

# Delaware SURVEY OF WOMEN



## ¿Quién debería completar el estudio?

Esta encuesta debería ser completada por una mujer del hogar entre las edades de 18-44 años.

## INSTRUCCIONES DE LA ENCUESTA

Por favor marque su respuesta con una "X" utilizando tinta azul o negra, como se muestra en los ejemplos que figuran a continuación.

Ejemplos:

Forma correcta	Forma incorrecta
<input checked="" type="checkbox"/> 9 8 9 9	<input type="checkbox"/> 9 8 9 9

Las preguntas que le haremos tienen que ver con sus opiniones y su entendimiento acerca de una variedad de temas importantes. Algunos temas pueden ser sensibles para usted, y usted puede negarse a contestar cualquier pregunta. Usted podrá saltar cualquier pregunta para indicar que 'No sabe' o que 'Prefiere no contestar'.

## COMIENCE AQUÍ

Su dirección fue seleccionada al azar para participar en este estudio conducido por NORC de la Universidad de Chicago. La información recopilada es usada por legisladores, investigadores científicos y oficiales del gobierno para entender mejor la salud de las mujeres y satisfacer mejor sus necesidades cambiantes.

Esta encuesta es completamente confidencial y sus respuestas no serán divulgadas a terceros. La información que usted proporcione será usada por el equipo de investigación de NORC para propósitos científicos solamente. La información que usted proporcione se guardará en computadoras seguras de NORC con protecciones de contraseñas y sólo personal de NORC con autorización tendrá acceso a la información. La información será retenida durante 3 a 5 años después de la encuesta para análisis y para análisis y reporte de resultados. La encuesta tomará de 15 a 20 minutos para completar. La participación es voluntaria y usted podrá saltarse cualquier pregunta.

**Sus opiniones son muy importantes para nosotros,  
y apreciamos mucho su ayuda.**

**Si se encuentra con dificultades durante la encuesta,  
por favor llámenos por línea gratuita al**

**1-866-643-6672**

o mándenos un correo electrónico a

**womenshealth@norc.org**

## MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Los siguientes son sólo algunos de los métodos anticonceptivos que serán mencionados en la encuesta. Por favor refiérase a esta página si usted tiene alguna duda sobre algún método anticonceptivo.



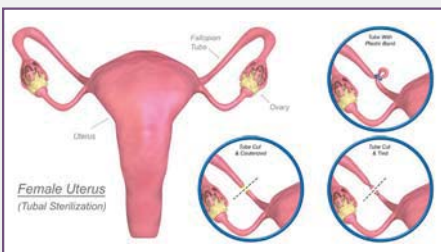
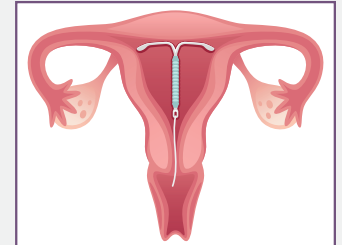
**Parche anticonceptivo (Evra® u otro)**

**Implante (Implanon® o Nexplanon®)** El implante anticonceptivo se llama Nexplanon (la versión anterior se llamaba Implanon). El implante es una varilla que se inserta en el interior del brazo de una mujer. El implante contiene una pequeña cantidad de hormonas que se liberan lentamente para evitar que una mujer quede/salga embarazada. El implante es eficaz por un máximo de 3 años.



**Depo-Provera® (también llamado “la inyección”)**

**DIU (Mirena®, Paragard®, Skyla®, Liletta®, o Kyleena®)** Un DIU (DIU es sinónimo de “dispositivo intrauterino”) es un dispositivo anticonceptivo que se inserta en el útero de una mujer. Algunos DIUs como Mirena, Liletta, y Skyla contienen una pequeña cantidad de hormonas que se liberan lentamente a lo largo de muchos años (3-5 años dependiendo del DIU) e impiden que una mujer quede embarazada. El DIU Paragard está hecho de cobre, que no contiene ningún tipo de hormonas, y puede impedir que una mujer quede embarazada durante un máximo de 10 años.



**Operación femenina (esterilización, ligadura de trompas, Essure®)**

Algunas mujeres se esterilizan por medio de la inserción de un pequeño dispositivo dentro de las trompas de Falopio; este método se llama “Essure®”.

### **Métodos anticonceptivos naturales (ritmo o calendario, temperatura corporal o basal, el método del collar)**

Métodos anticonceptivos naturales incluyen comportamientos o estrategias que las mujeres y sus parejas pueden utilizar para prevenir el embarazo sin medicación. Algunos métodos anticonceptivos naturales incluyen el “Método del calendario” o el “método del ritmo”, que significa que las parejas no tienen relaciones sexuales pene-vagina durante el tiempo en que una mujer tiene más probabilidades de quedar embarazada (las mujeres son más fértiles, y probablemente pueden quedar embarazadas a la mitad de su ciclo menstrual). Las mujeres también pueden utilizar Cycle Beads o el “método del collar” para ayudarles a contar días y estimar cuando es más probable que se queden embarazadas. Cada cuenta del collar representa un día del mes y la mujer no debe tener relaciones sexuales en los días representados por las cuentas blancas. Finalmente, algunas mujeres que utilizan métodos anticonceptivos naturales se basan en el método de la temperatura basal del cuerpo. Este método requiere que las mujeres hagan un seguimiento de su temperatura y del flujo de su cuello uterino todos los días. Hay un punto en el mes durante el cual su temperatura y los flujos cervicales cambian y eso señala el tiempo en que ella tiene más probabilidades de quedar embarazada, y por lo tanto se debe evitar tener relaciones sexuales.

## SECCIÓN A. PRESELECCIÓN

1 ¿Cuál es su edad (en años)?

años

<sup>1</sup>  Menos de 18 y más de 44 años de edad



***Si nadie en su hogar es una mujer de 18 a 44 años de edad, por favor marque la casilla, pare aquí y devuelva este estudio en el sobre adjunto. Es importante que recibamos una respuesta de todo hogar seleccionado para este estudio.***

2 ¿Cuál es su sexo?

<sup>1</sup>  Mujer

<sup>2</sup>  Hombre



***Si nadie en su hogar es una mujer de 18 a 44 años de edad, por favor marque la casilla, pare aquí y devuelva este estudio en el sobre adjunto. Es importante que recibamos una respuesta de todo hogar seleccionado para este estudio.***

## SECCIÓN B. SALUD GENERAL

3 ¿Diría usted que su estado de salud general es...?

- 1  Excelente
- 2  Muy Buena
- 3  Buena
- 4  Regular
- 5  Mala
- 6  Prefiero no contestar

4 En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en que usted necesitó atención médica para usted misma, por cualquier razón, pero no la obtuvo?

- 1  Sí
- 2  No → Vaya a la Pregunta 6
- 3  Prefiero no contestar → Vaya a la Pregunta 6

5 ¿Por qué usted no recibió atención médica?  
Por favor marque todos los que apliquen.

- 1  Estaba fuera de mi alcance económico.
- 2  No sabía a dónde ir.
- 3  Estaba demasiado lejos.
- 4  No pude llegar allí cuando estaba abierto.
- 5  No pude conseguir una cita pronto.
- 6  No tenía transporte.
- 7  No tuve tiempo para ir.
- 8  Estaba preocupada de que no estuviera cubierta por mi seguro.
- 9  Por alguna otra razón, especifique:
- 10  Prefiero no contestar

## SECCIÓN C. USO DE ANTICONCEPTIVOS EN EL PASADO

¿Alguna vez usted ha utilizado alguno de estos métodos anticonceptivos, incluso si ha utilizado el método una sola vez?

6 Coito interrumpido (también llamado “terminar afuera”)

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

7 Píldoras (o pastillas) anticonceptivas

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

8 Parche anticonceptivo (Evra® u otro)

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

9 Anillo vaginal (Nuvaring® u otros)

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

10 Depo-Provera® (también llamado “la inyección”)

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

¿Alguna vez usted ha utilizado alguno de estos métodos anticonceptivos, incluso si ha utilizado el método una sola vez?

11 DIU (Mirena®, Paragard®, Skyla®, Liletta®, o Kyleena®)

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

→ Si respondió que no, ¿cuál es la razón principal por la cual usted no usa el DIU?

- 1  El costo es demasiado alto
- 2  No estoy familiarizada con este método anticonceptivo
- 3  Debido a mis creencias (religiosas o de otro tipo)
- 4  Para evitar efectos secundarios negativos
- 5  No me siento cómoda pidiéndole un DIU a mi médico
- 6  Me preocupa el procedimiento para insertar o extraer el DIU
- 7  Mi proveedor de salud no discutió conmigo los DIUs
- 8  Prefiero usar un método diferente
- 9  No quiero un objeto dentro de mi cuerpo
- 10  Alguna otra cosa, por favor especifique:

11  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿qué DIU ha utilizado?  
Por favor marque todos los que apliquen.

- 1  Liletta® (DIU hormonal utilizado por un máximo de 3 años)
- 2  Mirena® (DIU hormonal utilizado por un máximo de 5 años)
- 3  Skyla® (DIU hormonal utilizado por un máximo de 3 años)
- 4  Paragard® (DIU sin hormonas utilizado por un máximo de 10 años, también se conoce como la “T de cobre”)
- 5  Kyleena® (DIU hormonal utilizado por un máximo de 5 años)
- 6  No sé
- 7  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿ha tenido algún problema con el DIU desde que fue insertado (o colocado)? Por ejemplo, ¿lo tuvieron que volver a insertar (o colocar)?

- 1  Sí, Especifique:
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

**12 Implante (Implanon® o Nexplanon®)**

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

→ **Si respondió que no**, ¿cuál es la razón principal por la que usted nunca ha usado un implante?

- 1  El costo es demasiado alto
- 2  No estoy familiarizada con este método anticonceptivo
- 3  Debido a mis creencias (religiosas o de otro tipo)
- 4  Para evitar efectos secundarios negativos
- 5  No me siento cómoda solicitando un implante de mi médico
- 6  Me preocupa el procedimiento para insertar o extraer el implante
- 7  Mi proveedor de salud no discutió implantes conmigo.
- 8  Prefiero usar un método diferente
- 9  No quiero un objeto dentro de mi cuerpo
- 10  Alguna otra cosa, por favor especifique:
- 11  Prefiero no contestar

¿Alguna vez usted **ha utilizado** alguno de estos métodos anticonceptivos, incluso si ha utilizado el método una sola vez?

**13 Condones masculinos o preservativos**

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

**14 Métodos de barrera (diafragma, esponja, capuchón cervical, condón femenino)**

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

**15 Métodos anticonceptivos naturales (ritmo o calendario, temperatura corporal o basal, el método del collar)**

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

**16 La píldora anticonceptiva de emergencia (la píldora del día siguiente, también conocida como "Plan B"® o Ella®)**

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

**17 Operación masculina (esterilización o vasectomía de la pareja sexual)**

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

**18 Operación femenina (esterilización, ligadura de trompas, Essure)** *Algunas mujeres se esterilizan por medio de la inserción de un pequeño dispositivo dentro de las trompas de Falopio; este método se llama "Essure".*

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

**19 Cualquier otro método no mencionado previamente**

- 1  Sí, especifique:

- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

*Si nunca ha usado un método anticonceptivo, por favor vaya a la Pregunta 22. De otra manera, por favor continúe con la Pregunta 20.*

**20 ¿Alguna vez usted ha dejado de usar un método anticonceptivo porque no estaba satisfecha con él o porque simplemente no le gustó?** *No tome en cuenta los casos en que dejó de usar un método anticonceptivo por alguna razón que no fuera estar insatisfecha. Por ejemplo, si dejó de usarlo para poder embarazarse o porque no estaba teniendo relaciones sexuales con un hombre.*

- 1  Sí
- 2  No → *Vaya a la Pregunta 22*
- 3  Prefiero no contestar → *Vaya a la Pregunta 22*

**21 ¿Qué método o métodos ha dejado de usar alguna vez porque no estaba satisfecha?** *Seleccione todas las que apliquen.*

- 1  Píldoras (o pastillas) anticonceptivas
- 2  Coito interrumpido (consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación)
- 3  DIU (Mirena®, Paragard®, Skyla®, Liletta®, o Kyleena®)
- 4  Implante (Implanon® o Nexplanon®)
- 5  Anillo vaginal (Nuvaring® u otros)
- 6  Inyecciones anticonceptivas (Depo-Provera®, también se le conoce como "la inyección")
- 7  Parche anticonceptivo (Evra® u otro)
- 8  Condones masculinos
- 9  Métodos anticonceptivos naturales (ritmo o calendario, temperatura corporal o basal, el método del collar)
- 10  Métodos de barrera (Diafragma, esponja anticonceptiva, capuchón cervical, condón femenino)
- 11  Prefiero no contestar

**22** En los últimos 12 meses, ¿ha necesitado algún método anticonceptivo pero fue demasiado caro?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

**23** En los últimos 12 meses, ¿por alguna razón, usted se ha retrasado en conseguir o ha tenido problemas para conseguir el método anticonceptivo que quería?

- 1  Sí
- 2  No → Vaya a la Pregunta 25
- 3  Prefiero no contestar → Vaya a la Pregunta 25

**24** ¿Por qué se retrasó en conseguir o tuvo problemas para conseguir el método anticonceptivo que usted quería? Por favor marque todos los que apliquen.

