

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

ANTES DEL EMBARAZO

Las primeras preguntas son acerca de *usted*.

1. ¿Cuánto mide *usted* de alto sin zapatos?

Pies Y Pulgadas
O Centímetros

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

Libras O Kilos

3. ¿En qué fecha nació *usted*?

/ /
Mes Día Año

4. *Antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿dio a luz a otros bebés que nacieron vivos?

No
 Sí

→ Pase a la Pregunta 7

5. El bebé que tuvo *justo antes* de tener a su nuevo bebé, ¿pesó 5 libras 8 onzas (2.5 kilos) o *menos* cuando nació?

No
 Sí

6. ¿El bebé que tuvo *justo antes* de su nuevo bebé nació *más* de 3 semanas antes de la fecha esperada para el parto?

No
 Sí

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

7. En cualquier momento durante los 12 meses *antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿hizo usted algo de lo que aparece en la lista a continuación? Para cada una, marque **No**, si usted no lo hizo o **Sí**, si lo hizo.

No Sí

- a. Yo estaba a dieta (cambiando mis hábitos alimenticios) para bajar de peso
- b. Hacía ejercicio 3 días o más a la semana
- c. Estaba tomando regularmente medicinas recetadas aparte de anticonceptivos
- d. Fui a un profesional de salud y me chequearon para la diabetes
- e. Fui a un profesional de salud y me chequearon para la presión alta...
- f. Fui a un profesional de salud y me chequearon para la depresión o ansiedad
- g. Hablé con un profesional de salud sobre mi historia médica familiar
- h. Fui a hacerme una limpieza dental con un dentista o higienista dental

8. Durante el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo, pareja o padres
- Seguro médico privado comprado directamente de una compañía de seguros
- Medicaid o HealthChoice
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Algún otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

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

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

10. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud habló con usted acerca de cómo mejorar su salud antes de un embarazo?

- No
- Sí

11. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud que usted tuvo alguna de las siguientes condiciones médicas?

Para cada una, marque No, si no tuvo la condición, o Sí, si la tuvo.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes tipo 1 o tipo 2 (<u>NO</u> es lo mismo que la diabetes gestacional o la diabetes que empieza durante el embarazo)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Presión sanguínea alta o hipertensión..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Asma..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Anemia (falta de hierro)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Problemas cardíacos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Epilepsia (convulsiones)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Problemas de la glándula tiroides..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Ansiedad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo cuando quedó embarazada de su nuevo bebé.

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

Marque UNA respuesta

- No quería quedar embarazada en ese momento, sino después
- Hubiera querido quedar embarazada más pronto
- Quería quedar embarazada en ese momento
- No quería quedar embarazada ni en ese momento ni nunca
- No estaba segura de lo que quería

Pase a la
Pregunta 15

14. ¿Cuánto tiempo quería esperar para quedar embarazada?

- Menos de 1 año
- De 1 año a menos de 2 años
- De 2 años a menos de 3 años
- De 3 años a 5 años
- Más de 5 años

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

- No
- Sí

Pase a la Página 4,
Pregunta 18

Pase a la Pregunta 16

16. Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿estaba usted o su esposo o pareja haciendo algo para evitar el embarazo?

Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar quedar embarazadas son tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

- No
- Sí

Pase a la Página 4, Pregunta 20

17. ¿Cuáles eran las razones por las que usted o su esposo o pareja no estaba haciendo algo para evitar el embarazo?

Marque TODAS las que correspondan

- No me preocupaba si quedaba embarazada
- Pensaba que no podía quedar embarazada en ese momento
- El método anticonceptivo que estaba usando me producía efectos secundarios
- Tenía dificultades para obtener anticonceptivos cuando los necesitaba
- Pensaba que mi esposo o pareja o yo era estéril (que era imposible quedar embarazada)
- Mi esposo o pareja no quería usar ningún método anticonceptivo
- Se me olvidó usar algún método anticonceptivo
- Otra _____ → Por favor, escríbala:

Si no estaba tratando de quedar embarazada cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, pase a la Página 4, Pregunta 20.

