

Calendario de Esperanza Los Angeles

2018

ENERO							FEBRERO							MARZO							ABRIL						
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
	1	2	3	4	5	6					1	2	3				1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7
7	8	9	10	11	12	13	4	5	6	7	8	9	10	5	6	7	8	9	10	11	8	9	10	11	12	13	14
14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17	12	13	14	15	16	17	18	15	16	17	18	19	20	21
21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24	19	20	21	22	23	24	25	22	23	24	25	26	27	28
28	29	30	31				25	26	27	28				26	27	28	29	30	31		29	30					

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

SEPTIEMBRE							OCTUBRE						NOVIEMBRE						DICIEMBRE								
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
						1		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	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17	9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22	21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24	16	17	18	19	20	21	22
^{23/30} 24	25	26	27	28	29		28	29	30	31				25	26	27	28	29	30	^{23/30} 24	^{24/31} 25	26	27	28	29		

2019

ENERO					FEBRERO					MARZO					ABRIL												
D	L	M	M	J	D	L	M	M	J	D	L	M	M	J	D	L	M	M	J								
		1	2	3	4	5					1	2					1	2		1	2	3	4	5	6		
6	7	8	9	10	11	12	3	4	5	6	7	8	9	3	4	5	6	7	8	9	7	8	9	10	11	12	13
13	14	15	16	17	18	19	10	11	12	13	14	15	16	10	11	12	13	14	15	16	14	15	16	17	18	19	20
20	21	22	23	24	25	26	17	18	19	20	21	22	23	17	18	19	20	21	22	23	21	22	23	24	25	26	27
27	28	29	30	31			24	25	26	27	28		^{24/31}	24	25	26	27	28	29	30	28	29	30				

MAYO				JUNIO					JULIO						AGOSTO												
D	L	M	M	D	L	M	M	J	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S					
			1	2	3	4						1		1	2	3	4	5	6					1	2	3	
5	6	7	8	9	10	11	2	3	4	5	6	7	8	7	8	9	10	11	12	13	4	5	6	7	8	9	10
12	13	14	15	16	17	18	9	10	11	12	13	14	15	14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17
19	20	21	22	23	24	25	16	17	18	19	20	21	22	21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24
26	27	28	29	30	31		^{23/30} 24	25	26	27	28	29	28	29	30	31				25	26	27	28	29	30	31	

SEPTIEMBRE							OCTUBRE					NOVIEMBRE					DICIEMBRE										
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
1	2	3	4	5	6	7			1	2	3	4	5						1	2	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	6	7	8	9	10	11	12	3	4	5	6	7	8	9	8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21	13	14	15	16	17	18	19	10	11	12	13	14	15	16	15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28	20	21	22	23	24	25	26	17	18	19	20	21	22	23	22	23	24	25	26	27	28
29	30						27	28	29	30	31			24	25	26	27	28	29	30	29	30	31				

STAFF USE ONLY:

ID: _____
 Date Received: ____/____/____
 Date Entered: ____/____/____
 Missing questions: _____
 Need to telephone: ____ Yes ____ No
 Comments: _____

Revised 8/22/19 Waves 47-49 (2019-2020)

LA HOPE

2019 ESPERANZA LOS ANGELES



Si prefiere completar la encuesta por teléfono o si desea más información, por favor llámenos al (213) 639-6463.

Los Angeles County Department of Public Health
 Division of Maternal Child & Adolescent Health



Información Importante Sobre Encuesta Esperanza L. A.

Por Favor Lea Antes de Comenzar la Encuesta

- La encuesta Esperanza L. A. es un proyecto de investigación patrocinado por el Programa de Salud de Madres, Niños y Adolescentes (MCAH) del Departamento de Salud del condado de Los Ángeles.
- Estamos preguntando a ciertas mujeres que han sufrido una pérdida fetal o infantil que contesten a las mismas preguntas. Todos sus nombres fueron seleccionados al azar por computadora.
- Si usted desea no completar la encuesta, o si usted desea no contestar una de las preguntas, está bien. No afectara sus servicios de salud, estado migratorio o beneficios que recibe.

Si usted elige hacer la encuesta y encuentra una pregunta que usted desea no contestar, puede brincarla y continuar con las demás.

- Si usted elige hacer la encuesta, sus respuestas se mantendrán en privado hasta donde lo permita la ley, y sólo se usarán para fines de investigación.
- Nadie será identificado por nombre en los reportes de Esperanza L. A. El número del formulario nos permitirá saber si usted ha regresado su encuesta.
- Sus respuestas se agruparán con las de otras mujeres. Lo que aprendamos de Esperanza L. A. será utilizado para planificar programas que ayudaran a las madres y bebés de Los Ángeles.
- Si no desea participar, y ser contactado en el futuro, por favor llame al (213) 639-6463.

Para más información o si prefiere completar la encuesta por el teléfono, por favor llame al (213) 639-6463.

Preguntas Más Comunes Sobre La Encuesta Esperanza L. A.

¿Qué es la Encuesta Esperanza L. A.?

El proyecto Esperanza L. A. (L. A. HOPE) es patrocinado por el Departamento de Salud del condado de Los Ángeles. Nuestra encuesta hace preguntas a madres acerca de las cosas que sucedieron alrededor de la época de su embarazo. Sus respuestas nos ayudarán a aprender más sobre maneras de mejorar la salud de futuras madres y bebés.

¿Cómo me eligieron para participar en la encuesta Esperanza L. A.?

Estamos invitando a las mujeres que experimentaron una pérdida infantil o fetal para participar en nuestro estudio.

¿Por qué debería participar en esta encuesta?

El proyecto Esperanza L. A. nos ayudará a mejorar los servicios para mujeres, infantes, y familias. Para ayudarnos mejor a entender y a satisfacer las necesidades de la salud de las madres y bebés del condado de Los Ángeles necesitamos que cada madre seleccionada complete la encuesta.

¿Están intentando con estas preguntas determinar por qué mi bebé murió?

No- Las preguntas que hacemos se tratan de comportamientos normales, no hay respuestas correctas o incorrectas. Estamos intentando de entender más sobre todas las cosas en la vida de una madre que puede afectar su embarazo o la salud del bebé. Estas preguntas intentan conseguir la mejor idea de las cosas que sucedieron antes, durante, y después de la muerte de su bebé. Algunas preguntas no parecen estar relacionada con su salud. Otras preguntas pueden ser personales. Usted y las experiencias es único y importante.

¿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 el condado de Los Ángeles. Reportes de esta encuesta no identificara a ninguna mujer por nombre. Cada encuesta contiene un número que nos informara si ya nos mandó la encuesta.

¿A quién puedo llamar para conseguir Recursos de despejo y pesar?

Si podemos ayudarle, llámenos por favor al (213) 639-6463.

¿Recibiré los resultados de la encuesta?

Si usted desea obtener los resultados de la encuesta, por favor de ir a nuestra página, <http://publichealth.lacounty.gov/mch/LAHOPE/LAHOPE.html> .

¿Qué puedo hacer si tengo más preguntas acerca de Esperanza L. A.?

Sería un placer contestar cualquier pregunta que usted pudiera tener sobre Esperanza L. A. Llámenos por favor (213) 639-6463. También puede llamar al mismo número si prefiere completar la encuesta por teléfono.

En el espacio debajo, por favor escriba su nombre, domicilio, y número de teléfono y el nombre domicilio, y número de teléfono de otra persona o familiar que la conozca a usted (En caso de que usted se mude). Pedimos esto en caso de que necesitemos establecer contacto con usted para clarificar respuestas en su encuesta.

