



*New York City*



# Pregnancy Risk Assessment Monitoring System

*Una encuesta para bebés más saludables  
en la Ciudad de Nueva York*

Para preguntas o comentarios,  
por favor llame al número gratuito 1-888-816-7929



## Información Importante Sobre PRAMS

Por favor, lea antes de empezar el cuestionario

- PRAMS es el Sistema de Evaluación del Riesgo en el Embarazo (*Pregnancy Risk Assessment Monitoring System*). PRAMS es un proyecto de investigación realizado por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades y el Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York.
- El objetivo del proyecto es descubrir por qué algunos bebés nacen sanos y otros no.
- Estamos pidiendo a 2,200 mujeres en la Ciudad de Nueva York que contesten las mismas preguntas. Todos sus nombres fueron seleccionados por computadora de una lista de actas de nacimiento recientes.
- Tomará unos 20 minutos contestar todas las preguntas. Algunas de las preguntas pueden ser delicadas, como las que tienen que ver con el cigarrillo o el uso de bebidas alcohólicas durante el embarazo.
- Usted es libre de responder o no a este cuestionario. Si decide no participar, o si no quiere contestar alguna pregunta específica, está bien. No hay sanciones ni pérdida de beneficios por no contestar algunas o todas las preguntas.
- Su cuestionario puede ser combinada con otra información que tiene el Departamento de Salud y Salud Mental de otras fuentes.
- Si decide contestar el cuestionario, sus respuestas se mantendrán en privado hasta donde lo permita la ley, y sólo se usarán para fines de investigación. Si usted está actualmente en la cárcel, su participación en este estudio no tendrá ningún efecto en su parole (libertad provisional).
- Nadie será identificado por nombre en los informes de PRAMS. El número del formulario nos permite saber que usted ha regresado su cuestionario.
- Sus respuestas se agruparán con las de otras mujeres. Lo que aprendamos de PRAMS será utilizado para planificar programas que se brindarán a las madres y los bebés de la Ciudad de Nueva York.
- Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante en este estudio, por favor llame a la Junta Institucional de Revisión (IRB, por sus siglas en inglés) de la Universidad de Rutgers al (732) 235-2866. Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto NYC, por favor llame a Hannah Searing, Directora del proyecto PRAMS al (347) 396-4497.

Si tiene alguna pregunta acerca de PRAMS, o si desea contestar el cuestionario por teléfono, por favor llame a Teresa Cruz, la Gerente de datos del proyecto PRAMS de la Ciudad de Nueva York al 1-888-816-7929 y marque "5". La llamada es gratis.





## ***¿Qué es PRAMS?***

El Sistema de Evaluación del Riesgo en el Embarazo (síglas PRAMS) es un proyecto de investigación del Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Nuestro objetivo es averiguar por qué algunos bebés nacen sanos y otros no. Con este fin, cuestionamos a las nuevas madres sobre sus embarazos. Cada año en la Ciudad de Nueva York hay cientos de bebés que nacen con graves problemas de salud. Muchos de estos bebés mueren. Necesitamos su ayuda para averiguar por qué sucede esto. No importa cómo haya sido su embarazo, sus respuestas nos ayudarán a mejorar las oportunidades de las futuras madres y bebés de la Ciudad de Nueva York.

## ***¿Serán confidenciales mis respuestas?***

Sí: todas las respuestas son completamente confidenciales y se agruparán para darnos información sobre todas las madres de nuevos bebés en la Ciudad de Nueva York. Ninguna respuesta será conectada directamente con usted.

## ***¿Cómo fui escogida para participar en PRAMS?***

Su nombre fue elegido al azar del registro estatal de certificados de nacimiento, como una lotería. Usted es parte de un pequeño grupo de mujeres escogidas para ayudarnos con este estudio.

## ***¿Es realmente importante que yo responda a estas preguntas?***

¡Sí! Debido al pequeño número de madres escogidas, es importante tener las respuestas de todas. Cada embarazo es distinto. Para lograr una mejor imagen global de la salud de las madres y los bebés en la Ciudad de Nueva York, necesitamos que cada madre seleccionada conteste las preguntas. Con la información que usted nos dé tal vez podamos mejorar la atención médica de las mujeres y los niños de la Ciudad de Nueva York. Necesitamos saber lo bueno así como lo malo de su embarazo. Su ayuda es muy importante para el éxito de nuestro programa.

## ***Algunas de las preguntas no parecen tener nada que ver con la atención médica: ¿por qué se preguntan?***

Hay muchas cosas en la vida que pueden afectar el embarazo. Estas preguntas se hacen para obtener una imagen completa de las cosas que sucedieron antes y durante el embarazo.

## ***¿Qué puedo hacer si tengo más preguntas acerca de PRAMS?***

Puede llamarnos al número 1-888-816-7929, marque "5", y con gusto contestaremos cualquier otra pregunta que pueda tener acerca de PRAMS. También puede llamar al mismo número si prefiere completar el cuestionario por teléfono. La llamada es gratis.