- 1  Fue demasiado caro
- 2  No pude comunicarme con un médico, una clínica o farmacia por teléfono
- 3  No pude conseguir una cita con un médico, una clínica o farmacia rápidamente
- 4  El médico, la clínica o la farmacia no estaban abiertos cuando yo podía ir
- 5  Una vez que llegué al médico, a la clínica o a la farmacia, el tiempo de espera era demasiado largo para ser atendida por algún profesional de salud
- 6  Yo no tenía el transporte ni a nadie que me llevara a la clínica / farmacia
- 7  Yo fui tratada injustamente
- 8  Otro: Por favor especifique:
- 9  Prefiero no contestar

→ ¿Por qué motivo fue tratada injustamente? Por favor marque todos los que apliquen.

- 10  Debido a mi raza / origen étnico
- 11  Debido a que el inglés no es mi primera lengua
- 12  Debido a mi orientación sexual
- 13  Debido a mi actividad sexual o estilo de vida
- 14  Por alguna otra razón
- 15  Prefiero no contestar

## SECCIÓN D. FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA

**25** En los últimos 12 meses, ¿ha recibido usted atención médica?

- 1  Sí
- 2  No → Vaya a la Pregunta 27
- 3  Prefiero no contestar → Vaya a la Pregunta 27

**26** En los últimos 12 meses, ¿ha estado usted en alguno de estos lugares para recibir atención médica para usted misma?

	Sí	No	No sé	Prefiero no contestar
a. Westside Family Healthcare (Salud de la familia de Westside)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
b. Clínica de Salud de la Universidad del Estado de Delaware	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
c. Clínica La Red	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
d. Niños y Familias Primero (también llamado ARC)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
e. Planned Parenthood de Delaware	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
f. Henrietta Johnson Centro Médico	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
g. Family Wellness Center/ Delaware Families First (Centro de Bienestar Familiar/ Familias Primeras de Delaware)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
h. Servicios de Salud del Estudiante de La Universidad del Estado de Delaware	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
i. Una clínica de salud escolar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
j. Edward W. Pyle Centro de Servicio del Estado	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
k. Thurman Adams Centro de Servicio del Estado (anteriormente el Centro de Servicio del Estado de Georgetown)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
l. Milford Riverwalk Centro de Servicio del Estado	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
m. Anna C. Shipley Centro de Servicio del Estado	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

27

En los últimos 3 meses, ¿ha obtenido información sobre cómo conseguir métodos anticonceptivos por cualquiera de los siguientes medios?

- |  | Sí                         | No                         | No sé                      | Prefiero no contestar      |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Un amigo(a) o un familiar   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| b. Twitter, Facebook, o Snapchat   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| c. Otro medio de comunicación social, otros sitios web o anuncios en internet                            | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| d. Carteles, letreros, vallas publicitarias o espectaculares   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| e. Televisión o radio  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| f. Anuncios o campañas en la comunidad, como por ejemplo en bares, restaurantes, u otros eventos locales | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| g. Medios impresos, como en revistas, periódicos y folletos  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| h. Una enfermera, un médico (o doctor) u otro proveedor de atención médica                               | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| i. Un trabajador social o un trabajador de salud comunitario   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| j. Cualquier otro medio por favor especifique cualquier otro(s) lugar(es):                               |                            |                            |                            | 4 <input type="checkbox"/> |
|  | <input type="text"/>       |                            |                            | 4 <input type="checkbox"/> |

Si usted contestó No a todos los medios en la Pregunta 27, por favor vaya a la Pregunta 29. De otra manera, continúe con la Pregunta 28.

28

¿Qué tipo de información ha aprendido de estas fuentes? Por favor marque todos los que apliquen.

- 1  Dónde ir para obtener métodos anticonceptivos
- 2  El precio de los diferentes métodos anticonceptivos
- 3  Qué tipos de métodos anticonceptivos son los más eficaces en la prevención del embarazo
- 4  La información sobre un método anticonceptivo en particular, como por ejemplo la forma en que se coloca o cómo funciona
- 5  Otra información, por favor especifique:
- 
- 6  Prefiero no contestar

29

¿Sabe cómo USTED puede conseguir cualquiera de los siguientes métodos anticonceptivos gratis? (Por GRATIS queremos decir que usted no tiene que pagar nada de su bolsillo.)

- |  | Si                         | No                         | Prefiero no contestar      |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Condón masculino  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| b. DIU (Mirena®, Paragard®, Skyla®, Liletta®, o Kyleena®)                                | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| c. Implante anticonceptivo (Nexplanon®)  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| d. Inyecciones anticonceptivas (Depo-Provera®, también se le conoce como "la inyección") | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| e. Píldoras (o pastillas) anticonceptivas  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| f. Anillo vaginal (NuvaRing®)  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| g. Otro método, por favor especifique:   |                            |                            | 3 <input type="checkbox"/> |
|  | <input type="text"/>       |                            | 3 <input type="checkbox"/> |

30

Verdadero o Falso: Usted puede comenzar a usar cualquier método anticonceptivo que desee durante una visita al consultorio de una clínica.

- 1  Verdadero
- 2  Falso
- 3  Depende del tipo de método anticonceptivo.
- 4  No sé
- 5  Prefiero no contestar

31a

De la siguiente lista de experiencias de salud, ¿cuántas de ellas ha tenido (o experimentado) usted personalmente? No es necesario decir cuáles, solo cuántas.

- Alguna vez ha utilizado o tomado un medicamento para el cual necesitaba una receta médica
- Alguna vez se ha hecho una prueba de Papanicolaou
- En los últimos 10 años le diagnosticaron cáncer de mama

- Escriba un número entre 0-3
- 1  No sé
- 2  Prefiero no contestar

31b

En la siguiente lista de experiencias de salud, ¿cuántas de ellas ha tenido (o experimentado) usted personalmente? No es necesario decir cuáles, solo cuántas.

- Alguna vez ha utilizado un método anticonceptivo (así como la píldora, el DIU o implante, condones, o inyecciones anticonceptivas)
- Alguna vez ha tenido un aborto intencional/inducido (terminó un embarazo intencionalmente)
- En el último año ha tenido un embarazo ectópico o tubárico
- Alguna vez le han medido su presión arterial

- Escriba un número entre 0-4
- 1  No sé
- 2  Prefiero no contestar



## SECCIÓN E. OPINIONES ACERCA DE LA POLÍTICA PÚBLICA

En la siguiente sección, nos gustaría pedirle sus opiniones sobre el aborto intencional/inducido. Para asegurarnos de que todas las mujeres participando en esta encuesta tengan la misma información en mente, usted debe saber que el aborto en los EE.UU. es legal en los 50 estados y está regulado por la comunidad médica para garantizar la seguridad del procedimiento. Por favor, tenga en cuenta sus propias ideas, opiniones y experiencias al contestar las siguientes preguntas.

**32** Basado en lo que usted ha escuchado, ¿Qué tan fácil es para una mujer obtener un aborto intencional/inducido en el estado en donde usted radica?

- 1  Muy fácil
- 2  Un poco fácil
- 3  Ni fácil ni difícil
- 4  Un poco difícil
- 5  Muy difícil
- 6  Depende de la situación
- 7  No sé
- 8  Prefiero no contestar

**35** ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones?:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Prefiero no contestar
a. Los servicios de aborto intencional/ inducido deben ser seguros, eficaces, y de un costo accesible para todas las mujeres en sus comunidades.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
b. Ninguna mujer debe temer ser detenida o ir a la cárcel por haber obtenido un aborto intencional/inducido	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**36** ¿Qué tan favorable o desfavorable es su opinion sobre los médicos que practican abortos intencionales/inducidos?

- 1  Muy favorable
- 2  Algo favorable
- 3  Ni favorable ni desfavorable
- 4  Algo desfavorable
- 5  Muy desfavorable
- 6  Depende de la situación
- 7  Prefiero no contestar

**33** Basado en lo que usted sabe o ha oído, ¿Qué tan seguro o inseguro cree que sea el procedimiento para un aborto intencional/inducido en el estado en donde usted radica?

- 1  Muy seguro
- 2  Algo seguro
- 3  Ni seguro ni peligroso
- 4  Un poco peligroso
- 5  Muy peligroso
- 6  Depende de la situación
- 7  No sé
- 8  Prefiero no contestar

**34** Basado en lo que usted ha escuchado, ¿Qué tan probable es que una mujer se arrepienta de haber tenido un aborto intencional/inducido?

- 1  Muy probable
- 2  Algo probable
- 3  Ni probable ni improbable
- 4  Algo improbable
- 5  Muy improbable
- 6  Depende de la situación
- 7  No sé
- 8  Prefiero no contestar

**37** ¿Cuál de las siguientes opiniones se acerca más a su punto de vista sobre el aborto intencional/inducido?

- 1  Tener un aborto intencional/inducido es aceptable
- 2  Estoy en contra del aborto intencional/inducido para mí misma, pero no creo que el gobierno deba impedir que una mujer tome esa decisión por sí misma
- 3  Tener un aborto intencional/inducido está mal
- 4  Prefiero no contestar

**38** ¿Se identifica usted como...?

- 1  A favor del derecho a decidir ("Pro-Choice")
- 2  En contra del aborto, o "Pro-Vida"
- 3  Ninguno de los dos
- 4  Ambos
- 5  Prefiero no contestar

## SECCIÓN F. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Ahora nos gustaría hacer algunas preguntas con respecto a sus antecedentes.

**39** ¿Cuál es el grado más alto o nivel escolar que usted ha completado?

- 1  No ha completado ningún grado
- 2  Pre-escolar o pre-kinder
- 3  Jardín de infancia, o Kindergarten
- 4  Grado 1 a 11  
  *Especifique grado*
- 5  Grado 12 – SIN DIPLOMA
- 6  Diploma de escuela secundaria o preparatoria
- 7  GED o examen equivalente
- 8  Algunos créditos universitarios, pero menos de 1 año de crédito universitario
- 9  1 o más años de crédito universitario, sin título
- 10  Título asociado universitario (por ejemplo: AA, AS)
- 11  Título de licenciatura universitaria (por ejemplo: BA, BS)
- 12  Título de Maestría (por ejemplo: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)
- 13  Título Profesional más allá de licenciatura universitaria (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, JD)
- 14  Título de Doctorado (por ejemplo: PhD, EdD)
- 15  Prefiero no contestar

**40** ¿En dónde nació?

- 1  En los Estados Unidos (incluyendo sus territorios: Puerto Rico, Guam, etc.)
- 2  Fuera de los Estados Unidos
- 3  Prefiero no contestar

**41** ¿Es usted de origen hispano, latino, o español?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

**42** ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su raza?

- 1  Negra o Afro-Americana
- 2  Blanca
- 3  Asiática o Asiática Americana
- 4  India Americana o nativa de Alaska
- 5  Nativa de Hawái o de las Islas del Pacífico
- 6  Otro, por favor especifique:
- 7  Prefiero no contestar

**43** ¿Cuál es su estado civil actual?

- 1  Ahora estoy casada → *Vaya a la Pregunta 45*
- 2  Viuda
- 3  Divorciada
- 4  Separada
- 5  Nunca he estado casada
- 6  Prefiero no contestar

**44** ¿Actualmente vive usted con una pareja romántica?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

**45** ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su definición de sí misma?

- 1  Lesbiana o Gay
- 2  Heterosexual, es decir, no gay o lesbiana
- 3  Bisexual
- 4  Otra cosa
- 5  No sé
- 6  Prefiero no contestar

**46** ¿Se describe a sí mismo(a) como hombre, mujer o transgénero?

- 1  Mujer
- 2  Hombre
- 3  Transgénero
- 4  No me identifico como mujer, hombre ni transgénero
- 5  No sé
- 6  Prefiero no contestar

**47** En cualquier momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha estudiado usted en una escuela o universidad? *Incluya sólo instituciones que conducen a un diploma de escuela secundaria o un título universitario, o a un título profesional más alto que una licenciatura universitaria.*

- 1  Sí
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

**48** ¿Es usted actualmente...?

- 1  Empleada asalariada
- 2  Trabajadora independiente (autoempleada)
- 3  Ha estado desempleada por 1 año o más
- 4  Ha estado desempleada por menos de 1 año
- 5  La persona que se ocupa de las tareas de la casa
- 6  Jubilada
- 7  No puede trabajar
- 8  Prefiero no contestar

**49** En estudios como este, usualmente se agrupa a las personas de acuerdo a los ingresos agregados de todos los miembros del hogar. Tomando en cuenta los ingresos de su hogar de todas las fuentes en 2015, ¿aproximadamente cuál fue el ingreso de todos los miembros de su hogar, antes de impuestos? *Su mejor estimación está bien.*

\$

- 1 No sé  
 2 Prefiero no contestar

→ Si respondió “No sé” o “Prefiero no contestar”, ¿qué tal si le doy algunas categorías? Diría usted que los ingresos anuales de su hogar fueron:

- 1 Menos de 10,000 dólares  
 2 Entre 10,000 y menos de 15,000 dólares  
 3 Entre 15,000 y menos de 20,000 dólares  
 4 Entre 20,000 y menos de 25,000 dólares  
 5 Entre 25,000 y menos de 35,000 dólares  
 6 Entre 35,000 y menos de 50,000 dólares  
 7 Entre 50,000 y menos de 75,000 dólares  
 8 75,000 dólares o más  
 9 No sé  
 10 Prefiero no contestar

**50** Ahora, por favor considere solamente a usted misma. Durante los últimos 12 MESES, ¿recibió algún ingreso de sueldos, salarios, comisiones, bonos o propinas?