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: () _____

¿Cuál sería el mejor tiempo para llamarle? _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Necesita ser contactada para el seguimiento o la ayuda para el pesar? _____

← Marque aquí si desea que alguien le llame para hacer la encuesta por teléfono.

~~~~~  
Otro amigo/familiar: \_\_\_\_\_

Otro Domicilio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otro Teléfono: (     ) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

✂  
\_\_\_\_\_  
**\*\*Attention Survey Staff: Tear out this page before entering data\*\***  
\_\_\_\_\_

Quisiéramos preguntarle acerca de usted y el tiempo antes de su embarazo. Para estas preguntas, "su embarazo" significa su embarazo con su bebé que murió recientemente. Sabemos que algunas preguntas pueden ser difíciles de contestar y algunas pueden ser un recordatorio doloroso. Dénos por favor cualquier información que usted pueda. Estamos haciendo estas preguntas para poder intentar ayudar a otras mujeres con sus embarazos. Conteste por favor a estas preguntas sobre las cosas que pudieron haber sucedido **antes** de que usted se embarazara.

1. La fecha de hoy  
 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Mes      día      año
2. Fecha de nacimiento  
 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 month      day      year
3. **Antes** de su último embarazo, tenía usted algún tipo de seguro de médico  
 Si 1 → **PASE A LA PREGUNTA #4**  
 No 0 → **PASE A LA PREGUNTA #5**
4. ¿Qué tipo de seguro médico tenía usted **antes** de su último embarazo?  
 Medi-Cal ..... 1  
 Asegurancia Privada ..... 2  
 Otra..... 3  
**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_
5. Durante los seis meses **antes** de que se embarazara con su último bebé, ¿hablo con un doctor, enfermera, o otro trabajador de cuidado médico para prepararla a tener un embarazo y un bebé saludable?  
 Si 1 → **PASE A LA PREGUNTA #6**  
 No 0 → **PASE A LA PREGUNTA #7**

6. ¿Adónde fue a hablar con un doctor, enfermera, o otro trabajador del cuidado médico para prepararse para el embarazo?  
**Marque todas las que aplican.**

- Oficina de médico privado..... 1  
 Plan de Asistencia Médica (HMO) Por ejemplo, Kaiser ..... 2  
 Clínica de la comunidad/ clínicas gratuitas ..... 3  
 Clínica para planificación familiar..... 4  
 Otros sitios ..... 5

**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_

→ **PASE A LA PREGUNTA #8**

7. Díganos porque no vio a un trabajador de cuidado médico para prepararla para este bebé. **Marque todas las que aplican.**

- No pensaba que hablar con un doctor o enfermera me ayudaría tener un embarazo saludable..... 1  
 Tenía un problema médico crónico.... 2  
 Tuve unos problemas con mi último embarazo ..... 3  
 No esperaba embarazarme ..... 4  
 Ya sabía cómo prepararme para un embarazo ..... 5  
 No tenía suficiente dinero o aseguranza para pagar por mi consulta médica..... 6  
 Regularmente no tenía un doctor o enfermera con quien hablar ..... 7  
 No tenía ninguna manera de ir a la clínica o la oficina del doctor ..... 8  
 No podía tomar tiempo del trabajo..... 9  
 No tenía nadie quien cuidara a mis niños ..... 10  
 Tenía demasiadas otras cosas sucediendo a la vez ..... 11  
 No podía encontrar un doctor o enfermera quien hablara mi idioma... 12  
 Otra razón ..... 13

**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_

8. En los **seis meses antes** de embarazarse, ¿tuvo problemas con lo siguiente? **Marque todas las que aplican.**

- Asma .....1
- Presión arterial alta (hipertensión) .....2
- Nivel de azúcar estaba alto (diabetes)....3
- Anemia, falta de hierro .....4
- Problemas cardíacos.....5
- Problemas con las encías o dientes .....6
- Depresión .....7
- Ansiedad .....8
- Comió menos de lo que debía porque no había suficiente dinero para comprar .....9
- Otra.....10

**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_

9. ¿Cómo describiría usted su salud **seis meses antes** de embarazarse?

- Excelente.....1
- Muy buena.....2
- Buena .....3
- Justo o un poco mal .....4
- Pobre o mal .....5

10. Durane el **mes antes** de su embarazo con su último bebé, ¿cuántas veces a la semana tomó una vitamina con ácido fólico o multivitaminas?

- Yo no tomaba ácido fólico o ninguna multivitamina .....1
- Ocasionalmente .....2
- 1 a 3 veces por semana.....3
- 4 a 6 veces por semana.....4
- Todos los días de la semana .....5

11. Algunos expertos de la salud recomiendan tomar el ácido fólico antes y durante el principio del embarazo. Lo que sigue es una lista de posibles razones para tomar ácido fólico. **Marque todas las que aplican.**

- Para hacer los huesos fuertes .....1
- Para prevenir defectos de nacimiento 2
- To Para prevenir la presión arterial alta .....3
- Para prevenir la anemia.....4
- No sé.....5

12. En los **seis meses antes** de que usted descubriera que estaba embarazada con su último bebé, ¿en promedio, cuántos cigarrillos fumó al día? (Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.)

- No fumaba .....1
- Menos de un cigarrillo .....2
- 1 a 5 cigarrillos .....3
- 6 to 10 cigarettes .....4
- 11 a 20 cigarrillos.....5
- 21 a 40 cigarrillos.....6
- 41 o más .....7

13. **Antes** de su último embarazo, ¿limitó su contacto con químicas que podrían dañar a su bebé en lo siguiente?:

- a. Comida .....Y N
- b. Productos de salud y belleza Y N
- c. Muebles o productos de limpieza y almacenamiento .....Y N

14. Pensando en el tiempo justo **antes** de que quedara embarazada con su último bebé, ¿qué pensaba de quedar embarazada? **Marque una respuesta.**

- Quería estar embarazada más pronto1
- Quería estar embarazada más tarde..2
- Quería estar embarazada en ese momento .....3
- No quería estar embarazada ni en ese momento ni nunca .....4

Si desea escribir algunos comentarios sobre esta encuesta, sus experiencias con la atención prenatal recibida, la ayuda emocional que usted recibió durante este tiempo, o cualquier otra cosa, por favor hágalo en el espacio abajo. Por favor díganos de cualquier cosa que usted piensa que necesita ser mejorada o lo que usted pensó que era especialmente provechoso para usted.

---



---



---



---

**Este es el fin de la encuesta.**

**Por favor ponga la encuesta en el sobre porte pagado con nuestra dirección que hemos provisto, y envíelo a:**

**L. A. HOPE Project  
Maternal, Child & Adolescent Health Programs  
600 S Commonwealth Ave Suite 800  
Los Angeles, CA 90005**

**Muchas gracias por su ayuda.**

Si usted desea repasar los resultados de esta encuesta, por favor de ir a nuestra página,  
<http://publichealth.lacounty.gov/mch/LAHOPE/LAHOPE.html>

15. Justo **antes** de embarazarse con su último bebé, ¿qué pensaba su esposo o pareja del que usted quedara embarazada?
- Él quería que me embarazara más pronto..... 1
- Él quería que me embarazara más tarde..... 2
- Él quería que estuviera embarazada en ese momento ..... 3
- Él no quería que estuviera embarazada ni en ese momento ni nunca ..... 4
- No tenía marido ni pareja..... 5
- No sé..... 6
16. ¿Cómo se sintió usted cuando descubrió que estaba embarazada con su último bebé? Estaba usted:
- Muy infeliz..... 1
- Algo infeliz ..... 2
- Se sintió neutral ..... 3
- Algo feliz ..... 4
- Muy feliz..... 5
17. **Antes** de quedar embarazada, ¿estaba usted haciendo algo para evitar el embarazo?
- Si, siempre..... 1 } **PASE A LA**
- Si, a veces ..... 2 } **PREGUNTA #19**
- No ..... 3
- **PASE A LA PREGUNTA #18**
18. ¿Cuáles fueron las razones porque usted o su esposo o pareja no estaban haciendo nada para evitar el embarazo? **Marque todas las que aplican.**
- No me importaba si quedaba embarazada ..... 1
- Quería un bebé/estaba tratando de quedar embarazada..... 2
- Pensaba que no podía quedar embarazada en ese momento ..... 3

- El método anticonceptivo que usaba me producía efectos secundarios ..... 4
- Tenía dificultades consiguiendo anticonceptivos cuando los necesitaba ..... 5
- Pensaba que mi esposo o pareja o yo no podíamos..... 6
- Mi esposo o pareja no quería usar nada..... 7
- No podía comprar anticonceptivos..... 8