18. ¿Tomó medicamentos para la fertilidad o recibió algún procedimiento médico de un doctor, enfermera u otro profesional de salud para ayudarle a quedar embarazada de su nuevo bebé? Esto puede incluir tratamientos para la esterilidad como medicamentos para mejorar la fertilidad o tecnología de reproducción asistida.

No —————> **Pase a la Pregunta 20**

Sí

19. ¿Utilizó alguno de los siguientes tratamientos para la fertilidad *durante el mes que quedó embarazada* de su nuevo bebé?

Marque TODAS las que correspondan

- Medicamentos para mejorar la fertilidad recetados por un doctor (los medicamentos para la fertilidad incluyen Clomid®, Serophene®, Pergonal® u otros medicamentos que estimulan la ovulación)
- Inseminación artificial o inseminación intrauterina (tratamientos en los que semen se colecta y coloca quirúrgicamente dentro del cuerpo de la mujer. NO incluye óvulos)
- Tecnología de reproducción asistida (tratamientos en los que TANTO los óvulos como el semen se manipulan en el laboratorio; por ejemplo, fertilización in Vitro [IVF], transferencia intrafalopiana de gametos [GIFT], transferencia intrafalopiana de cigotos [ZIFT], inyección de semen intracitoplásmica [ICSI], transferencia de embriones congelados o transferencia de embriones de donante)
- Otro tratamiento médico —————> Por favor, escríbalo:
- No estaba usando ningún tratamiento para la fertilidad *durante el mes* cuando quedé embarazada de mi nuevo bebé

DURANTE EL EMBARAZO

Las siguientes preguntas son acerca del cuidado prenatal que recibió durante su embarazo más reciente. El cuidado prenatal incluye las consultas con un doctor, enfermera u otro profesional de salud antes de que su bebé naciera para que le hicieran chequeos y le dieran consejos sobre el embarazo.

(Para contestar estas preguntas, podría serle útil ver el calendario.)

20. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando estuvo *segura* de que estaba embarazada? Por ejemplo, se hizo una prueba de embarazo o un doctor o enfermera le dijo que estaba embarazada.

Semanas O Meses

No recuerdo

21. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando fue a su primera consulta de cuidado prenatal? No cuente las visitas que hayan sido sólo para que le hicieran la prueba de embarazo o sólo en relación con WIC (siglas en inglés del Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños).

{ Semanas O Meses

No recibí cuidado prenatal —————>

Pase a la Página 6, Pregunta 25

Pase a la Pregunta 22

22. Durante su embarazo *más reciente*, ¿qué tipo de *seguro médico* tenía usted para pagar su *cuidado prenatal*?

Marque **TODAS** las que correspondan

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo, pareja o padres
- Seguro médico privado comprado directamente de una compañía de seguros
- Medicaid o HealthChoice
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Algún otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:

- No tenía ningún seguro médico para pagar por mi *cuidado prenatal*

23. Durante cualquiera de sus consultas de *cuidado prenatal*, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló acerca de alguno de los temas que aparecen en la siguiente lista? Por favor sólo cuente las *conversaciones* y no el material de lectura ni videos. Para cada tema, marque **No**, si nadie le habló sobre el tema, o **Sí**, si alguien le habló sobre el tema.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Cuánto peso debería aumentar durante mi embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Cómo el fumar durante el embarazo podría afectar a mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Darle pecho a mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Cómo el tomar alcohol durante el embarazo podría afectar a mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Usar el cinturón de seguridad del automóvil durante mi embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Las medicinas que son seguras para tomar durante mi embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Cómo el usar drogas ilegales podría afectar a mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Hacerse exámenes para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que hayan en mi familia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Los signos y síntomas de un parto prematuro (parto que comienza más de 3 semanas antes de la fecha esperada) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Hacerse una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Qué hacer si me siento deprimida durante el embarazo o después de que nazca mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. El maltrato físico que algunos esposos o parejas dan a las mujeres.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

24. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le preguntó:

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Cuánto alcohol estaba tomando..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Si alguien la estaba lastimando emocionalmente o físicamente..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Si estaba usando drogas ilegales (marihuana o hachís, cocaína, crack, etc.)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Si quería hacerse la prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Si estaba planeando usar algún método anticonceptivo después de que naciera su bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

25. En cualquier momento durante su embarazo *más reciente* o parto, ¿le hicieron una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA)?

