

Quisiéramos conocer sobre sus experiencias durante el último año. Primero, quisiéramos hacerle unas preguntas sobre usted.

1. ¿Cuál es **su** fecha de nacimiento?

	/		/	
MES		DÍA		AÑO

2. ¿En qué municipio reside **actualmente**? (Si usted vive en más de un lugar, por favor escriba el municipio donde vive la **mayoría** del tiempo.)

Nombre del municipio

Actualmente no estoy viviendo en Puerto Rico

3. ¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha completado?

Marque **una** respuesta

- No terminé la escuela superior
- Me gradué de escuela superior o su equivalente
- Tomé algunos cursos de educación universitaria o cursos técnicos
- Me gradué de educación universitaria
- Tomé algunos cursos posgraduados
- Completé estudios posgraduados (maestría, doctorado)

4. En los últimos 12 meses, ¿qué tipo de seguro o plan médico tenía **usted**?

Marque **todas** las que correspondan

- No tenía ningún tipo de seguro o plan médico
- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposa o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado pagado por mí o que otra persona pagaba por mí
- Plan de salud del gobierno/ Medicaid (también conocido como Mi Salud o Reforma)
- Otro → Por favor, escríbalo:

Las siguientes preguntas son sobre el virus del Zika.

5. En los últimos 12 meses, ¿cuán preocupado se sintió **usted** acerca de infectarse con el virus del Zika?

Marque **una** respuesta

- Muy preocupado
- Algo preocupado
- Nada preocupado

6. ¿En **CUÁL** de estas fuentes confía **más** para recibir información sobre el virus del Zika?

Marque **una** respuesta

- Profesional de la salud (por ejemplo, médico familiar u otros profesionales médicos)
- Mi esposa o pareja
- Familia o amigos
- Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)
- El Departamento de Salud de Puerto Rico
- Las noticias en radio o televisión
- Sitios de redes sociales como Facebook
- Otros sitios de la web → Por favor, escríbalo:

- Otras fuentes → Por favor, escríbala:

7. Según su opinión, ¿cuáles de las siguientes declaraciones acerca del virus del Zika son ciertas y cuales son falsas? (Para cada una, marque **Cierto** si usted cree que es verdad o **Falso**, si opina que no es verdad.)

Cierto Falso

- a. El virus del Zika puede transmitirse al tener relaciones sexuales con una persona que tiene Zika
- b. La infección por el virus del Zika durante el embarazo puede causar defectos de nacimiento en el bebé
- c. El virus del Zika puede propagarse a través de las picaduras de un mosquito
- d. El virus del Zika puede permanecer en el semen de un hombre hasta 6 meses después de ser infectado
- e. Todas las personas que tienen Zika presentan síntomas

8. En los últimos 12 meses, ¿usted ha ido a alguna visita de atención médica donde se haya atendido por un doctor, enfermera u otro profesional de la salud?

Sí

No

→ **Pase a la Pregunta 11**

9. ¿Qué tipo de visitas de atención médica tuvo usted en los últimos 12 meses?

Marque **todas** las que correspondan

- Chequeo de rutina en el consultorio de mi médico de familia
- Visita asociada al virus del Zika
- Visita asociada a una enfermedad o condición crónica
- Visita asociada a una herida
- Visita para depresión o ansiedad
- Visita para una limpieza dental con un dentista o higienista dental
- Otra → Por favor escríbala:

10. En cualquiera de sus visitas de atención médica durante **los últimos 12 meses**, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de la salud **hizo** alguna de las siguientes cosas? (Para cada una, marque **Sí**, si lo hicieron o **No**, si no lo hicieron.)