- Otra razón..... 9
- Por favor díganos:** \_\_\_\_\_

19. ¿Le ayudó un doctor a embarazarse con su último bebé (como con medicamentos para fertilidad o tecnología de reproducción asistida)?
- Si ..... 1
- No ..... 0
20. **Antes** de que se embarazara con su último bebé, ¿cuántas veces había estado embarazada? **Por favor incluya TODOS sus embarazos, incluso malpartos o abortos.**
- \_\_\_\_\_ Veces
21. **Antes** de su último bebé, ¿cuántas veces había dado luz? **Incluya por favor nacimientos vivos y partos muertos, pero NO CUENTE malpartos o abortos.**
- \_\_\_\_\_ Veces
- \_\_\_\_\_ Número total de niños
- ¿Cuáles son sus edades?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

22. **Antes** de su último embarazo, ¿alguna vez tuvo lo siguiente?
- a. Un bebé que nació prematuramente (más de 3 semanas antes de la fecha programada) ..... S N
  - b. Un bebé que pesó menos de 5 libras 8 onzas (2.5 kilos)..... S N
  - c. Un bebé por cesárea (un parto por cesárea es cuando el doctor corta el abdomen de la madre para sacar al bebé) ..... S N
  - d. Malparto (un bebé que murió antes de las 20 semanas de embarazo) .. S N
  - e. Aborto intencional ..... S N
  - f. Parto muerto (un bebé que murió antes de nacer)..... S N
  - g. Un bebé que murió antes de 1 año de edad ..... S N
  - h. A Un bebé nacido con un defecto S N

**Por favor díganos cuales defectos su(s) bebé(s) tuvo:** \_\_\_\_\_

Ahora piense en las cosas que le sucedieron cuando estuvo embarazada con su último bebé.

23. **Durante** su último embarazo, ¿trabajó fuera de casa?
- Si 1
- ¿Durante cual semana de su embarazo paro?
- \_\_\_\_\_ Semana
- No 0 → **SI NO, PASE A LA PREGUNTA #25**
24. **Durante** su último embarazo, ¿hizo las siguientes cosas regularmente en el trabajo? Por cada pregunta, marque **S (Sí)** si lo hizo o **N (No)** si no lo hizo.
- a. ¿Trabajo más de 40 horas por semana? ..... S N
  - b. ¿Trabajo parada o caminó por más de 3 horas al día? ... S N
  - c. ¿Levantó o cargó más de 25 libras en el trabajo? ..... S N
  - d. ¿Trabajó el turno de noche por lo menos una vez por semana? .. S N

25. Bastantes mujeres encuentran los **últimos tres meses** del embarazo difícil. Piense en que tan activa fue durante este tiempo. ¿Qué tan seguido participó en alguna actividad física o ejercicio por 30 minutos o más? (Por ejemplo, caminar, nadar, montar la bicicleta, bailar, o trabajar en el jardín). No cuente ejercicio que pudo haber hecho regularmente como parte del trabajo.
- No ejercité..... 1
- No ejercité porque un doctor, enfermera o trabajador del cuidado médico me advirtió no hacer ejercicio..... 2
- Menos de 1 día por semana ..... 3
- 1 a 4 días por semana ..... 4
- 5 o más días por semana ..... 5
26. Algunas mujeres encuentran que el embarazo es un tiempo difícil económicamente. Durante su último embarazo, ¿alguna vez usted comió menos de lo que necesitaba porque no había bastante dinero para comprar alimentos?
- Si..... 1
- No..... 0
27. **Durante** su último embarazo, ¿qué a menudo dejó de comer una comida por otra razón?
- Nunca..... 1
- Como una vez por semana ..... 2
- Como 2 a 3 veces por semana..... 3
- Como 4 a 6 veces por semana..... 4
- Siempre..... 5
28. ¿Cómo describiría el tiempo **durante** su último embarazo más reciente?
- Una de las épocas más felices de mi vida ..... 1
- Una época feliz con ciertos problemas ..... 2
- Una época un poco difícil ..... 3
- Una época muy difícil ..... 4
- Una de las épocas más difíciles de mi vida..... 5

Las siguientes preguntas nos dan una idea general de los tipos de gente que participan en esta importante encuesta. Como le hemos dicho, toda la información que nos dé sobre usted es confidencial.

93. ¿Cuánto mide usted de altura?
- \_\_\_\_\_ Pies y \_\_\_\_\_ Pulgadas
- OR**
- \_\_\_\_\_ Centímetros
94. Justo **antes de quedar** embarazada de su último bebé ¿cuánto pesaba usted?
- \_\_\_\_\_ Libras  \_\_\_\_\_ Kilos
95. Justo **antes de que naciera** su último bebé ¿cuánto pesaba usted?
- \_\_\_\_\_ Libras  \_\_\_\_\_ Kilos
96. ¿Nació usted en los Estados Unidos?
- Si ..... 1
- No ..... 0
- Por favor díganos donde nació:** \_\_\_\_\_
97. ¿Cuántos años ha vivido en los Estados Unidos?
- \_\_\_\_\_ Años **OR** \_\_\_\_\_ Meses
98. ¿Cuáles fueron sus ingresos familiares en **2018** antes de pagar impuestos? Por favor chequee el número abajo que incluye sus ingresos totales, incluyendo sus ingresos y los ingresos de su esposo o pareja (si vivía con usted en 2018) y sus hijos.
- Por favor incluya ingresos de todas partes, incluyendo trabajos, bienestar social (“welfare”), seguro de incapacidad, seguro de desempleo, pagos por el mantenimiento infantil (“child support”), intereses, dividendos y ayuda por parte de familiares.**
- Menos de \$10,000..... 1
- \$10,000-\$19,999 ..... 2
- \$20,000-\$39,999 ..... 3
- \$40,000-\$59,999 ..... 4
- \$60,000-\$99,999 ..... 5
- Más de \$100,000..... 6
- No sé ..... 89
99. ¿Cuántas personas vivieron en esos ingresos en **2018**?
- \_\_\_\_\_ Número total de personas



90. ¿Es seguro de crimen su vecindario?

- Muy seguro..... 1
- Un poco seguro ..... 2
- Un poco de peligro ..... 3
- En peligro ..... 4
- No sé ..... 5

91. ¿Cuál de los siguientes describe a su casa o departamento? Marque todas las que aplican.

- Tiene moho o crecimiento que me preocupa..... 1
- Tiene plagas como cucarachas o ratones ..... 2
- Fue construido antes de 1978 y tiene pintura que se está pelando 3
- Tiene calefacción cuando lo necesito ..... 4
- Tiene agua caliente cuando lo necesito..... 5

La pregunta a continuación preguntará acerca de sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. Por cada caso, favor de marcar con qué frecuencia se ha sentido o ha pensado de cierta manera.

92. En el último mes, ¿cuántas veces te has sentido:

- |  |       |            |               |              |              |
|--|-------|------------|---------------|--------------|--------------|
|  | Nunca | Casi Nunca | Algunas Veces | Fairly Often | Muy a Menudo |
|--|-------|------------|---------------|--------------|--------------|

- a. Y Usted no podía controlar las cosas importantes en su vida?  
1    2    3    4    5
- b. La confianza de su capacidad para manejar sus problemas personales o dificultades?  
1    2    3    4    5
- c. Las dificultades se le acumularon tan alto que no podía superarlas?  
1    2    3    4    5
- d. Qué las cosas iban a su favor?  
1    2    3    4    5

29. A veces durante el embarazo se espera que las mujeres tomen precauciones especiales para evitar un parto prematuro. **Durante** su último embarazo, ¿hizo usted algo para prevenir el inicio prematuro? Marque **S (Si)** si lo hizo o **N (No)** si no lo hizo.

- a. Tomé medicinas para evitar el parto o el aborto espontáneo ..... S N
- b. Me dieron inyecciones de hormonas (como Makena®) ..... S N
- c. Me dieron gel hormonal vaginal S N
- d. Dejé de tener relaciones sexuales, o las limité, durante el embarazo S N
- e. Usamos condones para evitar infecciones ..... S N
- f. Reposé en cama, en mi casa, durante una o más semanas..... S N
- g. Fui hospitalizada durante una o más noches..... S N
- h. Reduje mis horas de trabajo o dejé de trabajar antes de lo previsto..... S N
- i. Reduje mis labores domésticas o otras actividades físicas..... S N
- j. El médico me cerró el cuello uterino (tratamiento para la incompetencia del cuello uterino)..... S N
- k. Otras..... S N

**Por favor díganos:**

\_\_\_\_\_

30. El embarazo puede ser difícil para algunas mujeres. Las preguntas siguientes son sobre eventos que le pudieron haber sucedido **durante** su último embarazo. Marque **S (Si)** si le sucedió o **N (No)** si no le sucedió. *Puede ayudarle a ver el calendario en la parte posterior de la encuesta.*

- a. Un pariente cercano estuvo muy enfermo y tuvo que ir al hospital ..... S N
- b. Me separé o divorcié de mi esposo o pareja..... S N
- c. Me mudé a otra dirección ..... S N
- d. No tenía un hogar donde vivir .. S N
- e. Mi esposo o pareja perdió el trabajo ..... S N
- f. Perdí mi trabajo aunque quería seguir trabajando..... S N
- g. Tenía que viajar una distancia larga al trabajo..... S N
