

NEW YORK CITY

1

Primero quisiéramos hacerle unas cuantas preguntas sobre usted 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 usted seguro médico?* No cuente el Medicaid.

- No
 Sí

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

- No
 Sí

3. *Durante el mes antes de que usted quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿cuántas veces a la semana tomó una multivitamina o vitamina prenatal?* Estas son pastillas que contienen varias vitaminas y minerales.

- Yo no tomaba ninguna multivitamina o vitamina prenatal
 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 usted?*

19
 Mes Día Año

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

Libras **O** Kilos

6. *¿Cuánto mide usted sin zapatos?*

Pies **Y** Pulgadas

O Centímetros

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

- No → **Pase a la Página 2, Pregunta 10**
 Sí

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

- No
 Sí

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

- No
 Sí

2

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

10. Piense en el período *justo antes* de que quedara embarazada de su *nuevo* bebé, ¿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 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 [el ritmo] o el hombre se retira, usar métodos anticonceptivos como la píldora anticonceptiva, condones, anillo cervical, un dispositivo intrauterino, se ligan las trompas de Falopio, o su pareja se hace la vasectomía.)

- No
- Sí →

Pase a la Pregunta 15

NEW YORK CITY

13. ¿Cuáles eran las razones por las que usted o su esposo o pareja no estaba 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 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 no estaba tratando de quedar embarazada cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, pase a la Pregunta 15.

14. ¿Recibió tratamiento de un doctor, enfermera, u otro trabajador de atención médica 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

NEW YORK CITY

Las siguientes preguntas son acerca de la atención prenatal que recibió durante su embarazo más reciente. La atención prenatal incluye las consultas con un 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 el calendario.)

15. ¿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

16. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted 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

17. ¿Recibió usted atención prenatal tan pronto como lo hubiera querido durante su embarazo?

- No
- Sí
- Yo no quería recibir atención prenatal

Pase a la Página 4, Pregunta 19

18. A continuación se presenta una lista de problemas que pueden tener algunas mujeres para obtener atención prenatal.

Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si esto fue un problema para usted durante su embarazo más reciente o **No**, si no fue un problema o si no le corresponde.

- | | No | Sí |
|---|----|----|
| a. No podía conseguir una cita cuando quería. | No | Sí |
| b. No tenía suficiente dinero ni seguro médico para pagar por las consultas. | No | Sí |
| c. No tenía cómo ir a la clínica ni al consultorio médico. | No | Sí |
| d. No podía tomar tiempo libre de mi trabajo. | No | Sí |
| e. El doctor o mi plan de salud no quiso empezar a atenderme antes, como yo quería. | No | Sí |
| f. No tenía mi tarjeta de Medicaid. | No | Sí |
| g. No tenía quién cuidara a mis hijos. | No | Sí |
| h. Estaba demasiado ocupada en otras cosas | No | Sí |
| i. No quería que nadie supiera que estaba embarazada | No | Sí |
| j. Otro | No | Sí |
- Por favor escríbalo:

Si usted no recibió atención prenatal, pase a la Pregunta 23.

19. ¿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
- Consultorio médico privado o clínica de una HMO
- Una clínica de la vecindad o una clínica de la comunidad (como MIC, CHN, etc.)
- Otro —————> Por favor escríbalo:

20. ¿Cómo pagó por su atención prenatal?

Marque todas las que correspondan

- Medicaid
- Dinero en efectivo, cheque, o tarjeta de crédito (ingreso personal)
- Seguro médico o HMO (incluyendo seguro médico del trabajo de usted o su esposo)
- PCAP (Programa de Asistencia para Atención Prenatal)
- Todavía debo
- Otra forma —————> Por favor escríbala:

21. 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 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. La forma en que el fumar durante el embarazo podría afectar a mi bebé . . . | No | Sí |
| b. Darle pecho a mi bebé | No | Sí |
| c. La forma en que 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. Los métodos anticonceptivos que se pueden usar después de mi embarazo. | No | Sí |
| f. Las medicinas que se pueden tomar con seguridad durante mi embarazo. . . | No | Sí |
| g. La forma en que el consumo de drogas ilegales podría afectar a mi bebé | No | Sí |
| h. Hacerse exámenes para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que haya en mi familia | No | Sí |
| i. Que hacer si comenzaran mis dolores de parto antes de tiempo . . . | No | Sí |
| j. Hacerse una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA). . . | No | Sí |
| k. El maltrato físico que algunos esposos o parejas dan a sus mujeres . . . | No | Sí |

NEW YORK CITY

22. Nos gustaría saber qué opina sobre la atención prenatal que recibió durante su embarazo más reciente. Si fue a más de un lugar para recibir atención prenatal, responda lo que corresponda al lugar en el que recibió la mayoría de su atención.
Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si estuvo satisfecha o **No**, si no lo estuvo.

