



Estudio COPE

Covid-19 y Experiencias Perinatales

COPE: Experiencias perinatales de coronavirus - Encuesta de Impacto (COPE-IS)

1. ¿Está actualmente embarazada?

- (1) Sí > pasar a la sección: mujeres embarazadas
- (0) No > pasar a la sección: mujeres posparto

MUJERES EMBARAZADAS

PARTE 1: EXPERIENCIAS PERINATALES RELACIONADAS CON EL BROTE DE COVID-19

1. ¿Cuándo es su fecha de parto? (fecha): _____
2. ¿Es este su primer embarazo?
 - (1) Sí
 - (0) No
3. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes durante su embarazo? (seleccione todos los que aplican)
 - (1) Diabetes gestacional
 - (2) Hipertensión
 - (3) Cuello uterino corto
 - (4) Tamaño fetal pequeño
 - (5) Otro
 - (6) Ninguno aplica
 - (7) Prefiero no responderSi otro, por favor describa aquí: (campo abierto) _____
4. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su embarazo?
 - (1) Hijo único
 - (2) Gemelos/ mellizos
 - (3) Múltiples
5. ¿Qué tan bien esta recibiendo apoyo de su(s) proveedor(es) de atención prenatal primaria?
 - (1) Muy bien apoyada
 - (2) Algo bien apoyada
 - (3) No muy bien apoyada

6. ¿El apoyo que recibe de su consultorio de cuidado prenatal ha cambiado debido al brote de COVID-19?

- (1) Empeoró significativamente
- (2) Algo empeoró
- (3) Ningún cambio
- (4) Algo mejorado
- (5) Mejoró significativamente

7. ¿Cuál de los siguientes recursos están actualmente disponibles para usted de parte de su consultorio de cuidado prenatal? (seleccione todos los que aplican)

- (1) Citas en persona regulares
- (2) Citas de cuidado virtuales
- (3) Citas por llamadas telefónicas
- (4) Portal de mensajes en línea para preguntas/inquietudes
- (5) Cuidado de emergencia
- (6) Monitoreo de la presión arterial en el hogar
- (7) Monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal en el hogar
- (8) No estoy segura
- (9) Otro

Si otro, por favor describa aquí: (*campo abierto*) _____

8. ¿Cuál de los siguientes cambios está experimentando como resultado del brote de COVID-19? (seleccione todos los que aplican)

- (1) Cambio de horario ya planeado para su cesárea o inducción del parto
- (2) Cambió de parto vaginal planeado a inducción o cesárea
- (3) Cambió de parto planeado en el hogar a parto en el hospital
- (4) Cambió de parto planeado en el hospital a parto en el hogar
- (5) Cambios de hospitales o centros de parto
- (6) Cambió de proveedor(es) de atención médica prenatal
- (7) Cancelación de o reducción en la frecuencia de visitas prenatales
- (8) Se modificó el formato de atención prenatal (es decir, no hay clases grupales)
- (9) Cancelación de visitas al hospital
- (10) Transición de visitas prenatales en persona a visitas virtuales
- (11) Ninguno aplica

9. ¿Le preocupan los posibles cambios futuros en su atención médica durante el nacimiento de su bebé como resultado del brote de COVID-19?

- (1) Sí
- (0) No

a. En caso afirmativo, favor de proveer sus inquietudes: _____

b. ¿Qué tan preocupada está?

(Escala 1-7; 1 = Sin preocupación, 7 = Altamente preocupada)

10. ¿Le preocupan los posibles cambios futuros en el apoyo y la participación de su familia y amigos en el nacimiento de su bebé como resultado del brote de COVID-19?

- (1) Sí
- (0) No

- a. En caso afirmativo, favor de proveer sus inquietudes: _____
- b. ¿Qué tan preocupada está?
(Escala 1-7; 1 = Sin preocupación, 7 = Altamente preocupada)

11. ¿Le preocupa la salud de su hijo como resultado del brote de COVID-19?

- (1) Sí
- (0) No

- a. En caso afirmativo, favor de proveer sus inquietudes: _____
- b. ¿Qué tan preocupada está?
(Escala 1-7; 1 = Sin preocupación, 7 = Altamente preocupada)

12. ¿Qué tan importante son los siguientes puntos para ayudarla a usted y a su familia durante el brote de COVID-19? (será una matriz con columnas: (1) nada importante, (2) algo importante, (3) muy importante)

- (1) Más conversaciones personales con mi proveedor de atención prenatal
- (2) Información sobre cómo reducir estrés
- (3) Acceso a un proveedor de salud mental.
- (4) Grupos de apoyo en línea
- (5) Interacción con otras personas embarazadas.
- (6) Respuesta rápida a preguntas y preocupaciones
- (7) Ejemplos de cómo otras madres están planeando para posibles cambios en su embarazo, parto y cuidado posparto

13. ¿Hay otros recursos que serían útiles para usted y su familia durante el brote de COVID-19? (campo abierto): _____

14. ¿Le interesaría aprender más sobre la oportunidad de participar en un nuevo grupo social virtual de bebés y madres?