- h. Peleaba (discutía) con mi esposo o pareja más de lo normal..... S N
- i. Tenía muchas cuentas que no podía pagar..... S N
- j. Me peleé físicamente con otra persona..... S N
- k. Mi esposo o pareja o yo estuvimos en la cárcel ..... S N
- l. Alguien muy cercano a mí tuvo un problema grave con alcohol o droga..... S N
- m. Alguien muy cercano a mí falleció S N
- n. Demoré en pagar, o no podía pagar, el alquiler o la hipoteca..... S N
- o. ¿Le paso algunas otras cosas serias durante su último embarazo? .... S N

\_\_\_\_\_

31. Lo que sigue es una lista de diferentes maneras como se pudo haber sentido **durante** su último embarazo. Por cada pregunta, elija de las siguientes opciones: Nunca, A veces, A menudo, Siempre.

**Durante** su último embarazo, ¿qué seguido:

|                                                                                                  | <b>Nunca</b>               | <b>A Veces</b>             | <b>A<br/>Menudo</b>        | <b>Siempre</b>             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Se sintió muy nerviosa?.....                                                                  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| b. Se sintió calmada y tranquila?.....                                                           | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| c. Se sintió triste? .....                                                                       | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| d. Fue una persona feliz? .....                                                                  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| e. Se molestó sobre algo que paso inesperadamente?<br>.....                                      | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| f. Se sintió que no podía controlar cosas importantes en su vida?<br>.....                       | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| g. Sintió que las cosas iban a su manera?<br>.....                                               | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| h. Sintió que sus dificultades se le estaban amontonando tanto que no podía superarlas?<br>..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| i. Se sintió tan mal que nada podía animarla?<br>.....                                           | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

32. Lo que sigue es una lista de declaraciones acerca de cómo se sintió **durante** su último embarazo. Por cada artículo abajo, elija de los siguiente:

|                                                                                       | <b>Nada de<br/>acuerdo</b> | <b>No estoy<br/>de acuerdo</b> | <b>Neutral</b>             | <b>Estoy de<br/>acuerdo</b> | <b>Muy de<br/>acuerdo</b>  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| a. Sentí que era una persona con valor, por lo menos igual a otras personas.<br>..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2     | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4  | <input type="checkbox"/> 5 |
| b. Era capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de otras personas.<br>.....  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2     | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4  | <input type="checkbox"/> 5 |
| c. En general, estaba satisfecha con mi misma. ....                                   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2     | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4  | <input type="checkbox"/> 5 |
| d. Tenía poco control sobre las cosas que me sucedían.<br>.....                       | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2     | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4  | <input type="checkbox"/> 5 |
| e. Sinceramente no tenía ninguna manera de arreglar los problemas que tenía.<br>..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2     | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4  | <input type="checkbox"/> 5 |
| f. A veces sentí que la vida está abusando de mí.<br>.....                            | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2     | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4  | <input type="checkbox"/> 5 |
| g. Podía hacer casi cualquier cosa que me disponía hacer.<br>.....                    | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2     | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4  | <input type="checkbox"/> 5 |

88. Ahora díganos con qué **frecuencia** usted y las personas en su vecindario hacen lo siguiente juntos. Si vivió en más de un vecindario, responda por el vecindario donde vivió **más** tiempo durante su último embarazo. Por favor marque una respuesta para cada pregunta.

¿Qué tan **frecuente** en su vecindario:

|                                                                                                            | <b>Nunca</b>               | <b>Casi<br/>Nunca</b>      | <b>Algunas<br/>Veces</b>   | <b>Bastante<br/>a Menudo</b> | <b>Muy a<br/>Menudo</b>    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|
| a. Se hacen favores uno al otro?.....                                                                      | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4   | <input type="checkbox"/> 5 |
| b. La gente se da consejos sobre asuntos personales como la crianza de niños o aberturas de trabajos?..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4   | <input type="checkbox"/> 5 |
| c. Hacen fiestas o reuniones donde otras personas del vecindario son invitados?<br>.....                   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4   | <input type="checkbox"/> 5 |
| d. Se visitan en casa de vecinos o en la calle?<br>.....                                                   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4   | <input type="checkbox"/> 5 |
| e. Se vigilan la propiedad uno a otro?.....                                                                | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4   | <input type="checkbox"/> 5 |

89. Cómo clasificaría esta vecindad en término de:

|                                                                                                                                   | <b>Muy<br/>Desfavorable</b> | <b>Desfavorable</b>        | <b>Neutral</b>             | <b>Favorable</b>           | <b>Muy<br/>Favorable</b>   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. ¿Protección por parte de la policía?.....                                                                                      | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b. ¿Protección de propiedad? .....                                                                                                | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c. ¿Seguridad de violencia?.....                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| d. ¿Personas amigables?.....                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| e. ¿Limpieza?.....                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| f. ¿Tranquilidad?.....                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| g. ¿Calidad de escuelas? .....                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| h. ¿La disponibilidad de parques, patios recreativos o banquetas?<br>.....                                                        | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| i. ¿Servicios municipales (e.g. servicios de recolección de basura, reparación de las calles, librerías, servicio de agua)? ..... | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| j. ¿La disponibilidad de los lugares para comprar frutas frescas y vegetales cuando usted lo desea? .....                         | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| k. ¿La calidad del aire?<br>.....                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| l. ¿Libre de productos químicos industriales?<br>.....                                                                            | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

