque (el niño/la niña) estaba en la unidad de cuidado intensivo para recién nacidos ("NICU")

FIN DEL FOLLETO

GRACIAS POR RESPONDER ESTAS PREGUNTAS.