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

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

### 4. Antes de quedar embarazada, diría usted que, en general, su salud era—

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala

### 5. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo alguna de las siguientes condiciones de salud? 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..... ☐ ☐
- d. Asma..... ☐ ☐
- e. Anemia (falta de hierro) ..... ☐ ☐
- f. Problemas cardíacos ..... ☐ ☐
- g. Epilepsia (convulsiones) ..... ☐ ☐
- h. Problemas de la glándula tiroides..... ☐ ☐
- i. PCOS (síndrome del ovario poliquístico)..... ☐ ☐
- j. Ansiedad ..... ☐ ☐
- k. Alergias..... ☐ ☐

### 6. 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 quedar embarazada
- ☐ De 1 a 3 veces a la semana
- ☐ De 4 a 6 veces a la semana
- ☐ Todos los días de la semana

### 7. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo usted alguna consulta de atención médica con un doctor, enfermera u otro profesional de la salud, incluyendo un trabajador dental o de salud mental?

- ☐ No —→ **Pase a la Página 3, Pregunta 10**
- ☐ Sí

**Pase a la Página 2, Pregunta 8**

8. ¿Qué tipo de consulta de atención médica tuvo usted en los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé?

Marque TODAS las que correspondan

- ☐ Chequeo de rutina en el consultorio de mi médico de familia
- ☐ Chequeo de rutina en el consultorio de mi ginecólogo-obstetra
- ☐ Consulta para una enfermedad o condición crónica
- ☐ Consulta para una herida
- ☐ Consulta para planificación familiar o anticonceptivos
- ☐ Consulta para depresión o ansiedad
- ☐ Consulta para una limpieza dental con un dentista o higienista dental
- ☐ Otra \_\_\_\_\_ ➔ Por favor, escríbala:

9. En cualquiera de las consultas de atención médica durante los 12 meses antes de quedar embarazada, ¿hizo un doctor, enfermera u otro profesional de la salud algo de lo que aparece en la lista a continuación? Para cada una, marque **No**, si no lo hicieron, o **Sí**, si lo hicieron.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Me dijo que tomara una vitamina con ácido fólico.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Habló conmigo sobre mantener un peso saludable .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Habló conmigo sobre controlar cualquier condición médica como la diabetes o la presión alta.....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Habló conmigo sobre mis deseos de tener o no tener hijos.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Habló conmigo sobre usar métodos anticonceptivos para evitar un embarazo.....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Habló conmigo sobre cómo podría mejorar mi salud antes de un embarazo.....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Habló conmigo sobre las enfermedades de transmisión sexual tales como clamidia, gonorrea o sífilis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Me preguntó si fumaba cigarrillos .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Me preguntó si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente.....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Me preguntó si me sentía decaída o deprimida.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Me preguntó sobre el tipo de trabajo que hago.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Me hizo una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA) .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

**Marque TODAS las que correspondan**

- ☐ Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- ☐ Seguro médico privado de mis padres
- ☐ Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos de Nueva York (nystateofhealth.ny.gov) o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- ☐ Medicaid
- ☐ Family Health Plus
- ☐ Child Health Plus
- ☐ Family Planning Benefit Program
- ☐ TRICARE u otro seguro médico militar
- ☐ Otro tipo de seguro médico —————→ Por favor, escríbalo:

- ☐ No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

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

**Marque TODAS las que correspondan**

- ☐ No recibí cuidado prenatal —————→ **Pase a la Pregunta 12**
- ☐ Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- ☐ Seguro médico privado de mis padres
- ☐ Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos de Nueva York (nystateofhealth.ny.gov) o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- ☐ Medicaid
- ☐ Family Health Plus
- ☐ Child Health Plus
- ☐ TRICARE u otro seguro médico militar
- ☐ Otro tipo de seguro médico —————→ Por favor, escríbalo:

- ☐ No tenía ningún seguro médico para mi *cuidado prenatal*

12. ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted *ahora*?

**Marque TODAS las que correspondan**

- ☐ Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- ☐ Seguro médico privado de mis padres
- ☐ Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos de Nueva York (nystateofhealth.ny.gov) o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- ☐ Medicaid
- ☐ Family Health Plus
- ☐ Child Health Plus
- ☐ Family Planning Benefit Program
- ☐ TRICARE u otro seguro médico militar
- ☐ Otro tipo de seguro médico —————→ Por favor, escríbalo:

- ☐ No tengo ningún seguro médico *ahora*

**13. 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 qué quería

**Pase a la Pregunta 15**

**14. ¿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

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

- ☐ No
- ☐ Sí

**Pase a la Pregunta 18**

**16. 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 incluyen ligarse las trompas de Falopio, tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

- ☐ No
- ☐ Sí

**Pase a la Pregunta 20**

**Pase a la Pregunta 17**

**17. ¿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:

**Si no estaba tratando de quedar embarazada cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, pase a la Pregunta 20.**

**18. ¿Tomó medicamentos para la fertilidad o recibió algún procedimiento médico de un doctor, enfermera u otro profesional de salud para ayudarle a quedar embarazada de su *nuevo bebé*? Esto puede incluir tratamientos para la esterilidad como medicamentos para mejorar la fertilidad o tecnología de reproducción asistida.**