85. Algunas de estas cosas también pueden ocurrir a las personas durante la niñez. Las experiencias durante la niñez pueden ser importantes. Por favor, díganos si alguna de estas cosas le pasó a usted durante el tiempo desde su nacimiento hasta la edad de 13 años, inclusive. Marque **S (Sí)** o **N (No)**.

- a. Casi siempre había una persona adulta que creía en mí y con quien yo podía contar si necesitaba ayuda ..... S N
  - b. Mi madre, padre o tutor con quien yo vivía se divorció o se separó de su pareja... S N
  - c. Tuvimos que mudarnos debido a problemas para pagar el alquiler o la hipoteca... S N
  - d. Yo o alguien en mi familia pasamos hambre porque no teníamos dinero para comprar suficiente comida... S N
  - e. Mi madre, padre o tutor se metió en problemas con la ley o estuvo en la cárcel ... S N
  - f. Mi madre, padre o tutor con quien yo vivía tenía un problema serio con bebidas alcohólicas o con drogas... S N
  - g. Me pusieron en un hogar de crianza temporal (la corte o una agencia de bienestar infantil me sacó de mi casa)... S N
- ¿Por cuánto tiempo estuvo en un hogar de crianza temporal?
- Menos de un año ..... 1
  - 1 a 4 años ..... 2
  - 5 a 9 años ..... 3
  - 10 años o más ..... 4

Estas preguntas son acerca de la vecindad donde vivió durante su embarazo más reciente. Responda acerca de la vecindad donde vivió la **mayoría** de tiempo durante su último embarazo.

86. ¿Por cuánto tiempo ha vivido en esta vecindad? Por favor cuente el número total de meses o años **antes y durante** su último embarazo más reciente de cuando vivió en esta vecindad.

\_\_\_\_\_ Años  \_\_\_\_\_ Meses

87. Díganos que tan de acuerdo está o no esta con cada de las siguientes declaraciones acerca este vecindario. Responda por el vecindario donde vivió la **mayoría** de tiempo durante su último embarazo.

- |                                                                                              | Nada de acuerdo            | No estoy de acuerdo        | Neutral                    | Estoy de acuerdo           | Muy de acuerdo             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Las personas en su vecindario siempre están dispuestos para ayudar a sus vecinos<br>..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b. Este es un vecindario unido.....                                                          | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c. Personas en su vecindario pueden ser de confianza<br>.....                                | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| d. En general, las personas en su vecindario no se llevan bien<br>.....                      | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| e. Las personas en su vecindario no comparten los mismos valores<br>.....                    | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

33. Tuvo algunos de estos problemas durante su último embarazo? ¿Si sí, habló usted con un médico, la enfermera, o con otro trabajador de cuidado médico acerca del problema? ¿Proporcionó el médico el tratamiento? ¿Qué tipo? Para cada artículo, marque **S (Sí)** si usted tuvo el problema y **N (No)** si no lo tuvo. Si tuvo el problema, marque **S (Sí)** si usted habló con un médico y **N (No)** si no habló. Marque **S (Sí)** si usted recibió el tratamiento y **N (No)** si no lo recibió. Si usted recibió el tratamiento, escribe por favor que tipo.

|                                                                                                                       |                            |                            | <u>Problema</u>            |                            |                            | <u>Hablo con Médico</u>    |                            |                            | <u>Tratamiento</u>         |                            |                            | <u>Typo de Tratamiento</u> |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------|
| a. Experimentó cólicos o dolor de espalda durante el 4º o 7º mes de su embarazo                                       | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | _____ |
| b. Contracciones (dolores de parto) más de 3 semanas antes de la fecha programada del parto (parto prematuro)         | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | _____ |
| c. Alta presión sanguínea (incluida la preeclampsia o toxemia)                                                        | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | _____ |
| d. Sangramiento vaginal                                                                                               | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | _____ |
| e. Problemas con la placenta (como placenta abrupta o placenta previa)                                                | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | _____ |
| f. Severas náuseas, vómitos o deshidratación                                                                          | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | _____ |
| g. Alto nivel de azúcar en la sangre (diabetes) que comenzó <i>durante</i> este embarazo                              | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | _____ |
| h. Infección de riñón o vejiga (infección de las vías urinarias)                                                      | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | _____ |
| i. Rotura de la fuente más de 3 semanas antes de la fecha programada del parto (ruptura prematura de membranas, PROM) | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | _____ |
| j. Restricción de crecimiento fetal (mi bebé no creció adecuadamente)                                                 | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | _____ |
| k. Infección sexual                                                                                                   | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | _____ |
| l. Infección bacteriana de la vagina                                                                                  | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | _____ |
| m. Estreptococo del grupo B                                                                                           | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | _____ |
| n. Problemas con mis dientes o encías                                                                                 | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | _____ |
| o. Tuvo una lesión en un accidente de coche                                                                           | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | _____ |
| p. Tuvo otro tipo de lesión                                                                                           | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | _____ |
| q. Tuvo la gripe                                                                                                      | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | _____ |
| r. El parásito de la toxoplasmosis                                                                                    | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | _____ |
| s. Otras                                                                                                              | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | _____ |

Please tell us:

34. **Durante** su último embarazo, ¿hizo el padre del bebé o su pareja lo siguiente?

- a. Me dio dinero o compró cosas para mí ..... S N
- b. Me ayudó de otras maneras, tales como llevándome al doctor o ayudándome con las tareas de la casa ..... S N
- c. Me ayudó emocionalmente durante mi parto ..... S N
- d. Me visitó a mí y al bebé en el hospital después del alumbramiento.. S N
- e. Deseaba ponerle su nombre en el acta de nacimiento del bebé como el padre ..... S N
- f. Dijo que deseaba estar involucrado en criar a nuestro niño en los años venideros ..... S N
