

**Por favor, marque sus respuestas. Siga las instrucciones que se incluyen en las preguntas. Si no hay instrucciones, marque el cuadro junto a su respuesta o escríbala sobre la línea. Como no todas las preguntas corresponden a todas las personas es posible que se le pida saltar ciertas preguntas.**

**ANTES DEL EMBARAZO**

**Primero quisiéramos hacerle algunas preguntas acerca de *usted* y del tiempo *antes* de que quedara embarazada de su nuevo bebé.**

**1. 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 con un círculo **Sí**, si lo hizo o **No**, si usted no lo hizo.

- |   | No | Sí |
|---|----|----|
| a. Yo estaba a dieta (cambiando mis hábitos alimenticios) para bajar de peso . . . . .                  | No | Sí |
| b. Hice ejercicio 3 días o más a la semana . . . . .  | No | Sí |
| c. Estaba tomando regularmente medicinas recetadas además de anticonceptivos . . . . .                  | No | Sí |
| d. Fui con un profesional de salud para un chequeo o tratamiento para la diabetes . . . . .             | No | Sí |
| e. Fui con un profesional de salud para un chequeo o tratamiento para la presión alta. . . . .          | No | Sí |
| f. Fui con un profesional de salud para un chequeo o tratamiento para la depresión o ansiedad . . . . . | No | Sí |
| g. Hablé con un profesional de salud sobre mi historia médica familiar . . .                            | No | Sí |
| h. Fui a hacerme una limpieza dental con un dentista o higienista dental . .                            | No | Sí |

**2. Durante el *mes antes* de su embarazo de su nuevo bebé, ¿tenía usted algún tipo de cobertura de seguro médico que aparecen en la lista a continuación?**

Marque todas las opciones que apliquen

- Seguro médico por parte de su trabajo o el trabajo de su esposo, pareja o padres
- Seguro médico que usted o alguien más pagaba (no por parte de un trabajo)
- Medicaid
- TRICARE u otro seguro médico militar
- TennCare
- CoverKids
- CoverTN
- Otra(s) fuente(s) → Por favor, escríbala(s):  
\_\_\_\_\_
- No tenía ningún seguro médico antes de mi embarazo

**3. Durante el *mes antes* de que usted quedara 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
- De 1 a 3 veces a la semana
- De 4 a 6 veces a la semana
- Todos los días de la semana

**4. Justo antes de que quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿cuánto pesaba usted?**

\_\_\_\_\_ Libras **O** \_\_\_\_\_ Kilos

**5. ¿Cuál es su estatura sin zapatos?**

\_\_\_\_\_ Pies **Y** \_\_\_\_\_ Pulgadas  
**O** \_\_\_\_\_ Metros

2

**6. ¿En qué fecha nació usted?**

	/		/	19
Mes		Día		Año

**7. Diría usted que, en general, su salud es—**

- Excelente  
 Muy buena  
 Buena  
 Regular  
 Mala

**8. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud habló con usted acerca de cómo prepararse para un embarazo y bebé saludable?**

- No  
 Sí

**9. Antes de que usted quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna vez un doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijo que usted tenía diabetes tipo 1 o tipo 2? Esto no es lo mismo que la diabetes gestacional o la diabetes del embarazo que empieza durante el embarazo.**

- No  
 Sí

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

- No  
 Sí

Pase a la Pregunta 14

**11. ¿El bebé que tuvo *justo antes* de tener a su nuevo bebé pesó *más* de 5 libras 8 onzas (2.5 kilos) al nacer?**

- No  
 Sí

**12. ¿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

**13. Cuando su nuevo bebé nació, ¿qué edad tenía su hijo(a) que tuvo *justo antes* de tener a su nuevo bebé?**

- De 0 a 12 meses  
 De 13 a 18 meses  
 De 19 a 24 meses  
 Más de 2 años pero menos de 3 años  
 De 3 a 5 años  
 Más de 5 años

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

**14. Piense en el tiempo *justo antes* de que quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿cómo se sentía de quedar embarazada?**

Marque una respuesta

- Hubiera querido quedar embarazada más pronto  
 No quería quedar embarazada en ese momento, sino después  
 Quería quedar embarazada en ese momento  
 No quería quedar embarazada ni en ese momento ni nunca

Si usted quería quedar embarazada después, conteste la Pregunta 15, si no pase a la Pregunta 16.