- (1) Sí
- (0) No

En caso afirmativo, **¿Prefiere que su grupo de madres sea local versus nacional (prefiere las madres en los EE. UU. o en su región)?**

- (0) Local
- (1) Nacional
- (2) Ambas
- (3) Sin preferencia

(Fin de sección; aquí comienza una lógica de ramificación diferente para madres de bebés recientes; mamas embarazadas pasan a sección: experiencias perinatales)

MUJERES POSTPARTO

PARTE 1: EXPERIENCIAS PERINATALES RELACIONADAS CON EL BROTE DE COVID-19

[OPCIONAL]

(pregunta de detección, solo relevante si se excluyen las madres de bebés > 6 meses ...)

¿Eres madre de un bebé menor de 6 meses?

(1) Sí > *avanzar*

(0) No > *"Gracias por su disposición a responder a nuestra encuesta preguntando sobre experiencias y sentimientos asociados con el brote de COVID-19. Esta encuesta está destinada solo a mujeres embarazadas y mujeres con niños menores de 6 meses y, por lo tanto, no necesita continuar con esta encuesta".*

1. **¿En qué fecha nació su hijo más reciente?:** _____
2. **¿Fue este su primer embarazo?**
 - (1) Sí
 - (0) No
3. **¿Experimento alguno de los siguientes durante su embarazo? (seleccione todos los que aplican)**
 - (1) Diabetes gestacional
 - (2) Hipertensión
 - (3) Cuello uterino corto
 - (4) Tamaño fetal pequeño
 - (5) Peso bajo al nacer
 - (6) Parto <37 semanas de gestación
 - (7) Parto <32 semanas de gestación
 - (8) Otro (campo abierto)
 - (9) Ninguno aplica

Si otro, por favor describa aquí: *(campo abierto)* _____
4. **¿Dónde dio a luz? (elija uno)**
 - (1) Hospital
 - (2) Centro de maternidad
 - (3) Nacimiento en casa
 - (4) Otro no enumerado

Si eligió 1, 2 o 4, ¿Cuál es el nombre del hospital o centro de maternidad donde nació su bebé? *(campo abierto)*: _____
5. **¿En qué ciudad y estado nació su bebé? (Ciudad, Estado, País) *(campo abierto)*:** _____
6. **¿Ha recibido su bebé tratamiento en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) o en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP)?**
 - (1) Sí
 - (0) No

- 7. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su embarazo?**
- (1) Hijo único
 - (2) Gemelos/ mellizos
 - (3) Múltiples
- 8. ¿Qué tan bien esta recibiendo apoyo de su(s) proveedor(es) de atención pre- y postnatal primaria?**
- (1) Muy bien apoyada
 - (2) Algo bien apoyada
 - (3) No muy bien apoyada
- 9. ¿El apoyo que recibe de su(s) proveedor(es) de atención pre- y postnatal primaria ha cambiado debido al brote de COVID-19?**
- (1) Empeoró significativamente
 - (2) Algo empeoró
 - (3) Ningún cambio
 - (4) No relevante (Ej., Los eventos relacionados con COVID ocurrieron después de mi parto)
 - (5) Algo mejorado
 - (6) Mejorado significativamente
- 10. ¿Qué tan importante son los siguientes puntos para ayudarla a usted y a su familia durante el brote de COVID-19? (será una matriz con columnas: (1) nada importante, (2) algo importante, (3) muy importante)**
- (1) Más conversaciones individuales con mi proveedor medico
 - (2) Más conversaciones individuales con el proveedor médico de mi hijo
 - (3) Información sobre COVID-19 y la salud infantil
 - (4) Información sobre cómo reducir estrés
 - (5) Acceso a un proveedor de salud mental
 - (6) Grupos de apoyo en línea
 - (7) Interacción con otros padres
 - (8) Respuesta rápida a preguntas y preocupaciones
 - (9) Ejemplos de cómo otras madres están planeando para posibles cambios en sus planes posparto y cuidado de bebé
- 11. ¿Hay otros recursos que serían útiles para usted y su familia durante el brote de COVID-19? (campo abierto): _____**
- 12. ¿Está actualmente amamantando?**
- (1) Sí
 - (0) No
- (1) En caso afirmativo, ¿Está amamantando exclusivamente?**
- (1) Sí
 - (0) No
- 13. ¿Cambió alguno de sus planes de nacimiento como resultado del brote de COVID-19? (seleccione todos los que aplican)**

- (1) Acceso reducido a medicamentos preferidos antes o después del parto (es decir, óxido nitroso, epidural)
- (2) Cambio de ubicación de entrega ya planeada
- (3) Mi inducción o cesárea electiva según lo planeado, no estaba permitida
- (4) Mi parto vaginal electivo según lo planeado, cambió a inducción o cesárea
- (5) Mi proveedor de atención médica (Ej., médico, dula, partera) no estaba disponible para el nacimiento del bebé según lo planeado
- (6) No se permitió a las personas de apoyo (Ej., pareja, familia) asistir al parto
- (7) Me separaron del bebé inmediatamente después del parto
- (8) Me separaron del bebé durante un largo período después del parto (Ej., mi bebé fue puesto en cuarentena en la guardería del hospital)
- (9) Ningún cambio
- (10) Otro
Si otro, por favor describa aquí: (*campo abierto*) _____

14. ¿Alguna de sus experiencias postnatales cambió como resultado del brote de COVID-19? (seleccione todos los que aplican)