- 1 Sí  
 2 No → Vaya a la Pregunta 52  
 3 Prefiero no contestar → Vaya a la Pregunta 52

**51** ¿Cuál fue la cantidad total de ingresos que recibió en los últimos 12 meses? *Por favor reporte la cantidad que usted gana antes de impuestos. Su mejor estimación está bien.*

\$

- 1 No sé  
 2 Prefiero no contestar

**52** Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas horas trabajó cada SEMANA en general?

Horas por semana

- 1 No sé  
 2 Prefiero no contestar

**53** Actualmente, ¿Qué importancia tiene la religión en su vida diaria? Diría usted que es muy importante, algo importante, o no es importante?

- 1 Muy importante  
 2 Algo importante  
 3 No es importante  
 4 No sé  
 5 Prefiero no contestar

**54** ¿Con qué frecuencia asiste usted a servicios religiosos?

- 1 Más de una vez a la semana  
 2 Una vez a la semana  
 3 2-3 veces al mes  
 4 Una vez por mes (alrededor de 12 veces al año)  
 5 3-11 veces al año  
 6 Una o dos veces al año  
 7 Nunca → Vaya a la Pregunta 56  
 8 Prefiero no contestar → Vaya a la Pregunta 56

**55** Por favor, indique su religión (por ejemplo, católica, protestante, musulmana, u otra).

- 1 Prefiero no contestar

**56** Para el siguiente grupo de preguntas, me gustaría preguntarle sobre su situación de vivienda actual. La casa, departamento, o casa móvil en la que vive es...

- 1 ¿Propiedad suya o de alguien en este hogar con una hipoteca o préstamo? Incluya préstamos con garantía hipotecaria.  
 1 ¿Propiedad suya o de alguien en este hogar libre de todo gravamen (sin una hipoteca o préstamo)?  
 1 ¿Rentada?  
 1 ¿Ocupada sin pago de renta?  
 2 No sé  
 3 Prefiero no contestar

**57** ¿Cuántas personas, incluyéndose usted, han vivido o se han quedado en esta dirección por más de 2 meses?

- Número de personas  
 1 No sé  
 2 Prefiero no contestar

**58** ¿Cuántos niños menores de 18 años viven con usted en su hogar actualmente?

- Número de niños  
 1 No sé  
 2 Prefiero no contestar

**59** ¿Vivía en esta casa o apartamento hace 1 año?

- 1 Sí → Vaya a la Pregunta 61  
 2 No, yo vivía en otra casa o apartamento en Delaware  
 3 No, yo vivía en una casa o apartamento en otro estado  
 4 No, yo vivía en una casa o apartamento fuera de los Estados Unidos  
 5 Prefiero no contestar

**60** ¿Ha estado viviendo o quedándose en su dirección actual por más de 2 meses?

- 1 Sí  
 2 No  
 3 Prefiero no contestar

## SECCIÓN G. SALUD REPRODUCTIVA

En la siguiente sección, nos gustaría saber más sobre su salud reproductiva.

**61** ¿Ha tenido una ligadura de trompas (“ligadura tubárica”) u otra operación que la hace incapaz de quedar embarazada?

- 1  Sí → Vaya a la Pregunta 95  
 2  No  
 3  Prefiero no contestar

**62** ¿Alguna vez ha sido diagnosticada como infértil (o estéril)?

- 1  Sí → Este es el final de la encuesta.  
 Vaya a la página 19.  
 2  No  
 3  Prefiero no contestar

**63** ¿Está usted embarazada actualmente?

- 1  Sí → Vaya a la Pregunta 92  
 2  No  
 3  Prefiero no contestar

**64** ¿Está usted tratando de quedar embarazada actualmente?

- 1  Sí → Vaya a la Pregunta 92  
 2  No  
 3  Prefiero no contestar

**65** ¿Tiene usted una o más personas que usted considere su médico o proveedor de atención médica?

- 1  Sí  
 2  No  
 3  Prefiero no contestar

**68** ¿Está actualmente cubierta por cualquiera de los siguientes tipos de seguro médico?

- |  | Sí                         | No                         | No sé                      | Prefiero no contestar      |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Seguro por medio del empleador o sindicato actual o anterior (por usted u otro miembro de la familia). Esto incluiría la cobertura de COBRA.  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| b. Seguro comprado directamente de una compañía de seguros (por usted u otro miembro de la familia). Esto incluiría cobertura adquirida a través de un intercambio o mercado, tales como Healthcare.gov.   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| c. Medicare, para las personas mayores de 65 años o personas con alguna discapacidad   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| d. Medicaid, Asistencia Médica (MA, por sus cifras en inglés), Programa de seguro médico para niños (CHIP, por sus cifras en inglés) o cualquier tipo de plan o asistencia patrocinada por el estado o gobierno basado en ingresos o discapacidades. Usted puede conocer este tipo de cobertura como Diamond State Health. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| e. TRICARE u otro cuidado de la salud militar, incluyendo el cuidado de la salud del VA.   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| f. Servicio de salud indígena de los EEUU  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| g. Cualquier otro tipo de seguro de salud o plan de cobertura de salud. Especifique:   |                            |                            |                            |                            |
| <input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/>   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

**66** ¿Hace cuánto que fue usted al médico para hacerse un chequeo general, de rutina? Un chequeo de rutina es un examen físico general, que no se realiza como consecuencia de una lesión, enfermedad o afección específica.

- 1  En el último año (hace menos de 12 meses)  
 2  En los últimos 2 años (hace más de 1 año, pero menos de 2)  
 3  En los últimos 5 años (hace más de 2 años, pero menos de 5)  
 4  Hace 5 años o más  
 5  Nunca  
 6  No sé  
 7  Prefiero no contestar

**67** En los últimos 12 meses, ¿ha recibido alguno de los siguientes servicios de un doctor u otra persona que presta atención médica?:

- |   | Sí                         | No                         | No sé                      | Prefiero no contestar      |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Le han dado o recetado algún método anticonceptivo   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| b. Le han hecho un chequeo o examen médico relacionado con el uso de un método anticonceptivo   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| c. Ha recibido consejería o información acerca de métodos anticonceptivos   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| d. Le ha preguntado un doctor, enfermera u otra persona que presta atención médica si quiere quedar embarazada durante el próximo año | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

## SECCIÓN H. USO ACTUAL DE ANTICONCEPTIVOS

**69** ¿Está usted utilizando actualmente algún método o métodos anticonceptivos?

- 1  Sí → Vaya a la Pregunta 71  
2  No  
3  Prefiero no contestar → Vaya a la Pregunta 71

**70** ¿Cuáles son las razones por las que no usa ningún método anticonceptivo? Por favor marque todos los que apliquen.

- 1  Actualmente no estoy teniendo relaciones sexuales con un hombre  
2  Es que no pienso en ello  
3  No me preocupa si quedo embarazada  
4  Quiero quedar embarazada  
5  No quiero utilizar un método anticonceptivo  
6  Mi pareja no quiere usar un método anticonceptivo  
7  No creo que puedo quedar embarazada en este momento  
8  Dejé de utilizar métodos anticonceptivos por los efectos secundarios negativos  
9  Actualmente estoy amamantando  
10  Tuve un problema consiguiendo el método anticonceptivo cuando lo necesitaba  
11  No pude pagar por un método anticonceptivo  
12  Creo que mi pareja es infértil (o estéril) y no me puede embarazar  
13  Creo que yo podría ser infértil o que podría ser imposible para mí para quedar embarazada  
14  Razones religiosas  
15  Recientemente dejé de usar mi método anticonceptivo y no lo he comenzado de nuevo  
16  Acabo de tener un bebé  
17  Otra razón, por favor describa:  
  
18  Prefiero no contestar

Si no está usando algún método anticonceptivo actualmente, vaya a la Pregunta 85. De otra manera, continúe con la Pregunta 71.

¿Qué tipo(s) de método(s) anticonceptivo está usted utilizando actualmente? Por favor marque todos los que apliquen.

**71** Coito interrumpido (consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación)

- 1  Sí  
2  No  
3  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿usó usted este método la última vez que tuvo relaciones sexuales con un hombre?

- 1  Sí  
2  No  
3  No sé  
4  Prefiero no contestar

**72** Pildoras (o pastillas) anticonceptivas

- 1  Sí  
2  No  
3  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿usó usted este método la última vez que tuvo relaciones sexuales con un hombre?

- 1  Sí  
2  No  
3  No sé  
4  Prefiero no contestar

**73** Parche anticonceptivo (Evra® u otro)

- 1  Sí  
2  No  
3  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿usó usted este método la última vez que tuvo relaciones sexuales con un hombre?

- 1  Sí  
2  No  
3  No sé  
4  Prefiero no contestar

¿Qué tipo(s) de método(s) anticonceptivo está usted utilizando actualmente? Por favor marque todos los que apliquen.

**74** Anillo vaginal (Nuvaring® u otros)

- 1  Sí  
2  No  
3  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿usó usted este método la última vez que tuvo relaciones sexuales con un hombre?

- 1  Sí  
2  No  
3  No sé  
4  Prefiero no contestar

**75** Inyecciones anticonceptivas (Depo-Provera®, también llamado "la inyección")

- 1  Sí  
2  No  
3  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿usó usted este método la última vez que tuvo relaciones sexuales con un hombre?

- 1  Sí  
2  No  
3  No sé  
4  Prefiero no contestar

**76** DIU (Mirena®, Paragard®, Skyla®, Liletta®, o Kyleena®)

- 1  Sí
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿qué DIU usa actualmente?

- 1  Mirena®
- 2  Paragard®
- 3  Skyla®
- 4  Liletta®
- 5  Kyleena®
- 6  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿usó usted este método la última vez que tuvo relaciones sexuales con un hombre?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

**77** Implante (Implanon® o Nexplanon®)

- 1  Sí
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿usó usted este método la última vez que tuvo relaciones sexuales con un hombre?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

**78** Condones masculinos o preservativos

- 1  Sí
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿usó usted este método la última vez que tuvo relaciones sexuales con un hombre?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

**79** Métodos de barrera (Diafragma, esponja anticonceptiva, capuchón cervical, condón femenino)

- 1  Sí
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿usó usted este método la última vez que tuvo relaciones sexuales con un hombre?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

¿Qué tipo(s) de método(s) anticonceptivo está usted utilizando actualmente? Por favor marque todos los que apliquen.

**80** Métodos anticonceptivos naturales (ritmo o calendario, temperatura corporal o basal, el método del collar)

- 1  Sí
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿usó usted este método la última vez que tuvo relaciones sexuales con un hombre?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

**81** La píldora anticonceptiva de emergencia (la píldora del día después, también conocida como “Plan B”® o Ella®)

- 1  Sí
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿usó usted este método la última vez que tuvo relaciones sexuales con un hombre?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

**82** Operación masculina (esterilización o vasectomía de la pareja sexual)

- 1  Sí
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿usó usted este método la última vez que tuvo relaciones sexuales con un hombre?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

**83** Otro método

1  Sí, por favor describa:

- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿usó usted este método la última vez que tuvo relaciones sexuales con un hombre?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

**84** En los últimos 12 meses, ¿ha usado usted alguna de las siguientes formas de anticoncepción de emergencia (anticonceptivos que se utilizan después de haber tenido relaciones sexuales)?

- |   | Sí                         | No                         | Prefiero no contestar      |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Utilicé Plan B One-Step® (o un genérico como Next Choice® o My Way®) y lo conseguí sin receta.           | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| b. Utilicé el Plan B One-Step® (o un genérico como Next Choice® o My Way®) y lo conseguí con receta médica. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| c. Utilicé Ella® (anticonceptivo de emergencia sólo con receta)   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| d. Me colocaron un DIU como anticonceptivo de emergencia (después de relaciones sexuales sin protección)    | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

**85** Pensando en los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia tuvo usted relaciones sexuales con un hombre? Por sexo, nos referimos a que su pareja introdujo el pene en su vagina.

- 1  Aproximadamente una vez por semana o más
- 2  Unas pocas veces al mes
- 3  Aproximadamente una vez al mes
- 4  Menos de una vez al mes
- 5  No tuve relaciones sexuales con un hombre en los últimos 3 meses
- 6  No sé
- 7  Prefiero no contestar

*Si usted no está usando un método anticonceptivo actualmente, por favor vaya a la Pregunta 92.*

**86** ¿Utiliza su seguro médico para ayudar a pagar su(s) método(s) anticonceptivo(s)?

- 1  Sí
- 2  No, yo no utilizo mi seguro médico para pagar mi(s) método(s) anticonceptivo(s) a pesar de que lo(s) cubre
- 3  No, mi plan de seguro médico no cubre mi(s) método(s) anticonceptivo(s)
- 4  No aplica, no estoy utilizando un método anticonceptivo prescrito
- 5  No aplica, no tengo seguro médico
- 6  Prefiero no contestar

**87** ¿Qué tan satisfecha está usted con su (o sus) método(s) anticonceptivo(s)?

- 1  Muy satisfecha
- 2  Algo satisfecha
- 3  Ni satisfecho ni insatisfecho
- 4  Un poco insatisfecho
- 5  Muy insatisfecho
- 6  Prefiero no contestar

**88** ¿Qué tan segura está usted de que ha estado utilizando su método anticonceptivo correctamente durante los últimos 3 meses?