**15. ¿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 menos de 4 años  
 4 años o más

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

- No  
 Sí → **Pase a la Página 4, Pregunta 20**

**17. 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 el embarazo incluyen no tener relaciones sexuales en ciertos días [método natural de planificación familiar o ritmo] o el hombre se retira, usar métodos anticonceptivos como la píldora anticonceptiva, condones, anillo vaginal, un dispositivo intrauterino [IUD], se ligan las trompas de Falopio o su pareja se hace la vasectomía.)

- No  
 Sí → **Pase a la Pregunta 19**

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

**Marque todas las opciones que apliquen**

- 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 que quedara embarazada)  
 Mi esposo o pareja no quería usar ningún método anticonceptivo  
 Otra → Por favor, escríbala:

**Si usted o su esposo o pareja no estaba haciendo algo para prevenir un embarazo, pase a la Página 4, Pregunta 20.**

**19. Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿qué método estaba usando usted o su esposo o pareja para evitar un embarazo?**

**Marque todas las opciones que apliquen**

- Ligadura de las trompas de Falopio (esterilización femenina)  
 Vasectomía (esterilización masculina)  
 La píldora anticonceptiva  
 Condones  
 Inyección una vez cada 3 meses (Depo-Provera®)  
 Un implante anticonceptivo (Implanon®)  
 Parche anticonceptivo (Orthoevra®)  
 Diafragma, capuchón o esponja cervical  
 Anillo vaginal (Nuvaring®)  
 IUD (Dispositivo intrauterino incluyendo Mirena®)  
 Método del ritmo o planificación familiar natural  
 El hombre se retira (Coitus interruptus)  
 No tener relaciones sexuales (abstinencia)  
 Control de la natalidad de emergencia (la “píldora del día después”)  
 Otro → Por favor, escríbalo:

**DURANTE EL EMBARAZO**

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

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

Semanas **O**  Meses  
 No recuerdo

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

Semanas **O**  Meses  
 No recibí cuidado prenatal → **Pase a la Pregunta 23**  
**Pase a la Pregunta 22**

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

No  
 Sí → **Pase a la Pregunta 24**

**23. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que obtuviera cuidado prenatal o que lo obtuviera tan pronto como lo hubiera querido?** Para cada una, marque con un círculo **Cierto**, si le pasó a usted, o **Falso**, si no le pasó, o si no le aplica.

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

**Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Página 6, Pregunta 26.**

**24. ¿Alguno de los seguros médicos que aparecen en la lista a continuación le ayudó a pagar por su *cuidado prenatal*?**

**Marque todas las opciones que apliquen**

- Seguro médico por parte de su trabajo o el trabajo de su esposo, pareja o padres
- Seguro médico que usted o alguien más pagaba (no por parte de un trabajo)
- Medicaid
- TRICARE u otro seguro médico militar
- TennCare
- CoverKids
- CoverTN
- Otra(s) fuente(s) → Por favor, escríbala(s):
- No tenía ningún seguro médico para ayudar a pagar por mi *cuidado prenatal*

**25. 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 con un círculo **Sí**, si alguien le habló sobre el tema o **No**, si nadie le habló sobre el tema.**

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

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

- No
- Sí → **Pase a la Pregunta 28**
- No sé

**27. Durante su *más reciente* embarazo o parto, ¿le ofrecieron hacerle una prueba para detectar el VIH?**

- No
- Sí

**28. ¿Ha usted escuchado o leído alguna vez que tomar una vitamina con ácido fólico puede ayudar a prevenir algunos defectos de nacimiento?**