- (1) Familia y amigos no pudieron visitarme a mí y a mi bebé después del nacimiento (Ej., debido al distanciamiento social o restricciones de viaje)
- (2) No tuve acceso a lactancia u otro tipo de apoyo prenatal después del alta del hospital
- (3) Mi visita posparto fue cancelada
- (4) Mi visita posparto fue una visita virtual
- (5) No pude obtener el tipo de anticonceptivo que quería
- (6) No pude hablar de mis decaídas o problemas relacionados con mi estado de ánimo
- (7) Las visitas de bienestar de mi bebé se hicieron virtuales
- (8) Las visitas de bienestar de mi bebé fueron canceladas
- (9) Las inmunizaciones/vacunas de mi bebé fueron pospuestas
- (10) Ningún cambio
- (11) Otro
Si otro, por favor describa aquí: (*campo abierto*) _____

15. En general, ¿cuál es el nivel de angustia que ha experimentado por los cambios en sus experiencias de nacimiento y experiencias postnatales debido a COVID-19? (Escala 1-7; 1 = Sin angustia, 7 = Altamente angustiante)

16. ¿Le preocupan los posibles cambios futuros en la forma en que cuidará a su bebé como resultado del brote de COVID-19?

- (1) Sí
- (0) No

1. En caso afirmativo, favor de proveer sus inquietudes:

2. ¿Qué tan preocupada está?

(Escala 1-7; 1 = Sin preocupación, 7 = Altamente preocupada)

17. ¿Tiene usted inquietudes sobre la salud de su hijo como resultado del brote de COVID-19?

- (1) Sí
- (0) No

- a. En caso afirmativo, favor de proveer sus inquietudes: _____
- b. ¿Qué tan preocupada está?
(Escala 1-7; 1 = Sin preocupación, 7 = Altamente preocupada)

18. ¿Actualmente participa en grupos de apoyo virtual (Ej., grupo de madres virtuales, apoyo de lactancia virtual, etc.)?

- (1) Sí
- (0) No

- i. En caso afirmativo, ¿Con qué tipo de grupo (s) está involucrada? (campo abierto):__

19. ¿Le interesaría aprender más sobre la oportunidad de participar en un nuevo grupo social virtual de bebés y madres?

- (1) Sí
- (0) No

- i. En caso afirmativo, "¿Prefiere que su grupo de madres sea local versus nacional (prefiere las madres en los EE. UU. o en su región)?"

- (1) Local
- (2) Nacional
- (3) Ambas
- (4) Sin preferencia

(Fin de sección para mujeres postparto; avanzan a siguiente sección; experiencias perinatales)

TODAS LAS PARTICIPANTES

PARTE 2: EXPOSICIONES Y SÍNTOMAS DE COVID-19 (PROPIA Y FAMILIAR)

Estamos interesados en saber si usted y su familia han estado expuestos o están experimentando síntomas como los observados en COVID-19.

Síntomas principales: fiebre o escalofríos, tos, falta de aliento.

Síntomas menores: dolor de garganta, dolor de cabeza, dolores musculares o corporales, mucosidad nasal, fatiga, diarrea/náuseas, vómitos, pérdida de olfato o sabor, picazón/ojos rojos.

1. Para todas las siguientes personas, indique qué ha ocurrido. (seleccione todos los que aplican)

FILAS (uno mismo, pareja, recién nacido, otros niños, otros que viven en el hogar)

Sección i. COLUMNAS: (1) sin síntomas, (2) Actualmente tiene síntomas, (3) Síntomas en el pasado

Sección i. COLUMNAS: (1) Nunca probado, (2) Resultado positivo de COVID-19, (3) Resultado negativo de COVID-19, (4) Resultado de COVID-19 en espera

Si se hizo clic en el botón de prueba, aparece el cuadro emergente (*condicional*):
Proporcionar FECHA de la prueba: _____

2. **¿Alguna de las siguientes personas ha estado en contacto con alguien que haya dado positivo por COVID-19? (dentro de los 14 días anteriores o posteriores a una fecha de prueba positiva) (seleccione todos los que aplican)**

- (1) Uno mismo
- (2) Pareja
- (3) Recién nacido
- (4) Otros niños
- (5) Otros que viven en el hogar
- (6) Sus padres
- (7) Amigos cercanos/vecinos
- (8) Otro
- (9) Ninguno conocido

Si es otro, por favor describa aquí: (*campo abierto*) _____

3. **¿Algunos de las siguientes personas tienen un mayor riesgo de contraer COVID-19 debido a afecciones médicas existentes o edad avanzada? (seleccione todos los que aplican)**

- (1) Uno mismo
- (2) Pareja
- (3) Recién nacido
- (4) Otros niños
- (5) Otros que viven en el hogar
- (6) Sus padres
- (7) Amigos cercanos/vecinos
- (8) Otro (*campo abierto*)
- (9) Ninguno conocido

Si otro, por favor describa aquí: (*campo abierto*) _____

4. **¿Le gustaría hacerse la prueba de COVID-19 pero no ha podido hacerse la prueba?**

- (1) Sí
- (0) No

5. **¿A cuántas personas conoce personalmente (se han reunido en persona) que se enfermaron con COVID-19? (cuente personas individuales solo una vez en los campos a continuación)**

- i. ¿Número de casos confirmados?: _____
- ii. ¿Número de casos sospechosos?: _____

6. **En general, ¿qué tan angustiada está por sus propios síntomas relacionados con COVID-19 o enfermedad potencial?**

(Escala 1-7; 1 = Sin angustia, 7 = Altamente angustiada)

7. **En general, ¿qué tan angustiada está por los síntomas relacionados con COVID-19 o la posible enfermedad en amigos y familiares?**