- 1  Completamente segura
- 2  Algo segura
- 3  Ni segura ni dudosa
- 4  Algo dudosa
- 5  Completamente dudosa
- 6  Prefiero no contestar

**89** Cambiar su método anticonceptivo actual por otro método en los próximos 3 meses es:

- 1  Muy probable
- 2  Algo probable
- 3  Ni probable ni improbable
- 4  Algo improbable
- 5  Muy improbable
- 6  Prefiero no contestar

**90** En los últimos 3 meses diría usted que el uso de su método anticonceptivo actual estuvo:

- 1  Completamente bajo su control
- 2  Algo bajo su control
- 3  Ni bajo su control ni fuera de su control
- 4  Algo fuera de su control
- 5  Totalmente fuera de su control
- 6  Prefiero no contestar

**91** ¿Cuántos de sus amigos(as) van a utilizar algún método anticonceptivo en los próximos 3 meses?

- 1  Casi todas(os) ellas(os)
- 2  La mayoría de ellas(os)
- 3  Alrededor de la mitad de ellas(os)
- 4  Menos de la mitad de ellas(os)
- 5  Casi ninguna(o) de ellas(os)
- 6  No sé
- 7  Prefiero no contestar

**92** ¿Qué opina sobre tener un hijo ahora o en el futuro?

- 1  No quiero tener uno
- 2  Quiero tener un hijo en menos de 12 meses a partir de ahora
- 3  Quiero tener uno en más de un año pero en menos de 2 años
- 4  Quiero tener uno en más de dos años pero en menos de 5 años
- 5  Quiero tener uno en 5 años o más
- 6  Quiero tener uno, pero no sé cuando
- 7  No sé
- 8  Prefiero no contestar

Por favor piense en cómo se siente **ACTUALMENTE** sobre todas las siguientes afirmaciones:

	Completamente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo	No es aplicable	Prefiero no contestar
a. No importa si usted utiliza un método anticonceptivo o no, cuando es su momento para quedar embarazada, sucederá	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
b. Tener un bebé en el próximo año podría estropear (dañar) mi vida	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
c. Quedar embarazada me acercaría (o me uniría) más a mi pareja	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
d. A pesar de que no estoy tratando de quedar embarazada, yo estaría feliz si eso sucediera	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
e. Si yo quedo embarazada en el próximo año, consideraría tener un aborto intencional/inducido	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
f. Quedar embarazada haría feliz a mi pareja	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
g. Cada embarazo es una bendición	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
h. Si yo quedo embarazada en el próximo año, estaría emocionada	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

¿Qué tan importante es para usted **EVITAR** quedar embarazada ahora?

- 1  Muy importante  
 2  Algo importante  
 3  Irrelevante  
 4  Algo sin importancia  
 5  No es importante en absoluto  
 6  Prefiero no contestar

¿Alguna vez ha quedado embarazada cuando no lo había planeado o cuando no deseaba quedar embarazada (por favor incluya embarazos que hayan resultado en un aborto espontáneo o intencional, además de nacimientos)?

- 1  Sí  
 2  No  
 3  No sé  
 4  Prefiero no contestar

## SECCIÓN I. EMBARAZOS ANTERIORES

En toda su vida, ¿alguna vez ha estado embarazada?

- 1  Sí  
 2  No  
 3  No sé  
 4  Prefiero no contestar

*Si **nunca** ha estado embarazada, este es el fin de la encuesta. Por favor vaya a la página 19. Gracias.*

¿Durante su vida cuántas veces ha estado embarazada? Por favor considera su respuesta sin importar si estos embarazos hayan resultado en el nacimiento de un bebé vivo o sin vida, un aborto espontáneo o intencional, o un embarazo fuera del útero o matriz.

- número de embarazos  
 1  No sé  
 2  Prefiero no contestar

Durante su vida, ¿cuántos bebés tuvo que nacieron vivos?

- número de bebés  
 1  Prefiero no contestar

Durante su vida, ¿cuántas veces ha tenido un aborto espontáneo (o pérdida, perdió un embarazo por accidente)?

- número de abortos espontáneos  
 1  No sé  
 2  Prefiero no contestar

¿Ha tenido un parto (o dado a luz) en los últimos 12 meses?

- 1  Sí  
 2  No  
 3  Prefiero no contestar



Si **no** ha tenido un parto (o dado a luz) en los últimos 12 meses, este es el fin de la encuesta. Por favor vaya a la página 19. Gracias.

**101** Piense en el tiempo justo antes de quedarse embarazada de su nuevo bebé, ¿cómo se sintió al enterarse que estaba embarazada?

- 1  Yo hubiera querido embarazarme más tarde (o después)
- 2  Yo hubiera querido embarazarme más pronto
- 3  Yo quería estar embarazada en ese momento
- 4  Yo no quería estar embarazada ni en ese momento ni nunca
- 5  Yo no estaba segura de lo que yo quería
- 6  Prefiero no contestar

**102** Cuando se embarazó de su nuevo bebé, ¿estaba tratando de embarazarse?

- 1  Sí → Vaya a la Pregunta 105
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

**103** Cuando se embarazó de su nuevo bebé, ¿estaba usted y/o su esposo(a)/pareja haciendo algo para evitar el embarazo?

- 1  Sí → Vaya a la Pregunta 105
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar → Vaya a la Pregunta 105

**104** ¿Cuáles fueron las razones por lo cual usted o su esposo(a)/pareja no trataron de evitar el embarazo? Por favor marque todos los que apliquen.

- 1  No me preocupaba si quedaba embarazada
- 2  Yo pensaba que no podía quedar/salir embarazada en el momento
- 3  El método anticonceptivo que estaba usando me causaba efectos secundarios
- 4  Tenía problemas para conseguir métodos anticonceptivos cuando los necesitaba
- 5  Yo pensaba que mi pareja o yo éramos estériles (no podía quedar embarazada en lo absoluto)
- 6  Mi pareja no quería usar o hacer nada para evitar un embarazo
- 7  Olvidé usar un método anticonceptivo
- 8  Otro motivo, por favor especifique:

- 9  Prefiero no contestar

**105** Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿le dijo su esposo(a) o pareja que no quería que usted quedara embarazada?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

**106** ¿Cómo se sintió cuando supo que estaba embarazada de su nuevo bebé? ¿Estaba usted...

- 1  Muy descontenta de estar embarazada
- 2  Algo descontenta de estar embarazada
- 3  Ni feliz ni descontenta
- 4  Feliz de estar embarazada
- 5  Muy feliz de estar embarazada
- 6  Prefiero no contestar

**107** Durante el año antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tenía usted cobertura de seguro médico por cualquiera de las siguientes fuentes?

- 1  Seguro a través del empleador o sindicato actual o anterior (por usted u otro miembro de la familia)
- 2  Seguro comprado directamente de una compañía de seguros (por usted u otro miembro de la familia)
- 3  Medicare (para personas mayores de 65 años o personas con ciertas discapacidades)
- 4  Medicaid, Asistencia Médica (MA), el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) o cualquier tipo de plan de asistencia patrocinada por el estado o gobierno basado en los ingresos o una discapacidad
- 5  TRICARE u otro de cuidado de salud militar, incluyendo el cuidado de salud de VA
- 6  Servicio de Salud Indígena
- 7  Cualquier otro tipo de seguro médico o plan de cobertura de salud, por favor especifique:

- 8  Yo no tenía seguro de salud durante mi embarazo
- 9  No sé
- 10  Prefiero no contestar

## SECCIÓN J. CUIDADO PRENATAL

**108** ¿Recibió alguna atención prenatal durante este último embarazo? El cuidado prenatal es brindado por un proveedor de atención médica e incluye un examen físico, controles de peso, y la toma de una muestra de orina. Dependiendo de la etapa del embarazo, los proveedores de atención médica también pueden realizar análisis de sangre y pruebas de imagen, tales como exámenes de ultrasonido. Estas visitas también incluyen discusiones acerca de la salud de la madre, la salud del lactante (o bebé), y cualquier pregunta sobre el embarazo.

- 1  Sí
- 2  No → Vaya a la Pregunta 111
- 3  Prefiero no contestar

**109** Durante cualquiera de sus consultas de atención prenatal, ¿un doctor, enfermera, u otro profesional de salud habló con usted sobre sus planes de posiblemente tener otro bebé o no?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

**110** Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera, u otro profesional de la salud le preguntó a usted si deseaba volver a quedar embarazada el próximo año?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

**111** Un parto prematuro o pretérmino es uno que ocurre a las 36 semanas o antes en el embarazo. Hasta donde usted sabe, ¿el último embarazo resultó en un parto prematuro?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

**112** Cuando nació su bebé, ¿pesó 5 libras y media o más?

- 1  Mi bebé pesó 5 ½ libras o más
- 2  Mi bebé pesó menos de 5 ½ libras
- 3  Prefiero no contestar

**113** Ya sea antes o después de haber dado a luz, ¿un doctor, enfermera, u otro profesional de la salud habló con usted acerca de la anticoncepción posparto (o métodos anticonceptivos que usted podría comenzar a usar una vez que su bebé naciera)?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

**114** ¿Comenzó un nuevo método anticonceptivo dentro de las 6 semanas después de dar a luz (o después del parto)?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

**115** Qué método anticonceptivo empezó a usar después de dar a luz? *Seleccione todas las que apliquen.*

- 1  Píldoras (o pastillas) anticonceptivas
- 2  Coito interrumpido (consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación)
- 3  DIU (Mirena®, Paragard®, Skyla®, Liletta®, o Kyleena®)

→ Si respondió que sí, ¿qué DIU está usando?

- 1  Liletta® (DIU hormonal utilizado por un máximo de 3 años)
- 2  Mirena® (DIU hormonal utilizado por un máximo de 5 años)
- 3  Skyla® (DIU hormonal utilizado por un máximo de 3 años)
- 4  Paragard® (DIU sin hormonas utilizado por un máximo de 10 años, también se conoce como la "T de cobre")
- 5  Kyleena® (DIU hormonal utilizado por un máximo de 5 años)
- 6  No sé
- 7  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿ha tenido algún problema con el DIU, desde que fue insertado (o colocado)? Por ejemplo, lo tuvieron que volver a insertar (o colocar)?

1  Sí, por favor especifique la dificultad:

- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

- 4  Implante (Implanon® o Nexplanon®)
- 5  Anillo vaginal (Nuvaring® u otros)
- 6  Inyecciones anticonceptivas (Depo-Provera®, también se le conoce como "la inyección")
- 7  Parche anticonceptivo (Evra® u otro)
- 8  Condones masculinos o preservativos
- 9  Métodos anticonceptivos naturales (ritmo o calendario, temperatura corporal o basal, el método del collar)
- 10  Métodos de barrera (Diafragma, esponja anticonceptiva, capuchón cervical, condón femenino)
- 11  Otro método, por favor describa:

12  No usé ningún método anticonceptivo  
→ *Este es el fin de la encuesta.  
Por favor vaya a la página 19. Gracias.*

- 13  No sé
- 14  Prefiero no contestar

**116** ¿Dónde recibió este método anticonceptivo?

- 1  Después de dar a luz (o después del parto), y antes de dejar el hospital
- 2  Durante mi cita de chequeo de 6 semanas con mi gineco-obstetra, quien atendió el parto de mi bebé
- 3  Durante mi cita de chequeo de 6 semanas en la clínica de planificación familiar
- 4  Otro, por favor describa:

5  Prefiero no contestar

## Gracias

Gracias por su participación en esta encuesta. La información que usted ha proporcionado será utilizada para mejorar la salud de las mujeres en su estado. Como parte de un estudio continuo de investigación, usted podría ser contactada en el futuro para participar en estudios relacionados. Por favor tome en cuenta que si elige participar en estudios futuros, usted será compensada. Sin embargo, usted siempre tiene el derecho de negarse. Para propósitos de contactarla en el futuro, por favor incluya su correo electrónico y su número de teléfono abajo. Si usted no quiere ser contactada, por favor marque la casilla abajo.

Nombre:  Teléfono:

Correo Electrónico:

No deseo ser contactado/a

## Otros participantes interesados

Si hay alguna otra mujer entre 18-44 en su hogar a quien podríamos contactar para participar en este estudio, por favor escriba la información abajo. Si no hay alguna otra mujer en el hogar entre 18-44 o si usted no desea proveer esta información, por favor marque la casilla apropiada abajo.

Nombre de la primera mujer:

Email:

Nombre de la segunda mujer:

Email:

No quiero proporcionar sus datos de contacto

No hay alguna otra mujer de 18 a 44 años en este hogar

## Incentivo

Si usted fue elegible y completó la encuesta, le mandaremos un código de regalo de Amazon de \$10.  
¿Le gustaría que le mandemos el código de regalo por correo o por correo electrónico?

Correo  Correo electrónico  Ambos

Si eligió que le mandemos un código de regalo a usted, por favor proporcione un correo actualizado si el correo al que le mandamos este cuestionario es incorrecto.