Sí No

- a. Habló con usted acerca de la importancia de prevenir infectarse con el virus del Zika
- b. Habló con usted acerca de prevenir las picaduras de mosquitos
- c. Habló con usted sobre el uso de condones para prevenir el Zika
- d. Habló con usted sobre sus deseos de tener o no tener hijos
- e. Habló con usted sobre cómo evitar un embarazo
- f. Habló con usted sobre las enfermedades de transmisión sexual tales como clamidia, gonorrea, sífilis o VIH
- g. Habló con usted sobre mantener un peso saludable
- h. Habló con usted sobre controlar cualquier condición médica como la diabetes o la presión alta
- i. Le preguntó si fumaba cigarrillos
- j. Le preguntó si se sentía decaído o deprimido
- k. Le preguntó sobre el tipo de trabajo que usted realiza

11. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez tuvo síntomas de infección del virus del Zika tales como fiebre, sarpullido, dolor de cabeza, dolor en las articulaciones, ojos enrojecidos o dolor muscular?

Sí

No

12. En los últimos 12 meses, ¿usted se ha hecho la prueba de detección del virus del Zika?

Sí

No

13. En cualquiera de los siguientes períodos de tiempo, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de la salud **le dijo** que tenía el virus del Zika? (*Para cada período de tiempo, marque **Sí**, si le dijeron que tenía el virus del Zika en ese entonces o **No**, si no le dijeron. Puede solicitar o utilizar un calendario.*)

- | | Sí | No |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. En los últimos 30 días..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En los últimos 1 a 3 meses..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. En los últimos 4 a 6 meses..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. En los últimos 7 a 9 meses..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. En los últimos 10 a 12 meses..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Las siguientes preguntas son acerca de evitar las picaduras de mosquitos.

14. En los últimos 12 meses, ¿tomó alguna de las siguientes medidas para evitar las picaduras de mosquitos en su hogar? (*Para cada una, marque **Sí**, si lo hizo o **No**, si no lo hizo.*)

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Siempre usó tela metálica ("screens") en puertas abiertas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Siempre usó tela metálica ("screens") en ventanas abiertas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Siempre mantuvo las puertas y ventanas sin tela metálica ("screens") cerradas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Siempre usó abanicos o aire acondicionado..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Vacío los envases con agua estancada en su casa y patio semanalmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Durmió debajo de un mosquitero para la cama..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Fumigó el interior de su casa para combatir los mosquitos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Fumigó las afueras y alrededor de su casa y patio para combatir los mosquitos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Aplicó larvicidas en el exterior de su casa.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Montó trampas de mosquitos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

15. En los últimos 12 meses, ¿cuán a menudo utilizó repelente de mosquitos sobre **su piel expuesta o ropa** cuando estaba afuera, aunque fuera por poco tiempo?

Marque **una** respuesta

- Siempre
- Algunas veces
- Rara vez o cuando veía mosquitos
- Nunca → **Pase a la Pregunta 17**

16. Cuando usaba repelente de mosquitos sobre **su piel expuesta o ropa**, ¿cuántas veces al día se lo aplicaba?

Marque **una** respuesta

- Más de una vez por día
- Una vez por día

17. Cuando **no** usaba repelente de mosquitos, ¿cuáles eran sus razones para no usarlo?

Marque **todas** las que correspondan

- No me gustaba su olor
- No me gustaba cómo me dejaba la piel
- Me preocupaba que los químicos del repelente me hicieran daño
- Me preocupaba que los químicos del repelente le hicieran daño a mi pareja
- Se me olvidaba aplicármelo
- Me daba alergia o hacía que me picara la piel
- No pensé que lo necesitaba
- Raramente estaba afuera
- El repelente de mosquitos era demasiado costoso
- A mi esposa o pareja no le gustaba cuando lo usaba
- Otra razón → Por favor, escríbala:

Las siguientes preguntas son acerca de los anticonceptivos.

18. ¿Cuál es el método de control de la natalidad que usted está pensando utilizar después del embarazo de su esposa o pareja?

