



State of North Carolina
Department of Health and Human Services
Division of Public Health
A. Dennis McBride, M.D., M.P.H.
State Health Director
Center for Health Informatics and Statistics
John M. Booker, Ph.D., Director

This document was created as a joint effort between the North Carolina Department of Health and Human Services and the Centers for Disease Control and Prevention.

DHHS is an equal opportunity employer.

400 copies of this public document were printed at a total cost of \$166.64 or 42¢ per copy. 12/00



Una Encuesta Sobre La Salud De Las Madres y Los Bebés en Carolina del Norte

Se aprecia grandemente su ayuda con esta encuesta.

Para información adicional, llame a:
Cordinador del Proyecto de PRAMS
1-888-PRAMS-11 (1-888-772-6711)

Estado de Carolina del Norte
Departamento de Salud y Servicios Humanos
Centro Estatal de Estadísticas de Salud
1908 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-1908



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

¡Muchas gracias por responder a estas preguntas!

¡Sus respuestas nos ayudan en nuestros esfuerzos para mantener sanos a las mamás y los bebés de North Carolina!

Primero quisiera hacerle unas cuantas preguntas sobre Ud. y sobre antes de que quedara embarazada de su nuevo bebé. Por favor marque el cuadro que corresponda a su respuesta.

1. *Justo antes de que quedara embarazada, ¿tenía Ud. seguro médico?* (No cuente el Medicaid.)

- No
 Sí

2. *Justo antes de que quedara embarazada, ¿recibía Ud. beneficios de Medicaid?*

- No
 Sí

3. Durante el mes *anterior* a que Ud. quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿cuántas veces a la semana tomó multivitaminas (una pastilla que contiene muchas vitaminas y minerales distintos)?

- Yo no tomaba ninguna multivitamina
 De 1 a 3 veces a la semana
 De 4 a 6 veces a la semana
 Todos los días de la semana

4. ¿En qué fecha nació Ud.?

Mes Día Año

5. *Justo antes de que quedara embarazada, ¿cuánto pesaba Ud.?*

Libras O Kilos

6. ¿Cuánto mide Ud. sin zapatos?

Pies Y Pulgadas
O Centímetros

7. *Antes de que naciera su nuevo bebé, ¿dio a luz a otros bebés que nacieron vivos?*

- No → **Pase a la Pregunta 10**
 Sí

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

- No
 Sí

9. El bebé que tuvo antes de tener a su nuevo bebé, ¿nació *más* de 3 semanas antes de la fecha programada para su nacimiento?

- No
 Sí

10. Piense en el período *justo antes* de que quedara embarazada, ¿qué pensaba 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

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

- No
- Sí → **Pase a la Pregunta 14**

12. Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿estaba Ud. 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 [el ritmo] y usar métodos anticonceptivos como la píldora anticonceptiva, Norplant®, inyecciones [Depo-Provera®], condones, diafragmas, espuma, un dispositivo intrauterino, se ligan las trompas de Falopio o su pareja se hace la vasectomía.)

- No
- Sí → **Pase a la Pregunta 14**

13. ¿Cuáles eran las razones por las que Ud. o su esposo o pareja no estaban haciendo nada para evitar el embarazo?

Marque todas las que correspondan

- No me importaba 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 yo o mi esposo o pareja éramos estériles (que era imposible que quedara embarazada)
- Mi esposo o pareja no quería usar ningún método anticonceptivo
- Otras → Por favor escríbalas:

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

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

Semanas **O** Meses

- No recuerdo

15. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía Ud. cuando fue a su primera consulta de atención 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 de Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños].)

Semanas **O** Meses

- No recibí atención prenatal

81. Por favor díganos si ha oído hablar de los siguientes programas de North Carolina.

Para cada una, encierre la S (Sí) en un círculo si ha oído sobre el programa o la N (No) si no ha oído.