- No
 Sí
 No sé

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

- No
 Sí

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

Marque UNA respuesta

- No → Pase a la Pregunta 29
 Sí, antes del embarazo
 Sí, durante el embarazo

Pase a la Pregunta 28

28. ¿En qué mes y año recibió la vacuna contra la influenza?

/ 20

Mes Año

No me acuerdo

29. Esta pregunta es sobre el cuidado de sus **dientes *durante* su embarazo más reciente.** Para cada una, marque **No**, si no es verdad o no tiene relación con usted, o **Sí**, si es verdad.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Sabía que era importante cuidar de mis dientes y encías durante mi embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Un trabajador dental u otro tipo de personal médico conversó conmigo acerca de cómo cuidar de mis dientes y encías..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Me hice una limpieza dental con un dentista o un higienista dental..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Tenía seguro para pagar el cuidado dental durante mi embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. <u>Necesité</u> consultar a un dentista por un problema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. <u>Fui</u> a un dentista o a una clínica dental debido a un problema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si usted **no** tuvo ningún problema con sus dientes o encías durante el embarazo, pase a la Pregunta 31.

30. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que fuera al dentista o clínica dental para el problema que tuvo durante su embarazo *más reciente*? Para cada una, marque **No**, si no le impidió ir al dentista durante su embarazo, o **Sí**, si le impidió.

No Sí

- a. No pude encontrar un dentista o una clínica dental que aceptara pacientes embarazadas
- b. No pude encontrar un dentista o una clínica dental que aceptara pacientes de Medicaid
- c. No pensé que era seguro ir al dentista durante el embarazo
- d. No tenía dinero suficiente para ir a un dentista o a una clínica dental

31. Durante su embarazo *más reciente*, ¿asistió a clases de preparación para el parto y sobre lo que se puede esperar durante el trabajo de parto y el nacimiento?

- No
 Sí

32. Durante su embarazo *más reciente*, ¿la visitó en su hogar una trabajadora de salud para ayudarla a preparar para su nuevo bebé? Una trabajadora de salud puede ser una enfermera, profesional de salud, promotora, trabajadora social u otra persona que trabaja con un programa que ayuda a las mujeres embarazadas.

- No
 Sí

33. Durante su embarazo *más reciente*, ¿recibía beneficios de WIC (siglas en inglés del Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños)?

- No
 Sí

34. Durante su embarazo *más reciente*, ¿le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud que usted tenía diabetes gestacional o diabetes del embarazo (diabetes que comenzó durante *este* embarazo)?

- No
 Sí

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

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

- No → **Pase a la Página 8, Pregunta 39**
 Sí

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

- 41 cigarrillos o más
 De 21 a 40 cigarrillos
 De 11 a 20 cigarrillos
 De 6 a 10 cigarrillos
 De 1 a 5 cigarrillos
 Menos de 1 cigarrillo
 No fumaba en ese entonces

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

- 41 cigarrillos o más
- De 21 a 40 cigarrillos
- De 11 a 20 cigarrillos
- De 6 a 10 cigarrillos
- De 1 a 5 cigarrillos
- Menos de 1 cigarrillo
- No fumaba en ese entonces

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

- 41 cigarrillos o más
- De 21 a 40 cigarrillos
- De 11 a 20 cigarrillos
- De 6 a 10 cigarrillos
- De 1 a 5 cigarrillos
- Menos de 1 cigarrillo
- No fumo ahora

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

39. En los últimos 2 años, ¿ha tomado alguna bebida alcohólica? Una bebida es una copa de vino, un refresco con vino [*wine cooler*], una lata o botella de cerveza, un trago de licor o un cóctel con alcohol.