- ☐ No
- ☐ Sí

**Pase a la Pregunta 20**

**Pase a la Pregunta 19**

**19. ¿Utilizó alguno de los siguientes tratamientos para la fertilidad *durante el mes que quedó embarazada* de su nuevo bebé?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- ☐ Medicamentos para mejorar la fertilidad recetados por un doctor (los medicamentos para la fertilidad incluyen Clomid®, Serophene®, Pergonal® u otros medicamentos que estimulan la ovulación)
- ☐ Inseminación artificial o inseminación intrauterina (tratamientos en los que semen se colecta y coloca quirúrgicamente dentro del cuerpo de la mujer. NO incluye óvulos)
- ☐ Tecnología de reproducción asistida (tratamientos en los que TANTO los óvulos como el semen se manipulan en el laboratorio; por ejemplo, fertilización in Vitro [IVF], transferencia intrafalopiana de gametos [GIFT], transferencia intrafalopiana de cigotos [ZIFT], inyección de semen intracitoplásmica [ICSI], transferencia de embriones congelados o transferencia de embriones de donante)
- ☐ Otro tratamiento médico → Por favor, escríbalo:  
\_\_\_\_\_
- ☐ No estaba usando ningún tratamiento para la fertilidad *durante el mes* cuando quedé embarazada de mi nuevo bebé

**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.)

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

{ \_\_\_\_\_ Semanas O \_\_\_\_\_ Meses

- ☐ No recibí cuidado prenatal →

**Pase a la Página 6, Pregunta 23**

**21. ¿A dónde iba la mayor parte del tiempo para sus consultas de cuidado prenatal? No incluya las consultas relacionadas con WIC.**

**Marque UNA respuesta**

- ☐ Consultorio médico privado
- ☐ Clínica de un hospital
- ☐ Clínica del departamento de salud
- ☐ Una clínica de salud del vecindario o comunitaria
- ☐ Otro → Por favor, escríbalo:  
\_\_\_\_\_



**22. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le preguntó algo de lo que aparece en la lista a continuación?** Para cada una, marque **No**, si no le preguntaron, o **Sí**, si le preguntaron.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Si yo sabía cuánto peso debería aumentar durante mi embarazo.....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Si yo estaba tomando medicinas recetadas .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Si yo estaba fumando cigarrillos.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Si yo estaba tomando alcohol .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Si me sentía decaída o deprimida .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Si yo estaba usando drogas tales como marihuana, cocaína, crack o meth .....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Si yo quería hacerme la prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA).....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Si yo estaba planeando darle pecho a mi nuevo bebé .....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Si yo estaba planeando usar algún método anticonceptivo después de que naciera mi bebé ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Sobre mi riesgo de envenenamiento por plomo.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Sobre la exposición al humo de segunda mano .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**23. 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

**24. 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 26**  
☐ Sí, antes de mi embarazo  
☐ Sí, durante mi embarazo

**25. ¿Dónde recibió la vacuna contra la influenza?**

**Marque UNA respuesta**

- ☐ El consultorio de mi obstetra o ginecólogo  
☐ El consultorio de mi médico general o en otro consultorio médico  
☐ Una clínica del departamento de salud o de un centro comunitaria  
☐ Un hospital  
☐ Una farmacia, o supermercado con farmacia  
☐ Mi trabajo o escuela  
☐ Otro lugar → Por favor, escríbalo:

**Si recibió la vacuna contra la influenza, pase a la Pregunta 27.**

**26. ¿Cuáles fueron sus razones por las que no se puso la vacuna contra la influenza durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé?** Para cada una, marque **No**, si no fue una razón para usted, o **Sí**, si fue una razón.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi doctor no me mencionó nada sobre la vacuna contra la influenza.....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Estaba preocupada por los efectos secundarios que la vacuna contra la influenza me podría causar ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Estaba preocupada de que la vacuna contra la influenza podría afectar a mi bebé .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. No me preocupaba enfermarme de influenza .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. No creo que la vacuna contra la influenza funcione .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Normalmente no me pongo la vacuna contra la influenza.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Otra .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, escríbala:

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

- ☐ No  
☐ Sí

**28. Esta pregunta es sobre otro 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 ....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Un trabajador dental u otro tipo de personal médico conversó conmigo acerca de cómo cuidar de mis dientes y encías ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tenía seguro para pagar el cuidado dental durante mi embarazo .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. <u>Necesité</u> consultar a un dentista por un <b>problema</b> .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. <u>Fui</u> a un dentista o a una clínica dental debido a un <b>problema</b> .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**29. Durante su embarazo *más reciente*, ¿qué pensaba sobre darle pecho a su nuevo bebé?**

**Marque UNA respuesta**

- ☐ Sabía que quería dar pecho  
☐ Pensaba que posiblemente le daría pecho  
☐ Sabía que **no** le daría pecho  
☐ No sabía que iba a hacer al respecto

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

- ☐ No  
☐ Sí

**31. Durante su embarazo *más reciente*, ¿tuvo alguna de las siguientes condiciones de salud?** Para cada una, marque **No**, si no tuvo la condición, o **Sí**, si la tuvo.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes gestacional (diabetes que <b>comenzó</b> durante <u>este</u> embarazo) .....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Alta presión sanguínea (que <b>comenzó</b> durante <u>este</u> embarazo), preeclampsia o eclampsia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

- ☐ No  
☐ Sí

Pase a la Pregunta 36

33. 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

34. 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

35. ¿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 uso de otros productos de tabaco antes y durante el embarazo.

**E-cigarrillos (cigarrillos electrónicos) y otros productos electrónicos con nicotina** (tales como vape pens, e-hookahs, hookah pens, e-cigarros, e-pipas) son dispositivos que funcionan con batería, usan un líquido con nicotina en lugar de hojas de tabaco y producen vapor en lugar de humo.