- No → **Pase a la Pregunta 30**
- Sí

**29. ¿Ha escuchado o leído alguna vez sobre el ácido fólico de alguna de estas fuentes?**

**Marque *todas* las opciones que apliquen**

- Un artículo de periódico o revista
- En la radio o televisión
- De un doctor, enfermera u otro profesional de salud
- En un libro
- De familiares o amigo(a)s
- Otra(s) → Por favor, escríbala(s):

**30. ¿Se puso la vacuna contra la influenza (flu o gripe) durante su *más reciente* embarazo?**

- No
- Sí

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

- No
- Sí

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

- No
- Sí

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

- |   | <b>No</b> | <b>Sí</b> |
|---|-----------|-----------|
| a. Sangrado vaginal . . . . .   | No        | Sí        |
| b. Infección de riñón o vejiga (infección de las vías urinarias) . . . . .  | No        | Sí        |
| c. Náuseas, vómitos o deshidratación <i>graves</i> . . . . .  | No        | Sí        |
| d. Me cosieron el cuello del útero para que no naciera el bebé antes de tiempo (sutura cervical/cerclaje para insuficiencia cervical) . . . . . | No        | Sí        |
| e. Alta presión sanguínea, hipertensión (incluye la hipertensión inducida por el embarazo), preeclampsia o toxemia . .                          | No        | Sí        |
| f. Problemas con la placenta (como placenta abrupta o placenta previa) . . .  | No        | Sí        |
| g. Contracciones (dolores de parto) más de 3 semanas antes de la fecha esperada para el parto (parto prematuro) . . . . .                       | No        | Sí        |
| h. Se me rompió la fuente más de 3 semanas antes de la fecha esperada para el parto (ruptura prematura de membranas [PROM]) . . . . .           | No        | Sí        |
| i. Me hicieron una transfusión de sangre . .  | No        | Sí        |
| j. Me lastimé en un accidente de automóvil . . . . .  | No        | Sí        |

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

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

- No → **Pase a la Pregunta 38**  
 Sí

**35. En los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día promedio?** (Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.)

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

**36. En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día promedio?** (Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.)

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

**37. ¿Cuántos cigarrillos fuma ahora en un día promedio?** (Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.)

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

**38. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor las reglas sobre fumar dentro de su casa ahora?**

**Marque una respuesta**

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

**Las siguientes preguntas son acerca del tomar alcohol antes, durante y después del 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 Página 8, Pregunta 42**  
 Sí

**Pase a la Página 8, Pregunta 40a**

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

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

**Pase a la Pregunta 41a**

**40b. En los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en una sola sesión?** Una sesión se refiere a un período de 2 horas.

- 6 veces o más
- De 4 a 5 veces
- De 2 a 3 veces
- 1 vez
- No tomé 4 ó más bebidas alcohólicas en 1 sola sesión

**41a. En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana promedio?**

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

**Pase a la Pregunta 42**

**41b. En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en una sola sesión?** Una sesión se refiere a un período de 2 horas.

- 6 veces o más
- De 4 a 5 veces
- De 2 a 3 veces
- 1 vez
- No tomé 4 ó más bebidas alcohólicas en 1 sola sesión

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

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

- |  | No | Sí |
|--|----|----|
| a. Un pariente cercano estuvo muy enfermo y tuvo que ir al hospital . . . . .  | No | Sí |
| b. Me separé o divorcié de mi esposo o pareja. . . . .                         | No | Sí |
| c. Me mudé a otra dirección . . . . .  | No | Sí |
| d. No tenía en donde vivir . . . . .   | No | Sí |
| e. Mi esposo o pareja perdió su trabajo . . . . .                              | No | Sí |
| f. Perdí mi trabajo aunque quería seguir trabajando . . . . .                  | No | Sí |
| g. Peleaba [discutía] con mi esposo o pareja más de lo normal . . . . .        | No | Sí |
| h. Mi esposo o pareja me dijo que no quería que estuviera embarazada . . . . . | No | Sí |
| i. Tenía muchas cuentas que no podía pagar. . . . .                            | No | Sí |
| j. Me peleé físicamente con otra persona . . . . .                             | No | Sí |
| k. Mi esposo o pareja o yo estuvimos en la cárcel. . . . .                     | No | Sí |
| l. Alguien muy cercano a mí tuvo un problema con alcohol o drogas . . . . .    | No | Sí |
| m. Murió alguien muy cercano a mí . . . . .                                    | No | Sí |

