

Una Encuesta sobre la Salud de las Madres y los
Bebés en Ohio



OPAS

(por sus siglas en Inglés)

Encuesta de
Evaluación de
Embarazos
en Ohio

866-406-7333

Por favor complete la encuesta y envíela por correo en el sobre adjunto.

Su ayuda es voluntaria y sus respuestas son completamente confidenciales.

Sus respuestas nos ayudarán a mejorar la salud de madres y bebés en Ohio.

Para más información, por favor llame a la oficina de OPAS al 1-866-406-7333.

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 Pulgadas **O** Centímetros

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

Libras **O** Kilos

3. ¿Cuál es *su* fecha de nacimiento?

/ / Mes/Día/Año

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

4. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿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 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"/>
d. Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. 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

6. Durante los 12 meses antes de embarazarse de su nuevo bebé, ¿tuvo alguna consulta médica con un doctor, enfermera u otro trabajador de salud, incluso un empleado dental o de la salud mental?

- No → **Pase a la Pregunta 9**
 Sí

7. ¿Qué tipo de consulta médica tuvo en los 12 meses antes de embarazarse de su nuevo bebé? Marque TODAS las que correspondan

- Chequeo regular en el consultorio del doctor familiar
 Chequeo regular en el consultorio de mi ginecólogo(a)
 Consulta por una enfermedad o condición crónica
 Consulta por una lesión
 Consulta por planificación familiar o control de la natalidad
 Consulta por depresión o ansiedad
 Consulta para una limpieza de los dientes por un dentista o higienista dental
 Otra → Por favor, escríbala: _____

8. Durante alguna de sus consultas médicas, en los 12 meses antes de embarazarse, ¿le hizo un médico, enfermera u otro trabajador de la salud alguna de las siguientes cosas? Para cada una, marque No si no lo hizo o Sí si lo hizo.

	No	Sí
a. Me dijo que tomara vitaminas con ácido fólico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Habló conmigo sobre mantener un peso saludable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Habló conmigo sobre controlar alguna condición médica como diabetes o presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Habló conmigo sobre mi deseo de tener o no tener niños.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Habló conmigo sobre control de la natalidad para prevenir el embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Habló conmigo sobre cómo podía mejorar mi salud antes del embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Habló conmigo sobre enfermedades de transmisión sexual como clamidia, gonorrea o sífilis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Me preguntó si fumaba cigarrillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Me preguntó si alguien me estaba haciendo daño emocional o físico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Me preguntó si me sentía triste o deprimida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Me preguntó sobre el tipo de trabajo que hago.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Me hizo una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas son acerca de su *cobertura de seguro médico* antes, durante y después de su embarazo de su *nuevo bebé*.

9. 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 o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos de Ohio o HealthCare.gov
- Medicaid
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro seguro médico → Por favor escríbalo: _____
- No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de embarazarme

10. Durante su *embarazo más reciente*, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted para pagar su *cuidado prenatal*? **Marque TODAS las que correspondan**

- No fui a ninguna visita de cuidado prenatal → **Pase a la Pregunta 11**
- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos de Ohio o HealthCare.gov
- Medicaid
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro seguro médico → Por favor, escríbalo: _____
- No tenía ningún seguro médico para *cuidado prenatal*

11. ¿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 o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos de Ohio o HealthCare.gov
- Medicaid → Por favor, díganos cuántos meses o años ha tenido cobertura de Medicaid:

		Meses	O			Años
--	--	-------	---	--	--	------
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Otro seguro médico → Por favor, escríbalo: _____
- No tengo ningún seguro médico *ahora*

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 que quería

13. Cuando usted quedó embarazada con su nuevo bebé, ¿estaban usted o su marido o pareja haciendo algo para evitar quedar embarazada? Algunas cosas que hace la gente para prevenir el embarazo incluyen la ligadura de trompas, el uso de píldoras anticonceptivas, condones, la marcha atrás, o la planificación familiar natural.

- No
- Sí

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 trabajador 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 un calendario.)

14. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando fue a su primera consulta de cuidado prenatal?

Semanas O Meses

- No recibí cuidado prenatal → **Pase a la Pregunta 18**

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

- No
- Sí → **Pase a la Pregunta 17**

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

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

Si no recibió atención prenatal, pase a la Pregunta 18.

17. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro trabajador de salud le habló acerca de alguno de los temas que aparecen en la siguiente lista? Para cada tema, marque No, si nadie le habló sobre el tema o Sí, si alguien le habló sobre el tema.

	No	Sí
a. Si sabía cuánto peso debería aumentar durante mi embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Si estaba tomando algún medicamento con receta médica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Si estaba fumando cigarrillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Si estaba tomando alcohol.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Si alguien me estaba lastimando de manera física o emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Si me sentía triste o deprimida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Si usaba drogas como marihuana, cocaína, crac o metanfetaminas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Si deseaba hacerme una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Si planeaba darle pecho a mi nuevo bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Si planeaba usar control de la natalidad después de que naciera mi bebé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- No
- Sí

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

- No
- Sí, antes del embarazo
- Sí, durante el embarazo

20. Durante su embarazo *más reciente*, ¿fue usted a una limpieza de los dientes con un dentista o higienista dental?

- No
- Sí

21. Durante su embarazo *más reciente*, ¿la visitó en su hogar un trabajador de salud para ayudarle a preparar para su nuevo bebé? Un visitante del hogar puede ser una enfermera, trabajador de salud, trabajadora social u otra persona que trabaja con un programa que ayuda a las mujeres embarazadas.

- No
- Sí

22. Durante su embarazo *más reciente*, ¿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 gestacional (que comenzó durante <i>este</i> embarazo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Presión sanguínea alta (que comenzó durante <i>este</i> embarazo), preeclampsia o eclampsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ansiedad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tuvo diabetes gestacional durante su embarazo más reciente, vaya a la Pregunta 23.

De lo contrario, pase a la Pregunta 24.

23. Durante su embarazo *más reciente*, cuando a usted le informaron que tenía diabetes gestacional, ¿su doctor, enfermera u otro trabajador de salud hizo alguna de las cosas que aparecen en la lista a continuación? Para cada una, marque **No, si nadie lo hizo o **Sí**, si alguien lo hizo.**

	No	Sí
a. Me refirió a un especialista en nutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Me habló sobre la importancia de hacer ejercicio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Me habló sobre cómo llegar a un peso saludable después del parto y cómo mantenerlo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Me recomendó que le diera pecho a mi nuevo bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Me habló sobre mi riesgo de la diabetes tipo 2.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Durante su embarazo *más reciente*, ¿un doctor, enfermera o otro trabajador de la salud le administró una serie de inyecciones semanales de un medicamento llamado progesterona, Makena® o 17P (17 alfa-hidroxiprogesterona) para tratar de evitar que su nuevo bebé sea nacido demasiado temprano?

- No
- Sí
- No sé

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

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

- No → **Pase a la Pregunta 29**
- Sí

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

- 41 cigarrillos o más (2 cajetillas o más)
- De 21 a 40 cigarrillos (1 a 2 cajetillas)
- De 11 a 20 cigarrillos
- De 6 a 10 cigarrillos
- De 1 a 5 cigarrillos
- Menos de 1 cigarrillo
- No fumaba en ese entonces

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

- 41 cigarrillos o más (2 cajetillas o más)
- De 21 a 40 cigarrillos (1 a 2 cajetillas)
- De 11 a 20 cigarrillos
- De 6 a 10 cigarrillos
- De 1 a 5 cigarrillos
- Menos de 1 cigarrillo
- No fumaba en ese entonces

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

- 41 cigarrillos o más (2 cajetillas o más)
- De 21 a 40 cigarrillos (1 a 2 cajetillas)
- 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 sobre el uso de otros productos de tabaco durante su embarazo.

Cigarrillos electrónicos (e-cigarettes) y otros productos de nicotina electrónicos (tales como bolígrafos para vapear, bolígrafos hookah, puros electrónicos, pipas electrónicas) son productos que funcionan con batería que usan un líquido de nicotina en lugar de hojas de tabaco y produce vapor en lugar de humo.

Una hookah es una pipa de agua que se usa para fumar tabaco. No es lo mismo que vapeadores electrónicos e-hookahs o bolígrafos hookah.

29. ¿Alguna vez ha usado cualquiera de los siguientes productos en los últimos 2 años? Para cada producto, marque **No** si no lo usó o **Sí**, si lo usó.

