



OH 1 2 3 4 5 6

0052278150

OH 1 2 3 4 5 6

1078278159

Preguntas comunes acerca del estudio OPAS

¿Qué es OPAS?

OPAS (Encuesta de Evaluación de Embarazos en Ohio) es un proyecto de estudio del Departamento de Salud de Ohio. Nuestro objetivo es averiguar por qué algunos bebés nacen saludables y otros no. Para hacer esto, el cuestionario pregunta a las madres nuevas sobre sus comportamientos y experiencias alrededor del tiempo en que estuvieron embarazadas. Cada año, cientos de bebés en Ohio nacen con graves problemas de salud. Muchos de estos bebés mueren. Necesitamos su ayuda para saber el motivo. De cualquier manera que haya sido su embarazo, sus respuestas nos pueden ayudar a encontrar maneras de mejorar las posibilidades de un nacimiento sano.

¿Se mantendrán privadas mis respuestas? Sí, todas sus respuestas se mantendrán completamente privadas hasta donde lo permita la ley. Todas las respuestas al cuestionario se combinarán en grupo para darnos información sobre las madres o nuevos bebés en Ohio. En los informes de la encuesta, no se identificará a ninguna mujer por nombre.

¿Es realmente importante que yo responda a estas preguntas?

¡Sí! Como un número pequeño de madres fueron seleccionadas, es importante obtener las respuestas de todas ellas. Cada embarazo es diferente. Para obtener una visión general de la salud de las madres y los bebés en Ohio, necesitamos que cada

madre seleccionada responda a las preguntas. De la información que usted nos dé, es posible que podamos mejorar la atención médica de las mujeres y los niños en Ohio. Necesitamos saber lo que fue bien y lo que fue mal durante su embarazo. Su ayuda es muy importante para el éxito de nuestro programa.

Algunas de las preguntas no parecen estar relacionadas con la atención médica, ¿por qué se hacen las preguntas?

Muchas cosas en la vida de las madres pueden afectar su embarazo. Estas preguntas tratan de obtener la mejor idea de la atención médica de las nuevas madres y las cosas que les suceden durante el embarazo.

¿Cómo me seleccionaron para participar en OPAS?

Su nombre fue seleccionado al azar como en una lotería, del registro estatal de actas de nacimiento recientes. Usted es una entre un número pequeño de mujeres que fueron seleccionadas para ayudar con este estudio.

¿Y si quisiera hacer más preguntas acerca de OPAS?

Por favor llámenos a nuestro número de teléfono gratuito al 1-866-406-7333 y con gusto contestaremos otras preguntas que usted pueda tener sobre OPAS. Si prefiere completar la encuesta por teléfono, por favor llámenos al mismo número.

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

Su ayuda es voluntaria y sus respuestas son totalmente confidenciales.

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

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

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 Ohio.

Información importante sobre OPAS

Por favor lea esta información antes de empezar la encuesta

- La Encuesta de Evaluación de Embarazos en Ohio (OPAS, por sus siglas en inglés) es un proyecto de estudio patrocinado por el Departamento de Salud de Ohio.
- El objetivo del estudio es saber por qué algunos bebés nacen saludables y otros no.
- Les estamos pidiendo a 10,500 mujeres en Ohio que respondan las mismas preguntas. Todos sus nombres fueron seleccionados por una computadora de actas de nacimiento recientes.
- Toma aproximadamente 30 minutos responder todas las preguntas. Algunas preguntas pueden ser personales, tales como las preguntas sobre fumar o tomar alcohol durante el embarazo.
- Usted tiene la libertad de responder la encuesta o no. Si usted no desea participar en lo absoluto o si no desea responder a cierta pregunta, no hay problema. No hay consecuencias ni pérdida de beneficios por no participar o contestar todas las preguntas.
- Puede ser que las respuestas de su encuesta se combinen con la información que tiene el departamento de salud de otras fuentes.
- Si usted decide responder la encuesta, sus respuestas se mantendrán en forma privada hasta donde lo permita la ley y solo se utilizarán para propósitos del estudio. Si actualmente se encuentra en la cárcel, su participación en el estudio no afectará su libertad provisional o “parole”.
- Su nombre no aparecerá en ningún reporte del estudio OPAS. Nosotros sabremos cuando usted regrese el folleto ya que tiene un número.
- Sus respuestas se agruparán con las de otras mujeres. Lo que aprendamos del estudio OPAS se utilizará para planificar programas que ayuden a las madres y bebés en Ohio.
- Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante en el proyecto, por favor llame a Pam Leimbach al (614) 644-0663.