Dirección 1:

Dirección 2:

Ciudad:  Estado:  Código postal

Correo electrónico:

## INSTRUCCIONES PARA EL ENVÍO

Por favor coloque el cuestionario completado en el sobre que tiene el timbre postal pagado.  
Si el sobre se extravió, por favor envíe el cuestionario a:

NORC at the University of Chicago  
55 E. Monroe Street, 19th Floor  
Chicago, Illinois 60603

Si desea obtener más información sobre el estudio, por favor llame al 1-866-643-6672 o envíe un correo electrónico a [womenshealth@norc.org](mailto:womenshealth@norc.org). Si usted tiene preguntas sobre sus derechos como participante de la encuesta, puede llamar al Administrador de la Junta de Revisión Institucional de NORC (llamada gratuita) al 1-866-309-0542.

Si usted tiene alguna pregunta sobre esta encuesta o le gustaría compartir cualquier otra información acerca de sus experiencias usando anticonceptivos, por favor escriba en el cuadro de abajo.

# Maryland SURVEY OF WOMEN



## ¿Quién debería completar el estudio?

Esta encuesta debería ser completada por una mujer del hogar entre las edades de 18-44 años.

## INSTRUCCIONES DE LA ENCUESTA

Por favor marque su respuesta con una "X" utilizando tinta azul o negra, como se muestra en los ejemplos que figuran a continuación.

Ejemplos:

Forma correcta	Forma incorrecta
<input checked="" type="checkbox"/> 9 8 9 9	<input type="checkbox"/> 9 8 9 9

Las preguntas que le haremos tienen que ver con sus opiniones y su entendimiento acerca de una variedad de temas importantes. Algunos temas pueden ser sensibles para usted, y usted puede negarse a contestar cualquier pregunta. Usted podrá saltar cualquier pregunta para indicar que 'No sabe' o que 'Prefiere no contestar'.

## COMIENCE AQUÍ

Su dirección fue seleccionada al azar para participar en este estudio conducido por NORC de la Universidad de Chicago. La información recopilada es usada por legisladores, investigadores científicos y oficiales del gobierno para entender mejor la salud de las mujeres y satisfacer mejor sus necesidades cambiantes.

Esta encuesta es completamente confidencial y sus respuestas no serán divulgadas a terceros. La información que usted proporcione será usada por el equipo de investigación de NORC para propósitos científicos solamente. La información que usted proporcione se guardará en computadoras seguras de NORC con protecciones de contraseñas y sólo personal de NORC con autorización tendrá acceso a la información. La información será retenida durante 3 a 5 años después de la encuesta para análisis y para análisis y reporte de resultados. La encuesta tomará de 15 a 20 minutos para completar. La participación es voluntaria y usted podrá saltarse cualquier pregunta.

**Sus opiniones son muy importantes para nosotros,  
y apreciamos mucho su ayuda.**

**Si se encuentra con dificultades durante la encuesta,  
por favor llámenos por línea gratuita al**

**1-866-643-6672**

o mándenos un correo electrónico a

**womenshealth@norc.org**

## MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Los siguientes son sólo algunos de los métodos anticonceptivos que serán mencionados en la encuesta. Por favor refiérase a esta página si usted tiene alguna duda sobre algún método anticonceptivo.



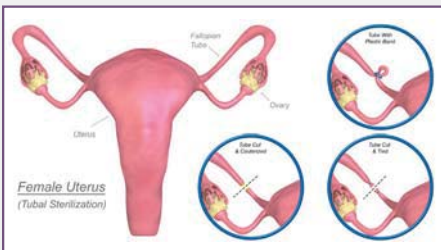
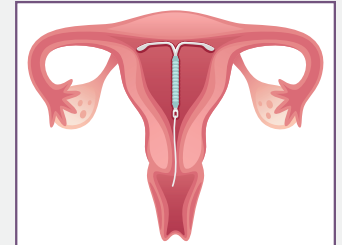
**Parche anticonceptivo (Evra® u otro)**

**Implante (Implanon® o Nexplanon®)** El implante anticonceptivo se llama Nexplanon (la versión anterior se llamaba Implanon). El implante es una varilla que se inserta en el interior del brazo de una mujer. El implante contiene una pequeña cantidad de hormonas que se liberan lentamente para evitar que una mujer quede/salga embarazada. El implante es eficaz por un máximo de 3 años.



**Depo-Provera® (también llamado “la inyección”)**

**DIU (Mirena®, Paragard®, Skyla®, Liletta®, o Kyleena®)** Un DIU (DIU es sinónimo de “dispositivo intrauterino”) es un dispositivo anticonceptivo que se inserta en el útero de una mujer. Algunos DIUs como Mirena, Liletta, y Skyla contienen una pequeña cantidad de hormonas que se liberan lentamente a lo largo de muchos años (3-5 años dependiendo del DIU) e impiden que una mujer quede embarazada. El DIU Paragard está hecho de cobre, que no contiene ningún tipo de hormonas, y puede impedir que una mujer quede embarazada durante un máximo de 10 años.



**Operación femenina (esterilización, ligadura de trompas, Essure®)**

Algunas mujeres se esterilizan por medio de la inserción de un pequeño dispositivo dentro de las trompas de Falopio; este método se llama “Essure®”.

### **Métodos anticonceptivos naturales (ritmo o calendario, temperatura corporal o basal, el método del collar)**

Métodos anticonceptivos naturales incluyen comportamientos o estrategias que las mujeres y sus parejas pueden utilizar para prevenir el embarazo sin medicación. Algunos métodos anticonceptivos naturales incluyen el “Método del calendario” o el “método del ritmo”, que significa que las parejas no tienen relaciones sexuales pene-vagina durante el tiempo en que una mujer tiene más probabilidades de quedar embarazada (las mujeres son más fértiles, y probablemente pueden quedar embarazadas a la mitad de su ciclo menstrual). Las mujeres también pueden utilizar Cycle Beads o el “método del collar” para ayudarles a contar días y estimar cuando es más probable que se queden embarazadas. Cada cuenta del collar representa un día del mes y la mujer no debe tener relaciones sexuales en los días representados por las cuentas blancas. Finalmente, algunas mujeres que utilizan métodos anticonceptivos naturales se basan en el método de la temperatura basal del cuerpo. Este método requiere que las mujeres hagan un seguimiento de su temperatura y del flujo de su cuello uterino todos los días. Hay un punto en el mes durante el cual su temperatura y los flujos cervicales cambian y eso señala el tiempo en que ella tiene más probabilidades de quedar embarazada, y por lo tanto se debe evitar tener relaciones sexuales.

## SECCIÓN A. PRESELECCIÓN

1 ¿Cuál es su edad (en años)?

años

<sup>1</sup>  Menos de 18 y más de 44 años de edad



***Si nadie en su hogar es una mujer de 18 a 44 años de edad, por favor marque la casilla, pare aquí y devuelva este estudio en el sobre adjunto. Es importante que recibamos una respuesta de todo hogar seleccionado para este estudio.***

2 ¿Cuál es su sexo?

<sup>1</sup>  Mujer

<sup>2</sup>  Hombre



***Si nadie en su hogar es una mujer de 18 a 44 años de edad, por favor marque la casilla, pare aquí y devuelva este estudio en el sobre adjunto. Es importante que recibamos una respuesta de todo hogar seleccionado para este estudio.***



## SECCIÓN B. SALUD GENERAL

3 ¿Diría usted que su estado de salud general es...?

- 1  Excelente
- 2  Muy Buena
- 3  Buena
- 4  Regular
- 5  Mala
- 6  Prefiero no contestar

4 En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en que usted necesitó atención médica para usted misma, por cualquier razón, pero no la obtuvo?

- 1  Sí
- 2  No → Vaya a la Pregunta 6
- 3  Prefiero no contestar → Vaya a la Pregunta 6

5 ¿Por qué usted no recibió atención médica?  
Por favor marque todos los que apliquen.

- 1  Estaba fuera de mi alcance económico.
- 2  No sabía a dónde ir.
- 3  Estaba demasiado lejos.
- 4  No pude llegar allí cuando estaba abierto.
- 5  No pude conseguir una cita pronto.
- 6  No tenía transporte.
- 7  No tuve tiempo para ir.
- 8  Estaba preocupada de que no estuviera cubierta por mi seguro.
- 9  Por alguna otra razón, especifique:

10  Prefiero no contestar

## SECCIÓN C. USO DE ANTICONCEPTIVOS EN EL PASADO

¿Alguna vez usted ha utilizado alguno de estos métodos anticonceptivos, incluso si ha utilizado el método una sola vez?

6 Coito interrumpido (también llamado “terminar afuera”)

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

7 Píldoras (o pastillas) anticonceptivas

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

8 Parche anticonceptivo (Evra® u otro)

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

9 Anillo vaginal (Nuvaring® u otros)

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

10 Depo-Provera® (también llamado “la inyección”)

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

¿Alguna vez usted ha utilizado alguno de estos métodos anticonceptivos, incluso si ha utilizado el método una sola vez?

11 DIU (Mirena®, Paragard®, Skyla®, Liletta®, o Kyleena®)

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

→ Si respondió que no, ¿cuál es la razón principal por la cual usted no usa el DIU?

- 1  El costo es demasiado alto
- 2  No estoy familiarizada con este método anticonceptivo
- 3  Debido a mis creencias (religiosas o de otro tipo)
- 4  Para evitar efectos secundarios negativos
- 5  No me siento cómoda pidiéndole un DIU a mi médico
- 6  Me preocupa el procedimiento para insertar o extraer el DIU
- 7  Mi proveedor de salud no discutió conmigo los DIUs
- 8  Prefiero usar un método diferente
- 9  No quiero un objeto dentro de mi cuerpo
- 10  Alguna otra cosa, por favor especifique:

11  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿qué DIU ha utilizado?  
Por favor marque todos los que apliquen.

- 1  Liletta® (DIU hormonal utilizado por un máximo de 3 años)
- 2  Mirena® (DIU hormonal utilizado por un máximo de 5 años)
- 3  Skyla® (DIU hormonal utilizado por un máximo de 3 años)
- 4  Paragard® (DIU sin hormonas utilizado por un máximo de 10 años, también se conoce como la “T de cobre”)
- 5  Kyleena® (DIU hormonal utilizado por un máximo de 5 años)
- 6  No sé
- 7  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿ha tenido algún problema con el DIU desde que fue insertado (o colocado)? Por ejemplo, ¿lo tuvieron que volver a insertar (o colocar)?

- 1  Sí, Especifique:
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

**12 Implante (Implanon® o Nexplanon®)**

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

→ **Si respondió que no**, ¿cuál es la razón principal por la que usted nunca ha usado un implante?

- 1  El costo es demasiado alto
- 2  No estoy familiarizada con este método anticonceptivo
- 3  Debido a mis creencias (religiosas o de otro tipo)
- 4  Para evitar efectos secundarios negativos
- 5  No me siento cómoda solicitando un implante de mi médico
- 6  Me preocupa el procedimiento para insertar o extraer el implante
- 7  Mi proveedor de salud no discutió implantes conmigo.
- 8  Prefiero usar un método diferente
- 9  No quiero un objeto dentro de mi cuerpo
- 10  Alguna otra cosa, por favor especifique:
- 11  Prefiero no contestar

¿Alguna vez usted **ha utilizado** alguno de estos métodos anticonceptivos, incluso si ha utilizado el método una sola vez?

**13 Condones masculinos o preservativos**

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

**14 Métodos de barrera (diafragma, esponja, capuchón cervical, condón femenino)**

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

**15 Métodos anticonceptivos naturales (ritmo o calendario, temperatura corporal o basal, el método del collar)**

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

**16 La píldora anticonceptiva de emergencia (la píldora del día siguiente, también conocida como "Plan B"® o Ella®)**

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

**17 Operación masculina (esterilización o vasectomía de la pareja sexual)**

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

**18 Operación femenina (esterilización, ligadura de trompas, Essure)** *Algunas mujeres se esterilizan por medio de la inserción de un pequeño dispositivo dentro de las trompas de Falopio; este método se llama "Essure".*

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

**19 Cualquier otro método no mencionado previamente**

- 1  Sí, especifique:

- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

*Si nunca ha usado un método anticonceptivo, por favor vaya a la Pregunta 22. De otra manera, por favor continúe con la Pregunta 20.*

**20 ¿Alguna vez usted ha dejado de usar un método anticonceptivo porque no estaba satisfecha con él o porque simplemente no le gustó?** *No tome en cuenta los casos en que dejó de usar un método anticonceptivo por alguna razón que no fuera estar insatisfecha. Por ejemplo, si dejó de usarlo para poder embarazarse o porque no estaba teniendo relaciones sexuales con un hombre.*

- 1  Sí
- 2  No → *Vaya a la Pregunta 22*
- 3  Prefiero no contestar → *Vaya a la Pregunta 22*

**21 ¿Qué método o métodos ha dejado de usar alguna vez porque no estaba satisfecha?** *Seleccione todas las que apliquen.*

- 1  Píldoras (o pastillas) anticonceptivas
- 2  Coito interrumpido (consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación)
- 3  DIU (Mirena®, Paragard®, Skyla®, Liletta®, o Kyleena®)
- 4  Implante (Implanon® o Nexplanon®)
- 5  Anillo vaginal (Nuvaring® u otros)
- 6  Inyecciones anticonceptivas (Depo-Provera®, también se le conoce como "la inyección")
- 7  Parche anticonceptivo (Evra® u otro)
- 8  Condones masculinos
- 9  Métodos anticonceptivos naturales (ritmo o calendario, temperatura corporal o basal, el método del collar)
- 10  Métodos de barrera (Diafragma, esponja anticonceptiva, capuchón cervical, condón femenino)
- 11  Prefiero no contestar

22 En los últimos 12 meses, ¿ha necesitado algún método anticonceptivo pero fue demasiado caro?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

23 En los últimos 12 meses, ¿por alguna razón, usted se ha retrasado en conseguir o ha tenido problemas para conseguir el método anticonceptivo que quería?