	No	Sí
a. Cigarrillos electrónicos (e-cigarettes) y otros productos de nicotina electrónicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Pipa de agua hookah.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tabaco de mascar, tabaco en polvo rapé, o tabaco picado snus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Cigarros o puros, puritos o puros pequeños.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si utilizó cigarrillos electrónicos u otros productos de nicotina electrónicos en los últimos 2 años, pase a la pregunta 30. De lo contrario, pase a la Pregunta 34.

30. ¿Qué opina sobre los cigarrillos electrónicos para Usted misma?

- Los cigarrillos electrónicos me hacen más daño que los cigarrillos normales
- Los cigarrillos electrónicos me hacen menos daño que los cigarrillos normales
- Los cigarrillos electrónicos me hacen el mismo daño como los cigarrillos normales

31. Durante los 3 meses antes de embarazarse, en promedio, ¿con qué frecuencia usó cigarrillos electrónicos u otros productos de nicotina electrónicos?

- Más de una vez al día
- Una vez al día
- De 2 a 6 veces a la semana
- Un día a la semana o menos
- No usé cigarrillos electrónicos ni otros productos de nicotina electrónicos durante ese tiempo

32. Durante los últimos 3 meses de su embarazo, en promedio, ¿con qué frecuencia usó cigarrillos electrónicos u otros productos de nicotina electrónicos?

- Más de una vez al día
- Una vez al día
- De 2 a 6 veces a la semana
- Un día a la semana o menos
- No usé cigarrillos electrónicos ni otros productos de nicotina electrónicos durante ese tiempo

33. Durante los *últimos 30 días*, ¿cuántos días usó cigarrillos electrónicos u otros productos de nicotina electrónicos?

- Más de una vez al día
- Una vez al día
- De 2 a 6 veces a la semana
- Un día a la semana o menos
- No usé cigarrillos electrónicos ni otros productos de nicotina electrónicos durante ese tiempo

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

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

- No → **Pase a la Pregunta 36**
- Sí

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

- 14 a más bebidas a la semana
- De 8 a 13 bebidas a la semana
- De 4 a 7 bebidas a la semana
- De 1 a 3 bebidas a la semana
- Menos de 1 bebida a la semana
- No tomaba en ese entonces

El embarazo puede un tiempo difícil. Las siguientes preguntas son acerca de cosas que pudieron haber sucedido *antes* y *durante* su embarazo más reciente.

36. 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 divorcí 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. Cortaron 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"/>

37. Durante los 12 meses *antes de embarazarse* de su nuevo bebé, ¿alguna de las siguientes personas la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de alguna otra forma? Para cada persona, marque **No, si no la lastimó durante ese tiempo o **Sí**, si la lastimó durante ese tiempo.**

- | | No | Sí |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo o pareja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi exesposo o expareja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Otro miembro de la familia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Alguna otra persona..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

38. Durante su *embarazo más reciente*, ¿alguna de las siguientes personas la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de alguna otra forma? Para cada persona, marque **No, si no la lastimó en ese entonces o **Sí**, si la lastimó.**

- | | No | Sí |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo o pareja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi exesposo o expareja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Otro miembro de la familia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Alguna otra persona..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si usted siente que necesita asistencia relacionada a las Preguntas 37 o 38, por favor llame al 1-800-799-SAFE (7233). Si necesita ayuda inmediata, por favor llame 911.

DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

39. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

/ / **2** **0** Mes/Día/Año

40. Después del parto, ¿cuánto tiempo estuvo su bebe en el hospital?

- Menos de 24 horas (menos de 1 día)
- 24 a 48 horas (1 a 2 días)
- 3 a 5 días
- 6 a 14 días
- Mas de 14 dias
- Mi bebé no nació en un hospital
- Mi bebé aún está en el hospital → **Pase a la Pregunta 43**

41. ¿Su bebé está vivo?

- No → *Lamentamos mucho su pérdida.* **Pase a la Pregunta 55**
- Sí

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

- No → **Pase a la Pregunta 55**
 Sí

43. Antes de que nació su bebe, ¿cuál de los siguientes métodos planeaba usar para alimentar su bebe en las primeras dos semanas?

- Dar el pecho (no se le daría formula al bebe)
 Sólo alimentación de fórmula (ninguna leche materna)
 Ambos dar el pecho y alimentación de fórmula

44. Antes o después de que naciera su nuevo bebé, ¿recibió información sobre dar pecho de alguna de las siguientes fuentes? Para cada una, marque No, si no recibió información de esa fuente o Sí si la recibió.