Si tiene preguntas sobre el estudio OPAS o si prefiere responder las preguntas por teléfono, por favor llame al 1-866-406-7333. La llamada es gratis.

¡Muchas gracias por responder a nuestras preguntas!

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

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. ¿En qué fecha nació usted?

____ / ____ / ____
Mes Día Año

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

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

No Sí

Pase a la pregunta 6

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

No Sí

6. 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 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"/> |
| d. Ansiedad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. 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
- 1 a 3 veces a la semana
- De 4 a 6 veces a la semana
- Todos los días de la semana

Pase a la pregunta 9

8. Durante el mes antes de embarazarse de su nuevo bebé, ¿cuáles fueron sus razones para no tomar multivitaminas, vitaminas prenatales o vitaminas con ácido fólico?

Marque TODAS las que correspondan

- No estaba planeando embarazarme
- No pensé que necesitara tomar vitaminas
- No quería tomar vitaminas
- Las vitaminas eran demasiado caras
- Las vitaminas me producían efectos secundarios (tal como estar estreñida)
- Otro → Por favor, escríbala

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

- No
- Sí → Vaya a la página 2 pregunta 11

10. ¿Por qué no tuvo consultas médicas en los 12 meses antes de embarazarse de su nuevo bebé?

Marque TODAS las que correspondan

- No tenía seguro médico para cubrir el costo de la consulta
- Me sentía bien y no pensé que necesitaba una consulta
- 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, escríbala

Vaya a la página 2 pregunta 13

105. Durante su embarazo más reciente, ¿con qué frecuencia usó condones cuando tuvo relaciones sexuales con su esposo o alguna pareja de sexo masculino?

- Cada vez
- Algunas veces
- Nunca
- No tuve relaciones sexuales durante mi embarazo → Pase al FINAL

106. ¿Cuáles fueron sus razones para no usar condones durante su embarazo más reciente?

Marque TODAS las que correspondan

- No creí que fuera necesario usar condones durante el embarazo
- No sabía que podía contraer el virus del Zika por vía sexual
- No pensaba que mi esposo o pareja de sexo masculino tenía el virus del Zika
- No me preocupaba contraer el virus del Zika
- No quería usar condones
- Mi esposo o pareja de sexo masculino no quería usar condones
- Otro → Por favor, escríbala:

¡Gracias por responder a estas preguntas! Sus respuestas nos ayudarán a cuidar la salud de las mujeres embarazadas y sus bebés.

Las siguientes preguntas son acerca del virus del Zika. La infección por el virus del Zika es una enfermedad que suele propagarse con mayor frecuencia a través de las picaduras de mosquitos, pero un hombre con el virus del Zika también puede transmitir la enfermedad por vía sexual.

95. Durante su embarazo *más reciente*, ¿cuánto le preocupaba la posibilidad de infectarse con el virus del Zika?

Marque UNA respuesta

- Me preocupaba mucho
- Me preocupaba un poco
- No me preocupaba para nada
- Nunca había oído hablar del virus de Zika durante mi embarazo más reciente → Pase a la pregunta 98

96. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿habló con un doctor, enfermera u otro profesional de salud acerca del virus del Zika?

- No
- Sí, un profesional de salud me habló del tema sin que yo se lo pidiera
- Sí, un profesional de salud me habló del tema pero sólo CUANDO le consulté al respecto

97. Durante su embarazo *más reciente*, ¿se hizo una prueba de detección del virus del Zika?

- No
- Sí

Las siguientes preguntas son acerca de sus viajes durante su embarazo *más reciente*.

98. Durante su embarazo *más reciente*, ¿se enteró de que existía la recomendación de que las mujeres embarazadas evitaran viajar a áreas afectadas por el virus del Zika?

- No
- Sí

99. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿vivió o viajó fuera de los 50 estados de los Estados Unidos?

- No → Pase a la pregunta 103
- Sí

100. ¿En qué momento vivió o viajó fuera de los 50 Estados Unidos durante su embarazo *más reciente* y por cuánto tiempo? Podría serle útil ver un calendario. Si usted no se acuerda de la fecha exacta, por favor escriba solamente el mes y año. Si realizó más de 2 viajes, complete la información a continuación para los dos PRIMEROS viajes durante su embarazo más reciente.