**43. 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

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

- Siempre  
 Frecuentemente  
 A veces  
 Rara vez  
 Nunca

**45. 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

**Las preguntas 46 y 47 están omitidas.  
 Por favor siga con la Pregunta 48.**

**Las siguientes preguntas son acerca del parto y del nacimiento de su bebé.** (Para contestar estas preguntas, podría serle útil ver el calendario.)

**48. ¿Cuál era la fecha esperada para el nacimiento de su bebé?**

/  / 20  
 Mes      Día      Año

**49. ¿En qué fecha entró al hospital para tener a su bebé?**

/  / 20  
 Mes      Día      Año

No tuve a mi bebé en un hospital

**50. ¿En qué fecha nació su bebé?**

/  / 20  
 Mes      Día      Año

**51. ¿En qué fecha le dieron de alta del hospital después del nacimiento de su bebé?**

/  / 20  
 Mes      Día      Año

No tuve a mi bebé en un hospital

**52. ¿Alguno de los seguros médicos que aparecen en la lista a continuación le ayudó a pagar por el parto de su nuevo bebé?**

**Marque todas las opciones que apliquen**

- Seguro médico por parte de su trabajo o el trabajo de su esposo, pareja o padres
- Seguro médico que usted o alguien más pagaba (no por parte de un trabajo)
- Medicaid
- TRICARE u otro seguro médico militar
- TennCare
- CoverKids
- CoverTN
- Otra(s) fuente(s) → Por favor, escríbala(s):

- No tenía ningún seguro médico para ayudar a pagar por mi parto

### DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

**53. Después de que nació su bebé, ¿estuvo él o ella en una unidad de cuidado intensivo?**

- No
- Sí
- No sé

**54. 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 57**

**Pase a la Pregunta 55**

**55. ¿Su bebé está vivo?**

- No → **Pase a la Página 12, Pregunta 69**
- Sí

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

- No → **Pase a la Página 12, Pregunta 69**
- Sí

**57. Después del parto, ¿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 59**

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

**Marque todas las opciones que apliquen**

- Mi bebé estuvo enfermo y no pudo tomar pecho
- 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
- Me daba vergüenza dar pecho
- Regresé al trabajo o a la escuela
- Quería mi cuerpo para mí misma
- Otra → Por favor, escríbala:

**Si no dio pecho a su nuevo bebé, pase a la Pregunta 62b.**

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

- No
- Sí → **Pase a la Pregunta 62a**

**Pase a la Pregunta 60**

**60. ¿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

**61. ¿Cuáles fueron sus razones por las que dejó de dar pecho?**

Marque todas las opciones que apliquen

- 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
- Era demasiado difícil, doloroso o me tomaba demasiado tiempo
- Pensé que no estaba produciendo suficiente leche
- Tenía demasiadas tareas domésticas
- Consideré que era el momento oportuno de dejar de dar pecho
- Me enfermé y no podía dar pecho
- Regresé al trabajo o a la escuela
- Mi bebé tenía bilirrubina/ictericia (color amarillo en la piel o en la parte blanca de los ojos)
- Otra  → Por favor, escríbala:

**62a. ¿Qué edad tenía su nuevo bebé la primera vez que él o ella bebió un líquido que no fuera leche materna (tal como leche en polvo para bebés ('fórmula'), agua, jugo, té, o leche de vaca)?**

Semanas **O**  Meses

- Mi bebé tenía menos de 1 semana de nacido
- Mi bebé no ha bebido ningún líquido que no sea leche materna

**62b. ¿Qué edad tenía su nuevo bebé la primera vez que él o ella comió algún alimento (tal como cereal para bebés, alimentos para bebés u otros alimentos)?**

Semanas **O**  Meses

- Mi bebé tenía menos de 1 semana de nacido
- Mi bebé no ha comido ningún alimento