- g. Me pego o cacheteo cuando estaba enojado ..... S N
- h. Me insulto o critico mis ideas ..... S N
- i. Me amenazo o me hizo sentir insegura en alguna manera ..... S N
- j. Temía por mi seguridad o la de mi familia por la cólera que tenía el padre de mi bebé o por las amenazas que él hacia ..... S N
- k. El padre de mi bebé trató de controlar mis actividades, por ejemplo, controlaba con quien podría hablar o a donde podía ir ..... S N
- l. El padre de mi bebé me forzó a tomar parte en cualquier actividad sexual cuando yo no quería (incluyendo caricias que me hicieron sentir incomoda) ..... S N

35. **Durante** su último embarazo, ¿usted habría conseguido esta clase de ayudas si usted la hubiera necesitado?

- a. Alguien quien me prestara \$50 S N
- b. Alguien quien me ayudara si estuviera enferma y

necesitaba quedarme en cama..... S N

- c. Alguien con quien pudiera hablar sobre mis problemas.. S N
- d. Alguien quien me llevara a la clínica o al doctor si necesitaba transporte ..... S N
- e. Alguien quien me diera alojamiento ..... S N
- f. Alguien quien me ayudara con el cuidado de niños ..... S N
- g. Alguien quien me ayudara con los quehaceres en la casa ..... S N
- h. Alguien quien me diera consejos o información..... S N

36. **Durante** su último embarazo, ¿recibió cualquiera de los siguientes servicios?

- a. WIC..... S N  No necesitaba
- b. Clases de parto ... S N  No necesitaba
- c. Clases para nuevos padres ..... S N  No necesitaba
- d. Ayuda para dejar de fumar ..... S N  No necesitaba
- e. Ayuda para dejar de beber alcohol ..... S N  No necesitaba
- f. Visitas a su casa por una enfermera o trabajador del cuidado médico ..... S N  No necesitaba
- g. Cupones de alimentos S N  No necesitaba
- h. CalWORKS (welfare) ..... S N  No necesitaba
- i. Ayuda para darle pecho al bebé ..... S N  No necesitaba

37. En general, ¿qué tan satisfecha estuvo con el respaldo que le dio el padre del bebé **durante** su último embarazo? **Marque una respuesta.**

- Nada satisfecha ..... 1
- Algo descontento ..... 2
- Neutral ..... 3
- Algo satisfecha..... 4
- Muy satisfecha ..... 5
- No aplicable ..... 6

83. ¿Alguna vez se ha sentido discriminada, o que le previnieron hacer algo, o que la molestaron o la hicieron sentirse inferior en cualquier de las siguientes situaciones por **su raza o color, estado migratorio, edad, ingresos, porque es una mujer, porque estaba embarazada, o idioma?** **Marque todas las que aplican.**

|                                 | Raza/<br>Color           | Estado<br>Migratorio     | Edad                     | Ingresos                 | Por ser<br>Mujer         | Porque estaba<br>Embarazada | Por mi<br>Idioma         |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| En la escuela ...               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| Consiguiendo trabajo.....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| En el trabajo ....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| Consiguiendo cuidado médico     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| Consiguiendo una vivienda ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| Por la policía/ en corte.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| En tiendas o restaurantes.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| Nunca .....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |

84. Piensa en la forma que usted suele reaccionar y responder en los momentos difíciles. Para cada artículo, por favor seleccione la opción que le corresponde: Nada de acuerdo, No estoy de acuerdo, Neutral, Estoy de acuerdo o Muy de acuerdo.

|                                                                                                                                                                                                                                                   | Nada de<br>acuerdo       | No estoy<br>de acuerdo   | Neutral                  | Estoy<br>de acuerdo      | Muy de<br>acuerdo        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Tiendo a recuperarme rápidamente tras pasar por momentos difíciles.<br>..... <input type="checkbox"/> 1..... <input type="checkbox"/> 2..... <input type="checkbox"/> 3..... <input type="checkbox"/> 4..... <input type="checkbox"/> 5        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Me parece complicado saber qué hacer en situaciones de estrés.<br>..... <input type="checkbox"/> 1..... <input type="checkbox"/> 2..... <input type="checkbox"/> 3..... <input type="checkbox"/> 4..... <input type="checkbox"/> 5             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. No me lleva mucho tiempo recuperarme de acontecimientos estresantes.<br>..... <input type="checkbox"/> 1..... <input type="checkbox"/> 2..... <input type="checkbox"/> 3..... <input type="checkbox"/> 4..... <input type="checkbox"/> 5       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Para mí es difícil volver a la normalidad después de que suceda algo malo.<br>..... <input type="checkbox"/> 1..... <input type="checkbox"/> 2..... <input type="checkbox"/> 3..... <input type="checkbox"/> 4..... <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. En general, supero sin mucha dificultad las épocas difíciles.<br>..... <input type="checkbox"/> 1..... <input type="checkbox"/> 2..... <input type="checkbox"/> 3..... <input type="checkbox"/> 4..... <input type="checkbox"/> 5              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Tiendo a tomarme mucho tiempo para recuperarme de los reveses de mi vida.<br>..... <input type="checkbox"/> 1..... <input type="checkbox"/> 2..... <input type="checkbox"/> 3..... <input type="checkbox"/> 4..... <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gracias por contestar a la sección pasada. Por favor conteste a estas preguntas sobre la ayuda que usted ha recibido desde la pérdida de su bebé.

78. Esta pregunta se trata de recursos de materiales de despejo y pesar ofrecidos a usted después de la pérdida de su bebé. Por cada artículo, marque **S (Sí)** si se lo ofrecieron o **N (No)** si no.
- a. Me ofrecieron libretos o otros materiales sobre despejo y pesar ..... S N
  - b. Me ofrecieron fotografías de mi bebé ..... S N
  - c. Me ofrecieron recuerdos de mi bebé ..... S N
  - d. Me dieron información sobre los arreglos del entierro para mi bebé ..... S N
  - e. Otras ..... S N

Por favor díganos: \_\_\_\_\_

79. Esta pregunta se trata de la ayuda emocional que recibió después de la pérdida de su bebé. Por cada artículo, marque **S (Sí)** si es cierto o **N (No)** si no es cierto.
- a. Me ofrecieron información sobre los grupos de respaldo o hablar individualmente con un consejero ..... S N
  - b. Quise asistir a un grupo de respaldo  
Si ..... 1 → **CONTESTE “c”**  
No ..... 0 → **PASE A “e”**
  - c. Asistí a un grupo de respaldo  
Si ..... 1 → **CONTESTE “d”**  
No ..... 0 → **PASE A “e”**
  - d. Un grupo de respaldo me ayudó ..... S N
  - e. Quise hablar individualmente con un consejero  
Si ..... 1 → **CONTESTE “f”**  
No ..... 0 → **PASE A “h”**

- f. Fui a hablar individualmente con un consejero  
Si ..... 1 → **CONTESTE “g”**  
No ..... 0 → **PASE A “h”**
- g. Hablar individualmente con un consejero me ayudó ..... S N
- h. Mi religión me dio respaldo ... S N

80. ¿Había un servicio o apoyo que podría haber sido útil a usted o a su familia durante este tiempo difícil?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En esta sección se le preguntará acerca de cómo usted, y otros como usted, son tratados, y cómo usted responde típicamente.

81. Si usted siente que ha sido tratado de manera injusta, usted normalmente: (por favor elija la mejor respuesta)
- Lo toma como un hecho de la vida ..... 1
  - Trata de hacer algo al respecto ..... 2
82. Si usted ha sido tratada injustamente, usted normalmente: (por favor elija la mejor respuesta)
- Habla acerca de esto con otras personas ..... 1
  - Se lo guarda para sí misma ..... 2

38. Cuándo nació su bebé, ¿estaba casada con el padre del bebé?
- Casada ..... 1
  - Separada o divorciada ..... 2
  - Viuda ..... 3