Viaje número 1

Lugar (país o territorio): _____

Primer día de viaje: __/__/__

Estadía (en cantidad de días): _____

Viaje número 2

Lugar (país o territorio): _____

Primer día de viaje: __/__/__

Estadía (en cantidad de días): _____

101. ¿En el lugar en el que vivió o al que viajó el clima era tropical? Normalmente son lugares calientes y húmedos.

- No → Pase a la pregunta 103
- Sí

102. ¿Con qué frecuencia hacía cosas para tratar de evitar las picaduras de mosquitos mientras vivía o viajaba por los lugares especificados más arriba? Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar las picaduras de mosquitos incluyen usar camisas de mangas largas y pantalones largos, usar repelente de mosquitos y permanecer en lugares con aire acondicionado o con mosquiteros en las puertas y ventanas.

- Todos los días
- Algunos días
- Nunca
- No habían mosquitos

Las siguientes preguntas son acerca de su esposo o cualquier pareja de sexo masculino.

103. En algún momento *6 meses antes* de su embarazo más reciente o *durante* su embarazo, ¿su esposo o pareja de sexo masculino viajó fuera de los 50 estados de Estados Unidos?

- No → Pase a la pregunta 105
- Sí

104. ¿En el lugar en el que vivió o al que viajó su esposo o pareja de sexo masculino, el clima era tropical? Normalmente son lugares calientes y húmedos.

- No
- Sí
- No sé

11. ¿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:

12. Durante alguna de sus consultas médicas, en los *12 meses* antes de embarazarse de su nuevo bebé, ¿le hizo un doctor, enfermera u otro profesional 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 hijos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Habló conmigo sobre el 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 del 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.

13. 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

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

Marque TODAS las que correspondan

- No fui a ninguna visita de cuidado prenatal → Pase a la pregunta 15
- 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

15. ¿Qué tipo de seguro médico tiene 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

16. 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

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

- No
- Sí → Pase a la pregunta 21

18. 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 pregunta 20

19. ¿Cuáles eran las razones por las que usted o su esposo o pareja no estaban 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 éramos estériles (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, escribala:

Si su usted o su esposo o pareja no estaban haciendo algo para evitar el embarazo, pase a la pregunta 21.

20. Cuando quedó embarazada, ¿qué método anticonceptivo estaba usando? Marque TODAS las que correspondan

- Píldora anticonceptiva
- Condones
- Inyección (Depo-Provera®)
- Implante anticonceptivo en el brazo (Nexplanon® o Implanon®)
- Parche anticonceptivo (OrthoEvra®) o anillo vaginal (NuvaRing®)
- IUD (dispositivo intrauterino incluyendo Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®)
- Método de planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)
- El hombre se retira (Coitus interruptus)
- Otro → Por favor, escríbalo:

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 un calendario.)

21. ¿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 25

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

- No
 - Sí → Pase a la pregunta 24
- Pase a la pregunta 23

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

92. 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.

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

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

_____ Personas

94. ¿Cuál es la fecha de hoy?

____/____/20____

83. Durante el mes antes de quedar embarazada, ¿tomó o usó alguno de los siguientes medicamentos o drogas por alguna razón? Sus respuestas son totalmente confidenciales. Para cada producto, marque **No**, si no lo usó, o **Sí**, si es que lo usó.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Medicamentos para el dolor de venta libre como aspirina, Tylenol®, Advil® o Aleve® | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Medicamentos con receta médica para el dolor como hidrocodona (Vicodin®), oxycodona (Percocet®) o codeína | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Estimulantes como Adderall® o Ritalin® | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Antidepresivos prescritos como Zoloft®, Prozac®, Wellbutrin® o Cymbalta® | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Marihuana o hachís | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Marihuana sintética (K2, Spice) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Metadona, naloxona, subutex o Suboxone® | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Heroína (smack, junk, Black Tar, azúcar negra) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Anfetaminas (uppers, speed, cristal, meta, crank, hielo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Cocaína (crack, piedra, coca, nieve, talco) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Tranquilizantes (sedantes, ludes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Alucinógenos (LSD/ácido, PCP/polvo de ángel, Éxtasi, Molly, mushrooms, bath salts) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Olfatear gasolina, pegamento, botes de aerosol o pintura para drogarse (huffing) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