- 1  Sí
- 2  No → Vaya a la Pregunta 25
- 3  Prefiero no contestar → Vaya a la Pregunta 25

24 ¿Por qué se retrasó en conseguir o tuvo problemas para conseguir el método anticonceptivo que usted quería? Por favor marque todos los que apliquen.

- 1  Fue demasiado caro
- 2  No pude comunicarme con un médico, una clínica o farmacia por teléfono
- 3  No pude conseguir una cita con un médico, una clínica o farmacia rápidamente
- 4  El médico, la clínica o la farmacia no estaban abiertos cuando yo podía ir
- 5  Una vez que llegué al médico, a la clínica o a la farmacia, el tiempo de espera era demasiado largo para ser atendida por algún profesional de salud
- 6  Yo no tenía el transporte ni a nadie que me llevara a la clínica / farmacia
- 7  Yo fui tratada injustamente
- 8  Otro: Por favor especifique:
- 9  Prefiero no contestar

→ ¿Por qué motivo fue tratada injustamente? Por favor marque todos los que apliquen.

- 10  Debido a mi raza / origen étnico
- 11  Debido a que el inglés no es mi primera lengua
- 12  Debido a mi orientación sexual
- 13  Debido a mi actividad sexual o estilo de vida
- 14  Por alguna otra razón
- 15  Prefiero no contestar

## SECCIÓN D. FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA

25 En los últimos 12 meses, ¿ha recibido usted atención médica?

- 1  Sí
- 2  No → Vaya a la Pregunta 27
- 3  Prefiero no contestar → Vaya a la Pregunta 27

26 En los últimos 3 meses, ¿ha obtenido información sobre cómo conseguir métodos anticonceptivos por cualquiera de los siguientes medios?

	Sí	No	No sé	Prefiero no contestar
a. Un amigo(a) o un familiar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
b. Twitter, Facebook, o Snapchat	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
c. Otro medio de comunicación social, otros sitios web o anuncios en internet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
d. Carteles, letreros, vallas publicitarias o espectaculares	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
e. Televisión o radio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
f. Anuncios o campañas en la comunidad, como por ejemplo en bares, restaurantes, u otros eventos locales	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
g. Medios impresos, como en revistas, periódicos y folletos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
h. Una enfermera, un médico (o doctor) u otro proveedor de atención médica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
i. Un trabajador social o un trabajador de salud comunitario	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
j. Cualquier otro medio por favor especifique cualquier otro(s) lugar(es): <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Si usted contestó No a todos los medios en la Pregunta 26, por favor vaya a la Pregunta 28. De otra manera, continúe con la Pregunta 27.

27 ¿Qué tipo de información ha aprendido de estas fuentes? Por favor marque todos los que apliquen.

- 1  Dónde ir para obtener métodos anticonceptivos
- 2  El precio de los diferentes métodos anticonceptivos
- 3  Qué tipos de métodos anticonceptivos son los más eficaces en la prevención del embarazo
- 4  La información sobre un método anticonceptivo en particular, como por ejemplo la forma en que se coloca o cómo funciona
- 5  Otra información, por favor especifique:
- 6  Prefiero no contestar

28

¿Sabe cómo USTED puede conseguir cualquiera de los siguientes métodos anticonceptivos gratis? (Por GRATIS queremos decir que usted no tiene que pagar nada de su bolsillo.)

- |  | Sí                         | No                         | Prefiero no contestar      |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Condón masculino  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| b. DIU (Mirena®, Paragard®, Skyla®, Liletta®, o Kyleena®)                                | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| c. Implante anticonceptivo (Nexplanon®)  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| d. Inyecciones anticonceptivas (Depo-Provera®, también se le conoce como "la inyección") | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| e. Píldoras (o pastillas) anticonceptivas  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| f. Anillo vaginal (NuvaRing®)  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| g. Otro método, por favor especifique:<br><input type="text"/>                           | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

29

**Verdadero o Falso: Usted puede comenzar a usar cualquier método anticonceptivo que desee durante una visita al consultorio de una clínica.**

- 1  Verdadero  
 2  Falso  
 3  Depende del tipo de método anticonceptivo.  
 4  No sé  
 5  Prefiero no contestar

30a

**De la siguiente lista de experiencias de salud, ¿cuántas de ellas ha tenido (o experimentado) usted personalmente? No es necesario decir cuáles, solo cuántas.**

- Alguna vez ha utilizado o tomado un medicamento para el cual necesitaba una receta médica
- Alguna vez se ha hecho una prueba de Papanicolaou
- En los últimos 10 años le diagnosticaron cáncer de mama

Escriba un número entre 0-3

- 1  No sé  
 2  Prefiero no contestar

30b

**En la siguiente lista de experiencias de salud, ¿cuántas de ellas ha tenido (o experimentado) usted personalmente? No es necesario decir cuáles, solo cuántas.**

- Alguna vez ha utilizado un método anticonceptivo (así como la píldora, el DIU o implante, condones, o inyecciones anticonceptivas)
- Alguna vez ha tenido un aborto intencional/inducido (terminó un embarazo intencionalmente)
- En el último año ha tenido un embarazo ectópico o tubárico
- Alguna vez le han medido su presión arterial

Escriba un número entre 0-4

- 1  No sé  
 2  Prefiero no contestar

## SECCIÓN E. OPINIONES ACERCA DE LA POLÍTICA PÚBLICA

En la siguiente sección, nos gustaría pedirle sus opiniones sobre el aborto intencional/inducido. Para asegurarnos de que todas las mujeres participando en esta encuesta tengan la misma información en mente, usted debe saber que el aborto en los EE.UU. es legal en los 50 estados y está regulado por la comunidad médica para garantizar la seguridad del procedimiento. Por favor, tenga en cuenta sus propias ideas, opiniones y experiencias al contestar las siguientes preguntas.

31

**Basado en lo que usted ha escuchado, ¿Qué tan fácil es para una mujer obtener un aborto intencional/inducido en el estado en donde usted radica?**

- 1  Muy fácil  
 2  Un poco fácil  
 3  Ni fácil ni difícil  
 4  Un poco difícil  
 5  Muy difícil  
 6  Depende de la situación  
 7  No sé  
 8  Prefiero no contestar

32

**Basado en lo que usted sabe o ha oído, ¿Qué tan seguro o inseguro cree que sea el procedimiento para un aborto intencional/inducido en el estado en donde usted radica?**

- 1  Muy seguro  
 2  Algo seguro  
 3  Ni seguro ni peligroso  
 4  Un poco peligroso  
 5  Muy peligroso  
 6  Depende de la situación  
 7  No sé  
 8  Prefiero no contestar

33

**Basado en lo que usted ha escuchado, ¿Qué tan probable es que una mujer se arrepienta de haber tenido un aborto intencional/inducido?**

- 1  Muy probable  
 2  Algo probable  
 3  Ni probable ni improbable  
 4  Algo improbable  
 5  Muy improbable  
 6  Depende de la situación  
 7  No sé  
 8  Prefiero no contestar

**34 ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones?:**

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Prefiero no contestar
a. Los servicios de aborto intencional/ inducido deben ser seguros, eficaces, y de un costo accesible para todas las mujeres en sus comunidades.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
b. Ninguna mujer debe temer ser detenida o ir a la cárcel por haber obtenido un aborto intencional/inducido	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**35 ¿Qué tan favorable o desfavorable es su opinión sobre los médicos que practican abortos intencionales/ inducidos?**

- 1  Muy favorable
- 2  Algo favorable
- 3  Ni favorable ni desfavorable
- 4  Algo desfavorable
- 5  Muy desfavorable
- 6  Depende de la situación
- 7  Prefiero no contestar

**36 ¿Cuál de las siguientes opiniones se acerca más a su punto de vista sobre el aborto intencional/inducido?**

- 1  Tener un aborto intencional/inducido es aceptable
- 2  Estoy en contra del aborto intencional/inducido para mí misma, pero no creo que el gobierno deba impedir que una mujer tome esa decisión por sí misma
- 3  Tener un aborto intencional/inducido está mal
- 4  Prefiero no contestar

**37 ¿Se identifica usted como...?**

- 1  A favor del derecho a decidir ("Pro-Choice")
- 2  En contra del aborto, o "Pro-Vida"
- 3  Ninguno de los dos
- 4  Ambos
- 5  Prefiero no contestar

**SECCIÓN F. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA**

*Ahora nos gustaría hacer algunas preguntas con respecto a sus antecedentes.*

**38 ¿Cuál es el grado más alto o nivel escolar que usted ha completado?**

- 1  No ha completado ningún grado
- 2  Pre-escolar o pre-kinder
- 3  Jardín de infancia, o Kindergarten
- 4  Grado 1 a 11  
  *Especifique grado*
- 5  Grado 12 – SIN DIPLOMA
- 6  Diploma de escuela secundaria o preparatoria
- 7  GED o examen equivalente
- 8  Algunos créditos universitarios, pero menos de 1 año de crédito universitario
- 9  1 o más años de crédito universitario, sin título
- 10  Título asociado universitario (por ejemplo: AA, AS)
- 11  Título de licenciatura universitaria (por ejemplo: BA, BS)
- 12  Título de Maestría (por ejemplo: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)
- 13  Título Profesional más allá de licenciatura universitaria (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, JD)
- 14  Título de Doctorado (por ejemplo: PhD, EdD)
- 15  Prefiero no contestar

**39 ¿En dónde nació?**

- 1  En los Estados Unidos (incluyendo sus territorios: Puerto Rico, Guam, etc.)
- 2  Fuera de los Estados Unidos
- 3  Prefiero no contestar

**40 ¿Es usted de origen hispano, latino, o español?**

- 1  Sí
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

**41** ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su raza?

- 1  Negra o Afro-Americana
- 2  Blanca
- 3  Asiática o Asiática Americana
- 4  India Americana o nativa de Alaska
- 5  Nativa de Hawái o de las Islas del Pacífico
- 6  Otro, por favor especifique:

7  Prefiero no contestar

**42** ¿Cuál es su estado civil actual?

- 1  Ahora estoy casada → *Vaya a la Pregunta 44*
- 2  Viuda
- 3  Divorciada
- 4  Separada
- 5  Nunca he estado casada
- 6  Prefiero no contestar

**43** ¿Actualmente vive usted con una pareja romántica?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

**44** ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su definición de sí misma?

- 1  Lesbiana o Gay
- 2  Heterosexual, es decir, no gay o lesbiana
- 3  Bisexual
- 4  Otra cosa
- 5  No sé
- 6  Prefiero no contestar

**45** ¿Se describe a sí mismo(a) como hombre, mujer o transgénero?

- 1  Mujer
- 2  Hombre
- 3  Transgénero
- 4  No me identifico como mujer, hombre ni transgénero
- 5  No sé
- 6  Prefiero no contestar

**46** En cualquier momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha estudiado usted en una escuela o universidad? *Incluya sólo instituciones que conducen a un diploma de escuela secundaria o un título universitario, o a un título profesional más alto que una licenciatura universitaria.*

- 1  Sí
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

**47** ¿Es usted actualmente...?

- 1  Empleada asalariada
- 2  Trabajadora independiente (autoempleada)
- 3  Ha estado desempleada por 1 año o más
- 4  Ha estado desempleada por menos de 1 año
- 5  La persona que se ocupa de las tareas de la casa
- 6  Jubilada
- 7  No puede trabajar
- 8  Prefiero no contestar

**48** En estudios como este, usualmente se agrupa a las personas de acuerdo a los ingresos agregados de todos los miembros del hogar. Tomando en cuenta los ingresos de su hogar de todas las fuentes en 2015, ¿aproximadamente cuál fue el ingreso de todos los miembros de su hogar, antes de impuestos? *Su mejor estimación está bien.*

\$

- 1  No sé
- 2  Prefiero no contestar

→ Si respondió “No sé” o “Prefiero no contestar”, ¿qué tal si le doy algunas categorías? Diría usted que los ingresos anuales de su hogar fueron:

- 1  Menos de 10,000 dólares
- 2  Entre 10,000 y menos de 15,000 dólares
- 3  Entre 15,000 y menos de 20,000 dólares
- 4  Entre 20,000 y menos de 25,000 dólares
- 5  Entre 25,000 y menos de 35,000 dólares
- 6  Entre 35,000 y menos de 50,000 dólares
- 7  Entre 50,000 y menos de 75,000 dólares
- 8  75,000 dólares o más
- 9  No sé
- 10  Prefiero no contestar

**49** Ahora, por favor considere solamente a usted misma. Durante los últimos 12 MESES, ¿recibió algún ingreso de sueldos, salarios, comisiones, bonos o propinas?

- 1  Sí
- 2  No → *Vaya a la Pregunta 51*
- 3  Prefiero no contestar → *Vaya a la Pregunta 51*

**50** ¿Cuál fue la cantidad total de ingresos que recibió en los últimos 12 meses? *Por favor reporte la cantidad que usted gana antes de impuestos. Su mejor estimación está bien.*

\$

- 1  No sé
- 2  Prefiero no contestar

**51** Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas horas trabajó cada SEMANA en general?

Horas por semana

- 1  No sé
- 2  Prefiero no contestar

**52** Actualmente, ¿Qué importancia tiene la religión en su vida diaria? Diría usted que es muy importante, algo importante, o no es importante?