	No	Sí
a. Mi doctor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Una enfermera, partera o comadrona.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Una especialista en dar pecho o lactancia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. El doctor o proveedor de cuidados de salud de mi bebé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Un grupo de apoyo para madres que dan pecho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Una línea telefónica de ayuda o línea gratuita para madres que dan pecho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Familia o amistades.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Otra → Por favor, escríbala: _____		

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

- No → **Pase a la Pregunta 49**
 Sí

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

- No
 Sí → **Pase a la Pregunta 49**

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

- Menos de 1 semana Semanas Meses

48. ¿Cuáles fueron sus razones por las que dejó de dar pecho? Marque TODAS las que correspondan

- Mi bebé tenía problemas para prenderse al pecho o para mamar
- La leche materna, por sí sola, no satisfacía a mi bebé
- Pensé que mi bebé no estaba subiendo de peso lo suficiente
- Mis pezones estaban adoloridos, agrietados o me sangraban
- Pensé que no estaba produciendo suficiente leche o se me había acabado la leche
- Tenía demasiadas tareas domésticas
- Consideré que era el momento oportuno para dejar de dar pecho
- Me enfermé o yo tuve que dejar de dar pecho por razones médicas
- Regresé al trabajo
- Regresé a la escuela
- Mi pareja no apoyaba que diera pecho
- Mi bebé tenía bilirrubina/ictericia (color amarillo en la piel o en la parte blanca de los ojos)
- Otra → Por favor, escribala: _____

Si su bebé no nació en un hospital, pase a la Pregunta 50.

49. 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. Le di pecho a mi bebé en el hospital.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. El personal del hospital me ayudó a aprender cómo dar pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Le di pecho a mi bebé durante su primera hora de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Pusieron a mi bebé en contacto de piel con piel en la primera hora de vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. En el hospital mi bebé se alimentó sólo con leche materna.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. El personal del hospital me dijo que le diera pecho cuando el bebé quisiera.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. En el hospital me dieron un aparato para extraerme la leche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. En el hospital me dieron un paquete de regalo que contenía fórmula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. En el hospital me dieron un número telefónico para obtener ayuda relacionada con dar pecho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. 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 Página 15, Pregunta 55.

50. 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

51. En las *últimas 2 semanas*, ¿con qué frecuencia ha dormido su nuevo bebé solo en su propia cuna o cama?

- Siempre
- Con frecuencia
- A veces
- Rara vez
- Nunca →

Pase a la Pregunta 53

52. Cuando su nuevo bebé duerme solo, ¿está su cuna o cama en la misma habitación que duerme usted?

- No
- Sí

53. La lista a continuación incluye algunas descripciones sobre como duermen los bebés. ¿Cómo durmió *normalmente* su nuevo bebé durante las *últimas dos semanas*? Para cada una, marque **No, si no corresponde a su bebé *normalmente* o **Sí** si corresponde a su bebé *normalmente*.**

	No	Sí
a. En una cuna, un moisés o una cuna plegable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. En un colchón o una cama de tamaño individual o más grande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Un sillón o un sofá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. En un asiento de automóvil para bebés o un columpio para bebés.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. En una bolsa o cobertor tipo ropa para bebés.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Con un cobertor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Con juguetes, cojines o almohadas, incluso almohadas especiales para amamantar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Con protectores laterales para la cuna (con malla o sin malla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. ¿Le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de la salud alguna de las siguientes cosas? Para cada cosa, marque **No, si no se le dijeron o **Sí** si se lo dijeron.**

	No	Sí
a. Que coloque a mi bebé boca arriba para dormir.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Que coloque a mi bebé en una cuna, un moisés o una cuna portátil para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Que coloque la cuna o la cama de mi bebé en mi habitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Qué cosas deben o no deben estar en la cama con mi bebé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55. ¿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 57

56. ¿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

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

Si usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para prevenir un embarazo *ahora*, pase a la Pregunta 58.