¿Estuvo satisfecha con—

- | | No | Sí |
|---|----|----|
| a. El tiempo que tenía que esperar al llegar al lugar para las consultas? . . . | No | Sí |
| b. El tiempo que el doctor o la enfermera pasaba con usted durante las consultas? | No | Sí |
| c. El consejo que recibió sobre como cuidarse usted misma? | No | Sí |
| d. Lo comprensivo y respetuoso que el personal se mostró con usted? . . . | No | Sí |

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

- No
- Sí —————> **Pase a la Pregunta 27**
- No sé

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

- No —————> **Pase a la Pregunta 27**
- Sí

25. ¿Rechazó la prueba para detectar el VIH?

- No —————> **Pase a la Pregunta 27**
- Sí

26. ¿Por qué rechazó la prueba para detectar el VIH?

Marque todas las que correspondan

- No pensaba que estaba en riesgo de contraer VIH
- No quería que la gente pensara que estaba en riesgo de contraer VIH
- Tenía miedo de saber el resultado
- Me hice la prueba antes de este embarazo y no creí que fuera necesario hacerla otra vez
- Otra razón —> Por favor escríbala:

Las siguientes preguntas son acerca de su embarazo más reciente y sobre lo que pudiera haber sucedido durante ese embarazo.

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

- No
- Sí

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

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

Si no tuvo ninguno de estos problemas, pase a la Pregunta 30.

29. ¿Hizo alguna de las siguientes cosas debido a estos problemas? Para cada una, marque con un círculo **Sí**, si lo hizo o **No**, si no lo hizo.

- | | No | Sí |
|---|----|----|
| a. Fui al hospital o sala de emergencia y me quedé menos de 1 día | No | Sí |
| b. Fui al hospital y me quedé de 1 a 7 días | No | Sí |
| c. Fui al hospital y me quedé más de 7 días | No | Sí |
| d. Me quedé en cama en mi casa más de 2 días porque me lo aconsejó mi doctor o enfermera. | No | Sí |

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

30. ¿Ha fumado por lo menos 100 cigarrillos en los últimos 2 años? (Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.)

- No → Pase a la Pregunta 34
 Sí

31. 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
- Ninguno (0 cigarrillos)

NEW YORK CITY

7

32. 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
- Ninguno (0 cigarrillos)

33. ¿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
- Ninguno (0 cigarrillos)

34. ¿Ha tomado alguna bebida alcohólica en los últimos 2 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 [licor], o una bebida preparada.)

- No → **Pase a la Página 8, Pregunta 37**
- Sí

35a. Durante 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

35b. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántas veces tomó 5 ó más bebidas alcohólicas en una sola sentada?

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

36a. Durante 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

36b. Durante los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántas veces tomó 5 ó más bebidas alcohólicas en una sola sentada?

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

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

37. Esta pregunta trata sobre cosas que pudieron haber sucedido durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo 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 un hogar donde vivir | No | Sí |
| e. Mi esposo o pareja perdió el 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 grave con alcohol o drogas | No | Sí |
| m. Murió alguien muy cercano a mí . . . | No | Sí |

38. 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 siguientes preguntas son acerca del tiempo durante los 12 meses antes de que quedara embarazada de su nuevo bebé.

39a. Durante los 12 meses antes de quedar embarazada, ¿un ex esposo o ex pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla, o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?

- No
- Sí

39b. Durante los 12 meses antes de quedar embarazada, ¿su esposo o pareja la lastimó físicamente de alguna forma?

- No
- Sí

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo durante su embarazo más reciente.

40a. Durante su embarazo más reciente, ¿un ex esposo o ex pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla, o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?

- No
- Sí

40b. Durante su embarazo más reciente, ¿su esposo o pareja la lastimó físicamente de alguna forma?

