

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

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

**Marque TODAS las que correspondan**

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo, pareja o padres
- Seguro médico privado comprado directamente de una compañía de seguros
- Medicaid o HUSKY
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud Indio o servicios de salud de la tribu
- 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 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 19**

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

No

Sí →

**Pase a la Pregunta 20**

**Pase a la Pregunta 19**

19. ¿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. No podía tomar tiempo libre del trabajo o de la escuela.....
- f. No tenía mi tarjeta de Medicaid o HUSKY.....
- g. No tenía quién cuidara a mis hijos .....
- h. No sabía que estaba embarazada.....
- i. No quería recibir cuidado prenatal.....

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

20. ¿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
- Clínica de salud comunitaria
- Clínica militar
- Otro → Por favor, escríbalo:

\_\_\_\_\_

21. 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 HUSKY
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud Indio o servicios de salud de la tribu
- Algún otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:  
\_\_\_\_\_
- No tenía ningún seguro médico para pagar por mi *cuidado prenatal*

**Si usted tenía seguro médico para pagar su *cuidado prenatal*, pase a la Página 6 Pregunta 23.**

22. ¿Cuál fue la razón por la que no tenía seguro médico para pagar su *cuidado prenatal*?

**Marque TODAS las que correspondan**

- El seguro médico era demasiado caro
- No pude conseguir seguro médico de mi trabajo ni del trabajo de mi esposo o pareja
- Tuve problemas con la solicitud o el papeleo del seguro médico
- Mi ingreso era demasiado alto para el programa público por la que quería solicitar
- No sabía cómo obtener seguro médico
- No soy ciudadana de los Estados Unidos
- Otra → Por favor, escríbala:  
\_\_\_\_\_

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**.....

Si usted **no** tuvo ningún problema con sus dientes o encías durante el embarazo, pase a la Pregunta 30.

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

No    Sí

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

**30. 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

**31. 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

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

- No  
 Sí

**33. 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

**34. ¿Tuvo alguno de los siguientes problemas durante su embarazo *más reciente*? Para cada uno, marque **No**, si no tuvo el problema, o **Sí**, si lo tuvo.**

No Sí

- a. Infección de riñón o vejiga (infección de las vías urinarias) .....
- b. Me cosieron el cuello del útero para que no naciera el bebé antes de tiempo (sutura cervical/cerclaje para insuficiencia cervical).....
- c. Alta presión sanguínea, hipertensión (incluye la hipertensión inducida por el embarazo), preeclampsia o toxemia .....
- d. Problemas con la placenta (como placenta abrupta o placenta previa)....
- e. Contracciones (dolores de parto) más de 3 semanas antes de la fecha esperada para el parto (parto prematuro) .....
- f. Se me rompió la fuente más de 3 semanas antes de la fecha esperada para el parto (ruptura prematura de membranas [PROM]) .....

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

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

No —————→ **Pase a la Pregunta 39**

↓  
 Sí

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

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

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

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

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

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

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

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

No —————→ **Pase a la Pregunta 42**

↓  
 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

41. 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

**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.**

**42. 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"/> |

**43. 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

**44. 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.**

**45. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?**

	/		/	20
Mes		Día		Año

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

- No  
 Sí  
 No sé

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

- Parto vaginal →  
 Parto por cesárea (c-section)

**Pase a la Página 10,  
Pregunta 49**

**Pase a la Página 10, Pregunta 48**

48. ¿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:

---

49. 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.

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

- No
- Sí
- No sé

51. 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 54**

52. ¿Su bebé está vivo?

- No —————> *Lamentamos mucho su pérdida.*
- Sí —————> **Pase a la Página 12, Pregunta 61**

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

- No —————> **Pase a la Pregunta 60**
- Sí

54. ¿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 56**

**Pase a la Pregunta 55**

55. ¿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
- Mi esposo o pareja no quería que le diera pecho a mi bebé
- Mi madre, abuela, hermana o tía me desalentaban sobre la lactancia materna
- Otra —————> Por favor, escríbala:

**Si no dio pecho a su nuevo bebé, pase a la Página 12, Pregunta 58.**

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

No

Sí —————> **Pase a la Pregunta 58**

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

Semanas **O**  Meses

Menos de 1 semana

**Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 60.**

58. 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

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

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

60. *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
- Sí

**61. ¿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 63**

**62. ¿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 64.**

**63. ¿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<sup>®</sup>, Adiana<sup>®</sup>)
- Vasectomía (esterilización masculina)
- Píldora anticonceptiva
- Condones
- Inyección (Depo-Provera<sup>®</sup>)
- Un implante anticonceptivo (Implanon<sup>®</sup>)
- Parche anticonceptivo (OrthoEvra<sup>®</sup>) o Anillo vaginal (NuvaRing<sup>®</sup>)
- IUD (dispositivo intrauterino incluyendo Mirena<sup>®</sup> o ParaGard<sup>®</sup>)
- Método de planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)
- El hombre se retira (Coitus interruptus)
- No tener relaciones sexuales (abstinencia)
- Otro → Por favor, escríbalo:

---

**64. 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

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

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

66. 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

67. ¿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 HUSKY
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Servicio de Salud Indio o servicios de salud de la tribu
- 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.