- 1  Muy importante
- 2  Algo importante
- 3  No es importante
- 4  No sé
- 5  Prefiero no contestar

**53** ¿Con qué frecuencia asiste usted a servicios religiosos?

- 1  Más de una vez a la semana
- 2  Una vez a la semana
- 3  2-3 veces al mes
- 4  Una vez por mes (alrededor de 12 veces al año)
- 5  3-11 veces al año
- 6  Una o dos veces al año
- 7  Nunca → *Vaya a la Pregunta 55*
- 8  Prefiero no contestar → *Vaya a la Pregunta 55*

**54** Por favor, indique su religión (por ejemplo, católica, protestante, musulmana, u otra).

- 1  Prefiero no contestar

**55** Para el siguiente grupo de preguntas, me gustaría preguntarle sobre su situación de vivienda actual. La casa, departamento, o casa móvil en la que vive es...

- 1  ¿Propiedad suya o de alguien en este hogar con una hipoteca o préstamo? Incluya préstamos con garantía hipotecaria.
- 1  ¿Propiedad suya o de alguien en este hogar libre de todo gravamen (sin una hipoteca o préstamo)?
- 1  ¿Rentada?
- 1  ¿Ocupada sin pago de renta?
- 2  No sé
- 3  Prefiero no contestar

**56** ¿Cuántas personas, incluyéndose usted, han vivido o se han quedado en esta dirección por más de 2 meses?

  Número de personas

- 1  No sé
- 2  Prefiero no contestar

**57** ¿Cuántos niños menores de 18 años viven con usted en su hogar actualmente?

  Número de niños

- 1  No sé
- 2  Prefiero no contestar

**58** ¿Vivía en esta casa o apartamento hace 1 año?

- 1  Sí → *Vaya a la Pregunta 60*
- 2  No, yo vivía en otra casa o apartamento en Maryland
- 3  No, yo vivía en una casa o apartamento en otro estado
- 4  No, yo vivía en una casa o apartamento fuera de los Estados Unidos
- 5  Prefiero no contestar

**59** ¿Ha estado viviendo o quedándose en su dirección actual por más de 2 meses?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

## SECCIÓN G. SALUD REPRODUCTIVA

*En la siguiente sección, nos gustaría saber más sobre su salud reproductiva.*

**60** ¿Ha tenido una ligadura de trompas (“ligadura tubárica”) u otra operación que la hace incapaz de quedar embarazada?

- 1  Sí → *Vaya a la Pregunta 94*
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

**61** ¿Alguna vez ha sido diagnosticada como infértil (o estéril)?

- 1  Sí → *Este es el final de la encuesta. Vaya a la página 19.*
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

**62** ¿Está usted embarazada actualmente?

- 1  Sí → *Vaya a la Pregunta 91*
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

**63** ¿Está usted tratando de quedar embarazada actualmente?

- 1  Sí → *Vaya a la Pregunta 91*
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

**64** ¿Tiene usted una o más personas que usted considere su médico o proveedor de atención médica?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

65

**¿Hace cuánto que fue usted al médico para hacerse un chequeo general, de rutina?** *Un chequeo de rutina es un examen físico general, que no se realiza como consecuencia de una lesión, enfermedad o afección específica.*

- 1  En el último año (hace menos de 12 meses)  
 2  En los últimos 2 años (hace más de 1 año, pero menos de 2)  
 3  En los últimos 5 años (hace más de 2 años, pero menos de 5)  
 4  Hace 5 años o más  
 5  Nunca  
 6  No sé  
 7  Prefiero no contestar

66

**En los últimos 12 meses, ¿ha recibido alguno de los siguientes servicios de un doctor u otra persona que presta atención médica?:**

- |   | Sí                         | No                         | No sé                      | Prefiero no contestar      |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Le han dado o recetado algún método anticonceptivo   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| b. Le han hecho un chequeo o examen médico relacionado con el uso de un método anticonceptivo   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| c. Ha recibido consejería o información acerca de métodos anticonceptivos   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| d. Le ha preguntado un doctor, enfermera u otra persona que presta atención médica si quiere quedar embarazada durante el próximo año | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

67

**¿Está actualmente cubierta por cualquiera de los siguientes tipos de seguro médico?**

- |  | Sí                         | No                         | No sé                      | Prefiero no contestar      |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Seguro por medio del empleador o sindicato actual o anterior (por usted u otro miembro de la familia). Esto incluiría la cobertura de COBRA.  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| b. Seguro comprado directamente de una compañía de seguros (por usted u otro miembro de la familia). Esto incluiría cobertura adquirida a través de un intercambio o mercado, tales como marylandhealthconnection.gov.   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| c. Medicare, para las personas mayores de 65 años o personas con alguna discapacidad   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| d. Medicaid, Asistencia Médica (MA, por sus cifras en Inglés), Programa de seguro médico para niños (CHIP, por sus cifras en inglés) o cualquier tipo de plan o asistencia patrocinada por el estado o gobierno basado en ingresos o discapacidades. Usted puede conocer a este tipo de cobertura como Programa de Asistencia Médica de Maryland, Maryland Health Choice, o el Programa de Salud Infantil de Maryland. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| e. TRICARE u otro cuidado de la salud militar, incluyendo el cuidado de la salud del VA.   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| f. Servicio de salud indígena de los EEUU  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| g. Cualquier otro tipo de seguro de salud o plan de cobertura de salud. Especifique:<br><input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/>   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |



## SECCIÓN H. USO ACTUAL DE ANTICONCEPTIVOS

**68** ¿Está usted utilizando actualmente algún método o métodos anticonceptivos?

- 1  Sí → Vaya a la Pregunta 70  
2  No  
3  Prefiero no contestar → Vaya a la Pregunta 70

**69** ¿Cuáles son las razones por las que no usa ningún método anticonceptivo? Por favor marque todos los que apliquen.

- 1  Actualmente no estoy teniendo relaciones sexuales con un hombre  
2  Es que no pienso en ello  
3  No me preocupa si quedo embarazada  
4  Quiero quedar embarazada  
5  No quiero utilizar un método anticonceptivo  
6  Mi pareja no quiere usar un método anticonceptivo  
7  No creo que puedo quedar embarazada en este momento  
8  Dejé de utilizar métodos anticonceptivos por los efectos secundarios negativos  
9  Actualmente estoy amamantando  
10  Tuve un problema consiguiendo el método anticonceptivo cuando lo necesitaba  
11  No pude pagar por un método anticonceptivo  
12  Creo que mi pareja es infértil (o estéril) y no me puede embarazar  
13  Creo que yo podría ser infértil o que podría ser imposible para mí para quedar embarazada  
14  Razones religiosas  
15  Recientemente dejé de usar mi método anticonceptivo y no lo he comenzado de nuevo  
16  Acabo de tener un bebé  
17  Otra razón, por favor describa:  
  
18  Prefiero no contestar

Si no está usando algún método anticonceptivo actualmente, vaya a la Pregunta 84. De otra manera, continúe con la Pregunta 70.

¿Qué tipo(s) de método(s) anticonceptivo está usted utilizando actualmente? Por favor marque todos los que apliquen.

**70** Coito interrumpido (consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación)

- 1  Sí  
2  No  
3  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿usó usted este método la última vez que tuvo relaciones sexuales con un hombre?

- 1  Sí  
2  No  
3  No sé  
4  Prefiero no contestar

**71** Pildoras (o pastillas) anticonceptivas

- 1  Sí  
2  No  
3  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿usó usted este método la última vez que tuvo relaciones sexuales con un hombre?

- 1  Sí  
2  No  
3  No sé  
4  Prefiero no contestar

**72** Parche anticonceptivo (Evra® u otro)

- 1  Sí  
2  No  
3  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿usó usted este método la última vez que tuvo relaciones sexuales con un hombre?

- 1  Sí  
2  No  
3  No sé  
4  Prefiero no contestar

¿Qué tipo(s) de método(s) anticonceptivo está usted utilizando actualmente? Por favor marque todos los que apliquen.

**74** Anillo vaginal (Nuvaring® u otros)

- 1  Sí  
2  No  
3  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿usó usted este método la última vez que tuvo relaciones sexuales con un hombre?

- 1  Sí  
2  No  
3  No sé  
4  Prefiero no contestar

**74** Inyecciones anticonceptivas (Depo-Provera®, también llamado "la inyección")

- 1  Sí  
2  No  
3  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿usó usted este método la última vez que tuvo relaciones sexuales con un hombre?

- 1  Sí  
2  No  
3  No sé  
4  Prefiero no contestar

**75** DIU (Mirena®, Paragard®, Skyla®, Liletta®, o Kyleena®)

- 1  Sí
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿qué DIU usa actualmente?

- 1  Mirena®
- 2  Paragard®
- 3  Skyla®
- 4  Liletta®
- 5  Kyleena®
- 6  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿usó usted este método la última vez que tuvo relaciones sexuales con un hombre?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

**76** Implante (Implanon® o Nexplanon®)

- 1  Sí
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿usó usted este método la última vez que tuvo relaciones sexuales con un hombre?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

**77** Condones masculinos o preservativos

- 1  Sí
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿usó usted este método la última vez que tuvo relaciones sexuales con un hombre?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

**78** Métodos de barrera (Diafragma, esponja anticonceptiva, capuchón cervical, condón femenino)

- 1  Sí
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿usó usted este método la última vez que tuvo relaciones sexuales con un hombre?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

¿Qué tipo(s) de método(s) anticonceptivo está usted utilizando actualmente? Por favor marque todos los que apliquen.

**79** Métodos anticonceptivos naturales (ritmo o calendario, temperatura corporal o basal, el método del collar)

- 1  Sí
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿usó usted este método la última vez que tuvo relaciones sexuales con un hombre?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

**80** La píldora anticonceptiva de emergencia (la píldora del día después, también conocida como "Plan B"® o Ella®)

- 1  Sí
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿usó usted este método la última vez que tuvo relaciones sexuales con un hombre?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

**81** Operación masculina (esterilización o vasectomía de la pareja sexual)

- 1  Sí
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿usó usted este método la última vez que tuvo relaciones sexuales con un hombre?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

**82** Otro método

- 1  Sí, por favor describa:

- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿usó usted este método la última vez que tuvo relaciones sexuales con un hombre?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

**83** En los últimos 12 meses, ¿ha usado usted alguna de las siguientes formas de anticoncepción de emergencia (anticonceptivos que se utilizan después de haber tenido relaciones sexuales)?

- |   | Sí                         | No                         | Prefiero no contestar      |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Utilicé Plan B One-Step® (o un genérico como Next Choice® o My Way®) y lo conseguí sin receta.           | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| b. Utilicé el Plan B One-Step® (o un genérico como Next Choice® o My Way®) y lo conseguí con receta médica. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| c. Utilicé Ella® (anticonceptivo de emergencia sólo con receta)   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| d. Me colocaron un DIU como anticonceptivo de emergencia (después de relaciones sexuales sin protección)    | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

**84** Pensando en los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia tuvo usted relaciones sexuales con un hombre? Por sexo, nos referimos a que su pareja introdujo el pene en su vagina.

- 1  Aproximadamente una vez por semana o más
- 2  Unas pocas veces al mes
- 3  Aproximadamente una vez al mes
- 4  Menos de una vez al mes
- 5  No tuve relaciones sexuales con un hombre en los últimos 3 meses
- 6  No sé
- 7  Prefiero no contestar

*Si usted no está usando un método anticonceptivo actualmente, por favor vaya a la Pregunta 91.*

**85** ¿Utiliza su seguro médico para ayudar a pagar su(s) método(s) anticonceptivo(s)?

- 1  Sí
- 2  No, yo no utilizo mi seguro médico para pagar mi(s) método(s) anticonceptivo(s) a pesar de que lo(s) cubre
- 3  No, mi plan de seguro médico no cubre mi(s) método(s) anticonceptivo(s)
- 4  No aplica, no estoy utilizando un método anticonceptivo prescrito
- 5  No aplica, no tengo seguro médico
- 6  Prefiero no contestar

**86** ¿Qué tan satisfecha está usted con su (o sus) método(s) anticonceptivo(s)?

- 1  Muy satisfecha
- 2  Algo satisfecha
- 3  Ni satisfecho ni insatisfecho
- 4  Un poco insatisfecho
- 5  Muy insatisfecho
- 6  Prefiero no contestar

**87** ¿Qué tan segura está usted de que ha estado utilizando su método anticonceptivo correctamente durante los últimos 3 meses?