Marque **todas** las que correspondan

- Condones
 - Vasectomía
 - Interrumpir el acto sexual (el hombre se retira antes de terminar)
 - Planificación familiar con métodos naturales (incluido el método del ritmo)
 - Mi esposa o pareja usará pastillas anticonceptivas
 - Mi esposa o pareja usará inyecciones contraceptivas (Depo)
 - Mi esposa o pareja usará el parche o anillo vaginal
 - Mi esposa o pareja se colocará un implante anticonceptivo en el brazo
 - Mi esposa o pareja se colocará un IUD o dispositivo intrauterino
 - Mi esposa o pareja va a operarse para ligarse o bloquearse las trompas de Falopio (esterilización femenina)
 - Otro método → Por favor, escríbalo
-
- No sé
 - Mi pareja y yo no utilizaremos anticonceptivos →

**Pase a la
Pregunta 20**

19. ¿**CUÁL** de las siguientes premisas es **la más** importante para usted al escoger un método anticonceptivo?

Marque **una** respuesta

- Es fácil de usar
 - Es fácil de conseguir
 - Interfiere menos en el acto sexual
 - Es económico
 - Tiene menos efectos secundarios
 - Funciona bien para prevenir un embarazo
 - Evita enfermedades de transmisión sexual (ETS)/ HIV
 - Mi pareja femenina lo recomienda
 - Mi médico lo recomienda
 - Mis amigos lo recomiendan
 - Otra → Por favor, especifique:
-

Las siguientes preguntas son acerca del embarazo de la mamá de su nuevo bebé.

20. Cuando ella quedó embarazada, ¿qué tipo de relación tenía usted con **la mamá de su nuevo bebé**?

Marque **una** respuesta

- Era mi esposa (casados legalmente)
 - Era mi pareja (no casados legalmente, pero una pareja fija)
 - Era mi novia (una pareja casual)
 - Otra → Por favor, explique:
-

21. ¿Vivía con la mamá de su nuevo bebé durante su embarazo?

Marque **una** respuesta

- Sí, todo el embarazo
- Sí, parte del embarazo
- No

22. Recordando el momento justo **antes** de que la mamá de su nuevo bebé quedara embarazada, ¿**CUÁL** de las siguientes frases mejor identifica como **usted** se sentía acerca de que quedara embarazada?

Marque **una** respuesta

- Quería que quedara embarazada después y no en ese momento, dado al riesgo asociado al virus del Zika
- Quería que quedara embarazada después y no en ese momento, por otra razón
- Quería que quedara embarazada desde hace tiempo
- Quería que quedara embarazada en ese momento
- No quería que quedara embarazada en ese momento, ni en el futuro
- No estaba seguro de lo que quería

23. ¿Cuán preocupado se sintió usted ante la posibilidad de que **la mamá de su nuevo bebé** se infectara con el virus del Zika durante su embarazo?

Marque **una** respuesta

- Muy preocupado
- Algo preocupado
- Nada preocupado

24. Durante el embarazo de la mamá de su nuevo bebé, ¿cuán preocupado se sintió ante la posibilidad de tener un niño con microcefalia u otro defecto de nacimiento relacionado con el virus del Zika? (*La microcefalia es una malformación congénita o defecto de nacimiento en la que la cabeza del bebé es más pequeña de lo esperado al compararla con la de los bebés de la misma edad y sexo.*)

Marque **una** respuesta

- Muy preocupado
 Algo preocupado
 Nada preocupado

25. Durante su embarazo, ¿habló con la mamá de su nuevo bebé acerca del virus del Zika?

- Sí
 No

→ Pase a la **Pregunta 27**

26. Cuando habló con la mamá de su nuevo bebé acerca del virus del Zika **durante su embarazo**, ¿hablaron de algunos de los siguientes temas? (*Para cada una, marque **Sí**, si hablaron de eso o **No**, si no lo hablaron.*)

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. El riesgo de tener un bebé con defectos de nacimiento asociados con el Zika | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Proteger el hogar de los mosquitos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Usar repelente de mosquitos para evitar picaduras de mosquitos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Abstenerse de tener sexo para evitar infectarse con Zika | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Usar condones durante el sexo para evitar la transmisión del virus Zika | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

27. ¿Usted fue con la mamá de su nuevo bebé a las consultas de cuidado prenatal?

