

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 → **Pase a la Pregunta 7**
 Sí

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hacía ejercicio 3 días o más a la semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Estaba tomando regularmente medicinas recetadas aparte de anticonceptivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Fui a un profesional de salud y me chequearon para la diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Fui a un profesional de salud y me chequearon para la presión alta...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Fui a un profesional de salud y me chequearon para la depresión o ansiedad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Hablé con un profesional de salud sobre mi historia médica familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Fui a hacerme una limpieza dental con un dentista o higienista dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 Texas Health Steps
- 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 (NO es lo mismo que la diabetes gestacional o la diabetes que empieza durante el embarazo).....
- b. Presión sanguínea alta o hipertensión...
- c. Depresión.....

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

12. 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 14

Pase a la Pregunta 13

13. ¿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

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

- No
- Sí → **Pase a la Página 4, Pregunta 17**

15. 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 17**

Pase a la Pregunta 16

16. ¿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:

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.)

17. ¿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

18. ¿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 Pregunta 20**

Pase a la Pregunta 19

19. ¿Recibió usted cuidado prenatal durante su embarazo tan pronto como lo hubiera querido?

No

Sí

→ **Pase a la Pregunta 21**

20. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que obtuviera cuidado prenatal cuando lo quería? Para cada una, marque **No**, si no le impidió recibir cuidado prenatal, o **Sí**, si le impidió.

No Sí

- a. No podía conseguir una cita cuando quería
- b. No tenía suficiente dinero ni seguro médico para pagar por las consultas ..
- c. No tenía transporte para ir a la clínica o al consultorio médico
- d. El doctor o mi plan de salud no empezaría a atenderme tan pronto como yo quería
- e. Estaba demasiado ocupada en otras cosas.....
- f. No podía tomar tiempo libre del trabajo o de la escuela.....
- g. No tenía mi tarjeta de Medicaid o Texas Health Steps.....
- h. No tenía quién cuidara a mis hijos
- i. No sabía que estaba embarazada.....
- j. No quería que nadie supiera que estaba embarazada.....
- k. No quería recibir cuidado prenatal.....

Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Página 6, Pregunta 24.

21. ¿A dónde iba *la mayor parte del tiempo* para sus consultas de cuidado prenatal? No incluya las consultas relacionadas con WIC.

Marque UNA respuesta

- Clínica de un hospital
 Clínica del departamento de salud
 Consultorio médico privado
 Otro —————> Por favor, escríbalo:

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 Texas Health Steps
 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. 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

25. 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

26. 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 28**
 Sí, antes del embarazo
 Sí, durante el embarazo

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

/ 20

Mes Año

- No me acuerdo

28. 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.....
- b. Un trabajador dental u otro tipo de personal médico conversó conmigo acerca de cómo cuidar de mis dientes y encías.....
- c. Me hice una limpieza dental con un dentista o un higienista dental.....
- d. Tenía seguro para pagar el cuidado dental durante mi embarazo.....
- e. Necesité consultar a un dentista por un **problema**.....
- f. Fui a un dentista o a una clínica dental debido a un **problema**.....

29. 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

30. 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

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

- No
 Sí

32. 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

33. Durante su embarazo *más reciente*, ¿trató su doctor, enfermera u otro profesional de salud de evitar el nacimiento prematuro de su nuevo bebé por medio de una serie de inyecciones semanales de un medicamento llamado Progesterona, Makena[®] o 17P (17 alfa-hidroxiprogesterona)?

- No
 Sí
 No sé

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

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

- No → **Pase a la Pregunta 38**

Sí

Pase a la Pregunta 35

35. 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

36. 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

37. ¿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

38. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor las reglas sobre fumar *dentro* de su casa *ahora*, incluso si nadie que vive en su casa fuma?

Marque UNA respuesta

- A nadie se le permite fumar en ningún lugar dentro de mi casa
- Se permite fumar en ciertas habitaciones o a ciertas horas
- Se permite fumar en cualquier parte de mi casa

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

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**

Pase a la Pregunta 41

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 período 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 período 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. Durante los 12 meses antes del nacimiento su nuevo bebé, ¿faltó usted a alguna cita con un doctor porque le preocupaba la reacción de su pareja si usted hubiera asistido a la cita?

- No
 Sí

46. 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

47. 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.

48. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

<input type="text"/> Mes	/	<input type="text"/> Día	/	<input type="text" value="20"/> Año
-----------------------------	---	-----------------------------	---	--

49. ¿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 51**

Sí

No sé → **Pase a la Pregunta 51**

50. ¿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:

51. ¿En qué forma dio a luz a su nuevo bebé?

Parto vaginal → **Pase a la Pregunta 53**

Parto por cesárea (c-section)

Pase a la Pregunta 52

52. ¿Cuál fue la razón por la que su nuevo bebé nació por cesárea (c-section)?