- No
- Sí

NEW YORK CITY

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

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mes	Día	Año

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mes	Día	Año

No tuve a mi bebé en un hospital

43. ¿En qué fecha nació su bebé?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mes	Día	Año

44. ¿En qué fecha le dieron de alta del hospital después del nacimiento de su bebé? (Podría serle útil ver el calendario.)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mes	Día	Año

No tuve a mi bebé en un hospital

45. ¿Cómo pagó por el parto?

Marque **todas** las que correspondan

- Medicaid
- Dinero en efectivo, cheque, o tarjeta de crédito (ingreso personal)
- Seguro médico o HMO (incluyendo seguro médico del trabajo de usted o su esposo)
- PCAP (Programa de Asistencia para Atención Prenatal)
- Todavía debo
- Otra forma → Por favor escríbala:

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

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

- No
- Sí
- No sé

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

- Menos de 24 horas (menos de 1 día)
- 24 a 48 horas (1 a 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 →

Pase a la Página 10, Pregunta 50

10

48. ¿Su bebé está vivo?

- No → **Pase a la Página 12, Pregunta 61**
 Sí

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

- No → **Pase a la Página 12, Pregunta 61**
 Sí

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

- No → **Pase a la Pregunta 55**
 Sí

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 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

NEW YORK CITY

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 pudo tomar 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
 Quería o necesitaba que otra persona alimentara al bebé
 Mi bebé tenía bilirrubina/ictericia (color amarillo en la piel o en la parte blanca de los ojos)
 Otra → Por favor escríbala:

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, o cualquier otra cosa que le haya dado de comer a su bebé.

_____ Semanas O _____ Meses

- Mi bebé tenía menos de 1 semana de nacido
 Todavía no le he dado de comer nada que no sea leche materna

Si su bebé no nació en el hospital, pase a la Pregunta 56.

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

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| | No | Sí |
| a. El personal del hospital me dio información sobre cómo dar pecho . . . | No | Sí |
| b. Mi bebé se quedó en mi habitación conmigo en el hospital | No | Sí |
| c. Le di pecho a mi bebé en el hospital. | No | Sí |
| d. Le di pecho a mi bebé durante su primera hora de vida | No | Sí |
| e. El personal del hospital me ayudó a aprender cómo dar pecho | No | Sí |
| f. En el hospital mi bebé se alimentó sólo con leche materna. | No | Sí |
| g. El personal del hospital me dijo que le diera pecho al bebé cuando el bebé quisiera | No | Sí |
| h. En el hospital me dieron un paquete de regalo que contenía fórmula | No | Sí |
| i. En el hospital me dieron un número telefónico para obtener ayuda relacionada con dar pecho | No | Sí |
| j. Mi bebé usó un chupón en el hospital | No | Sí |

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Página 12, Pregunta 61.

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

Horas

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

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

Marque una respuesta

- De lado
- Boca arriba
- Boca abajo

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

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

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

- No
- Sí

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

- No
- Sí

12

NEW YORK CITY

61. ¿Está usted 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 no tener relaciones sexuales en ciertos días [el ritmo] o el hombre se retira, usar métodos anticonceptivos como la píldora anticonceptiva, condones, anillo cervical, un dispositivo intrauterino, se ligan las trompas de Falopio, o su pareja se hace la vasectomía.)

- No
 Sí

→ **Pase a la Pregunta 63**

62. ¿Cuáles son las razones por las que usted o su esposo o pareja no está haciendo nada para evitar el embarazo *ahora*?

Marque todas las que correspondan

- 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:

Si usted o su esposo o pareja no está haciendo nada para evitar el embarazo *ahora*, pase a la Pregunta 64.

63. ¿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 femenina)
 Vasectomía (esterilización masculina)
 La píldora anticonceptiva
 Condones
 Inyección una vez al mes (Lunelle®)
 Inyección una vez cada 3 meses (Depo-Provera®)
 Parche anticonceptivo (OrthoEvra®)
 Diafragma, capuchón, o esponja cervical
 Anillo cervical (NuvaRing® u otros)
 Dispositivo intrauterino (incluyendo Mirena®)
 Método del ritmo o planificación familiar natural
 Coitus interruptus; el hombre se retira
 No tener relaciones sexuales (abstinencia)
 Otro → Por favor escríbalo:

64. Después de que nació su nuevo bebé, ¿le habló un doctor, una enfermera, u otro trabajador de atención médica sobre el uso de anticonceptivos?

- No
 Sí

65. 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 después de dar a luz.)