  - Nunca casados pero viviendo juntos . 4
  - Nunca casados y viviendo aparte ..... 5

39. Por **dos semanas o más durante** su último embarazo usted:
- a. ¿Se sentía triste o deprimida por una gran parte del día? ..... S N
  - b. ¿Perdió el interés en muchas cosas, como trabajar, pasatiempos, o otras cosas que normalmente disfrutaba? ..... S N

40. **Durante** su último embarazo más reciente, ¿le diagnosticaron una enfermedad mental (por ejemplo, depresión, esquizofrenia, etc.)?
- Si 1 → **PASE A LA PREGUNTA #41**  
No 0 → **PASE A LA PREGUNTA #42**

41. **Durante** su último embarazo más reciente, ¿recibió medicación o asistencia psicológica para esta enfermedad mental?
- Si ..... 1  
No ..... 0

Por favor, conteste las siguientes preguntas que son sobre el fumar y el uso de drogas.

42. **Durante** su último embarazo, en promedio, ¿cuántas horas por día, estaba en el mismo cuarto con un apersona que estaba fumando?
- \_\_\_\_\_ Horas
43. En promedio, ¿cuántos cigarrillos fumaba usted cada día después de que

se enteró que estaba embarazada? (Una cajetilla tiene 20 cigarrillos)

- No fumaba ..... 1
- Menos de un cigarrillo ..... 2
- 1 a 5 cigarrillos ..... 3
- 6 a 10 cigarrillos ..... 4
- 11 a 20 cigarrillos ..... 5
- 21 a 40 cigarrillos ..... 6
- 41 cigarrillos o más ..... 7

44. ¿Uso usted algunas de estas drogas **durante** su último embarazo? Por cada pregunta, marque **S (Sí)** si la usó o **N (No)** si no la usó.
- a. Medicamentos (no recetados por su doctor) ..... S N  
¿Cual(es) medicamento(s) uso?  
\_\_\_\_\_
  - b. Medicamentos (comprados sin receta médica). ..... S N  
¿Cual(es) medicamento(s) uso?  
\_\_\_\_\_
  - c. Mota (pot, brote/retoño) o hachís (hash) ..... S N
  - d. Anfetamina (drogas estimulantes, ice, speed, cristal, crack) ..... S N
  - e. Cocaína (rock, coke, rajaduro/quebradura) o heroína (smack, horse) ..... S N
  - f. Tranquilizante (downers, ludes) o alucinógeno (LSD/ácido, PCP/angel dust, éxtasis) ..... S N
  - g. Inhalantes como gasolina, pegamento, o otros aerosoles ..... S N

Las siguientes preguntas son sobre el consumo de alcohol durante su último embarazo. Por ejemplo cerveza, vino, champaña, licor fuerte, o una bebida mixta hecha con licor.

45. ¿Usted bebió alcohol **durante** su último embarazo?
- Si 1 → **PASE A LA PREGUNTA #46**  
No 0 → **PASE A LA PREGUNTA #48**

46. **Durante** los últimos tres meses de su último embarazo, ¿como promedio aproximadamente cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana?
- No tomé en lo absoluto durante los primeros tres meses de mi embarazo.. 1  
 Un sorbo ocasional..... 2  
 Menos de una bebida a la semana ..... 3  
 1 a 3 a la semana..... 4  
 4 a 6 a la semana..... 5  
 7 o más bebidas a la semana ..... 6
47. **Durante** los últimos tres meses de su último embarazo, ¿como promedio aproximadamente cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana?
- No tomé en lo absoluto durante los últimos tres meses de mi embarazo .. 1  
 Un sorbo ocasional..... 2  
 Menos de una bebida a la semana ..... 3  
 1 a 3 a la semana..... 4  
 4 a 6 a la semana..... 5  
 7 o más bebidas a la semana ..... 6
48. ¿Usted recibió esta vacuna **durante** su último embarazo?
- a. Gripe anual/estacional ..... S N
49. Esta pregunta es sobre el cuidado de sus dientes **durante** su último embarazo. Por cada artículo, marque **S (Si)** si es cierto o **N (No)** si no es cierto.
- a. Yo necesitaba ver a un dentista para un problema..... S N  
 b. Fui a un dentista o a una clínica dental ..... S N  
 c. Un dentista o un trabajador de la salud hablo conmigo acerca de cómo cuidar mis dientes y encías ..... S N  
 d. Tuve una limpieza de dientes en el último año ..... S N

50. ¿Cómo describiría usted su salud **durante** su último embarazo?
- Excelente ..... 1  
 Muy Buena..... 2  
 Buena..... 3  
 Justo o poco mal ..... 4  
 Pobre o mal..... 5

Las siguientes preguntas se refieren a los chequeos y consejos sobre el embarazo que recibió **durante** su último embarazo. *Puede ayudarle ver el calendario en la parte de atrás de esta encuesta.*

51. ¿Aproximadamente cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando tuvo su primera visita para recibir cuidado prenatal? Sin contar la visita sólo para hacerse la prueba del embarazo o para WIC (El Programa de Nutrición Para Mujeres, Infantes, y Niños).
- \_\_\_\_\_ Semanas O \_\_\_\_\_ Meses  
 No fui para el cuidado prenatal  
**→ SI NO, PASE A LA #60**
52. ¿A dónde fue usted para su cuidado prenatal? **Si fue a más de un lugar para el cuidado prenatal, la respuesta es para el lugar en donde consiguió la mayoría de su cuidado.**
- Oficina de médico privado ..... 1  
 Plan de Asistencia Médica (HMO) Por ejemplo, Káiser ..... 2  
 Clínicas de la comunidad/ clínicas gratuitas ..... 3  
 Clínica para planificación familiar ..... 4  
 Otro sitios..... 5  
**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_
53. ¿Recibió cuidado prenatal tan pronto como lo hubiera querido **durante** su último embarazo?
- Si..... 1 **→ PASE A LA PREGUNTA #55**  
 No ..... 0

Gracias por terminar la última sección. Por favor conteste a estas preguntas sobre planificación familiar.

72. **Después** de su último embarazo, ¿regreso con un doctor o clínica médica para un chequeo? (Esta es una visita médica regular para las mamás usualmente a las 6 semanas después del parto)
- Si 1 **→ GO TO QUESTION #74**  
 No 0 **→ GO TO QUESTION #73**
73. ¿Cuáles fueron las razones por las que no fue a ver a un doctor o enfermera para un chequeo médico después de dar luz? **Marque todas las que aplican.**
- Me sentí bien ..... 1  
 No pensé que necesitaba un chequeo ..... 2  
 No tenía suficiente dinero o seguro médico para pagar por un chequeo .. 3  
 Tenía demasiadas otras cosas que hacer..... 4  
 Estaba muy ocupada con mi bebé .... 5  
 No sabía que debía ir a una visita posparto..... 6  
 Yo no quería..... 7  
 Estaba deprimida ..... 8  
 Otra razón ..... 9  
**Por favor díganos** \_\_\_\_\_  
**→ PASE A LA PREGUNTA #75**

74. **Durante** el chequeo médico, ¿le hablo su doctor o enfermera acerca de lo siguiente?
- a. Métodos anticonceptivos S..... N  
 b. La leche materna ..... S N  
 c. Como poner a dormir a su bebé S N  
 d. Perder el peso subido durante el embarazo ..... S N  
 e. Controlar su nivel de azúcar en la sangre ..... S N  
 f. Cuidando la presión de sangre ..... S N  
 g. Violencia doméstica/abuso de niños ..... S N  
 h. Ansiedad ..... S N  
 i. Depresión..... Y N  
 j. El parar de fumar ..... Y N  
 k. El parar de tomar ..... Y N  
 l. El parar de usar drogas ..... Y N  
 m. Exposición de niños al plomo .. Y N
75. ¿Está usted o su esposo o pareja haciendo algo en **este** momento para prevenir el embarazo?
- Si..... 1  
 No ..... 0
76. Do you expect to have more children?
- Yes..... 1  
 No ..... 0  
 Don't know ..... 89
77. ¿Espera tener más niños?
- Si..... 1  
 No ..... 0  
 No sé ..... 89

Gracias por terminar la última sección. En la próxima sección, queremos saber sobre las cosas que pudieron haber sucedido después de que llevo a su bebé a casa.

67. Cuando su bebé ya estaba en casa con usted, ¿desarrolló alguna de los siguientes problemas o enfermedades? No incluya los problemas o enfermedades que pudieran haberse presentado mientras el bebé estaba en el hospital. Por cada artículo, marque **S (Sí)** si lo tuvo o **N (No)** si no lo tuvo.

- a. Resfriado.....S N
- b. Fiebre.....S N
- c. Infección de los ojos.....S N
- d. Infección de los oídos.....S N
- e. Apnea de sueño.....S N
- f. Ataques, epilepsia, convulsiones.....S N
- g. Vómitos.....S N
- h. Diarrea.....S N
- i. Lesión causada por una mala caída o accidente.....S N
- j. Otras enfermedades.....S N

**Por favor díganos:**\_\_\_\_\_

68. La **mayoría** del tiempo, ¿cómo acostó a su bebé para dormir? **Marque una respuesta.**

- De lado.....1
- Boca arriba.....2
- Boca abajo.....3

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

- Siempre 1
  - Frecuentemente 2
  - A veces 3
  - Rara la vez 4
  - Nunca 5
- } → **PASE A LA PREGUNTA #70**
- } → **PASE A LA PREGUNTA #71**