- 1  Completamente segura
- 2  Algo segura
- 3  Ni segura ni dudosa
- 4  Algo dudosa
- 5  Completamente dudosa
- 6  Prefiero no contestar

**88** Cambiar su método anticonceptivo actual por otro método en los próximos 3 meses es:

- 1  Muy probable
- 2  Algo probable
- 3  Ni probable ni improbable
- 4  Algo improbable
- 5  Muy improbable
- 6  Prefiero no contestar

**89** En los últimos 3 meses diría usted que el uso de su método anticonceptivo actual estuvo:

- 1  Completamente bajo su control
- 2  Algo bajo su control
- 3  Ni bajo su control ni fuera de su control
- 4  Algo fuera de su control
- 5  Totalmente fuera de su control
- 6  Prefiero no contestar

**90** ¿Cuántos de sus amigos(as) van a utilizar algún método anticonceptivo en los próximos 3 meses?

- 1  Casi todas(os) ellas(os)
- 2  La mayoría de ellas(os)
- 3  Alrededor de la mitad de ellas(os)
- 4  Menos de la mitad de ellas(os)
- 5  Casi ninguna(o) de ellas(os)
- 6  No sé
- 7  Prefiero no contestar

**91** ¿Qué opina sobre tener un hijo ahora o en el futuro?

- 1  No quiero tener uno
- 2  Quiero tener un hijo en menos de 12 meses a partir de ahora
- 3  Quiero tener uno en más de un año pero en menos de 2 años
- 4  Quiero tener uno en más de dos años pero en menos de 5 años
- 5  Quiero tener uno en 5 años o más
- 6  Quiero tener uno, pero no sé cuando
- 7  No sé
- 8  Prefiero no contestar

Por favor piense en cómo se siente **ACTUALMENTE** sobre todas las siguientes afirmaciones:

	Completamente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo	No es aplicable	Prefiero no contestar
a. No importa si usted utiliza un método anticonceptivo o no, cuando es su momento para quedar embarazada, sucederá	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
b. Tener un bebé en el próximo año podría estropear (dañar) mi vida	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
c. Quedar embarazada me acercaría (o me uniría) más a mi pareja	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
d. A pesar de que no estoy tratando de quedar embarazada, yo estaría feliz si eso sucediera	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
e. Si yo quedo embarazada en el próximo año, consideraría tener un aborto intencional/inducido	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
f. Quedar embarazada haría feliz a mi pareja	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
g. Cada embarazo es una bendición	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
h. Si yo quedo embarazada en el próximo año, estaría emocionada	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

¿Qué tan importante es para usted **EVITAR** quedar embarazada ahora?

- 1  Muy importante  
 2  Algo importante  
 3  Irrelevante  
 4  Algo sin importancia  
 5  No es importante en absoluto  
 6  Prefiero no contestar

¿Alguna vez ha quedado embarazada cuando no lo había planeado o cuando no deseaba quedar embarazada (por favor incluya embarazos que hayan resultado en un aborto espontáneo o intencional, además de nacimientos)?

- 1  Sí  
 2  No  
 3  No sé  
 4  Prefiero no contestar

## SECCIÓN I. EMBARAZOS ANTERIORES

En toda su vida, ¿alguna vez ha estado embarazada?

- 1  Sí  
 2  No  
 3  No sé  
 4  Prefiero no contestar

*Si **nunca** ha estado embarazada, este es el fin de la encuesta. Por favor vaya a la página 19. Gracias.*

¿Durante su vida cuántas veces ha estado embarazada? Por favor considera su respuesta sin importar si estos embarazos hayan resultado en el nacimiento de un bebé vivo o sin vida, un aborto espontáneo o intencional, o un embarazo fuera del útero o matriz.

- número de embarazos  
 1  No sé  
 2  Prefiero no contestar

Durante su vida, ¿cuántos bebés tuvo que nacieron vivos?

- número de bebés  
 1  Prefiero no contestar

Durante su vida, ¿cuántas veces ha tenido un aborto espontáneo (o pérdida, perdió un embarazo por accidente)?

- número de abortos espontáneos  
 1  No sé  
 2  Prefiero no contestar

¿Ha tenido un parto (o dado a luz) en los últimos 12 meses?

- 1  Sí  
 2  No  
 3  Prefiero no contestar

Si **no** ha tenido un parto (o dado a luz) en los últimos 12 meses, este es el fin de la encuesta. Por favor vaya a la página 19. Gracias.

**100** Piense en el tiempo justo antes de quedarse embarazada de su nuevo bebé, ¿cómo se sintió al enterarse que estaba embarazada?

- 1  Yo hubiera querido embarazarme más tarde (o después)
- 2  Yo hubiera querido embarazarme más pronto
- 3  Yo quería estar embarazada en ese momento
- 4  Yo no quería estar embarazada ni en ese momento ni nunca
- 5  Yo no estaba segura de lo que yo quería
- 6  Prefiero no contestar

**101** Cuando se embarazó de su nuevo bebé, ¿estaba tratando de embarazarse?

- 1  Sí → Vaya a la Pregunta 104
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

**102** Cuando se embarazó de su nuevo bebé, ¿estaba usted y/o su esposo(a)/pareja haciendo algo para evitar el embarazo?

- 1  Sí → Vaya a la Pregunta 104
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar → Vaya a la Pregunta 104

**103** ¿Cuáles fueron las razones por lo cual usted o su esposo(a)/pareja no trataron de evitar el embarazo? Por favor marque todos los que apliquen.

- 1  No me preocupaba si quedaba embarazada
- 2  Yo pensaba que no podía quedar/salir embarazada en el momento
- 3  El método anticonceptivo que estaba usando me causaba efectos secundarios
- 4  Tenía problemas para conseguir métodos anticonceptivos cuando los necesitaba
- 5  Yo pensaba que mi pareja o yo éramos estériles (no podía quedar embarazada en lo absoluto)
- 6  Mi pareja no quería usar o hacer nada para evitar un embarazo
- 7  Olvidé usar un método anticonceptivo
- 8  Otro motivo, por favor especifique:

- 9  Prefiero no contestar

**104** Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿le dijo su esposo(a) o pareja que no quería que usted quedara embarazada?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

**105** ¿Cómo se sintió cuando supo que estaba embarazada de su nuevo bebé? ¿Estaba usted...

- 1  Muy descontenta de estar embarazada
- 2  Algo descontenta de estar embarazada
- 3  Ni feliz ni descontenta
- 4  Feliz de estar embarazada
- 5  Muy feliz de estar embarazada
- 6  Prefiero no contestar

**106** Durante el año antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tenía usted cobertura de seguro médico por cualquiera de las siguientes fuentes?

- 1  Seguro a través del empleador o sindicato actual o anterior (por usted u otro miembro de la familia)
- 2  Seguro comprado directamente de una compañía de seguros (por usted u otro miembro de la familia)
- 3  Medicare (para personas mayores de 65 años o personas con ciertas discapacidades)
- 4  Medicaid, Asistencia Médica (MA), el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) o cualquier tipo de plan de asistencia patrocinada por el estado o gobierno basado en los ingresos o una discapacidad
- 5  TRICARE u otro de cuidado de salud militar, incluyendo el cuidado de salud de VA
- 6  Servicio de Salud Indígena
- 7  Cualquier otro tipo de seguro médico o plan de cobertura de salud, por favor especifique:

- 8  Yo no tenía seguro de salud durante mi embarazo
- 9  No sé
- 10  Prefiero no contestar

## SECCIÓN J. CUIDADO PRENATAL

**107** ¿Recibió alguna atención prenatal durante este último embarazo? El cuidado prenatal es brindado por un proveedor de atención médica e incluye un examen físico, controles de peso, y la toma de una muestra de orina. Dependiendo de la etapa del embarazo, los proveedores de atención médica también pueden realizar análisis de sangre y pruebas de imagen, tales como exámenes de ultrasonido. Estas visitas también incluyen discusiones acerca de la salud de la madre, la salud del lactante (o bebé), y cualquier pregunta sobre el embarazo.

- 1  Sí
- 2  No → Vaya a la Pregunta 110
- 3  Prefiero no contestar

**108** Durante cualquiera de sus consultas de atención prenatal, ¿un doctor, enfermera, u otro profesional de salud habló con usted sobre sus planes de posiblemente tener otro bebé o no?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

**109** Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera, u otro profesional de la salud le preguntó a usted si deseaba volver a quedar embarazada el próximo año?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

**110** Un parto prematuro o pretérmino es uno que ocurre a las 36 semanas o antes en el embarazo. Hasta donde usted sabe, ¿el último embarazo resultó en un parto prematuro?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

**111** Cuando nació su bebé, ¿pesó 5 libras y media o más?

- 1  Mi bebé pesó 5 ½ libras o más
- 2  Mi bebé pesó menos de 5 ½ libras
- 3  Prefiero no contestar

**112** Ya sea antes o después de haber dado a luz, ¿un doctor, enfermera, u otro profesional de la salud habló con usted acerca de la anticoncepción posparto (o métodos anticonceptivos que usted podría comenzar a usar una vez que su bebé naciera)?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

**113** ¿Comenzó un nuevo método anticonceptivo dentro de las 6 semanas después de dar a luz (o después del parto)?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  Prefiero no contestar

**114** Qué método anticonceptivo empezó a usar después de dar a luz? *Seleccione todas las que apliquen.*

- 1  Píldoras (o pastillas) anticonceptivas
- 2  Coito interrumpido (consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación)
- 3  DIU (Mirena®, Paragard®, Skyla®, Liletta®, o Kyleena®)

→ Si respondió que sí, ¿qué DIU está usando?

- 1  Liletta® (DIU hormonal utilizado por un máximo de 3 años)
- 2  Mirena® (DIU hormonal utilizado por un máximo de 5 años)
- 3  Skyla® (DIU hormonal utilizado por un máximo de 3 años)
- 4  Paragard® (DIU sin hormonas utilizado por un máximo de 10 años, también se conoce como la "T de cobre")
- 5  Kyleena® (DIU hormonal utilizado por un máximo de 5 años)
- 6  No sé
- 7  Prefiero no contestar

→ Si respondió que sí, ¿ha tenido algún problema con el DIU, desde que fue insertado (o colocado)? Por ejemplo, lo tuvieron que volver a insertar (o colocar)?

1  Sí, por favor especifique la dificultad:

- 2  No
- 3  No sé
- 4  Prefiero no contestar

- 4  Implante (Implanon® o Nexplanon®)
- 5  Anillo vaginal (Nuvaring® u otros)
- 6  Inyecciones anticonceptivas (Depo-Provera®, también se le conoce como "la inyección")
- 7  Parche anticonceptivo (Evra® u otro)
- 8  Condones masculinos o preservativos
- 9  Métodos anticonceptivos naturales (ritmo o calendario, temperatura corporal o basal, el método del collar)
- 10  Métodos de barrera (Diafragma, esponja anticonceptiva, capuchón cervical, condón femenino)
- 11  Otro método, por favor describa:

12  No usé ningún método anticonceptivo  
→ *Este es el fin de la encuesta.  
Por favor vaya a la página 19. Gracias.*

- 13  No sé
- 14  Prefiero no contestar

**115** ¿Dónde recibió este método anticonceptivo?

- 1  Después de dar a luz (o después del parto), y antes de dejar el hospital
- 2  Durante mi cita de chequeo de 6 semanas con mi gineco-obstetra, quien atendió el parto de mi bebé
- 3  Durante mi cita de chequeo de 6 semanas en la clínica de planificación familiar
- 4  Otro, por favor describa:

5  Prefiero no contestar

## Gracias

Gracias por su participación en esta encuesta. La información que usted ha proporcionado será utilizada para mejorar la salud de las mujeres en su estado. Como parte de un estudio continuo de investigación, usted podría ser contactada en el futuro para participar en estudios relacionados. Por favor tome en cuenta que si elige participar en estudios futuros, usted será compensada. Sin embargo, usted siempre tiene el derecho de negarse. Para propósitos de contactarla en el futuro, por favor incluya su correo electrónico y su número de teléfono abajo. Si usted no quiere ser contactada, por favor marque la casilla abajo.

Nombre:  Teléfono:

Correo Electrónico:

No deseo ser contactado/a

## Otros participantes interesados

Si hay alguna otra mujer entre 18-44 en su hogar a quien podríamos contactar para participar en este estudio, por favor escriba la información abajo. Si no hay alguna otra mujer en el hogar entre 18-44 o si usted no desea proveer esta información, por favor marque la casilla apropiada abajo.

Nombre de la primera mujer:

Email:

Nombre de la segunda mujer:

Email:

No quiero proporcionar sus datos de contacto

No hay alguna otra mujer de 18 a 44 años en este hogar

## Incentivo

Si usted fue elegible y completó la encuesta, le mandaremos un código de regalo de Amazon de \$10.  
¿Le gustaría que le mandemos el código de regalo por correo o por correo electrónico?

Correo  Correo electrónico  Ambos

Si eligió que le mandemos un código de regalo a usted, por favor proporcione un correo actualizado si el correo al que le mandamos este cuestionario es incorrecto.

Dirección 1:

Dirección 2:

Ciudad:  Estado:  Código postal

Correo electrónico:

## INSTRUCCIONES PARA EL ENVÍO

Por favor coloque el cuestionario completado en el sobre que tiene el timbre postal pagado.  
Si el sobre se extravió, por favor envíe el cuestionario a:

NORC at the University of Chicago  
55 E. Monroe Street, 19th Floor  
Chicago, Illinois 60603

Si desea obtener más información sobre el estudio, por favor llame al 1-866-643-6672 o envíe un correo electrónico a [womenshealth@norc.org](mailto:womenshealth@norc.org). Si usted tiene preguntas sobre sus derechos como participante de la encuesta, puede llamar al Administrador de la Junta de Revisión Institucional de NORC (llamada gratuita) al 1-866-309-0542.

Si usted tiene alguna pregunta sobre esta encuesta o le gustaría compartir cualquier otra información acerca de sus experiencias usando anticonceptivos, por favor escriba en el cuadro de abajo.