- No
 Sí

NEW YORK CITY

13

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

66. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuáles fueron las fuentes de dinero de su hogar?

Marque todas las que correspondan

- Un cheque de sueldo o dinero de un trabajo de usted o su esposo o pareja
- Dinero de familiares o amigos
- Dinero de un negocio, honorarios, dividendos, o dinero por propiedades que tiene alquiladas
- Asistencia, por ejemplo de TANF (siglas en inglés de Asistencia Transitoria para Familias Necesitadas), asistencia social, WIC (el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés, y Niños), 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, discapacidad, beneficios de veteranos, o pensiones
- Otra → Por favor escríbala:

67. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuál era el ingreso total 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.)

Marque una respuesta

- Menos de \$10,000
- 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
- De \$50,000 a \$74,999
- \$75,000 ó más

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

Personas

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

69. Antes de que quedara embarazada de su nuevo bebé, ¿había oído o leído alguna vez del control de la natalidad de emergencia (la “píldora del día después”)? Esta combinación de píldoras se usa para prevenir el embarazo hasta tres días después de haber tenido relaciones sexuales sin protección.

- No
- Sí

70. En cualquier momento durante su embarazo más reciente, ¿un doctor, enfermera, u otro trabajador de atención médica le diagnosticó depresión?

- No
- Sí

71. En cualquier momento durante su embarazo más reciente o después del parto, ¿un doctor, una enfermera, u otro trabajador de atención médica le habló sobre “la melancolía posparto” (conocida en inglés como “baby blues”) o la depresión posparto?

- No
- Sí

72. Durante su embarazo más reciente, ¿quién le hubiera ayudado durante su embarazo si hubiera tenido algún problema? (Por ejemplo, ¿quién le hubiera ayudado si usted hubiera tenido que pedir prestados \$50 o si se hubiera enfermado y hubiera tenido que quedarse en cama por varias semanas?)

Marque todas las que correspondan

- Mi esposo o pareja
- Mi madre, padre, o suegros
- Otro miembro de la familia o pariente
- Un amigo(a)
- Otra persona → Por favor escríbala:
- Nadie me hubiera ayudado

73. Durante su embarazo más reciente, ¿hubiera recibido los siguientes tipos de ayuda si los hubiera necesitado? Para cada tipo de ayuda, marque con un círculo Sí, si la hubiera recibido o No, si no.

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

Si su nuevo bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la Pregunta 77.

74. ¿Un doctor, enfermera, u otro trabajador de atención médica le habló sobre cómo acostar a su nuevo bebé para dormir?

- No
- Sí

75. En *el mes pasado*, ¿por lo general, en dónde durmió su nuevo bebé?

Marque una respuesta

- En una cuna o canastilla
- En una cama o colchón de adultos
- En un sofá o sillón
- En un asiento de auto o asiento para bebé
- ¿Algún otro lugar? → Por favor díganos:

NEW YORK CITY

76. ¿Por lo general, su nuevo bebé duerme con almohadas o muñecos de peluche?

- No
- Sí

77. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera, u otro trabajador de atención médica le diagnosticó depresión?

- No
- Sí

78. ¿Quién vive en la misma casa que usted ahora?

Marque **todas** las que correspondan

- Mi esposo o pareja
- Niños de 5 años de edad y menores → ¿Cuántos?
- Niños de 6 años de edad y mayores → ¿Cuántos?
- Mi madre
- Mi padre
- Los padres de mi esposo o pareja
- Un amigo(a) o compañero(a) de cuarto
- Otro miembro de la familia o pariente
- Otra → Por favor escriba quién:

- Vivo sola

79. ¿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, cuarto de estar, cuarto de familia
- Sótano habitable
- Dormitorios → ¿Cuántos?

80. ¿Cuál es su estado civil?

- Casada
- Vive con su pareja permanente o en un matrimonio bajo el derecho consuetudinario (common-law-marriage)
- Divorciada
- Separada
- Soltera, nunca se ha casado
- Otro → Por favor escríbalo

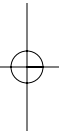
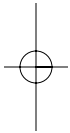
81. ¿Cuál es la fecha de hoy?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mes	Día	Año



16

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



***¡Muchas gracias por responder a estas preguntas!
Sus respuestas nos ayudan en nuestros esfuerzos para mantener sanos a
las mamás y los bebés de New York City.***

24 March 2004