70. ¿Cuáles son las razones porque su bebé durmió con usted o con otra persona? **Marque todas las que aplican.**

- No tuve una cuna para mi bebé.....1
- Es parte de mi cultura / tradición.....2
- Quiera una unión más cercana con mi bebé.....3
- Era más fácil amamantar a mi bebé...4
- Otra razón.....5

**Por favor díganos:**\_\_\_\_\_

71. ¿En promedio, como cuántas horas al día estuvo su bebé en el mismo cuarto con alguien que estaba fumando?

\_\_\_\_\_ Horas

54. ¿Algunas de las siguientes cosas le impidió conseguir cuidado prenatal tan pronto como hubiera querido? Por cada pregunta, marque **S (Sí)** si si o **N (No)** si no.

- a. No podía conseguir una cita más temprano.....S N
- b. No tenía suficiente dinero o seguro médico para pagar por las consultas.....S.....N
- c. No tenía mi tarjeta de Medi-Cal.....S N
- d. Tuve problemas encontrando un lugar que aceptara mi seguro o Medi-Cal.....S N
- e. No sabía a dónde ir para recibir cuidado prenatal.....S N
- f. Tuve problemas para poderme comunicar por teléfono y hacer una cita.....S N
- g. No tenía cómo llegar a la clínica o a la oficina del doctor.....S N
- h. No había nadie para cuidara a mis hijos.....S N
- i. Tenía demasiados problemas que resolver.....S N
- j. No podía salirme de mi empleo.....S N
- k. El doctor o mi plan de salud no daban servicios más temprano.....S N
- l. No quería que nadie supiera que estaba embarazada.....S N
- m. No sabía que estaba embarazada.....S N
- n. No podía encontrar un doctor o enfermera que hablara mi idioma.....S N
- o. ¿Tuvo algún otro problema para recibir cuidado prenatal?.....S N

**Por favor díganos:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

55. ¿Qué distancia viajó (un sentido) para recibir el cuidado prenatal?

- Menos de 5 millas.....1
- 5-14 millas.....2
- 15-29 millas.....3
- 30-50 millas.....4
- Más de 50 millas.....5

56. **Durante** su **primera** o **segunda** cita de cuidado prenatal, ¿fueron éstas parte de su visita?

- a. Mi presión arterial fue medida.....S N  No sé
- b. Di una muestra de mi orina.....S N  No sé
- c. Tomaron una muestra de sangre.....S N  No sé
- d. Tomaron Mi altura y peso.....S N  No sé
- e. I had a pelvic exam (pap smear).....S N  No sé
- f. Tuve un examen pélvico (papanicolaou).....S N  No sé
- g. Tuve un ultrasonido...S N  No sé
- h. Mi doctor me preguntó sobre haber estado expuesta al plomo.....S N  No sé
- i. Otras cosas que le hizo el doctor/enfermera.....S N  No sé

**Por favor díganos:**\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

57. **Durante** cualquiera de sus visitas de cuidado prenatal, ¿le habló un médico, enfermero, o otro trabajador de asistencia médica sobre cualquiera de las cosas en la siguiente lista? Cuente solamente las discusiones, no materiales para leer ni los videos.
- Como hacerse exámenes para detectar enfermedades o defectos de nacimiento que haya en mi familia  
..... S N No sé
  - Qué hacer si comenzaban mis dolores de parto antes de tiempo S N No sé
  - Como hacerse una prueba del VIH (el virus que causa el SIDA)  
..... S N No sé
  - Como vacunarse contra la gripe  
..... S N No sé
  - Las medicinas que puedo tomar con seguridad durante mi embarazo  
..... S N No sé
  - Los métodos anticonceptivos que puedo usar después de mi embarazo  
..... S N No sé
  - Le preguntó si se sentía ansiosa o con depresión ..... S N No sé
  - Como dar pecho para la nutrición de mi bebé ..... S N No sé
  - Tipos de alimentos que debo comer durante mi embarazo S N No sé
  - La forma como fumar cigarrillos durante mi embarazo puede afectar a mi bebé ..... S N No sé
  - Como tomar alcohol durante mi embarazo podría afectar a mi bebé  
..... S N No sé
  - La forma de cómo el uso de cualquier tipo de drogas puede afectar a mi bebé  
..... S N No sé
  - Como usar el cinturón de seguridad del automóvil durante mi embarazo  
..... S N No sé
  - Como contar el movimiento fetal (contada de pataditas) .. S N No sé
  - El maltrato físico que algunos esposos o parejas dan a sus mujeres  
..... S N No sé

- Información sobre la exposición al plomo ..... S N No sé
  - No tocar mi boca ni mis ojos mientras prepare carne cruda y lavarme las manos después del contacto con heces de gatos ..... S N No sé
  - Qué hacer si tengo mucho sangramiento antes de mi parto  
..... S N No sé
  - La cantidad apropiada de peso que debía de aumentar  
..... S N No sé  
**¿Cuánto peso le recomendaron que aumentara?**  
\_\_\_\_\_ Libras  \_\_\_\_\_ Kilos
58. Nos gustaría saber cómo se sentía sobre el cuidado prenatal que recibió durante su último embarazo. **Si fue a más de un lugar para el cuidado prenatal, conteste por el lugar donde obtuvo su cuidado la mayoría del tiempo.**
- |                                                                                                                                                                                             | <u>Insatisfecha</u> | <u>Neutral</u> | <u>Satisfecha</u> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------|-------------------|
| a. La cantidad de tiempo que tuvo que esperar después de que llegó a su visita.<br>..... <input type="checkbox"/> 1 ..... <input type="checkbox"/> 2 ..... <input type="checkbox"/> 3       |                     |                |                   |
| b. La cantidad de tiempo que el doctor o la enfermera pasó con usted durante visitas.<br>..... <input type="checkbox"/> 1 ..... <input type="checkbox"/> 2 ..... <input type="checkbox"/> 3 |                     |                |                   |
| c. Los consejos que recibió sobre cómo cuidarse.<br>..... <input type="checkbox"/> 1 ..... <input type="checkbox"/> 2 ..... <input type="checkbox"/> 3                                      |                     |                |                   |
| d. La comprensión y el respeto que el personal demostró hacia usted.<br>..... <input type="checkbox"/> 1 ..... <input type="checkbox"/> 2 ..... <input type="checkbox"/> 3                  |                     |                |                   |

59. ¿En general, estuvo satisfecha con el cuidado prenatal que recibió?
- Satisfecha..... 1  
Algo satisfecha ..... 2  
No opinión/neutral ..... 3  
Algo descontenta..... 4  
Nada satisfecha..... 5
60. ¿Tuvo su bebé algunos de estos problemas **durante** su último embarazo? Por cada artículo, marque **S (Sí)** si lo tuvo o **N (No)** si no lo tuvo.
- El cordón umbilical estranguló a su bebé ..... S N
  - Su bebé tuvo problemas de crecimiento..... S N
  - Su bebé tuvo uno o más defectos de nacimiento mayores o anomalías genéticas  
..... S N  
Por favor díganos cuales defectos su(s) bebé tuvo:  
\_\_\_\_\_
61. Queremos saber cómo se sentía sobre el cuidado que recibió en el hospital **durante** su último parto. En general, ¿qué opina usted del hospital donde dio a luz a su último bebé?
- Excelente ..... 1  
Muy Bueno ..... 2  
Bueno ..... 3  
Justo o un poco mal ..... 4  
Pobre o mal ..... 5
62. ¿Tuvo usted depresión postnatal?
- Si ..... 1  
No ..... 0

63. Pensando en su embarazo, ¿qué piensa que pudo haberla ayudado mejor durante su último embarazo?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
64. ¿Nació su bebé vivo?  
Si 1 → **PASE A LA PREGUNTA #65**  
No 0 → Por favor acepta nuestra condolencia más profunda. Si podemos ayudarle, por favor llámanos al 213-639-6463. No necesita usted contestar la próxima sección.  
**PASE A LA PREGUNTA #72**
- Gracias por terminar la última sección. En la próxima sección, queremos saber sobre sus experiencias con su parto.
65. Después de que nació su bebé, ¿estuvo él o ella en una unidad de cuidado intensivo (NICU)? Una unidad de cuidados intensivos es un departamento del hospital donde un bebé puede ser observado constantemente y detenidamente.
- Si ..... 1  
→ **¿Cuánto tiempo se quedó en el hospital?**  
Menos de 24 hora (menos de 1 día) 1  
De 24 a 48 horas (1 a 2 días) 2  
De 3 a 5 días..... 3  
De 6 a 14 días..... 4  
Mi bebe todavía está en el hospital 5  
No ..... 0  
No sé ..... 89
66. ¿Se llevó usted a casa a su bebé después de que salió del hospital?  
Si 1 → **PASE A LA PREGUNTA #67**  
No 0 → **PASE A LA PREGUNTA #72**