No Sí

- a. Línea de Urgencia Primer Paso (First Step Hotline) N S
- b. Principio Inteligente (Smart Start) N S
- c. Amor Infantil (Baby Love) N S
- d. Coordinación de Servicios Infantiles (Child Service Coordination [CSC]) N S
- e. WIC (siglas en inglés de Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños) N S
- f. Revisión Médica (Health Check/NC Health Choice) N S
- g. Centro de Recursos Infantiles (Child Resource Center) N S
- h. Red de Apoyo Familiar (Family Support Network) N S
- i. NC Recursos de la Salud de la Familia (NC Family Health Resource Line [1-800-367-2229] [línea telefónica]) N S

82. En los 12 meses anteriores a su parto, ¿cuál fue el ingreso total de su hogar antes de impuestos? Incluya su sueldo, el sueldo de su esposo o pareja y cualquier otro ingreso que haya tenido. Su respuesta no afectará el cumplimiento de los requisitos de cualquier programa que esté recibiendo.

- Menos de \$8,000
- \$ 8,000–\$ 9,999
- \$10,000–\$11,999
- \$12,000–\$13,999
- \$14,000–\$15,999
- \$16,000–\$17,999
- \$18,000–\$19,999
- \$20,000–\$24,999
- \$25,000–\$29,999
- \$30,000–\$39,999
- \$40,000–\$49,999
- \$50,000 o más

77. Durante su embarazo más reciente, ¿recibió Ud. alguno de los siguientes servicios? Encierre la **S** (Sí) si recibió el servicio o la **N** (No) si no lo recibió.

	No	Sí
a. Clases sobre el parto	N	S
b. Clases sobre como criar a los hijos	N	S
c. Clases sobre como dejar de fumar	N	S
d. Visitas a su casa de una enfermera u otro trabajador de atención médica	N	S
e. Cupones para alimentos	N	S
f. Work First (anteriormente AFDC)	N	S

78. ¿Con qué frecuencia durante el año pasado le sucedieron las cosas siguientes? Para cada una, marque con un círculo el número de veces que ocurrió este evento.

	0	1	2	3-5	6-10	11 o más
a. Mi pareja me insultó o me dijo groserías.						
b. Mi pareja destruyó algo que me pertenecía.						
c. Mi pareja me amenazó para que tuviera relaciones sexuales cuando yo no quería.						
d. Mi pareja me amenazó con golpearme o arrojarme algo						

79. a. Desde el nacimiento de su bebé, ¿su esposo o pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, estranguló o lastimó físicamente de cualquier otra forma?

- No
- Sí

b. Desde el nacimiento de su bebé, ¿alguna otra persona la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, estranguló o lastimó físicamente de cualquier otra forma?

- No
- Sí

80. Desde el nacimiento de su bebé, ¿hubiera obtenido los tipos de ayuda siguientes si lo hubiera necesitado? Para cada una, encierre la **S** (Sí) en un círculo si la hubiera obtenido o la **N** (No) si no la hubiera obtenido.

	No	Sí
a. Alguien que me prestara \$50	N	S
b. Alguien que me ayudara si estuviera enferma y necesitara quedarme en cama	N	S
c. Alguien con quien hablar de mis problemas	N	S
d. Alguien que me llevara a la clínica o al consultorio del médico si no tenía como ir	N	S

16. ¿Recibió Ud. atención prenatal tan pronto como lo hubiera querido durante su embarazo?

- No
- Sí
- Yo no quería recibir atención prenatal

Pase a la Pregunta 18

17. ¿Algunas de las siguientes razones impidieron que obtuviera atención prenatal tan pronto como lo hubiera querido durante su embarazo?

Marque todas las que correspondan

- Durante mi embarazo, no pude conseguir una cita antes
- No tenía suficiente dinero o seguro médico para pagar por las consultas
- No sabía que estaba embarazada
- No tenía cómo ir a la clínica ni al consultorio médico
- El doctor o mi plan de salud no quisieron empezar a atenderme antes
- No tenía mi tarjeta de Medicaid
- No tenía quien cuidara a mis hijos
- Estaba demasiado ocupada en otras cosas
- Otras —> Por favor escríbalas: _____

Si Ud. no recibió atención prenatal, pase a la Página 4, Pregunta 21.