**Hookah** es una pipa de agua que se usa para fumar tabaco. No es lo mismo que una e-hookah o hookah pen.

36. ¿Ha usado usted alguno de los siguientes productos en los últimos 2 años? Para cada uno, marque **No**, si no lo ha usado, o **Sí**, si lo ha usado.

No Sí

- a. E-cigarrillos (cigarrillos electrónicos) u otros productos electrónicos con nicotina..... ☐ ☐
- b. Hookah..... ☐ ☐
- c. Cigarros, puros, o pequeños cigarros con filtros..... ☐ ☐

**Si usted usó e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina en los últimos 2 años, pase a la Pregunta 37. Sino, pase a la Pregunta 39.**

37. En los 3 meses *antes* de quedar embarazada, en promedio, ¿qué tan frecuentemente usó e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina?

- ☐ Más de una vez al día  
☐ Una vez al día  
☐ 2-6 días a la semana  
☐ Un día a la semana o menos  
☐ No usé e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

**38. En los últimos 3 meses de su embarazo, en promedio, ¿qué tan frecuentemente usó e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina?**

- ☐ Más de una vez al día
- ☐ Una vez al día
- ☐ 2-6 días a la semana
- ☐ Un día a la semana o menos
- ☐ No usé e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

**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
- ☐ Sí

**Pase a la Pregunta 41**

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

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

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

**41. 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. Cortaron las horas o el salario de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja .....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. No vivía con mi esposo o pareja por causa del traslado militar o viajes largos del trabajo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Peleaba [discutía] con mi esposo o pareja más de lo normal .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Mi esposo o pareja me dijo que no quería que estuviera embarazada .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Tenía problemas para pagar la renta, la hipoteca u otras cuentas .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Mi esposo, pareja o yo estuvimos en la cárcel .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Alguien muy cercano a mí tuvo un problema con alcohol o drogas.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Murió alguien muy cercano a mí .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



42. 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

43. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna de las personas que aparecen en la lista a continuación la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma? Para cada persona, marque **No**, si no la lastimó en ese entonces, o **Sí**, si la lastimó.

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

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

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

DESPUÉS DEL EMBARAZO

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

45. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

/

/

20

MesDíaAño

46. 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 49**

47. ¿Su bebé está vivo?

- ☐ No → **Lamentamos mucho su pérdida**
- ☐ Sí → **Pase a la Página 13, Pregunta 64**

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

- ☐ No → **Pase a la Página 13, Pregunta 62**
- ☐ Sí

49. Antes o después del nacimiento de su nuevo bebé, ¿recibió usted información sobre la lactancia materna de alguna de las siguientes fuentes? Para cada uno, marque **No**, si no recibió información de esta fuente, o **Sí**, si la recibió.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi doctor .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Una enfermera, partera o doula .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Una especialista o asesora en lactancia materna.....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Doctor o proveedor de salud de mi bebé .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Un grupo de apoyo para la lactancia materna.....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Una línea de ayuda telefónica para lactancia o línea telefónica gratuita ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Familiares o amigas .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otra .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, escríbala:

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

☐ No → **Pase a la Página 12, Pregunta 56**

☐ Sí

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

☐ No

☐ Sí → **Pase a la Página 12, Pregunta 54**

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

☐ Menos de 1 semana

Semanas

**O**

Meses

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

**Marque TODAS las que correspondan**

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

**Si su bebé no nació en un hospital, pase a la Pregunta 55.**

**54. Esta pregunta se trata sobre las cosas que pudieron haber sucedido en el hospital donde nació su nuevo bebé.** Para cada una, marque **No**, si no sucedió eso, o **Sí**, si sucedió.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. El personal del hospital me dio información sobre dar pecho .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi bebé se quedó conmigo en mi habitación en el hospital .....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Le di pecho a mi bebé en el hospital .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. El personal del hospital me ayudó a aprender cómo dar pecho .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Le di pecho a mi bebé durante su primera hora de vida.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Mi bebé tuvo contacto piel con piel durante su primera hora de vida .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. En el hospital mi bebé se alimentó sólo con leche materna .....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. El personal del hospital me dijo que le diera pecho cuando el bebé quisiera .....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. En el hospital me dieron una extractora de leche o bomba de lactancia para extraerme la leche ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. En el hospital me dieron un paquete de regalo que contenía fórmula .....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. En el hospital me dieron un número telefónico para obtener ayuda relacionada con dar pecho .....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. El personal del hospital dio un chupón a mi bebé.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**55. ¿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 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