Marque TODAS las que correspondan

- Había tenido anteriormente un parto por cesárea (c-section)
- Mi bebé estaba en una posición mala (como cabeza arriba)
- Se había pasado la fecha esperada del parto
- A mi proveedor le preocupaba que mi bebé fuera demasiado grande
- El parto era peligroso para mí debido a un problema médico (como condiciones cardíacas, incapacidad física)
- Tuve una complicación del embarazo (como preeclampsia, problemas con la placenta, infección, parto prematuro)
- Mi proveedor trató de inducir mi parto, pero no funcionó
- El parto estaba tomando demasiado tiempo
- El monitor fetal demostró que mi bebé estaba teniendo problemas antes o durante el parto (sufrimiento fetal)
- Deseaba programar el parto
- No quería dar a luz a mi bebé en forma vaginal
- Otra → Por favor, escríbala:

53. 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.

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

- No
 Sí
 No sé

55. 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 58**

56. ¿Su bebé está vivo?

- No → *Lamentamos mucho su pérdida.*
 Sí → **Pase a la Página 13, Pregunta 69**

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

- No → **Pase a la Página 13, Pregunta 68**
 Sí

58. ¿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 60**

Pase a la Pregunta 59

59. ¿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 Página 12, Pregunta 63.

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

- No
 Sí → **Pase a la Página 12, Pregunta 62**

61. ¿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 no nació en un hospital, pase a la Pregunta 63.

62. Esta pregunta se trata sobre las cosas que pudieron haber sucedido en el hospital donde nació su nuevo bebé. Para cada una, marque No, si no sucedió eso, o Sí, si sucedió.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. El personal del hospital me dio información sobre dar pecho..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi bebé se quedó conmigo en mi habitación en el hospital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. El personal del hospital me ayudó a aprender cómo dar pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Le di pecho a mi bebé durante su primera hora de vida..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Le di pecho a mi bebé en el hospital .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. En el hospital mi bebé se alimentó sólo con leche materna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. El personal del hospital me dijo que le diera pecho cuando el bebé quisiera..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. En el hospital me dieron un aparato para extraerme la leche..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. En el hospital me dieron un paquete de regalo que contenía fórmula | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. En el hospital me dieron un número telefónico para obtener ayuda relacionada con dar pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. El personal del hospital dio un chupón a mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 68.

63. 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

64. ¿Con qué frecuencia duerme su nuevo bebé en la misma cama con usted o con otra persona?

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

65. ¿Tuvo su nuevo bebé un chequeo de rutina con un doctor, enfermera u otro profesional de salud *una semana* después del nacimiento?

- No
- Sí
- Mi bebé todavía estaba en el hospital en ese entonces

66. **¿Le pusieron a su nuevo bebé algunas de las vacunas de rutina antes de que cumpliera 3 meses de edad?** No cuente las vacunas que le pusieron en el hospital después de que nació.

- No
 Sí
 Mi niño no ha recibido ninguna vacuna de rutina, pero todavía no cumple 3 meses de edad

67. **¿Ha tenido su nuevo bebé un chequeo de rutina?** Un chequeo de rutina es una visita regular de salud para su bebé, usualmente a 1, 2, 4 y 6 meses de edad.

- No
 Sí

68. **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

69. **¿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 Página 14, Pregunta 71**

70. **¿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 72.

71. ¿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:

72. 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
- Si

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

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

74. 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

75. ¿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 Texas Health Steps
- 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.

76. ¿Alguna vez había escuchado o leído que tomar una vitamina con ácido fólico *antes* del embarazo puede ayudar a prevenir algunos defectos de nacimiento?

- No
 Sí

77. *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

78. 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.....
- b. Durante mi embarazo más reciente....
- c. Desde el nacimiento de mi nuevo bebé.....

Si su bebé no está vivo, no vive con usted, o todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 80.

79. Cuando su nuevo bebé viaja en un carro o camioneta, ¿con qué frecuencia viaja en un asiento de seguridad para bebés?

- Siempre
 Frecuentemente
 A veces
 Rara vez
 Nunca

80. Desde que nació su nuevo bebé, ¿un dentista o higienista dental le ha hecho una limpieza dental a usted?

- No
 Sí

81. ¿Recibió usted la vacuna Tdap antes, durante o después de su embarazo más reciente? La vacuna Tdap protege contra el tétano, difteria y la tos ferina. Tdap era nueva en el año de 2005.

Marque UNA respuesta

- No
 Sí, recibí Tdap antes de mi embarazo
 Sí, recibí Tdap durante mi embarazo
 Sí, recibí Tdap después de mi embarazo
 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?

/ / 20
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 Texas.

¡Muchas gracias por responder a nuestras preguntas!

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