18. ¿A dónde iba la mayor parte del tiempo para sus consultas de atención prenatal? (No incluya las consultas relacionadas con WIC.)

Marque una respuesta

- Clínica de un hospital
- Clínica del departamento de salud
- Consultorio médico o clínica de una HMO
- Otro —> Por favor escríbalo: _____

19. ¿Cómo pagó por su atención prenatal?

Marque todas las que correspondan

- Medicaid
- Lo que Ud. ganaba (dinero en efectivo, cheque o tarjeta de crédito)
- Seguro médico o HMO
- Otro —> Por favor escríbala: _____

20. Durante cualquiera de sus consultas de atención prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro trabajador de atención médica le habló sobre alguno de los temas que aparecen en la lista siguiente? (Por favor sólo cuente las conversaciones y no el material de lectura ni videos.) Para cada tema, encierre la **S** (Sí) en un círculo si alguien le habló sobre el tema o la **N** (No) si nadie le habló sobre el tema.

- | | No | Sí |
|---|----|----|
| a. La forma en que el fumar cigarrillos durante el embarazo podría afectar a su bebé..... | N | S |
| b. Como dar el pecho a su bebé | N | S |
| c. La forma en que el tomar alcohol durante el embarazo podría afectar a su bebé | N | S |
| d. Como usar el cinturón de seguridad del automóvil durante su embarazo | N | S |
| e. Los métodos anticonceptivos que puede usar después de su embarazo | N | S |
| f. Las medicinas que puede tomar con seguridad durante su embarazo | N | S |
| g. La forma en que el uso de drogas ilegales podría afectar a su bebé | N | S |
| h. Como hacerse exámenes para detectar enfermedades o defectos de nacimiento que haya en su familia | N | S |
| i. Que hacer si comenzaban sus dolores de parto antes de tiempo..... | N | S |
| j. Como hacerse una prueba de sangre para el VIH (el virus que causa el SIDA)..... | N | S |
| k. El maltrato físico que algunos esposos o parejas dan a sus mujeres..... | N | S |

21. En algún momento durante su embarazo más reciente, ¿se hizo una prueba para detectar la bacteria Estreptococo grupo B (o Estreptococo beta)?

- No
- Sí
- No sé

22. En algún momento durante su más reciente embarazo o parto, ¿le hicieron un análisis de sangre para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA)?

- No
- Sí →
- No sé →

Pase a la Pregunta 24

23. ¿Cuáles fueron sus razones para no hacerse la prueba para detectar el VIH durante su embarazo más reciente?

Marque todas las que correspondan

- No me ofrecieron hacerme la prueba
- No pensaba que estuviera en riesgo de infectarme del VIH
- Aunque accedí a hacerme la prueba, tuve problemas para hacérmela
- Tuve miedo de que me dieran el resultado
- Ya me habían hecho la prueba y no pensé que necesitaba hacérmela otra vez
- Otras → Por favor escríbalas:

72. ¿Cuáles de las siguientes razones le haría a Ud. tomar una multivitamina?

Marque todas las que correspondan

- Si por lo general no comiera los alimentos adecuados
- Si previniera las enfermedades cardíacas
- Si fuera bueno para mi salud en general
- Si algún día me ayudaría a tener un bebé sano
- Si mi familia o amigos me dijeran que es una buena idea tomarlo
- Si mi doctor o enfermera me dijera que es una buena idea tomarlo

Si Ud. no recibió atención prenatal, pase a la Página 14, Pregunta 77.

73. Durante cualquiera de sus consultas de atención prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro trabajador de atención médica le habló sobre alguno de los temas que aparecen en la lista siguiente? Para cada tema, encierre la **S** (Sí) en un círculo si alguien le habló sobre el tema o la **N** (No) si nadie le habló sobre el tema.