**56. ¿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 Pregunta 62.**

**57. 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

**58. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha dormido su nuevo bebé solito(a) en su propia cuna o cama?**

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

**Pase a la Pregunta 60**

**59. Cuando su nuevo bebé duerme solito(a), ¿está su cuna o cama en el mismo cuarto donde duerme usted?**

- ☐ No
- ☐ Sí

**60. La lista a continuación incluye algunas otras cosas sobre como duermen los bebés. ¿Cómo usualmente durmió su nuevo bebé en las últimas 2 semanas?** Para cada una, marque **No**, si su bebé *normalmente* no durmió así, o **Sí**, si normalmente durmió así.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. En una cuna, moisés o "pack and play" ....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En un colchón o cama individual o más grande .....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. En un sofá, silla o reclinadora.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. En un asiento infantil de auto o columpio para bebés .....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. En un saquito para dormir ( <i>sleeping sack</i> ) o saquito cobertor .....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Con una manta.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Con juguetes, almohadas o cojines incluyendo cojín en forma de U.....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Con protectores de cuna ( <i>bumper pads</i> ) transpirables o no transpirables ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**61. ¿Le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud algunas de las siguientes cosas?** Para cada uno, marque **No**, si no le dijeron, o **Sí**, si le dijeron.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Poner a dormir a mi bebé boca arriba.....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Poner a dormir a mi bebé en una cuna, moisés o "pack and play" ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Poner la cuna o cama de mi bebé en mi cuarto.....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Qué cosas deben o no deben estar en la cama con mi bebé.....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**62. Desde que nació su nuevo bebé, ¿la ha visitado en su hogar una trabajadora de salud para ayudarla a aprender a cuidarse o a cuidar a su nuevo bebé?** Una trabajadora de salud puede ser una enfermera, profesional de salud, promotora, trabajadora social u otra persona que trabaja con un programa que ayuda a las madres de bebés recién nacidos.

- ☐ No → **Pase a la Pregunta 64**  
☐ Sí

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

- ☐ Una enfermera o asistente de enfermería  
☐ Una maestra o educador de salud  
☐ Una doula u partera  
☐ Alguien de Nurse Family Partnership  
☐ Alguien del Programa de Visita a Hogares con Recién Nacidos del Departamento de Salud  
☐ Otra persona → Por favor, escribala:

☐ No sé

**64. ¿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 incluyen ligarse las trompas de Falopio, tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

- ☐ No  
☐ Sí → **Pase a la Página 14, Pregunta 66**

**Pase a la Página 14, Pregunta 65**



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

**Marque TODAS las que correspondan**

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

**Si usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para prevenir un embarazo *ahora*, pase a la Pregunta 67.**

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

**Marque TODAS las que correspondan**

- ☐ Ligadura o bloqueo de las trompas de Falopio (esterilización femenina o Essure®)
- ☐ Vasectomía (esterilización masculina)
- ☐ Píldoras anticonceptivas
- ☐ Condones
- ☐ Inyecciones (Depo-Provera®)
- ☐ Parche anticonceptivo (OrthoEvra®) o Anillo vaginal (NuvaRing®)
- ☐ IUD (dispositivo intrauterino incluyendo Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®)
- ☐ Un implante anticonceptivo que se pone en el brazo (Nexplanon® o Implanon®)
- ☐ Método de planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)
- ☐ El hombre se retira
- ☐ No tener relaciones sexuales (abstinencia)
- ☐ Otro  → Por favor, escríbalo:

**67. 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  → **Pase a la Pregunta 69**

☐ Sí

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

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Me dijo que tomara una vitamina con ácido fólico.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Habló conmigo sobre la nutrición saludable, el ejercicio y perder el peso que aumenté durante el embarazo.....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Habló conmigo sobre cuánto esperar antes de quedar embarazada otra vez.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Habló conmigo sobre métodos anticonceptivos que puedo usar después de dar a luz.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Me dio o recetó un método anticonceptivo como la píldora, el parche, una inyección (Depo-Provera®), el NuvaRing® o condones.....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Me puso un dispositivo intrauterino o IUD (Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®) o un implante anticonceptivo (Nexplanon® o Implanon®)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Me preguntó si yo fumaba cigarrillos.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Me preguntó si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Me preguntó si me sentía decaída o deprimida.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Me hizo una prueba para detectar la diabetes.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Me preguntó sobre cómo va la lactancia materna.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

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

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

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

- ☐ No
- ☐ Sí

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

- ☐ No → **Pase a la Pregunta 75**
- ☐ Sí

**73. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿ha recibido consejería para su depresión?**

- ☐ No
- ☐ Sí

**74. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿ha tomado un medicamento recetado para su depresión?**

- ☐ No
- ☐ Sí

**75. Desde que nació su nuevo bebé, ¿hubo un momento en que creía que necesitaba tratamiento o asesoramiento para la depresión, pero no lo consiguió?**

- ☐ No → **Pase a la Pregunta 77**
- ☐ Sí

**76. ¿Cuáles fueron sus razones para no recibir tratamiento o asesoramiento para la depresión?** Para cada una, marque **No**, si no fue una razón para usted, o **Sí**, si fue una razón.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Tuve problemas para encontrar un proveedor que me gustara.....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Parecía demasiado difícil o abrumadora.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Yo estaba preocupada por el costo o no podía permitirlo.....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. No tuve tiempo a causa de un trabajo, el cuidado de niños o de otro compromiso..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. No pude encontrar un proveedor que hablara mi idioma.....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### OTRAS EXPERIENCIAS

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

**Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Página 16, Pregunta 78.**

**77. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro trabajador de salud le recomendó que recibiera la inyección o vacuna Tdap?** La vacuna Tdap es una vacuna de refuerzo contra el tétano y también protege contra la tos ferina.

- ☐ No
- ☐ Sí

**78. Durante su embarazo *más reciente*, ¿recibió usted la vacuna Tdap?** La vacuna Tdap es una vacuna de refuerzo contra el tétano y también protege contra la tos ferina.