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la **Página 12, Pregunta 67.**

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

Marque una respuesta

- De lado
- Boca arriba
- Boca abajo

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

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

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

- No
- Sí

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

- No
- Sí

**67. ¿Tiene seguro médico, Medicaid, TennCare, CoverKids o CoverTN para su nuevo bebé?**

- No → **Pase a la Pregunta 69**
- Sí

**68. ¿Qué tipo de cobertura de los seguros médicos tiene su nuevo bebé?**

**Marque todas las opciones que apliquen**

- Seguro médico por parte de su trabajo o el trabajo de su esposo, pareja o padres
- Seguro médico que usted o alguien más pagaba (no por parte de un trabajo)
- Medicaid
- TRICARE u otro seguro médico militar
- TennCare
- CoverKids
- CoverTN
- Otro(s) recurso(s) ▶ Por favor, escríbalo(s):

- No tengo ningún seguro médico para mi nuevo bebé

**69. ¿Está usted o su esposo o pareja haciendo algo *actualmente* para evitar un embarazo?**

(Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar el embarazo incluyen no tener relaciones sexuales en ciertos días [método natural de planificación familiar o ritmo] o el hombre se retira, usar métodos anticonceptivos como la píldora anticonceptiva, condones, anillo vaginal, un dispositivo intrauterino [IUD], se ligan las trompas de Falopio o su pareja se hace la vasectomía.)

- No → **Pase a la Pregunta 71**
- Sí

**Pase a la Pregunta 70**

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

**Marque todas las opciones que apliquen**

- No estoy teniendo relaciones sexuales
- Quiero quedar embarazada
- No quiero usar ningún método anticonceptivo
- Mi esposo o pareja no quiere usar ningún método anticonceptivo
- Creo que no puedo quedar embarazada (esterilidad)
- No tengo dinero para comprar anticonceptivos
- Estoy embarazada ahora
- Otra → Por favor, escríbala:

**Si usted o su esposo o pareja *no está* haciendo algo para prevenir un embarazo *ahora*, pase a la Pregunta 72.**

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

**Marque todas las opciones que apliquen**

- Ligadura de las trompas de Falopio (esterilización femenina)
- Vasectomía (esterilización masculina)
- La píldora anticonceptiva
- Condones
- Inyección una vez cada 3 meses (Depo-Provera<sup>®</sup>)
- Un implante anticonceptivo (Implanon<sup>®</sup>)
- Parche anticonceptivo (Orthoevra<sup>®</sup>)
- Diafragma, capuchón o esponja cervical
- Anillo vaginal (Nuvaring<sup>®</sup>)
- IUD (dispositivo intrauterino incluyendo Mirena<sup>®</sup>)
- Método del ritmo o planificación familiar natural
- El hombre se retira (Coitus interruptus)
- No tener relaciones sexuales (abstinencia)
- Control de la natalidad de emergencia (la "píldora del día después")
- Otro → Por favor, escríbalo:

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

- No
- Sí

**73. A continuación se encuentra una lista de sentimientos y experiencias que a veces las mujeres tienen después del parto. Lea cada opción para determinar cuál describe mejor sus sentimientos y experiencias. Luego, escriba sobre la línea el número de la respuesta que mejor describa con qué frecuencia usted ha sentido o ha experimentado lo siguiente *desde que nació su nuevo bebé*. Utilice la escala de opciones para seleccionar su respuesta:**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Nunca</b>	<b>Rara vez</b>	<b>A veces</b>	<b>A menudo</b>	<b>Siempre</b>

- a. Me sentí decaída, deprimida o triste. . . . .
- b. Me sentí sin esperanzas . . . . .
- c. Sentí que hacía menos que antes . . . . .

**OTRAS EXPERIENCIAS**

**Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.**

**74. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia participó en actividades físicas o hizo ejercicio durante 30 minutos o más?** (Por ejemplo, caminar para hacer ejercicio, nadar, andar en bicicleta, bailar, hacer jardinería.)