- | | No | Sí |
|--|----|----|
| a. La depresión posparto (depresión después del parto) | N | S |
| b. La bacteria estreptococo grupo B Strep (o Estreptococo beta) que la madre puede pasar al bebé durante el nacimiento | N | S |
| c. Acostar a su bebé boca arriba o de lado para dormir | N | S |
| d. Si alguien la estaba lastimando emocionalmente | N | S |

74. ¿Qué tan lejos tuvo que viajar, en una dirección, para recibir atención prenatal?

Marque una respuesta

- Menos de 15 millas
- 15–30 millas
- 31–50 millas
- Más de 50 millas

75. ¿Ese proveedor era el más cercano al que pudo ir para obtener atención prenatal?

- No
- Sí

76. ¿Cuál fue la razón por la que consultó a ese proveedor para atención prenatal?

Marque todas las que correspondan

- Era el único proveedor que me aceptó como paciente
- Era más fácil llegar a su consultorio
- Seleccioné este consultorio de una lista que me dio mi compañía de seguros
- Me lo recomendó un familiar o un amigo
- Ofrecía servicios especializados
- Otro médico me dio una remisión
- Otra → Por favor escríbala:

67. Contándose Ud., ¿cuántas personas viven en su casa, apartamento o tráiler?

- Adultos (Personas de 18 años o mayores)
- Bebés, niños o adolescentes (Personas de 17 años de edad o menores)

68. ¿Cuáles fueron las fuentes de dinero de su hogar durante los últimos 12 meses?

Marque todas las que correspondan

- Un cheque de sueldo o dinero de un trabajo
- Asistencia, por ejemplo de TANF (siglas en inglés de Asistencia Transitoria para Familias Necesitadas), asistencia social, asistencia pública, asistencia general, cupones de alimentos o SSI (siglas en inglés de Ingreso del Seguro Suplementario)
- Beneficios por desempleo
- Mantenimiento de hijos o pensión alimenticia
- Seguro social, indemnización por accidentes de trabajo, beneficios de veteranos o pensiones
- Dinero de un negocio, honorarios, dividendos o dinero por propiedades que tiene alquiladas
- Dinero de familiares o amigos
- Otra → Por favor escríbala:

En las últimas páginas las preguntas tratan sobre una variedad de temas. Recuerde que sus respuestas se deben referir al bebé que tuvo más recientemente y a ese embarazo.

69. ¿Ha Ud. leído o escuchado alguna vez que tomar ácido fólico puede ayudar a prevenir algunos defectos de nacimiento?

- No → **Pase a la Pregunta 72**
- Sí

70. ¿Cuándo escuchó o leyó por primera vez sobre el ácido fólico?

- Antes de quedar embarazada
- Durante mi embarazo
- Después de mi embarazo

71. ¿En dónde escuchó sobre el ácido fólico?

Marque todas las que correspondan

- Un artículo de periódico o revista
- En la radio o televisión
- De un doctor, enfermera u otro proveedor de atención médica
- En un libro
- De familiares o amigos
- Otras → Por favor escríbalas:

Las siguientes preguntas tratan acerca de su embarazo más reciente y sobre lo que haya pasado durante ese embarazo.

24. Durante su embarazo, ¿recibía beneficios de WIC (el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños)?

- No
- Sí

25. ¿Tuvo alguno de estos problemas durante su embarazo? Para cada uno, encierre la S (Sí) en un círculo si tuvo ese problema o la N (No) si no lo tuvo.

No Sí

- a. Contracciones (dolores de parto) más de 3 semanas antes de la fecha programada del parto (parto prematuro) N S
- b. Alta presión sanguínea (incluida la preeclampsia o toxemia) o retención de agua (edema) N S
- c. Sangrado vaginal N S
- d. Problemas con la placenta (como placenta abrupta o placenta previa) N S
- e. Náuseas, vómitos o deshidratación graves N S
- f. Alto nivel de azúcar en la sangre (diabetes) N S
- g. Infección de riñón o vejiga (infección de las vías urinarias) N S
- h. Rotura de fuente más de 3 semanas antes de la fecha programada del parto (ruptura prematura de membranas, PROM) N S
- i. Le cosieron el cuello del útero para cerrárselo (insuficiencia cervical, cerclage) N S
- j. Una lesión en un accidente de coche N S

Si no tuvo ninguno de estos problemas, pase a la Pregunta 27.