(Escala 1-7; 1 = Sin angustia, 7 = Altamente angustiada)

PARTE 3: CONSIDERACIONES FINANCIERAS DE COVID-19 (ACTUAL Y FUTURO ESPERADO)

8. ¿Qué tipo de empleo tiene? (favor de seleccionar todos los que aplican)

- (1) Trabajando a tiempo completo
- (2) Trabajando a tiempo parcial
- (3) De baja por maternidad
- (4) Otra forma de licencia temporal
- (5) En busca de un trabajo
- (6) Estudiante
- (7) Desempleado
- (8) Cuidador de casa
- (9) Retirado
- (10) Otro, lista
- (11) Prefiero no responder

Si otro, por favor describa aquí: (*campo abierto*) _____

9. **ACTUALES** impactos financieros y laborales del brote de COVID-19

- a. ¿Cuál de los siguientes cambios en el empleo ya se han producido debido al brote de COVID-19? (seleccione todos los que aplican; dejar en blanco si no es relevante) (*será una matriz con columnas: (1) uno mismo, (2) pareja*)

- (1) Moverse al trabajo remoto
- (2) Pérdida de horas
- (3) Paga disminuida
- (4) Pérdida de trabajo
- (5) Disminución de la seguridad laboral
- (6) Interrupciones debido a desafíos de cuidado infantil
- (7) Aumento de horas
- (8) Aumento de responsabilidades
- (9) Aumento de monitoreo e informes
- (10) Pérdida de seguro de salud
- (11) Capacidad reducida para pagar el cuidado de niños
- (12) Capacidad reducida para pagar alquiler / hipoteca
- (13) Tener que despedir o suspender a los empleados
- (14) Disminución del valor de su jubilación, inversiones o ahorros

10. En general, ¿cuál es el nivel de angustia que ha experimentado en relación con el empleo y los impactos financieros debido al brote de COVID-19?

(Escala 1-7; 1 = Sin angustia, 7 = Altamente angustiada)

11. **FUTUROS** (esperados) impactos financieros y laborales del brote de COVID-19

- a. ¿Cuál de los siguientes cambios en el empleo espera que ocurra en el futuro? (seleccione todos los que aplican; dejar en blanco si no es relevante) (*será una matriz con columnas: (1) uno mismo, (2) pareja*)

- (1) Moverse al trabajo remoto
- (2) Pérdida de horas
- (3) Paga disminuida

- (4) Pérdida de trabajo
- (5) Disminución de la seguridad laboral
- (6) Interrupciones debido a desafíos de cuidado infantil
- (7) Aumento de horas
- (8) Aumento de responsabilidades
- (9) Aumento de monitoreo e informes
- (10) Pérdida de seguro de salud
- (11) Capacidad reducida para pagar el cuidado de niños
- (12) Capacidad reducida para pagar alquiler / hipoteca
- (13) Tener que despedir o suspender a los empleados
- (14) Disminución del valor de su jubilación, inversiones o ahorros

12. En general, ¿cuál es el nivel de angustia que tiene sobre el FUTURO empleo y los impactos financieros del brote de COVID-19?

(Escala 1-7; 1 = Sin angustia, 7 = Altamente angustiada)

PARTE 4: ACTIVIDADES DE APOYO SOCIAL DE COVID-19

13. ¿Cómo intenta actualmente satisfacer sus necesidades de apoyo social? (Seleccione todos los que aplican)

- (1) Llamadas telefónicas
- (2) Comunicación electrónica (por ejemplo, correo electrónico, texto)
- (3) Virtual (Ej., video llamada como FaceTime)
- (4) En persona
- (5) Redes sociales (Facebook, Instagram)
- (6) Otro

14. ¿De quién está recibiendo apoyo social? (seleccione todos los que aplican)

- (1) Familia
- (2) Amigos
- (3) Comunidad Religiosa
- (4) Proveedor de atención de salud mental
- (5) Proveedor de cuidado de la salud
- (6) Organizaciones sin fines de lucro y comunitarias
- (7) Otro

15. Antes de COVID-19, ¿qué tan apoyada se sentía por su red social?

(Escala 1-7; 1 = Nada de apoyada, 7 = Muy apoyada)

16. Actualmente, ¿qué tan apoyada se siente por su red social?

(Escala 1-7; 1 = Nada de apoyada, 7 = Muy apoyada)

17. En general, ¿cuál es el nivel de angustia que ha experimentado con las interrupciones en su apoyo social debido al brote de COVID-19?

(Escala 1-7; 1 = sin angustia, 7 = altamente angustiante)

18. ¿Cuál de las siguientes situaciones se aplican a usted y su familia? (seleccione todos los que aplican)

- (1) Sin restricciones actualmente
- (2) Cuarentena voluntaria por miedo a la exposición
- (3) Cuarentena voluntaria debido a caso confirmado / sospechoso
- (4) Cuarentena obligatoria por parte de un profesional médico debido a un caso confirmado / sospechoso (no se permite salir por ningún motivo, incluidos los comestibles)
- (5) Orden de permanencia en el hogar por parte del gobierno local y / o el empleador exigiendo a las personas a quedarse en casa (por ejemplo, todavía pueden caminar y socializar al aire libre mientras mantienen el distanciamiento social)
- (6) Orden de refugio en el hogar por parte del gobierno local (es decir, solo se permite al aire libre para fines esenciales)

19. ¿Está de acuerdo con las restricciones recomendadas o requeridas por su gobierno local y nacional?