57. ¿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 o Essure®)
- Vasectomía (esterilización masculina)
- Píldora anticonceptiva
- Condones
- Inyección (Depo-Provera ®)
- Parche anticonceptivo (OrthoEvra®) o Anillo vaginal (NuvaRing ®)
- IUD (dispositivo intrauterino incluyendo Mirena®, ParaGard®, Liletta®, o Skyla ®)
- Un implante anticonceptivo (Nexplanon® o Implanon ®)
- Método de planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)
- El hombre se retira (Coitus interruptus)
- No tener relaciones sexuales (abstinencia)
- Otra → Por favor, escribala: _____

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

- No → **Pase a la Pregunta 59**
- Sí → **Pase a la Pregunta 60**

59. ¿Alguna de las siguientes cosas impidieron que tuviera un chequeo de posparto?

Marque TODAS las que correspondan

- No tenía seguro médico para cubrir el costo de la consulta
- Me sentía bien y no pensé que necesitaba un chequeo
- No podía conseguir una cita cuando la quería
- No tenía transporte para ir a la clínica o al consultorio del doctor
- Estaba demasiado ocupada en otras cosas
- No podía obtener tiempo libre de mi trabajo
- Otra → Por favor, escribala: _____

Si usted no tuvo un chequeo de posparto, pase a la Pregunta 61.

60. Durante su chequeo de posparto, ¿hizo un doctor, enfermera u otro profesional de la salud alguna de las siguientes cosas? Para cada una, marque No si no lo hicieron o Sí si lo hicieron.

	No	Sí
a. Me dijeron que tomara vitaminas con ácido fólico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Me hablaron sobre comer más saludable, hacer ejercicio y bajar el peso que subí durante el embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Me hablaron sobre cuánto tiempo debería esperar antes de volver a embarazarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Me hablaron sobre métodos de control de la natalidad que podía usar después de dar a luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Me dieron o recetaron un método anticonceptivo como una píldora, parche, inyección (Depo-Provera®), NuvaRing® o condones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Me pusieron un implante uterino (Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®) o un implante anticonceptivo (Nexplanon® o Implanon®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Me preguntaron si estaba fumando cigarrillos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Me preguntaron si alguien me estaba haciendo daño emocional o físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Me preguntaron si me sentía triste o deprimida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Me hicieron una prueba para detectar la diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

61. Desde que nació su nuevo bebé, ¿se ha hecho usted una prueba de diabetes o una prueba para determinar si usted tiene un nivel de azúcar alto en la sangre?

- No
- Sí

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

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

63. 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

OTRAS EXPERIENCIAS

La próxima pregunta se trata del uso de marihuana alrededor de la época de embarazo. Sus respuestas son estrictamente confidenciales.

64. Durante cualquier de las siguientes duraciones, ¿usó usted la marihuana o el hachís en cualquier forma? Para cada periodo de tiempo, marque **No** si no lo usó durante ese o marque **Sí** si lo usó.

	No	Sí
a. Durante los 12 meses antes de quedar embarazada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Durante mi embarazo más reciente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Desde que nació mi nuevo bebe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

65. 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 recibido. *Toda la información se mantendrá privada* y no afectará ninguno de los servicios que está recibiendo.

- \$0 a \$16,000
- \$16,001 a \$20,000
- \$20,001 a \$24,000
- \$24,001 a \$28,000
- \$28,001 a \$32,000
- \$32,001 a \$40,000
- \$40,001 a \$48,000
- \$48,001 a \$57,000
- \$57,001 a \$60,000
- \$60,001 a \$73,000
- \$73,001 a \$85,000
- \$85,001 o más

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Personas
----------------------	----------------------	----------

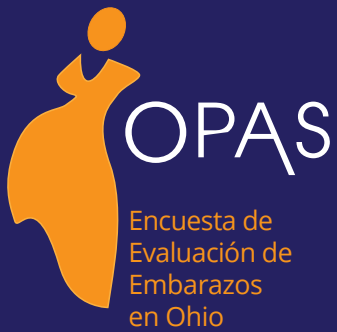
67. ¿Cuál es la fecha de hoy?

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

Por favor, utilice este espacio para cualquier comentario adicional que gustaría hacer acerca de sus experiencias alrededor de la época de su embarazo o la salud de madres y bebés en Ohio.

¡Gracias por responder nuestras preguntas!

Sus respuestas nos ayudarán a mantener saludables a madres y bebés en Ohio.



OPAS Program
Ohio Department of Health
246 N. High Street
Columbus, Ohio 43215

La Encuesta de Evaluación de Embarazos en Ohio (OPAS) es patrocinada por la Oficina de Salud Infantil y Materna del Departamento de Salud de Ohio, y el Departamento de Medicaid de Ohio