84. Durante su embarazo más reciente, ¿hubiera recibido los siguientes tipos de ayuda si los hubiera necesitado? Para cada uno, marque **No**, si no lo hubiera recibido, o **Sí**, si lo hubiera recibido.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Alguien que me prestara \$50 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Alguien que me ayudara si estuviera enferma y necesitara quedarme en cama | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Alguien que me llevara a la clínica o al consultorio médico si necesitara transporte... .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Alguien con quien pudiera hablar sobre mis problemas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- No → Pase a la pregunta 88
 Sí

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

Marque UNA respuesta

- No, no planeo regresar → Pase a la pregunta 88
 No, pero voy a regresar
 Sí

Pase a la pregunta 87

87. ¿Cuáles de las siguientes opciones describe el tiempo de licencia (permiso de maternidad o ausencia por maternidad) 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

88. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia diría usted que ha estado preocupada o estresada sobre tener suficiente dinero para pagar sus cuentas?

- Siempre
 Con frecuencia
 A veces
 Rara vez
 Nunca

89. 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 período de tiempo, marque **No**, si no le sucedió, o **Sí**, si le sucedió.

- | | 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 el nacimiento de mi nuevo bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

90. Durante el mes pasado, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico?

- No tomé ninguna multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico
 De 1 a 3 veces a la semana
 De 4 a 6 veces por semana
 Todos los días de la semana

91. ¿Tiene un esposo o pareja que vive con usted ahora?

- No
 Sí

23. ¿Alguna 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. No tenía suficiente dinero ni seguro médico 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 supiera que estaba embarazada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. No quería recibir cuidado prenatal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

24. 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? 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 yo 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, crack o metanfetaminas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Si deseaba hacerme una prueba del 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"/> |

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
 Sí, antes del embarazo
 Sí, durante el embarazo

27. Durante su embarazo más reciente, ¿le hizo una limpieza dental un dentista o un higienista dental?

- No
 Sí

28. Durante su embarazo más reciente, ¿la visitó en su hogar una trabajadora de salud para ayudarle a prepararse 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 → Pase a la pregunta 30
 Sí

29. ¿Cuál era la especialidad de la trabajadora de salud que vino a su hogar durante su embarazo más reciente?

- Una enfermera o asistente de enfermería
 Una maestra o educador de salud
 Una comadrona o partera
 Otra → Por favor, escribala:

- No sé

30. 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 (diabetes que comenzó durante <i>este</i> embarazo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Presión sanguínea alta (que comenzó durante <i>este</i> embarazo) pre-eclampsia o eclampsia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ansiedad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

- No → Vaya a la página 5 pregunta 37
 Sí

32. 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

33. 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

Si usted no fumaba durante los 3 meses antes de quedar embarazada, pase a la pregunta 36.

34. ¿Dejó usted de fumar durante el tiempo antes o durante su embarazo **más reciente**?

Marque UNA respuesta

- No
- No, pero fumaba menos
- Sí, dejó de fumar antes de enterarme que estaba embarazada
- Sí, dejó de fumar cuando me enteré que estaba embarazada
- Sí, dejó de fumar ya entrado mi embarazo

35. A continuación aparece una lista de razones por las que a las personas se les hace difícil dejar de fumar. Para cada una, marque **No**, si no es una razón para usted, o **Sí**, si es una razón para usted.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. El costo de las medicinas o productos para ayudar a dejar de fumar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. El costo de las clases para ayudar a dejar de fumar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Miedo de aumentar de peso..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Pérdida de la manera de controlar el estrés..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Otras personas fumando alrededor de mí..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Antojo de cigarrillo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Falta de apoyo de otras personas para dejar de fumar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Depresión que se empeora..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Ansiedad que se empeora..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Otra razón..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, escribala:

36. ¿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

37. ¿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 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, vapeadores electrónicos “e-hookahs”, 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”.

38. ¿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 o “e-cigarettes” y otros productos de nicotina electrónico..... | <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 usó cigarrillos electrónicos o “e-cigarettes” u otros productos de nicotina electrónicos en los últimos 2 años, pase a la pregunta 39. De lo contrario, pase al cuadro de instrucciones antes de la pregunta 41.

39. 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

40. 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

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

- No
- Sí → Pase a la pregunta 76

75. ¿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
- Otro → Por favor, escríbalo:

Si no fue a un chequeo de postparto, pase a la pregunta 78.

76. ¿Dónde le hicieron el chequeo de postparto?