26. ¿Hizo alguna de las cosas siguientes debido a estos problema(s)?

Marque todas las que correspondan

- Fui al hospital o sala de emergencia y me quedé menos de un día
- Fui al hospital y me quedé de 1 a 7 días
- Fui al hospital y me quedé más de 7 días
- Me quedé en cama en mi casa más de 2 días porque me lo aconsejó mi doctor o enfermera

Las siguientes preguntas tratan acerca del fumar cigarrillos y tomar alcohol.

27. ¿Ha fumado por lo menos 100 cigarrillos en los últimos dos años? (Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.)

- No → **Pase a la Página 6, Pregunta 31**
- Sí

28. En los 3 meses anteriores a cuando quedó embarazada, ¿cuántos cigarrillos o cajetillas de cigarrillos fumaba en un día promedio? (Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.)

Cigarrillos O Cajetillas

- Menos de 1 cigarrillo al día
- No fumaba
- No sé

29. En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos o cajetillas de cigarrillos fumaba en un día promedio?

_____ Cigarrillos O _____ Cajetillas

- Menos de 1 cigarrillo al día
 No fumaba
 No sé

30. ¿Cuántos cigarrillos o cajetillas de cigarrillos fuma ahora en un día promedio?

_____ Cigarrillos O _____ Cajetillas

- Menos de 1 cigarrillo al día
 No fumo
 No sé

31. ¿Ha tomado alguna bebida alcohólica en los últimos dos años? (Una bebida es 1 copa de vino, un refresco con vino [*wine cooler*], una lata o botella de cerveza, un trago de bebida alcohólica fuerte o una bebida preparada.)

- No → **Pase a la Pregunta 34**
 Sí

32. a. Durante los 3 meses anteriores a cuando quedó embarazada, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana promedio?

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

b. Durante los 3 meses anteriores a cuando quedó embarazada, ¿cuántas veces tomó 5 o más bebidas alcohólicas en una sola sentada?

- _____ Veces
 No tomaba en ese entonces
 No sé

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

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

b. Durante los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántas veces tomó 5 o más bebidas alcohólicas en una sola sentada?

- _____ Veces
 No tomaba en ese entonces
 No sé

Las siguientes preguntas tratan sobre el período de tiempo posterior al nacimiento de su nuevo bebé y sobre las cosas que podrían haber sucedido después del parto.

62. ¿Está Ud. o su esposo o pareja haciendo algo ahora para evitar el embarazo?

(Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar el embarazo incluyen ligarse las trompas de Falopio o su pareja se hace la vasectomía; usar métodos anticonceptivos como la píldora anticonceptiva, Norplant®, inyecciones [Depo-Provera®], condones, diafragmas, espuma, un dispositivo intrauterino; no tener relaciones sexuales en ciertos días [el ritmo].)

- No
 Sí → **Pase a la Pregunta 64**

63. ¿Cuáles son las razones por las que Ud. o su esposo o pareja no están haciendo nada para evitar el embarazo ahora?

Marque todas las que correspondan, y pase a la Pregunta 65

- 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
 Otra → Por favor escríbala: _____

64. ¿Qué clase de anticonceptivo está usando usted o su esposo o pareja ahora para evitar el embarazo?

Marque todas las que correspondan

- Ligadura de las trompas de Falopio (esterilización)
 Vasectomía (esterilización)
 La píldora anticonceptiva
 Condones
 Espuma, gel o crema
 Norplant®
 Inyecciones (Depo-Provera®)
 Coitus interruptus; el hombre se retira
 Otros → Por favor escríbalos: _____

65. Usted diría que en los meses después de que dio a luz, usted se sentía—

Marque una respuesta

- Bien, no estaba deprimida para nada
 Estaba un poco deprimida
 Estaba moderadamente deprimida
 Estaba muy deprimida
 Estaba muy deprimida y tuve que pedir ayuda

Las preguntas siguientes tratan sobre su familia y el lugar donde vive.