Marque **una** respuesta

- Sí, fui a todas las consultas de cuidado prenatal
 Sí, fui a algunas de las consultas de cuidado prenatal
 No

→ Pase a la **Pregunta 29**

Pase a la Pregunta 28

28. Durante alguna de las consultas de **cuidado prenatal**, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló acerca de cómo podría ayudar a la mamá de su nuevo bebé a evitar la infección por el virus del Zika durante su embarazo?

- Sí
 No

Si usted fue a todas las consultas de cuidado prenatal con la mamá de su nuevo bebé, pase a la Pregunta 30.

29. ¿Cuáles fueron sus razones para **no** ir a todas las consultas de cuidado prenatal con la mamá de su nuevo bebé?

Marque **todas** las que correspondan

- No pude tomar tiempo libre del trabajo o de la escuela
 El horario de las citas no era conveniente para mí
 No tenía transportación para llegar a la clínica o al consultorio médico
 Estaba demasiado ocupado en otras cosas
 No pensé que necesitaba ir
 No pensé que me darían información útil durante las consultas
 La mamá de mi nuevo bebé no quería que yo fuera
 No quería ir
 La mamá de mi nuevo bebé no obtuvo cuidado prenatal
 Otra razón → Por favor, escríbala:

30. ¿Tuvo relaciones sexuales con la mamá de su nuevo bebé en algunos de los siguientes momentos durante su embarazo? (*Puede preguntar o pedir un calendario de referencia*)

- | | Sí | No, para evitar Zika | No, por otras razones |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Meses 1 a 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Meses 4 a 6..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Meses 7 a 9..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si no tuvo relaciones sexuales con la mamá de su nuevo bebé durante su embarazo, pase a la Pregunta 33.

31. ¿Con qué frecuencia usó un condón cuando tuvo relaciones sexuales con la mamá de su nuevo bebé en algunos de los siguientes momentos durante su embarazo?

	Siempre	A veces	Nunca
a. Meses 1 a 3.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Meses 4 a 6.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Meses 7 a 9.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si usó un condón cada vez que tuvo relaciones sexuales con la mamá de su nuevo bebé durante su embarazo, pase a la Pregunta 33. De lo contrario, pase a la Pregunta 32.

32. ¿Cuáles fueron sus motivos para no usar un condón cada vez que tuvo relaciones sexuales con la mamá de su nuevo bebé durante su embarazo?

*Marque **todas** las que correspondan*

- No sabía que estaba embarazada
- No pensé que fuera necesario usar condones durante su embarazo
- No pensé que un condón podía prevenir la infección por el virus del Zika
- No pensé que el virus del Zika todavía era un problema
- No pensé que tenía el virus del Zika
- No quería usar condones
- Ella no quería usar condones
- No pude conseguir condones cuando los necesité
- No tenía dinero para comprar condones
- Se me olvidó usar condones
- Me daban alergia o le daban alergia a mi pareja
- Otra razón → Por favor, escríbala:

33. ¿Estuvo usted presente durante el nacimiento de su nuevo bebé?

- Sí → **Pase a la Pregunta 35**
- No

34. ¿Cuáles fueron sus razones para no estar presente durante el nacimiento de su nuevo bebé?

*Marque **todas** las que correspondan*

- Estaba fuera de la ciudad
- El nacimiento ocurrió inesperadamente y no pude llegar a tiempo
- No pude tomarme tiempo libre del trabajo o de la escuela
- No tenía a nadie que cuidara a mis otros hijos
- Mi esposa o pareja no quería que estuviera presente
- No quería estar presente
- El personal del hospital no me permitió asistir
- Otra razón → Por favor, escríbala:

35. ¿Ha hecho alguna de las siguientes cosas para prepararse para su nuevo bebé? (Para cada una, marque **Sí**, si lo ha hecho como preparativo para el nuevo bebé o **No**, si no lo ha hecho. Puede solicitar o utilizar un calendario.)