☐ No → **Pase a la Pregunta 80**

☐ Sí

☐ No sé → **Pase a la Pregunta 81**

**79. ¿Durante cuál trimestre recibió la vacuna de Tdap?**

**Marque UNA respuesta**

- ☐ Primero  
☐ Segundo  
☐ Tercero  
☐ No recuerdo

**Si recibió la vacuna Tdap, pase a la Pregunta 81.**

**80. ¿Cuáles fueron sus razones por las que no se puso la vacuna Tdap durante su embarazo *más reciente*?** Para cada una, marque **No**, si no fue una razón para usted, o **Sí**, si fue una razón.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi doctor no me mencionó nada sobre la vacuna de Tdap.....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Estaba preocupada por los efectos secundarios que la vacuna de Tdap me podría causar ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Estaba preocupada de que la vacuna de Tdap podría hacerle daño a mi bebé .....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Yo no estaba preocupada acerca de enfermarme con tos ferina.....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. No creo que la vacuna de Tdap funciona .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Normalmente no me pongo la vacuna de Tdap.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Mi seguro médico no cubría la vacuna de Tdap.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. No tengo seguro médico y no podía permitirme la vacuna de Tdap.....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. No puedo recibir la vacuna de Tdap por razones médicas .....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. No puedo recibir la vacuna de Tdap por razones religiosas.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Otra razón .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, escríbala:

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

☐ No → **Pase a la Pregunta 86**

☐ Sí

**Pase a la Pregunta 82**

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

**Marque UNA respuesta**

☐ No, y no estoy planeando regresar

**Pase a la Pregunta 86**

☐ No, pero voy a regresar

☐ Sí

**83. ¿Se tomó tiempo de licencia *después* del nacimiento de su nuevo bebé?**

**Marque TODAS las que correspondan**

☐ Me tomé licencia *pagada*

☐ Me tomé licencia *no pagada*

☐ Me tomé licencia y usé Seguro de Incapacidad Temporal (Temporary Disability Insurance)

☐ No me tomé licencia

**Pase a la Pregunta 85**

**84. ¿Cuántas semanas o meses de licencia, en total, se tomó o se va a tomar?**

\_\_\_\_\_ Semanas **O** \_\_\_\_\_ Meses

☐ Menos de una semana

**85. ¿Alguna de las circunstancias que se enumeran a continuación influyó en su decisión sobre tomar licencia *después* del nacimiento de su nuevo bebé?** Para cada una, marque **No**, si no se aplica a usted, o **Sí**, si se aplica.

**No      Sí**

a. Económicamente no me fue posible tomar una licencia..... ☐ ☐

b. Tenía miedo de perder mi trabajo si tomaba licencia o si tomaba más tiempo..... ☐ ☐

c. Tenía demasiado trabajo pendiente para poder tomarme licencia o para tomar más tiempo..... ☐ ☐

d. Mi trabajo no tiene licencia pagada..... ☐ ☐

e. Mi trabajo no ofrece horarios flexibles..... ☐ ☐

f. No había acumulado suficiente horas de licencia para tomar una licencia o para tomar más tiempo..... ☐ ☐

**Si su bebé no está vivo, no vive con usted, o todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 87.**

**86. Durante la semana pasada, ¿cuántos días usted u otros miembros de la familia le leyó, cantó o contó historias a su nuevo bebé?**

☐ Ningún día

☐ 1 o 2 días

☐ 3 o 4 días

☐ 5 o 6 días

☐ Cada día

**87. En los últimos 30 días, ¿se ha preocupado usted por no tener suficiente comida con que alimentar a usted o a su familia?**

☐ No

☐ Sí

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

**88. 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 \$16,000

☐ De \$16,001 a \$20,000

☐ De \$20,001 a \$24,000

☐ De \$24,001 a \$28,000

☐ De \$28,001 a \$32,000

☐ De \$32,001 a \$40,000

☐ De \$40,001 a \$48,000

☐ De \$48,001 a \$57,000

☐ De \$57,001 a \$60,000

☐ De \$60,001 a \$73,000

☐ De \$73,001 a \$85,000

☐ \$85,001 ó más



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

Número de Personas

90. ¿Cuál es la fecha de hoy?

Mes

/

Día

/

Año

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

Z1. Durante su embarazo *más reciente*, ¿cuánto le preocupaba la posibilidad de infectarse con el virus del Zika?

Marque UNA respuesta

- ☐ Me preocupaba mucho
- ☐ Me preocupaba un poco
- ☐ No me preocupaba para nada
- ☐ Nunca había oído hablar del virus del Zika durante mi embarazo más reciente

Pase a la  
Pregunta Z5

Z2. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿habló con un doctor, enfermera u otro profesional de salud acerca del virus del Zika?

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

Z3. Durante su embarazo *más reciente*, ¿se hizo una prueba de sangre para detectar el virus del Zika?

- ☐ No
- ☐ Sí

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

Z4. Durante su embarazo *más reciente*, ¿se enteró de que existía la recomendación de que las mujeres embarazadas evitaran viajar a áreas afectadas por el virus del Zika?

- ☐ No
- ☐ Sí

Z5. En algún momento durante su embarazo *más reciente*, ¿vivió o viajó fuera de los 50 estados de los Estados Unidos?

- ☐ No
- ☐ Sí

Pase a la Pregunta Z9

Pase a la Pregunta Z6

**Z6. ¿En qué momento vivió o viajó fuera de los 50 Estados Unidos durante su embarazo *más reciente* y por cuánto tiempo?** Podría serle útil ver el calendario. Si usted no se acuerda de la fecha exacta, por favor escriba solamente el mes y año. Si realizó más de 2 viajes, complete la información a continuación para los dos PRIMEROS viajes durante su embarazo más reciente.