66. ¿Qué clase de cuartos tiene la casa, el apartamento o el tráiler donde vive?

Marque todas las que correspondan

- Sala
 Comedor separado
 Cocina
 Baño(s)
 Cuarto de juegos o cuarto de estar
 Sótano habitable
 Dormitorios → ¿Cuántos? _____

54. ¿Cuántas semanas o meses de edad tenía su bebé la primera vez que lo alimentó con algo que no fuera leche materna? (Incluya la fórmula, los alimentos para bebés, los jugos, la leche de vaca, el agua, el agua azucarada y cualquier otra cosa que le haya dado de comer a su bebé.)

Semanas **O** Meses

- Mi bebé tenía menos de una semana de nacido
- Todavía no le ha dado de comer nada que no sea leche materna

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 62.

55. ¿En promedio, más o menos cuántas horas al día su nuevo bebé en el mismo cuarto con una persona que está fumando?

Horas

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

56. ¿Cómo acuesta ahora a su bebé la mayoría del tiempo para que se duerma?

Marque una respuesta

- De lado
- Boca arriba
- Boca abajo

57. ¿Tuvo su bebé una consulta con un doctor, enfermera, u otro proveedor de atención médica durante la primera semana después de haber salido del hospital?

- No → **Pase a la Pregunta 59**
- Sí

58. ¿La consulta fue en su casa o en un centro de atención médica?

- En casa
- En un consultorio médico, clínica, u otro centro de atención médica

59. ¿Le han hecho un chequeo de rutina a su bebé?

- No → **Pase a la Pregunta 62**
- Sí

60. ¿Cuántas veces ha llevado a su bebé al doctor o a una enfermera para un chequeo de rutina? (Podría serle útil usar un calendario.)

Veces

61. ¿A dónde lleva generalmente a su bebé para los chequeos de rutina?

Marque una respuesta

- Clínica de un hospital
- Clínica del departamento de salud
- Consultorio médico o clínica de una HMO
- Clínica de salud de la comunidad
- Otro → Por favor escriba el lugar:

El embarazo puede ser difícil para algunas mujeres. Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que pudieron haber sucedido antes y durante su embarazo más reciente.

34. Esta pregunta trata sobre cosas que pudieron haber sucedido durante los 12 meses anteriores al nacimiento de su bebé. Para cada una, encierre la **S** (Sí) en un círculo si le sucedió o la **N** (No) si no le sucedió. (Podría serle útil ver un calendario.)

- | | No | Sí |
|--|----|----|
| a. Un pariente cercano suyo estuvo muy enfermo y tuvo que ir al hospital | N | S |
| b. Se separó o divorció de su esposo o pareja | N | S |
| c. Se mudó a otro lugar | N | S |
| d. No tenía un hogar permanente | N | S |
| e. Su esposo o pareja perdió el trabajo | N | S |
| f. Perdió Ud. su trabajo aunque quería seguir trabajando | N | S |
| g. Peleaba [discutía] con su esposo o pareja más de lo normal | N | S |
| h. Su esposo o pareja le dijo que no quería que Ud. estuviera embarazada | N | S |
| i. Tenía muchas cuentas que no podía pagar | N | S |
| j. Se peleó físicamente con otra persona | N | S |
| k. Ud. o su esposo o pareja estuvo en la cárcel | N | S |
| l. Alguien muy cercano a Ud. tuvo un problema grave con alcohol o drogas | N | S |
| m. Murió alguien muy cercano a Ud. | N | S |

35. a. En los 12 meses anteriores a cuando quedó embarazada, ¿su esposo o pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, estranguló o lastimó físicamente de cualquier otra forma?