- (1) Creo que las restricciones son muy relajadas
- (2) Creo que las restricciones son muy estrictas
- (3) Creo que las restricciones son buenas

20. En su hogar tiene acceso a ...

- a. ¿Un teléfono conectado a internet?
 - (1) Sí
 - (0) No
- b. ¿Una computadora conectada a internet?
 - (1) Sí
 - (0) No
- c. ¿Un lugar tranquilo para llamadas privadas, trabajo o actividades individuales?
 - (1) Sí
 - (0) No
- d. ¿Un espacio exterior privado cercano (es decir, patio)?
 - (1) Sí
 - (0) No
- e. ¿Espacios públicos exteriores cercanos?
 - (1) Sí
 - (0) No

21. ¿Cuál de los siguientes comportamientos está restringiendo a propósito (ha decidido hacer estas cosas menos)? (seleccione todos los que aplican; dejar en blanco si no aplican)

- (1) Contacto en persona con la familia dentro del hogar (es decir, ha decidido mantenerse separado de uno o más miembros de su hogar)
- (2) Contacto en persona con familiares que viven fuera del hogar
- (3) Contacto en persona con amigos

- (4) Contacto en persona con otras mujeres embarazadas o padres
- (5) Contacto en persona con colegas en el trabajo
- (6) Cuidado regular de niños por un proveedor de cuidado externo
- (7) Viaje familiar o personal
- (8) Actividades familiares en espacios al aire libre (por ejemplo, playas, bosques, parques nacionales)
- (9) Actividades familiares en espacios públicos (Ej., Museos, parques infantiles, teatros)
- (10) Ir a restaurantes o tiendas
- (11) Clases de ejercicio en interiores o deportes recreativos
- (12) Eventos en persona en la comunidad
- (13) Servicios religiosos en persona

22. ¿Qué actividad extraña más? (elija uno)

- (1) Contacto en persona con familiares y / o amigos
- (2) Contacto en persona con colegas en el trabajo
- (3) Contacto en persona con otras mujeres embarazadas o padres
- (4) Descansos de las responsabilidades de cuidado infantil
- (5) Viaje familiar o personal
- (6) Actividades familiares en espacios públicos (Ej., Museos, parques infantiles, teatros)
- (7) Actividades recreativas al aire libre
- (8) Ir a restaurantes o tiendas
- (9) Clases de ejercicio en interiores o deportes recreativos
- (10) Eventos comunitarios en persona
- (11) Servicios religiosos en persona
- (12) Otro

Si es otro, por favor describa aquí:

23. ¿Tiene alguna de las siguientes preocupaciones para su familia? Para artículos de preocupación, por favor indique sus sentimientos ...

(matriz: (1) no preocupante; (2) levemente angustiante; (3) moderadamente angustiante; (4) altamente angustiante)

- (1) Acceso reducido a alimentos o bienes en el futuro
- (2) Acceso reducido a medicamentos y suministros de higiene en el futuro
- (3) Acceso reducido a suministros para bebés (por ejemplo, fórmula, pañales, toallitas) en el futuro
- (4) Acceso reducido a la atención de salud mental en el futuro
- (5) Acceso reducido a la atención médica general en el futuro
- (6) Acceso reducido a interacciones sociales positivas debido al distanciamiento social y / o cuarentena

24. ¿Cuál de estas fuentes encuentra más útil para recibir información sobre el brote de COVID-19? (seleccione todas las que aplican)

- (1) Proveedores de atención médica prenatal o posparto
- (2) Pediatra del niño
- (3) Otras mujeres embarazadas / nuevas mamás
- (4) Familia o amigos
- (5) Organizaciones internacionales de salud (Ej., OMS)

- (6) Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC)
- (7) Gobierno federal
- (8) Departamento de salud del estado
- (9) Gobierno local (ciudad o condado)
- (10) Sitios de redes sociales (por ejemplo, Facebook)
- (11) Noticias nacionales
- (12) Noticias locales
- (13) Sitios web sobre el embarazo
- (14) Otra organización comunitaria
- (15) Otro

Si es otro, por favor describa aquí: _____

PARTE 6: BROTE DE COVID-19: LIDIANDO Y AJUSTÁNDOSE

25. ¿Qué está haciendo para lidiar con su estrés relacionado con el brote de COVID-19? (seleccione todos los que aplican)

- (1) Dormir bien por la noche
- (2) Prácticas de meditación y / o sabiduría alerta
- (3) Hablar con amigos y familiares
- (4) Participar en más actividades familiares (por ejemplo, juegos, deportes)
- (5) Hablar con personas embarazadas o con hijos
- (6) Aumento del tiempo de pantalla (es decir, juegos, espectáculos compulsivos)
- (7) Aumento de tiempo en las redes sociales (Facebook, Instagram y otros)
- (8) Disminución de tiempo en las redes sociales (Facebook, Instagram y otros)
- (9) Aumento de tiempo en las coberturas de noticias
- (10) Disminución de tiempo en las coberturas de noticias
- (11) Comer alimentos reconfortantes (por ejemplo, dulces y papas fritas)
- (12) Comer más sano
- (13) Aumento del autocuidado (Ej., Tomar baños/duchas, hacerse un facial)
- (14) Mayor tiempo leyendo libros o haciendo actividades como rompecabezas y crucigramas
- (15) Ejercicio
- (16) Bebiendo alcohol
- (17) Usar tabaco (es decir, fumar, vapear)
- (18) Usar marihuana (es decir, fumar, vapear, comer)
- (19) Usar solo CBD
- (20) Usar otras drogas recreativas
- (21) Usar nuevos medicamentos recetados
- (22) Uso de ayudas para dormir de venta libre
- (23) Hablar con mis proveedores de salud con mayor frecuencia.
- (24) Hablar con un proveedor de atención de salud mental (Ej., terapeuta, psicólogo, consejero)
- (25) Ayudando a otros
- (26) Ninguna
- (27) Otro