### Viaje número 1

Lugar (país o territorio): \_\_\_\_\_

Primer día de viaje: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20  
 Mes                      Día                      Año

Estadía (en cantidad de días): \_\_\_\_\_

### Viaje número 2

Lugar (país o territorio): \_\_\_\_\_

Primer día de viaje: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20  
 Mes                      Día                      Año

Estadía (en cantidad de días): \_\_\_\_\_

**Z7. ¿En el lugar en el que vivió o al que viajó el clima era tropical?** Normalmente son lugares calientes y húmedos.

- ☐ No  
☐ Sí

**Pase a la Pregunta Z9**

**Pase a la Pregunta Z8**

**Z8. ¿Con qué frecuencia hacía cosas para tratar de evitar las picaduras de mosquitos mientras vivía o viajaba por los lugares especificados más arriba?** Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar las picaduras de mosquitos incluyen usar camisas de mangas largas y pantalones largos, usar repelente de mosquitos y permanecer en lugares con aire acondicionado o con screens en las puertas y ventanas.

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

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

**Z9. En algún momento 6 meses antes de su embarazo más reciente o durante su embarazo, ¿su esposo o cualquier pareja de sexo masculino vivió o viajó fuera de los 50 estados de Estados Unidos?**

- ☐ No  
☐ Sí

**Pase a la Página 20, Pregunta Z11**

**Z10. ¿En el lugar en el que vivió o al que viajó su esposo o cualquier pareja de sexo masculino el clima era tropical?** Normalmente son lugares calientes y húmedos.

- ☐ No  
☐ Sí  
☐ No sé

**Z11. Durante su *embarazo más reciente*, ¿con qué frecuencia usó condones cuando tuvo relaciones sexuales con su esposo o alguna pareja de sexo masculino?**

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

**Z12. ¿Cuáles fueron sus razones para no usar condones durante su embarazo *más reciente*?**

**Marque TODAS las opciones que correspondan**

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

---

**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 la Ciudad de Nueva York.**

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

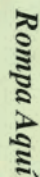
***Sus respuestas nos ayudarán en nuestros esfuerzos para mantener sanos a las mamás y los bebés la Ciudad de Nueva York.***



**Para más información sobre salud y servicios humanos  
en la Ciudad de Nueva York, llame al 311 o a los siguientes números.**

<b>Abuso de Alcohol</b>	(877) 298-3373
<b>Asalto</b> - Línea de asistencia para asalto sexual/ incesto (24 horas)	(212) 577-7777
<b>Asma</b> Línea de Acción para el Asma	(877) 278-4620
<b>Asma</b> (TDD)	(866) 889-8647
<b>Certificado de Nacimiento</b>	Llame al 311
<b>Certificado de Nacimiento</b> (TDD)	(212) 442-9038
<b>Enfermedades transmitidas sexualmente</b> - Línea de asistencia	(212) 427-5120
<b>Envenenamiento</b>	(212) 764-7667
<b>Fumar</b> - Línea de asistencia para dejar de fumar	(866) 697-8487
<b>Inmunización</b>	(212) 676-2273
<b>Jóvenes</b> - Línea de asistencia para jóvenes	(800) 246-4646
<b>La Leche League</b> - Información e apoyo en darle pecho a su bebe Puede Contactar a Ann (718) 853-5782 o Juliette (212) 289-1590	(212) 794-4687 <a href="http://www.lalecheleague.org">www.lalecheleague.org</a>
<b>Mujeres</b> - Línea de asistencia para la mujer	Llame al 311
<b>Plomo</b> - Línea de asistencia para intoxicación de plomo	(212) 226-5323
<b>Salud Mental</b> - Línea de asistencia	(877) 298-3373
<b>Seguro de Salud (Health Stat)</b> - seguro gratis o a bajo costo	(888) 692-6116
<b>PCAP</b> (Asistencia de cuidado prenatal para mujeres y jóvenes)	(800) 522-5006
<b>SIDA/ VIH</b> - Línea de asistencia para el SIDA/ VIH	(800) 825-5448
<b>SIDA</b> (TDD)	(212) 676-2387
<b>Victimas</b> - Línea de asistencia para víctimas de crimen	(212) 577-7777
<b>Violencia Doméstica</b> - Línea de asistencia (24 horas)	(800) 942-6908