- No → **Pase a la Pregunta 44**
- Sí

Pase a la Pregunta 40

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

- 14 ó más bebidas a la semana
- De 7 a 13 bebidas a la semana
- De 4 a 6 bebidas a la semana
- De 1 a 3 bebidas a la semana
- Menos de 1 bebida a la semana
- No tomaba en ese entonces → **Pase a la Pregunta 42**

41. En los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en un período de 2 horas?

- 6 veces o más
- De 4 a 5 veces
- De 2 a 3 veces
- 1 vez
- No tomé 4 ó más bebidas alcohólicas en un periodo de 2 horas

42. En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal?

- 14 ó más bebidas a la semana
- De 7 a 13 bebidas a la semana
- De 4 a 6 bebidas a la semana
- De 1 a 3 bebidas a la semana
- Menos de 1 bebida a la semana
- No tomaba en ese entonces → **Pase a la Pregunta 44**

43. En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en un período de 2 horas?

- 6 veces o más
- De 4 a 5 veces
- De 2 a 3 veces
- 1 vez
- No tomé 4 ó más bebidas alcohólicas en un periodo de 2 horas

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

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

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Un pariente cercano estuvo muy enfermo y tuvo que ir al hospital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Me separé o divorcié de mi esposo o pareja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Me mudé a otra dirección | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. No tenía en donde vivir o me quedé a dormir en la calle, en un automóvil o en un refugio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi esposo o pareja perdió su trabajo .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Perdí mi trabajo aunque quería seguir trabajando..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Redujeron las horas o el salario de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. No vivía con mi esposo o pareja por causa del traslado militar o viajes largos del trabajo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Peleaba [discutía] con mi esposo o pareja más de lo normal..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Mi esposo o pareja me dijo que no quería que estuviera embarazada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Tenía problemas para pagar la renta, la hipoteca u otras cuentas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Mi esposo, pareja o yo estuvimos en la cárcel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Alguien muy cercano a mí tuvo un problema con alcohol o drogas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Murió alguien muy cercano a mí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

45. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿su esposo o pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?

- No
 Sí

46. Durante su embarazo *más reciente*, ¿su esposo o pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?

- No
 Sí

Las siguientes preguntas son acerca del parto y del nacimiento de su bebé.

47. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

	/		/	20
Mes		Día		Año

48. ¿Un doctor, enfermera u otro profesional de salud trató de inducir su parto (comenzar contracciones mediante el suministro de medicamentos)?

No → **Pase a la Pregunta 50**

Sí

No sé → **Pase a la Pregunta 50**

49. ¿Por qué su doctor, enfermera u otro profesional de salud trató de inducir su parto (comenzar contracciones mediante el suministro de medicamentos)?

Marque TODAS las que correspondan

- Se rompió mi fuente y había miedo de una infección
- Se había pasado la fecha esperada del parto
- A mi proveedor le preocupaba el tamaño del bebé
- El bebé no estaba bien y necesitaba nacer
- Tuve una complicación del embarazo (como bajo nivel de líquido amniótico o preeclampsia)
- El parto se interrumpió o no estaba progresando
- Deseaba programar mi parto
- Deseaba que me atendiera cierto proveedor en particular
- Otra → Por favor, escríbala:

50. Al final de su embarazo *más reciente*, ¿cuánto peso había aumentado?

Marque UNA respuesta y escriba sobre la línea si es necesario

- Aumenté _____ libras
- No aumenté peso, pero bajé _____ libras
- Mi peso no cambió durante mi embarazo
- No sé

DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

51. Después de que nació su bebé, ¿estuvo él o ella en una unidad de cuidado intensivo (NICU)?

- No
- Sí
- No sé

52. Después de que nació su bebé, ¿cuánto tiempo se quedó él o ella en el hospital?

- Menos de 24 horas (menos de 1 día)
- De 24 a 48 horas (1 a 2 días)
- De 3 a 5 días
- De 6 a 14 días
- Más de 14 días
- Mi bebé no nació en un hospital
- Mi bebé todavía está en el hospital → **Pase a la Pregunta 55**

53. ¿Su bebé está vivo?

- No → *Lamentamos mucho su pérdida.*
- Sí → **Pase a la Página 12, Pregunta 62**

54. En estos momentos, ¿vive con usted su bebé?

- No → **Pase a la Página 12, Pregunta 61**
- Sí

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

- No
- Sí → **Pase a la Pregunta 57**

Pase a la Pregunta 56

56. ¿Cuáles fueron sus razones para no darle pecho a su nuevo bebé?