Si es otro, por favor describa aquí: _____

PARTE 7: BROTE DE COVID-19: EMOCIONES Y SENTIMIENTOS

26. En los últimos 7 días, incluido hoy, con qué frecuencia se sintió angustiado por:

Cada pregunta tiene opciones de respuesta:

- (1) Nada
- (2) Un poco
- (3) Moderado
- (4) Muy seguido
- (5) Extremadamente

1. Debilidad o mareos
2. No sentir interés por las cosas
3. Nerviosismo o temblores en el interior
4. Dolores en el corazón o el pecho
5. Sentirse solo
6. Sentirse tenso o agitado
7. Náuseas o malestar estomacal
8. Sentirse triste
9. De repente asustado sin razón
10. Problemas para recuperar el aliento
11. Sensación de inutilidad
12. Hechizos de terror o pánico
13. Entumecimiento u hormigueo en partes de su cuerpo
14. Sentirse desesperado por el futuro
15. Sentirse tan inquieto que no puede quedarse quieto
16. Sentir debilidad en partes de su cuerpo
17. Sentirse temeroso
18. Sentirse súper alerta o vigilante o en guardia
19. Sentirse nervioso o sobresaltado fácilmente
20. Tener dificultad para concentrarse
21. Problemas para experimentar sentimientos positivos
22. Sentirse culpable o culparse si mismo
23. Sentirse irritable, enojado o agresivo
24. Repetidos pensamientos perturbadores y no deseados sobre el brote de COVID-19
25. Sueños repetidos e inquietantes sobre el brote de COVID-19
26. Intentar evitar información o recordatorios sobre el brote de COVID-19
27. Tomar demasiados riesgos o hacer cosas que podrían causarle daño

27. ¿Cómo ha cambiado el brote de COVID-19 sus niveles de estrés o salud mental?

- (1) Los empeoró significativamente
- (2) Los empeoró moderadamente
- (3) Ningún cambio
- (4) Los mejoró moderadamente
- (5) Los mejoró significativamente

28. ¿Cómo ha cambiado su sueño a causa del brote de COVID-19?

- (1) Empeoró mi sueño significativamente
- (2) Empeoró mi sueño moderadamente
- (3) Ningún cambio
- (4) Mejoró mi sueño moderadamente
- (5) Mejoró mi sueño significativamente

29. ¿Cómo ha cambiado el brote de COVID-19 sus niveles diarios de energía?

- (1) Empeoró mi energía significativamente
- (2) Empeoró mi energía moderadamente
- (3) Ningún cambio
- (4) Mejoró mi energía moderadamente
- (5) Mejoró mi energía significativamente

30. ¿Cuánto ha afectado el brote de COVID-19 su capacidad de participar en ...

a. Actividades sociales

- (1) Interrupción extrema
- (2) Interrupción moderada
- (3) Algunas interrupciones
- (4) Sin interrupciones

b. Actividades de trabajo

- (1) Interrupción extrema
- (2) Interrupción moderada
- (3) Algunas interrupciones
- (4) Sin interrupciones

c. Actividades físicas (cualquier forma de ejercicio, incluyendo caminar, correr, jugar en equipos deportivos y clases de ejercicio)

- (1) Interrupción extrema
- (2) Interrupción moderada
- (3) Algunas interrupciones
- (4) Sin interrupciones

d. Acceso a comidas saludables

- (1) Interrupción extrema
- (2) Interrupción moderada
- (3) Algunas interrupciones
- (4) Sin interrupciones

31. Nivel general de impacto en su vida diaria debido al brote de COVID-19.

Escala (1-7, 1 = nada, 7 = extremo)

32. Nivel general de estrés relacionado con el brote de COVID-19.

Escala (1-7, 1 = nada, 7 = extremo)

33. Indique hasta qué punto considera que el brote de COVID-19 tiene un impacto positivo o negativo en su vida.

- (1) Extremadamente negativo
- (2) Moderadamente negativo
- (3) Algo negativo
- (4) Sin impacto

- (5) Ligeramente positivo
- (6) Moderadamente positivo
- (7) Extremadamente positivo

34. ¿Cuánto tiempo crees que pasará antes de que las cosas "vuelvan a la normalidad"?