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

- No
- Sí

69. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿tomo un medicamento recetado para su depresión?

- No
- Sí

Si usted no recibió beneficios de WIC durante su embarazo más reciente, pase a la Página 14, Pregunta 71.

70. ¿Por qué no inscribió a WIC durante su embarazo *más reciente*?

**Marque TODAS las que correspondan**

- No creí que cumpliera con los requisitos
- Me dijeron que no calificaba para el programa WIC
- No sabía como solicitarlo
- Era necesario llenar demasiados papeles
- Pensaba que no podía recibir ayuda porque soy de otro país
- Las horas del WIC no se ajustaban a mi horario
- No quería inscribirme en el programa WIC
- Otra → Por favor, escríbala:  
\_\_\_\_\_

**71. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia usted experimentó discriminación, acoso, o le hicieron sentir inferior a causa de su raza, etnicidad o cultura?**

**Marque UNA respuesta**

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

**72. Durante su embarazo, probablemente tuvo que obtener distintos tipos de servicios relacionados con la salud. Entre estos pudo haber necesitado consultas en la clínica, en el consultorio del doctor o la enfermera, pudo haber solicitado un seguro de salud o Medicaid, o pudo haber solicitado ayuda por un problema familiar.**

Al obtener esos servicios, ¿alguna vez sintió que le trataron injustamente por alguna de las siguientes razones? Para cada una, marque No, si no le trataron injustamente, o Sí, si le trataron injustamente.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi raza, etnicidad o cultura .....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi edad .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. El idioma que hablo .....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mi ciudadanía .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi estatus de seguro o Medicaid .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Me sentí que me trataron injustamente por otras razones ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor escribalas: \_\_\_\_\_ →

**73. Esta pregunta trata sobre cosas que le pudieran haber pasado durante su embarazo *más reciente*. Para cada opción, marque No, si no le pasó o Sí, si le pasó.**

No Sí

- a. Sentí que mi raza o etnicidad aumentó el estrés en mi vida.....
- b. Me sentí emocionalmente perturbada (por ejemplo, enojada, triste, o frustrada) por la manera en la que me trataron a razón de mi raza o etnicidad .....
- c. Sentí síntomas físicos (por ejemplo, dolor de cabeza, molestias estomacales, tensión de los músculos o palpitaciones del corazón) que yo creí estaban relacionados con la manera en la que me trataron a razón de mi raza o etnicidad .....

**Si su bebé no está vivo, no vive con usted, o todavía está en el hospital, pase a la Página 16, Pregunta 78.**

**74. Desde que nació su nuevo bebé, ¿recibiría los siguientes tipos de ayuda si los hubiera necesitado? Para cada tipo de ayuda, marque No, si no la hubiera recibido, o Sí, si la hubiera recibido.**

No Sí

- a. Alguien que me prestara \$50.....
- b. Alguien con quien pudiera hablar sobre mis problemas .....
- c. Alguien que me cuidara a mi bebé.....
- d. Alguien que me ayudara si estuviera cansada y sintiéndome frustrada con mi nuevo bebé.....

75. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia contribuye el padre de su nuevo bebé cosas tales como dinero, comida, ropa, refugio o cuidado de la salud para satisfacer las necesidades básicas de su nuevo bebé?

**Marque UNA respuesta**

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

76. Cuando el padre de su nuevo bebé está con su bebé, ¿con qué frecuencia él abraza, besa, carga, o juega con el nuevo bebé?

**Marque UNA respuesta**

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca
- El padre de mi nuevo bebé normalmente no pasa tiempo con mi bebé

77. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia le proporciona su esposo o pareja estímulo y apoyo emocional a usted?

**Marque UNA respuesta**

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

**Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la Pregunta 79.**

78. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ha utilizado los servicios del programa WIC para usted o para su nuevo bebé?

- No
- Sí, tanto mi nuevo bebé como yo utilizamos los servicios de WIC
- Sí, sólo mi nuevo bebé utiliza los servicios de WIC
- Sí, sólo yo utilizo los servicios de WIC

79. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿pidió ayuda a un doctor, enfermera u otro profesional de salud para la depresión?

- No
- Sí

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

**80. 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 \$10,000
- De \$10,001 to \$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
- De \$79,001 to \$99,999
- \$100,000 ó más

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

\_\_\_\_\_ Personas

**82. ¿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 Connecticut.**

*¡Muchas gracias por responder a nuestras preguntas!*

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