Marque TODAS las que correspondan

- Yo estaba enferma o estaba tomando medicamentos
- Tenía otros niños que cuidar
- Tenía demasiadas tareas domésticas
- No me gustó dar pecho
- Traté pero era demasiado difícil
- No quería dar pecho
- Regresé al trabajo o a la escuela
- Otra _____ → Por favor, escríbala:

Si no dio pecho a su nuevo bebé, pase a la Pregunta 59.

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

- No
- Sí →

Pase a la Pregunta 59

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

_____ Semanas O _____ Meses

- Menos de 1 semana

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 61.

59. Actualmente, ¿en *cuál* posición acuesta usted a su bebé *la mayoría del tiempo* para que duerma?

Marque UNA respuesta

- De lado
- Boca arriba
- Boca abajo

60. La lista a continuación incluye algunas descripciones sobre como duerme su nuevo bebé *usualmente*. Para cada una, marque **No**, si no corresponde a su bebé normalmente, o **Sí**, si corresponde a su bebé normalmente.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi nuevo bebé duerme en una cuna o una cuna portátil..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi nuevo bebé duerme en un colchón firme o duro..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Mi nuevo bebé duerme con almohadas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mi nuevo bebé duerme con protectores laterales..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi nuevo bebé duerme con cobertores gruesos o de felpa..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Mi nuevo bebé duerme con juguetes de peluche..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Mi nuevo bebé duerme con almohadas especiales para controlar la postura (infant positioner)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Mi nuevo bebé duerme conmigo o con otra persona..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

61. *Desde que nació su nuevo bebé, ¿la ha visitado en su hogar una trabajadora de salud para ayudarla a aprender a cuidarse y a cuidar a su nuevo bebé?* Una trabajadora de salud puede ser una enfermera, profesional de salud, promotora, trabajadora social u otra persona que trabaja con un programa que ayuda a las madres de bebés recién nacidos.

- No
 Sí

62. *¿Está usted o su esposo o pareja haciendo algo **actualmente** para evitar un embarazo?* Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar quedar embarazadas son tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

- No
 Sí

→ **Pase a la Pregunta 64**

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

Marque TODAS las que correspondan

- No estoy teniendo relaciones sexuales
 Quiero quedar embarazada
 No quiero usar ningún método anticonceptivo
 Me preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos
 Mi esposo o pareja no quiere usar ningún método anticonceptivo
 Tengo problemas para conseguir anticonceptivos cuando los necesito
 Me operé para ligarme o bloquearme las trompas de Falopio
 Mi esposo o pareja tuvo una vasectomía
 Estoy embarazada ahora
 Otra → Por favor, escríbala:

Si usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para prevenir un embarazo *ahora*, pase a la Pregunta 65.

64. *¿Qué clase de anticonceptivo está usando usted o su esposo o pareja **ahora** para evitar un embarazo?*

Marque TODAS las que correspondan

- Ligadura o bloqueo de las trompas de Falopio (esterilización femenina, Essure[®], Adiana[®])
 Vasectomía (esterilización masculina)
 Píldora anticonceptiva
 Condones
 Inyección (Depo-Provera[®])
 Un implante anticonceptivo (Implanon[®])
 Parche anticonceptivo (OrthoEvra[®]) o Anillo vaginal (NuvaRing[®])
 IUD (dispositivo intrauterino incluyendo Mirena[®] o ParaGard[®])
 Método de planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)
 El hombre se retira (Coitus interruptus)
 No tener relaciones sexuales (abstinencia)
 Otro → Por favor, escríbalo:

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

- No
 Sí

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

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

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

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

68. ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted ahora?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo, pareja o padres
- Seguro médico privado comprado directamente de una compañía de seguros
- Medicaid o HealthChoice
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Algún otro tipo de seguro médico —————> Por favor, escríbalo:

- No tengo ningún seguro médico *ahora*

OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

69. ¿Cómo se sintió cuando se enteró que estaba embarazada de su nuevo bebé?