- (1) <1 mes
- (2) 2-3 meses
- (3) 3-6 meses
- (4) 6-12 meses
- (5) 12 meses +
- (6) Nunca

35. ¿Cuál es la mayor fuente de estrés debido al brote de COVID-19 en este momento? (marque solo uno)

- (1) Preocupaciones de salud
 - (2) Preocupaciones financieras
 - (3) Impacto en su hijo
 - (4) Impacto en su pareja
 - (5) Impacto en su comunidad
 - (6) Impacto en los miembros de la familia (por ejemplo, padres ancianos)
 - (7) Impacto en amigos cercanos
 - (8) Impacto en la sociedad
 - (9) Acceso a la comida
 - (10) Acceso a suministros para bebés (por ejemplo, fórmula, pañales, toallitas)
 - (11) Acceso a la atención de salud mental
 - (12) Bienestar general debido al distanciamiento social y / o cuarentena
 - (13) Estrés sobre otro/a(s) (campo abierto)
 - (14) No estoy estresada
- Otras fuentes de estrés: _____

PARTE 8: BROTE DE COVID-19: ANTECEDENTES DE SALUD, SALUD MENTAL Y USO DE SUSTANCIAS

Un área importante para los investigadores es comprender las experiencias de las personas que pueden ser más vulnerables al estrés asociado con el brote de COVID-19. Los resultados de esta encuesta son privados. Esto significa que las respuestas a esta encuesta que se comparten fuera del equipo de investigación son anónimas y no están asociadas a usted.

36. ¿Tiene antecedentes de alguna de las siguientes condiciones médicas? (seleccione todos los que aplican)

- (1) Problemas respiratorios (Ej., asma, tuberculosis)
- (2) Diabetes
- (3) Enfermedad cardíaca o hipertensión
- (4) Enfermedad pulmonar
- (5) Enfermedad del hígado y / o hepática
- (6) Cáncer
- (7) Una enfermedad que compromete el sistema inmunológico

- (8) Trastorno del estado de ánimo y / o ansiedad
- (9) Ninguno aplica

37. ¿Los miembros de su hogar tienen antecedentes de alguna de las siguientes condiciones médicas? (seleccione todos los que aplican) (será una matriz con columnas: (1) pareja, (2) hijo, (3) otro miembro del hogar)

- (1) Problemas respiratorios (Ej., Asma, tuberculosis)
- (2) Diabetes
- (3) Enfermedad cardíaca o hipertensión
- (4) Enfermedad pulmonar
- (5) Enfermedad del hígado y / o hepática
- (6) Cáncer
- (7) Una enfermedad que compromete el sistema inmunológico
- (8) Trastorno del estado de ánimo y / o ansiedad
- (9) Ninguno aplica

38. ¿Actualmente recibe tratamiento para problemas de salud mental (por ejemplo, depresión, ansiedad, estrés, TDAH, trastorno bipolar, trastorno alimentario o trastorno de estrés postraumático)?

- (1) Si
- (2) No
- (3) Me niego a responder
(en caso afirmativo...)

¿Ha cambiado su tratamiento de salud mental debido al brote de COVID-19?

- (1) Empeoró significativamente
- (2) Algo empeoró
- (3) Ningún cambio
- (4) Algo mejorado
- (5) Mejorado significativamente

39. ¿Actualmente recibe tratamiento por abuso de sustancias (problemas con drogas ilícitas, medicamentos recetados o alcohol)?

- (1) Si
- (2) No
- (3) Me niego a responder
(en caso afirmativo...)

¿Ha cambiado su tratamiento de salud mental / abuso de sustancias debido al brote de COVID-19?

- (1) Empeoró significativamente
- (2) Algo empeoró
- (3) Ningún cambio
- (4) Algo mejorado
- (5) Mejorado significativamente

40. En algún momento de su pasado, ¿recibió tratamiento para alguno de los siguientes? (seleccione todos los que aplican)

- (1) Salud mental
- (2) Abuso de sustancias (incluidos problemas con medicamentos recetados, drogas ilegales o alcohol)
- (3) He tenido problemas de salud mental, pero no he recibido tratamiento
- (4) He tenido problemas de abuso de sustancias, pero no he recibido tratamiento
- (5) Ninguno aplica
- (6) Me niego a responder

41. **Por favor indique cuáles de las drogas o medicamentos ha utilizado en algún momento en su pasado** (será matriz con opciones: (1) Sí, (2) No, (3) Prefiero no responder)

- (1) Marihuana o hachís
- (2) Productos de nicotina (incluidos cigarrillos, cigarros, vapeo)
- (3) Estimulantes recetados (Ritalin, Concerta, Dexedrine, Adderall, píldoras de dieta, etc.)
- (4) Antidepresivos recetados (por ejemplo, Prozac, Zoloft, Celexa)
- (5) Metanfetamina (speed, cristal, hielo, etc.)
- (6) Cocaína (coca, crack, etc.)
- (7) Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gas, diluyente de pintura, etc.)
- (8) Sedantes o pastillas para dormir (Valium, Serepax, Ativan, Librium, Xanax, Rohypnol, GHB, etc.)
- (9) Opioides callejeros (heroína, opio, etc.)
- (10) Opioides recetados (fentanilo, oxicodona [OxyContin, Percocet], hidrocodona [Vicodin], metadona, buprenorfina, etc.)
- (11) Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, PCP, K especial, éxtasis, etc.)

PARTE 9: HISTORIAL DEMOGRÁFICO

42. **¿Cuál es su fecha de nacimiento?** (fecha): _____

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

- (1) Menos del 10º grado
- (2) 10º - 12º grado
- (3) Título de preparatoria / GED
- (4) Escuela de comercio / aprendizaje
- (5) Colegio parcial
- (6) Título universitario de 2 años
- (7) Título universitario de 4 años
- (8) Maestría o Doctorado
- (9) Desconocido / Inseguro

44. **¿Cual la describe mejor? Es usted...**

- (1) Soltera
- (2) Compañera en unión / Casada
- (3) Divorciada / Separada
- (4) Viuda
- (5) Otro

Si es otro, describa aquí: _____

45. ¿Actualmente cohabita con un compañero?