D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	
ENERO							FEBRERO							MARZO							ABRIL							
				1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				1	2	3	4	
4	5	6	7	8	9	10	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	5	6	7	8	9	10	11	
11	12	13	14	15	16	17	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	12	13	14	15	16	17	18	
18	19	20	21	22	23	24	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	19	20	21	22	23	24	25	
25	26	27	28	29	30	31								29	30	31				26	27	28	29	30				
MAYO							JUNIO							JULIO							AGOSTO							
				1	2			1	2	3	4	5	6				1	2	3	4							1	
3	4	5	6	7	8	9	7	8	9	10	11	12	13	5	6	7	8	9	10	11	2	3	4	5	6	7	8	
10	11	12	13	14	15	16	14	15	16	17	18	19	20	12	13	14	15	16	17	18	9	10	11	12	13	14	15	
17	18	19	20	21	22	23	21	22	23	24	25	26	27	19	20	21	22	23	24	25	16	17	18	19	20	21	22	
24	25	26	27	28	29	30	28	29	30					19	20	21	22	23	24	25	23	24	25	26	27	28	29	
31							28	29	30					26	27	28	29	30	31		30	31						
SEPTIEMBRE							OCTUBRE							NOVIEMBRE							DICIEMBRE							
			1	2	3	4				1	2	3		1	2	3	4	5	6	7				1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12	4	5	6	7	8	9	10	8	9	10	11	12	13	14	6	7	8	9	10	11	12	
13	14	15	16	17	18	19	11	12	13	14	15	16	17	15	16	17	18	19	20	21	13	14	15	16	17	18	19	
20	21	22	23	24	25	26	18	19	20	21	22	23	24	22	23	24	25	26	27	28	20	21	22	23	24	25	26	
27	28	29	30				25	26	27	28	29	30	31	29	30						27	28	29	30	31			

D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
ENERO							FEBRERO							MARZO							ABRIL						
3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6		1	2	3	4	5	6						1	2	
10	11	12	13	14	15	16	7	8	9	10	11	12	13	6	7	8	9	10	11	12	3	4	5	6	7	8	9
17	18	19	20	21	22	23	14	15	16	17	18	19	20	13	14	15	16	17	18	19	10	11	12	13	14	15	16
24	25	26	27	28	29	30	21	22	23	24	25	26	27	20	21	22	23	24	25	26	17	18	19	20	21	22	23
31							28	29						27	28	29	30	31			24	25	26	27	28	29	30
MAYO							JUNIO							JULIO							AGOSTO						
1	2	3	4	5	6	7					1	2	3	4	5	6	7	8	9		1	2	3	4	5	6	
8	9	10	11	12	13	14	5	6	7	8	9	10	11	10	11	12	13	14	15	16	7	8	9	10	11	12	13
15	16	17	18	19	20	21	12	13	14	15	16	17	18	17	18	19	20	21	22	23	14	15	16	17	18	19	20
22	23	24	25	26	27	28	19	20	21	22	23	24	25	24	25	26	27	28	29	30	21	22	23	24	25	26	27
29	30	31					26	27	28	29	30			31							28	29	30	31			
SEPTIEMBRE							OCTUBRE							NOVIEMBRE							DICIEMBRE						
					1	2	2	3	4	5	6	7	8			1	2	3	4	5					1	2	3
4	5	6	7	8	9	10	9	10	11	12	13	14	15	6	7	8	9	10	11	12	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	16	17	18	19	20	21	22	13	14	15	16	17	18	19	11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24	23	24	25	26	27	28	29	20	21	22	23	24	25	26	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30		30	31						27	28	29	30				25	26	27	28	29	30	31

S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S		
ENERO							FEBRERO							MARZO							ABRIL								
1	2	3	4	5	6	7					1	2	3	4							1	2	3	4	5	6	7	8	
8	9	10	11	12	13	14		5	6	7	8	9	10	11	5	6	7	8	9	10	11	9	10	11	12	13	14	15	
15	16	17	18	19	20	21		12	13	14	15	16	17	18	12	13	14	15	16	17	18	16	17	18	19	20	21	22	
22	23	24	25	26	27	28		19	20	21	22	23	24	25	19	20	21	22	23	24	25	23	24	25	26	27	28	29	
29	30	31						26	27	28					26	27	28	29	30	31		30							
MAYO							JUNIO							JULIO							AGOSTO								
1	2	3	4	5	6							1	2	3						1	2	3	4	5	6	7	8		
7	8	9	10	11	12	13		4	5	6	7	8	9	10	9	10	11	12	13	14	15	6	7	8	9	10	11	12	
14	15	16	17	18	19	20		11	12	13	14	15	16	17	16	17	18	19	20	21	22	13	14	15	16	17	18	19	
21	22	23	24	25	26	27		18	19	20	21	22	23	24	23	24	25	26	27	28	29	20	21	22	23	24	25	26	
28	29	30	31					25	26	27	28	29	30		30	31						27	28	29	30	31			
SEPTIEMBRE							OCTUBRE							NOVIEMBRE							DICIEMBRE								
					1	2		1	2	3	4	5	6	7						1	2	3	4					1	2
3	4	5	6	7	8	9		8	9	10	11	12	13	14	5	6	7	8	9	10	11	3	4	5	6	7	8	9	
10	11	12	13	14	15	16		15	16	17	18	19	20	21	12	13	14	15	16	17	18	10	11	12	13	14	15	16	
17	18	19	20	21	22	23		22	23	24	25	26	27	28	19	20	21	22	23	24	25	17	18	19	20	21	22	23	
24	25	26	27	28	29	30		29	30	31					26	27	28	29	30			24	25	26	27	28	29	30	
																						31							

**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 la Ciudad de Nueva York.**

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

***Sus respuestas nos ayudarán en nuestros esfuerzos para mantener sanos a las mamás y los bebés la Ciudad de Nueva York.***



*New York City*



**RUTGERS**

Edward J. Bloustein School  
of Planning and Public Policy

Un proyecto de investigación patrocinado por el  
Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York  
y realizado por el Bloustein Center for Survey Research  
Edward J. Bloustein School of Planning and Public Policy  
Rutgers, The State University of New Jersey