Estaba—

- Muy infeliz de estar embarazada
- Infeliz de estar embarazada
- No estaba segura
- Feliz de estar embarazada
- Muy feliz de estar embarazada

70. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna vez su esposo o pareja trató de evitar que usted usara un método anticonceptivo cuando usted no deseaba quedar embarazada? Por ejemplo, ¿le escondió los anticonceptivos, los tiró o hizo algo para que no los utilizara?

- No
- Sí

71. Durante alguno de los períodos de tiempo que aparecen en la lista a continuación, ¿su esposo o pareja la amenazó, limitó sus actividades contra su voluntad, o la hizo sentir que estaba en peligro de alguna otra manera? Para cada de los períodos de tiempo, marque **No**, si no le sucedió en ese tiempo, o **Sí**, si le sucedió.

	No	Sí
a. Durante los 12 meses antes de mi embarazo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Durante mi embarazo más reciente....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Desde el nacimiento de mi nuevo bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

72. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le *dijo que tenía ansiedad*?

- No
 Sí

73. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le *dijo que tenía depresión*?

- No
 Sí

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

- No → **Pase a la Pregunta 76**
 Sí

75. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿ha tomado un medicamento recetado para su depresión?

- No
 Sí

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

- No → **Pase a la Pregunta 81**
 Sí

77. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su horario de trabajo durante el *último mes* de su embarazo más reciente?

Marque UNA respuesta

- Trabajé hasta el momento del parto sin ningún cambio de horario
 Trabajé menos horas
 Me tomé un tiempo libre antes del nacimiento de mi bebé
 Dejé de trabajar por indicación de mi médico
 Renuncié a mi trabajo → **Pase a la Pregunta 81**
 Perdí mi trabajo o me despidieron → **Pase a la Pregunta 81**

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

Marque UNA respuesta

- No → **Pase a la Pregunta 81**
 No, pero voy a regresar
 Sí

79. ¿Cuáles de las siguientes opciones describe el tiempo de licencia que se tomó *después* del nacimiento de su nuevo bebé?

Marque TODAS las que correspondan

- Me tomé licencia *pagada*
 Me tomé licencia *no pagada*
 No me tomé licencia

80. ¿Alguna de las circunstancias que se enumeran a continuación influyó en su decisión sobre tomar licencia *después* del nacimiento de su nuevo bebé? Para cada una, marque **No, si no tiene relación con usted o **Sí**, si está relacionado.**

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Económicamente no me fue posible tomar una licencia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Tenía miedo de perder mi trabajo si tomaba licencia o si tomaba más tiempo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tenía demasiado trabajo pendiente para poder tomarme licencia o para tomar más tiempo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mi trabajo no tiene licencia pagada ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi trabajo no ofrece horarios flexibles..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. No había acumulado suficiente horas de licencia para tomar una licencia o para tomar más tiempo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

81. Cuando recuerda su niñez, ¿diría que su familia estaba bien económicamente, tenía un ingreso común o eran pobres?

- Económicamente bien
 Ingreso común
 Pobres
 Variaba la situación económica
 No sé

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

82. Durante los *12 meses antes* del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuál era el ingreso total, al año, de su hogar antes de impuestos?

Incluya sus ingresos, los de su esposo o pareja y todo otro ingreso que haya usado. *Toda la información será confidencial* y no afectará ninguno de los servicios que está recibiendo.

- De \$0 a \$15,000
 De \$15,001 a \$19,000
 De \$19,001 a \$22,000
 De \$22,001 a \$26,000
 De \$26,001 a \$29,000
 De \$29,001 a \$37,000
 De \$37,001 a \$44,000
 De \$44,001 a \$52,000
 De \$52,001 a \$56,000
 De \$56,001 a \$67,000
 De \$67,001 a \$79,000
 \$79,001 ó más

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

Personas

84. ¿Cuál es la fecha de hoy?

/ /

Mes Día Año

Por favor, use este espacio para escribir cualquier comentario que desee hacer acerca de sus experiencias antes, durante o después de su embarazo o acerca de la salud de las madres y los bebés de Maryland.

¡Muchas gracias por responder a nuestras preguntas!

Sus respuestas nos ayudarán en nuestros esfuerzos para mantener sanos a las mamás y los bebés de Maryland.