- (1) Sí
- (0) No

En caso afirmativo, ¿Cuánto tiempo lleva viviendo con este compañero?

- (1) Menos de 1 año
- (2) 1-3 años
- (3) 3-6 años
- (4) 6-9 años
- (5) 9 o más años

46. Cuál describe mejor dónde vive actualmente:

- (1) Una vivienda estudio
- (2) Una vivienda de 1 dormitorio
- (3) Una vivienda de varios dormitorios
- (4) No tengo una vivienda estable
- (5) Me niego a responder

47. ¿Ha cambiado su entorno de vida desde el comienzo de la pandemia?

- (1) Sí
- (0) No

En caso afirmativo, ¿El cambio en su entorno de vida ha tenido un impacto positivo o negativo?

- (1) Muy positivo
- (2) Algo positivo
- (3) Algo negativo
- (4) Muy negativo
- (5) Sin impacto

48. ¿Actualmente es dueño de o alquila su residencia?

- (1) Propiedad de usted o alguien en el hogar
- (2) Alquilado
- (3) Ocupado sin pago de renta
- (4) Viviendas de transición o de apoyo
- (5) Refugio de emergencia
- (6) Viviendo temporalmente con otros
- (7) Auto, camioneta, camión u otro vehículo
- (8) Tienda de campaña, campamento o casita
- (9) Otro
- (10) Me niego a responder

49. ¿Cuántas personas viven actualmente en su hogar (incluido usted)?

- i. Numero de niños _____
- ii. Numero de adultos _____

50. ¿En qué ciudad, estado y país nació?

- i. Ciudad (campo abierto): _____
- ii. Estado (campo abierto): _____
- iii. País (campo abierto): _____

51. ¿Cómo describe su origen étnico?

- (1) Hispano o latino: una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano u otra cultura española, independientemente de su raza
- (2) No es de origen hispano, latino o español
- (3) No lo sé
- (4) Prefiero no responder

52. ¿Cuál es su RAZA/ETNICIDAD? Por favor seleccione todas las respuestas válidas. Favor de seleccionar otro si no se identifica con ninguno de estos.

- (1) Negro o afroamericano
- (2) Nativo americano/ nativo de Alaska
- (3) Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico
- (4) Asiático
- (5) Hispano / latino
- (6) Blanco
- (7) Otro
- (8) Prefiero no responder

Si es otro, ¿cuál? Favor describa aquí: _____

53. Durante el ULTIMO año, ¿Cuál fue el ingreso total de su hogar incluidas todas las fuentes sin incluir impuestos y otras reducciones? Su mejor cálculo está bien. (Nota: Esta información es confidencial y su nombre no está asociado con estos datos)

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| (1) Menos de \$10,000 | (9) \$100,000 a \$120,000 |
| (2) \$10,000 a \$20,000 | (10) \$120,000 a \$140,000 |
| (3) \$20,000 a \$30,000 | (11) \$140,000 a \$160,000 |
| (4) \$30,000 a \$40,000 | (12) \$160,000 a \$180,000 |
| (5) \$40,000 a \$50,000 | (13) \$180,000 a \$200,000 |
| (6) \$50,000 a \$60,000 | (14) \$200,000 a \$220,000 |
| (7) \$60,000 a \$80,000 | (15) \$220,000 a \$250,000 |
| (8) \$80,000 a \$100,000 | (16) Más de \$250,000 |

PARTE 10: CIERRE Y GRACIAS

- 1. Las personas se ven afectadas por esta pandemia de muchas maneras, por favor comparta cualquiera de sus experiencias personales o las formas en que su vida ha cambiado, incluidos los posibles cambios positivos. (Opcional) (campo abierto)
- 2. Si fuera a dar consejos a otras embarazadas o nuevas madres durante el brote de COVID-19, ¿cuáles serían? (Opcional) (campo abierto)

3. ¿Hay alguna otra pregunta o comentario que tenga para nuestro equipo de investigación?
(Opcional) (campo abierto)

Gracias por ayudarnos a aprender sobre el embarazo y las experiencias posparto durante la pandemia de COVID-19.

Por favor provea la siguiente información. Una vez completado, ingresará a nuestros sorteos de tarjetas de regalo de Amazon de \$120.

Nombre completo

Dirección (dirección, ciudad, estado, código postal):

Teléfono Principal

Teléfono de su pareja

Correo Electrónico Principal

Correo Electrónico de su pareja

¿Nos da su permiso para contactar a su pareja sobre posibles oportunidades de estudio en las que él / ella pueda participar?

(1) Sí

(0) No

Si desea comunicarse con nosotros, puede contactarnos por babybeesnyc@nyulangone.org

Haga clic aquí para descargar una lista de recursos que pueden ser útiles para mujeres embarazadas y padres afectados por COVID-19 << enlace a la página de recursos >>.

Haga clic aquí para salir de esta encuesta.

Gracias por su disposición a responder a nuestra encuesta preguntando sobre experiencias y sentimientos asociados con el brote de COVID-19. Esta encuesta está destinada solo a mujeres embarazadas y mujeres con niños menores de 6 meses y, por lo tanto, no necesita continuar con esta encuesta.