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Asistir a una o más clases de preparación para el parto con la mamá de mi nuevo bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Asistir a una o más clases de lactancia con la mamá de mi nuevo bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Buscar información sobre el embarazo y el nacimiento en el Internet o en otros lugares..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Hablar con la mamá de mi nuevo bebé sobre el embarazo, el nacimiento y el cuidado de un nuevo bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Hablar con mi familia y amigos sobre el embarazo, el nacimiento y el cuidado de un nuevo bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Comprar cosas para bebés como cuna, coche, ropa, pañales, biberones, mantas, asiento para el carro, etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Hacer reparaciones o mejoras en el hogar para mantener a los mosquitos afuera..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Preparar el hogar para el nuevo bebé habilitando un espacio para el bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Mejorar mi salud mediante la dieta (cambié mis hábitos alimenticios) para bajar de peso..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Mejorar mi salud mediante el ejercicio 3 días o más a la semana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Buscar ayuda para problemas de salud tales como depresión o ansiedad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Buscar ayuda para reducir el uso de cigarrillos, alcohol o drogas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

36. ¿Usted se sintió que estuvo tan involucrado como quería estar durante el embarazo de la mamá de su nuevo bebé?

Marque **una** respuesta

- Sí
- No, quería estar más involucrado
- No, quería estar menos involucrado

37. Esta pregunta trata sobre los sentimientos y preocupaciones que usted puede tener sobre ser padre. Para cada una, marque **Sí**, si lo describe a usted o **No**, si no lo describe.

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Me siento listo para ser padre..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Me preocupa no saber lo suficiente sobre cómo cuidar a un bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Pienso que un nuevo bebé me impedirá hacer las cosas que acostumbraba, como trabajar, ir a la escuela o salir..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Estoy entusiasmado con la idea de cuidar a un nuevo bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Estoy emocionado con las nuevas experiencias que tendré con mi nuevo bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Estoy emocionado por decirle a mis amigos del bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Me preocupa que no tenga suficiente dinero para cuidar a un bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Me preocupa lograr un balance entre el trabajo y la familia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Me preocupa tener un bebé saludable | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

38. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia se ha sentido triste, deprimido o sin esperanza?

Marque **una** respuesta

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

39. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha estado menos interesado en cosas o ha disfrutado menos al hacer cosas que normalmente disfrutaba?

Marque **una** respuesta

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

40. Actualmente, ¿tiene un trabajo con paga?

Marque **todas** las que correspondan

- Sí, tengo un trabajo a tiempo parcial (30 horas o menos a la semana)
- Sí, tengo un trabajo a tiempo completo (Más de 30 horas a la semana)
- No → **Pase a la Pregunta 42**

41. Una vez den de alta a su bebé del hospital, ¿usted tomará tiempo libre de su trabajo para cuidar a su nuevo bebé?

Marque **todas** las que correspondan

- Sí, tomaré tiempo libre **pagado** por mi trabajo o por vacaciones
- Sí, tomaré tiempo libre **no pagado** por mi trabajo
- No, no tomaré tiempo libre

42. ¿Usted estará viviendo con su nuevo bebé?

Marque **una** respuesta

- Sí, todo el tiempo
- Sí, parte del tiempo
- No
- No sé

43. Aparte de su nuevo bebé, ¿usted tiene otros hijos (biológicos o adoptados)?

- Sí
- No → **Pase al final de la encuesta**

44. Sin incluir a su nuevo bebé, ¿cuántos hijos tiene usted (biológicos o adoptados)?

Número de hijos

¡Muchas gracias por responder a nuestras preguntas!

Sus respuestas nos ayudarán mantener a las familias de Puerto Rico saludables.