- Menos de 1 día a la semana
- 1 a 2 días a la semana
- 3 a 4 días a la semana
- 5 ó más días a la semana
- Mi doctor, enfermera u otro profesional de salud me dijo que no hiciera ejercicio

**75. ¿Cuál de las siguientes declaraciones la describe mejor durante los 3 meses antes de que quedara embarazada?**

**Marque una respuesta**

- Estaba tratando de quedar embarazada
- Estaba tratando de evitar quedar embarazada pero no estaba tratando mucho
- Estaba tratando mucho de evitar quedar embarazada

**76. ¿Usó usted algunas de estas drogas cuando estaba embarazada?** Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si usted lo usó durante su embarazo, o **No**, si no lo usó.

- |  | <b>No</b> | <b>Sí</b> |
|--|-----------|-----------|
| a. Drogas de Receta . . . . .  | No        | Sí        |
| Si marcó que sí, ¿qué droga(s)?  |           |           |
| —> Por favor díganos:  |           |           |
|  |           |           |
| b. Marihuana (Cannabis, grifa, pasto, mafu) . . . . .                        | No        | Sí        |
| c. Anfetaminas (crystal meth, cristina) . . . . .                            | No        | Sí        |
| d. Cocaína (blanca, nieve, piedra, roca) o heroína (chiva, chicle) . . . . . | No        | Sí        |
| e. Tranquilizantes o alucinógenos (LSD, ácido, éxtasis) . . . . .            | No        | Sí        |
| f. Inhalé gasolina, goma de pegar, laca u otros aerosoles . . . . .          | No        | Sí        |

**77. Esta pregunta trata sobre el cuidado dental durante su *más reciente* embarazo.** Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si es cierta, o **No**, si no lo es.

- |   | <b>No</b> | <b>Sí</b> |
|---|-----------|-----------|
| a. Necesité ir al dentista por un problema . . . . .  | No        | Sí        |
| b. Fui a un dentista o clínica dental . . . . .   | No        | Sí        |
| c. Un profesional de atención dental o médica de otro tipo me habló acerca de cómo cuidarme los dientes y las encías. . . . . | No        | Sí        |

**Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la Pregunta 81.**

**78. A continuación aparecen algunas declaraciones sobre la seguridad.** Para cada declaración, marque con un círculo **Sí**, si corresponde a su situación, o **No**, si no le corresponde.

- |   | No | Sí |
|---|----|----|
| a. Cuando salí del hospital, llevé a mi bebé a la casa en un asiento de seguridad. . . . .            | No | Sí |
| b. Siempre, o casi siempre, pongo a mi bebé en un asiento de seguridad cuando viajo en carro. . . . . | No | Sí |
| c. En mi casa hay un detector de humo que funciona. . . . .   | No | Sí |
| d. En mi casa hay pistolas, rifles u otras armas de fuego <b>cargadas</b> . . . .                     | No | Sí |

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

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

**80. ¿Cuántas horas al día, en promedio, está su nuevo bebé en el mismo cuarto o automóvil con una persona que está fumando?**

- Horas
- Menos de 1 hora al día
  - Mi bebé nunca está en el mismo cuarto o automóvil con una persona que está fumando

**81. En este momento, ¿asiste usted a la escuela o trabaja fuera del hogar?**

- No, yo no trabajo ni asisto a la escuela
- No, yo estoy tomando un descanso de maternidad, pero planeo regresar a trabajar
- Sí

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

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

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

- Menos de \$8,000
- De \$8,000 a \$9,999
- De \$10,000 a \$14,999
- De \$15,000 a \$19,999
- De \$20,000 a \$24,999
- De \$25,000 a \$34,999
- De \$35,000 a \$49,999
- \$50,000 ó más

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

Personas

**84. ¿Cuál es la fecha de hoy?**

/  / 20  
 Mes                  Día                  Año

**Por favor use este espacio para escribir cualquier comentario que desee hacer acerca de la salud de las madres y los bebés de Tennessee.**

***¡Muchas gracias por responder a estas preguntas!***

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

January 28, 2009