- Consultorio del doctor familiar
- Consultorio de mi ginecólogo(a)
- Clínica del hospital
- Clínica de un departamento de salud
- Otro → Por favor, escríbalo:

77. Durante su chequeo de postparto, ¿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 la prueba para la diabetes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

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

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

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

- No
- Sí

OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

81. Cuando usted quedó embarazada, ¿qué tipo de relación tenía usted con el padre de su nuevo bebé?

Marque UNA respuesta

- Era mi esposo (casados legalmente)
- Era mi pareja (no casados legalmente)
- Era mi novio
- Era un amigo
- Otra → Por favor, escribala:

82. Cuando usted quedó embarazada, ¿vivía con usted el padre de su nuevo bebé?

- No
- Sí

67. 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. En un sillón o un sofá..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. En 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"/> |

68. ¿Le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de la salud alguna de las siguientes cosas? Para cada cosa, marque No, si no se lo 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"/> |

69. Desde que nació su nuevo bebe, ¿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 → Pase a la pregunta 71
 Sí

70. ¿Cuál era la especialidad de la trabajadora de salud que vino a su hogar desde que nació su nuevo bebé?

- Una enfermera o asistente de enfermería
 Una maestra o educador de salud
 Una comadrona o partera
 Otra → Por favor, escríbala:
- No sé

71. ¿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 73

72. ¿Cuáles son las razones por las que usted o su esposo o pareja no están 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, escríbala:

Si su usted o su esposo o pareja no están haciendo algo para prevenir un embarazo ahora, vaya a la página 10, pregunta 74.

73. ¿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®)
 Implante anticonceptivo en el brazo (Nexplanon® o Implanon®)
 Método de planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)
 El hombre se retira (Coitus interruptus)
 No tener relaciones sexuales (abstinencia)
 Otro → Por favor, escríbalo:

Si usó una pipa de agua “hookah” en los últimos 2 años, pase a la pregunta 41. De lo contrario, pase a la pregunta 43.

41. Durante los 3 meses antes de embarazarse, en promedio, ¿con qué frecuencia fumaba pipa de agua “hookah”?

- Todos los días
 De 2 a 3 veces a la semana
 Una vez a la semana
 De 2 a 3 veces al mes
 Una vez al mes
 No fumaba pipa de agua “hookah” durante ese tiempo

42. Durante los últimos 3 meses de su embarazo, en promedio, ¿con qué frecuencia fumaba pipa de agua “hookah”?

- Todos los días
 De 2 a 3 veces a la semana
 Una vez a la semana
 De 2 a 3 veces al mes
 Una vez al mes
 No fumaba pipa de agua “hookah” durante ese tiempo

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

43. 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 46
 Sí

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

- 14 ó 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

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

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

46. 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 un calendario para contestar a 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 dónde 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"/> |

47. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿alguna vez comió menos de lo que pensaba que debía comer porque no tenía suficiente dinero para comprar comida?

- No
 Sí

48. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia sentía que corría peligro en la comunidad donde vivía?

- Siempre
 Con frecuencia
 A veces
 Rara vez
 Nunca

49. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿se sintió afectada emocionalmente (por ejemplo se sintió enojada, triste o frustrada) por la forma en que la trataron según su raza?

- No
 Sí

50. Durante los **12 meses antes** del nacimiento de 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

51. En los **12 meses antes de embarzarse** 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 lastimaron durante ese tiempo, o Sí, si la lastimaron durante ese tiempo.

- | | No | Sí |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo o pareja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi ex-esposo o ex-pareja | <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"/> |

52. 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 durante ese tiempo, o Sí, si la lastimó.

- | | No | Sí |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo o pareja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi ex-esposo o ex-pareja | <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"/> |

DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

53. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

____ / ____ / 20____
Mes / Día / Año

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 56

Pase a la pregunta 58

56. ¿Su bebé está vivo?

- No
 Sí

Lamentamos mucho su pérdida. Vaya a la página 9 pregunta 71

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

- No
 Sí

Vaya a la página 9 pregunta 69

58. 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, escribala:

59. ¿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

Vaya a la página 8 pregunta 63

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

- No
 Sí

Vaya a la página 8 pregunta 63

Vaya a la página 8 pregunta 61

61. ¿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 O ____ Meses

62. ¿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 64.

63. 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 le sucedió, o Sí, si le 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 pregunta 69.

64. 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

65. 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 67

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

- No
 Sí