- No
- Sí

b. En los 12 meses anteriores a cuando quedó embarazada, ¿alguna otra persona la lastimó físicamente de alguna forma?

- No
- Sí

36. a. Durante su embarazo más reciente, ¿su esposo o pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, estranguló o lastimó físicamente de cualquier otra forma?

- No
- Sí

b. Durante su embarazo más reciente, ¿alguna otra persona la lastimó físicamente de alguna forma?

- No
- Sí

37. ¿Cómo describiría la forma en que se sentía durante su embarazo?

Marque una respuesta

- Una de las épocas más felices de mi vida
- Una época feliz con ciertos problemas
- Una época un tanto difícil
- Una época muy difícil
- Una de las épocas más difíciles de mi vida

Las siguientes preguntas tratan sobre el trabajo de parto y el parto. (Para contestar estas preguntas, podría serle útil ver un calendario.)

38. ¿Cuál era la fecha programada para el nacimiento de su bebé?

Mes Día Año

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

Mes Día Año

No tuve a mi bebé en un hospital

40. ¿En qué fecha nació su bebé?

Mes Día Año

41. ¿En qué fecha le dieron de alta a Ud. del hospital después del nacimiento de su bebé? (Podría serle útil ver un calendario.)

Mes Día Año

No tuve a mi bebé en un hospital

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

- No
 Sí
 No sé

43. Después de que nació su bebé, ¿cuánto tiempo pasó él o ella en el hospital?

- Menos de 24 horas (menos de 1 día)
 24–48 horas (1–2 días)
 3 días
 4 días
 5 días
 6 días o más
 Mi bebé no nació en el hospital
 Mi bebé todavía está en el hospital

44. ¿Cómo pagó por el parto?

Marque todas las que correspondan

- Medicaid
 Lo que ganaba (dinero en efectivo, cheque o tarjeta de crédito)
 Seguro médico o HMO
 Otro → Por favor escríbala:

Las preguntas siguientes tratan sobre el período de tiempo desde que nació su nuevo bebé.

45. ¿Cuál es la fecha de hoy?

Mes Día Año

46. ¿Su bebé está vivo?

- No
 Sí → Pase a la Pregunta 48

47. ¿Cuándo murió su bebé?

Mes Día Año

Pase a la Página 11, Pregunta 62

48. ¿En estos momentos, su bebé vive con Ud.?

- No → Pase a la Página 11, Pregunta 62
 Sí

49. Después del parto, ¿alguna vez le dio pecho a su nuevo bebé o se sacó la leche con una bomba para alimentarlo?

- No
 Sí → Pase a la Pregunta 51

50. ¿Cuáles fueron sus razones para no dar pecho a su nuevo bebé?

Marque todas las que correspondan y pase a la Pagina 10, Pregunta 55.

- Tenía otros niños que cuidar
 Tenía demasiadas tareas domésticas
 No me gustó dar pecho
 No quería perder mi libertad de ir y venir
 Me daba vergüenza dar pecho
 Regresé al trabajo o a la escuela
 Mi esposo o pareja no quería que diera pecho
 Quería recuperar mi cuerpo
 Otras → Por favor escríbalas:

51. ¿Todavía le está dando pecho a su nuevo bebé o alimentándolo con leche que se saca con una bomba?

- No
 Sí → Pase a la Página 10, Pregunta 54

52. ¿Por cuántas semanas o meses le dio pecho a su nuevo bebé o lo alimentó con leche que se sacaba con una bomba?

Semanas O _____
Meses

Menos de 1 semana

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

Marque todas las que correspondan

- Mi bebé tenía problemas para mamar
 La leche materna por sí sola no dejaba satisfecho a mi bebé
 Pensé que mi bebé no estaba subiendo de peso lo suficiente
 Mi bebé se enfermó y no le podía dar pecho
 Mis pezones estaban adoloridos, agrietados o me sangraban
 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 esposo o pareja quería que yo dejara de dar pecho
 Quería o necesitaba que otra persona alimentara al bebé
 Otras → Por favor escríbalas:
