

Encuesta después del parto de Thriving Hearts

Gracias por participar en el estudio de Thriving Hearts.

Nuestro equipo quiere saber qué atención recibió durante el embarazo, el parto y después del nacimiento de su bebé. También queremos saber qué tipo de ayuda y apoyo recibió. Sus respuestas nos ayudarán a mejorar la atención para las familias de Carolina del Norte.

Su atención durante el embarazo

1. ¿A dónde acudió para recibir atención prenatal? Si acudió a más de una clínica o consultorio médico, elija el consultorio médico en el que tuvo la mayoría de sus visitas de atención médica durante el embarazo.
[Lista desplegable de clínicas en los condados de Thriving Hearts, con opción a "Otro"]
2. ¿Tuvo una visita después del parto?
 Tuve una visita en el consultorio
 Tuve una visita por video
 No tuve una visita después del parto

Escala de atención de maternidad centrada en la persona

Para estas preguntas, piense en la atención que recibió durante el embarazo. Para las preguntas sobre los proveedores, piense en el equipo de atención durante el embarazo: médicos, enfermeros, comadronas y demás personal que la atendió

1. ¿Qué le pareció la cantidad de tiempo que el proveedor pasó con usted? (por ejemplo, ¿se apresuró o se tomó su tiempo?)
 0. Fue lo necesario
 1. Fue algo breve
 2. Fue muy breve
 3. Fue extremadamente breve
2. Durante el embarazo, ¿se presentaron los proveedores la primera vez que vinieron a verla? (Si solo la atendió un proveedor y este se presentó, puede seleccionar sí, todos ellos)
 0. No, ninguno de ellos
 1. Sí, algunos de ellos
 2. Sí, la mayoría de ellos
 3. Sí, todos ellos
3. ¿La trataron con respeto los proveedores?
 0. No, nunca
 1. Sí, algunas veces
 2. Sí, la mayor parte del tiempo
 3. Sí, todo el tiempo
4. ¿Consideró que valoraron su experiencia y sus conocimientos?

0. No, nunca
 1. Sí, algunas veces
 2. Sí, la mayor parte del tiempo
 3. Sí, todo el tiempo
5. ¿Consideró que los proveedores la escucharon y atendieron?
0. No, nunca
 1. Sí, algunas veces
 2. Sí, la mayor parte del tiempo
 3. Sí, todo el tiempo
6. ¿Tocaron a la puerta de su habitación los proveedores y esperaron una respuesta antes de entrar?
0. No, nunca
 1. Sí, algunas veces
 2. Sí, la mayor parte del tiempo
 3. Sí, todo el tiempo
 4. No corresponde
7. Durante los exámenes (como los exámenes abdominales y pélvicos), ¿la cubrieron con una manta o pusieron una cortina para que no se sintiera expuesta?
0. No, nunca
 1. Sí, algunas veces
 2. Sí, la mayor parte del tiempo
 3. Sí, todo el tiempo
 4. No corresponde
8. ¿Le pareció que los proveedores y el personal mantuvieron confidencial y privada su información médica?
0. No, nunca
 1. Sí, algunas veces
 2. Sí, la mayor parte del tiempo
 3. Sí, todo el tiempo
9. ¿La hicieron participar los proveedores en las decisiones sobre su atención?
0. No, nunca
 1. Sí, algunas veces
 2. Sí, la mayor parte del tiempo
 3. Sí, todo el tiempo
10. ¿Le explicaron los proveedores por qué le estaban haciendo exámenes o procedimientos?
0. No, nunca
 1. Sí, algunas veces
 2. Sí, la mayor parte del tiempo
 3. Sí, todo el tiempo
11. ¿Le pidieron los proveedores u otro personal su permiso/consentimiento antes de tocarla o hacerle exámenes o procedimientos?
0. No, nunca
 1. Sí, algunas veces
 2. Sí, la mayor parte del tiempo
 3. Sí, todo el tiempo
12. ¿Le preguntaron los proveedores por su bienestar emocional?

- 0. No, nunca
 - 1. Sí, algunas veces
 - 2. Sí, la mayor parte del tiempo
 - 3. Sí, todo el tiempo
13. ¿Le dieron los proveedores recursos para ayudarla con su bienestar emocional?
- 0. No, nunca
 - 1. Sí, algunas veces
 - 2. Sí, la mayor parte del tiempo
 - 3. Sí, todo el tiempo
 - 4. No corresponde
14. ¿Le pareció que podía hacer a sus proveedores cualquier pregunta que tuviera?
- 0. No, nunca
 - 1. Sí, algunas veces
 - 2. Sí, la mayor parte del tiempo
 - 3. Sí, todo el tiempo
15. ¿La animaron los proveedores a hacerles preguntas?
- 0. No, nunca
 - 1. Sí, algunas veces
 - 2. Sí, la mayor parte del tiempo
 - 3. Sí, todo el tiempo
16. ¿Verificaron los proveedores que usted había entendido la información que le dieron?
- 0. No, nunca
 - 1. Sí, algunas veces
 - 2. Sí, la mayor parte del tiempo
 - 3. Sí, todo el tiempo
17. ¿Cree que respondieron a sus preguntas?
- 0. No, nunca
 - 1. Sí, algunas veces
 - 2. Sí, la mayor parte del tiempo
 - 3. Sí, todo el tiempo
 - 4. No tuve ninguna pregunta
18. ¿Le dieron los proveedores información que mostrara que se preocupaban por usted?
- 0 No, nunca
 - 1 Sí, algunas veces
 - 2 Sí, la mayor parte del tiempo
 - 3 Sí, todo el tiempo
19. ¿Respetaron los proveedores a su familia o a los acompañantes que estaban con usted?
- 0. No
 - 1. Sí, algunas veces
 - 2. Sí, la mayor parte del tiempo
 - 3. Sí, todo el tiempo
 - 4. No corresponde
20. ¿Consideró que sus proveedores la evitaron, ignoraron o desatendieron?
- 0. No, nunca
 - 1. Sí, una vez

- 2. Sí, algunas veces
 - 3. Sí, muchas veces
21. ¿Consideró que los proveedores le gritaron, regañaron, insultaron, amenazaron o le hablaron de manera grosera?
- 0. No, nunca
 - 1. Sí, una vez
 - 2. Sí, algunas veces
 - 3. Sí, muchas veces
22. ¿Consideró que los proveedores la trataron con rudeza, la sujetaron o la restringieron físicamente?
- 0. No, nunca
 - 1. Sí, una vez
 - 2. Sí, algunas veces
 - 3. Sí, muchas veces
23. ¿Consideró que sus proveedores la atendieron lo mejor posible?
- 0. No, nunca
 - 1. Sí, algunas veces
 - 2. Sí, la mayor parte del tiempo
 - 3. Sí, todo el tiempo
24. ¿Consideró que podía confiar plenamente en sus proveedores de atención?
- 0. No, nunca
 - 1. Sí, algunas veces
 - 2. Sí, la mayor parte del tiempo
 - 3. Sí, todo el tiempo
25. ¿Diría que la discriminaron por su raza, origen étnico, cultura, sexo, orientación sexual, idioma, estatus migratorio, religión, ingresos, educación, edad, estado civil, número de hijos, estado de seguro u otros atributos?
- 0. No, nunca
 - 1. Sí, algunas veces
 - 2. Sí, la mayor parte del tiempo
 - 3. Sí, todo el tiempo
26. En general, ¿se sintió físicamente segura en las clínicas o en sus alrededores?
- 0. No, nunca
 - 1. Sí, algunas veces
 - 2. Sí, la mayor parte del tiempo
 - 3. Sí, todo el tiempo

Pregunte, entienda, recuerde

Voy a hacerle unas cuantas preguntas sobre sus visitas de atención médica durante el embarazo y después del nacimiento de su bebé. Piense en el equipo de atención durante el embarazo: médicos, enfermeros, comadronas y demás personal que la atendió. ¿Está DE ACUERDO o EN DESACUERDO con estas declaraciones?

	Muy de acuerdo	Un poco de acuerdo	Un poco en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Para mí es fácil hacer preguntas al equipo de atención del embarazo.	4	3	2	1
Para mí es fácil pedir ayuda si no entiendo algo.	4	3	2	1
Para mí es fácil entender las instrucciones del equipo de atención del embarazo.	4	3	2	1
Para mí es fácil recordar las instrucciones del equipo de atención del embarazo.	4	3	2	1

Bienestar WHO-5

Indique para cada una de las cinco declaraciones cuál se acerca más a cómo se ha sentido en las últimas dos semanas.

Durante las últimas dos semanas...	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Menos de la mitad del tiempo	Algo de tiempo	En ningún momento
Me he sentido alegre y con buen ánimo	5	4	3	2	1	0
Me he sentido calmada y relajada	5	4	3	2	1	0
Me he sentido activa y vigorosa	5	4	3	2	1	0
Me desperté fresca y descansada	5	4	3	2	1	0
Mi vida cotidiana se ha llenado de cosas que me interesan	5	4	3	2	1	0

Breve sentido de comunidad

Abajo hay un grupo de declaraciones sobre su **comunidad**. Indique en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con estas declaraciones marcando la casilla correspondiente.

	Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Puedo obtener lo que necesito en esta comunidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta comunidad me ayuda a cubrir mis necesidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me considero un miembro de esta comunidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertenezco a esta comunidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puedo opinar sobre lo que ocurre en mi comunidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sobre la atención durante el último embarazo, parto y después del parto

1. Durante su embarazo, parto o después del parto, ¿ha visto, oído o recibido alguna información o material con el lema "Thriving Hearts" aparte de esta encuesta?

Sí
 No

- a. Si respondió sí, ¿cómo se enteró de Thriving Hearts?

Un cartel
 Un volante o folleto impreso
 Me inscribí para recibir mensajes de texto
 Recibí un kit de atención para monitorear mi presión arterial en casa
 Recibí un anuncio sobre un evento de la comunidad
 Asistí a un evento de la comunidad
 Otro, especifique: _____

2. Durante su embarazo más reciente, ¿recibió información sobre las "señales de alarma" médicas a las que debe estar atenta durante y después del embarazo y que necesitan atención médica inmediata? Algunas de estas "señales de alarma" de salud materna incluyen fiebre, dolores de cabeza frecuentes o intensos, mareos o dolor de estómago intenso.

Sí
 No
 No recuerdo

- a. Si respondió Sí: Durante su embarazo más reciente, ¿recibió información sobre las señales de alarma de salud materna de alguna de estas fuentes?

No Sí

Un proveedor de atención médica del equipo de atención durante el embarazo (médicos, enfermeros, comadronas y demás personal que la atendió)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitios web o redes sociales (como TikTok, Instagram, Bluesky, Facebook o X)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cualquier fuente de información que usara el lema "Escúchela" (como sitios web, redes sociales o folletos en papel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familia o amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administrador de atención durante el embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajador médico de la comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comadrona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cualquier fuente de información que usara el lema "Thriving Hearts" (como mensajes de texto, sitios web, videos, redes sociales o volantes en papel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Durante alguna de sus visitas prenatales, ¿habló su equipo de atención del embarazo sobre alguna de las siguientes cosas?

	No	Sí	No lo recuerdo
a. ¿Habló conmigo sobre mi riesgo de tener problemas de presión alta o preeclampsia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Me recomendó que revise mi presión arterial en casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Me recomendó tomar aspirina en dosis bajas (para bebés) durante el embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si respondió Sí a monitorear la presión arterial en casa (3b):

¿Hizo el equipo de atención durante el embarazo alguna de las siguientes cosas para ayudarla a tomarse la presión arterial en casa?

	No	Sí	No lo recuerdo
Me dijeron que comprara un monitor de presión arterial para usarlo en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me medí el brazo para revisar el tamaño del monitor de presión arterial que necesitaba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordinaron el envío a domicilio de un monitor de presión arterial cubierto por mi seguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me dieron un monitor de presión arterial para uso en casa durante una visita en la clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si respondió Sí a tomar aspirina (3c):

¿Hizo el equipo de atención durante el embarazo alguna de las siguientes cosas para ayudarla a recibir aspirina?

	No	Sí	No lo recuerdo
La clínica me dio un frasco de aspirina de dosis baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un proveedor recetó aspirina de dosis baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un proveedor me dijo que comprara aspirina de dosis baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Con qué frecuencia tomaba aspirina en dosis bajas?

Tomé aspirina de dosis baja la mayoría de los días

- Tomé aspirina de dosis baja algunos días
- No tomé aspirina de dosis baja
- No lo recuerdo

4. ¿Le ha preguntado el equipo de atención durante el embarazo sobre aspectos de su vida como el acceso a la comida, el desplazamiento, la vivienda, las facturas y si se siente segura en casa?

- Sí
- No
- No lo recuerdo

5. ¿Le informó su equipo de atención durante el embarazo sobre programas o servicios útiles en su área? Puede tratarse de eventos para embarazadas y familias, grupos de apoyo, material gratuito para el bebé, ayuda del seguro, WIC, bancos de pañales, transporte al médico o asistencia jurídica gratuita.

- Sí
- No
- No lo recuerdo

Si respondió Sí a 4 o 5:

¿Qué le preguntaron y qué información obtuvo?

	El equipo preguntó sobre esto	El equipo me habló sobre los programas o servicios
Cómo conseguir comida sana (tener suficiente comida buena para comer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cómo llegar a los lugares (por ejemplo, necesitar dinero para gasolina o para ir al médico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cómo pagar los servicios públicos (por ejemplo, electricidad, calefacción o agua)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cómo sentirse segura (en casa o en sus relaciones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda (no puede pagar el alquiler o su casa no es segura)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo (se quedó sin trabajo, le preocupa conservarlo o las condiciones laborales son malas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dinero (es difícil pagar las facturas o comprar las cosas que necesita)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado infantil (no encuentra o no puede pagar a alguien que cuide de sus hijos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguro médico (perdió la cobertura o necesita ayuda para inscribirse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ayuda legal (por ejemplo, si le quitaron los beneficios, necesita protección de alguien, su arrendador no arregla las cosas o tiene problemas de inmigración, custodia, trabajo o vivienda)	[]	[]
Salud mental (se siente triste, estresada o necesita a alguien con quien hablar)	[]	[]
Fumar, beber alcohol o consumir drogas (problema con el consumo de sustancias)	[]	[]

Si respondió Sí a la pregunta 5 (¿Le informó su equipo de atención durante el embarazo sobre programas o servicios útiles en su comunidad?):

- a. ¿Informó a su equipo de atención médica sobre algún problema antes de que le dieran información sobre cómo obtener ayuda?

- Sí, solo me dieron información después de que les comenté un problema.
 A veces.
 No, me dieron información, aunque yo no dijera que tenía un problema.
 No me recuerdo.

- b. ¿Quién le dio información sobre los programas y servicios?

	No	Sí
Un proveedor de atención médica del equipo de atención durante el embarazo (médicos, enfermeros, comadronas y demás personal que la atendió)	[]	[]
Sitios web o redes sociales (como TikTok, Instagram, Bluesky, Facebook o X)	[]	[]
<hr/>		
Familia o amigos	[]	[]
Administrador de atención durante el embarazo	[]	[]
Trabajador médico de la comunidad	[]	[]
Comadrona	[]	[]
Cualquier fuente de información que usara el lema “Thriving Hearts” (como mensajes de texto, sitios web, videos, redes sociales o volantes en papel)	[]	[]

- c. ¿Qué tan útil fue la información que obtuvo?

- Extremadamente útil
 Muy útil
 Útil
 Un poco útil
 Para nada útil

Sobre usted

1. ¿Qué grupo o grupos describen su origen racial? (**Marque todas las que correspondan**)
- Negro o afroamericano
 Blanco
 Hawaiano o de otra isla del Pacífico
 Asiático oriental (por ejemplo, China, Japón, Corea del Norte o del Sur)

- Asiático del sur (por ejemplo, India, Pakistán, Sri Lanka, Nepal)
- Nativo americano o nativo de Alaska
- Medio Oriente
- Alguna otra raza no listada arriba: Díganos _____
- Prefiero no contestar

2. ¿Se considera hispana?

- Sí
- No
- Prefiero no contestar

3. ¿Cuál es su estado actual de relación?

- Soltera
- Casada
- En una relación comprometida (no casada legalmente)
- Separada
- Divorciada
- Viuda
- Prefiero describirlo: _____
- Prefiero no contestar

4. Durante su último embarazo, ¿qué tipo de seguro médico tenía?

Marque TODO lo que corresponda

- Seguro médico privado (yo lo pago, alguien más lo paga, por medio de un trabajo)
 - Medicaid
 - Cobertura de escala variable de un centro médico a nivel federal calificado o departamento de salud local
 - TRICARE u otro centro de atención médica militar
 - Servicios de Salud Indígena (IHS) o tribal
 - Otro seguro médico
- Díganos:

No tuve seguro médico durante el embarazo

Prefiero no contestar

Si es Medicaid:

4a. ¿Qué plan Medicaid tenía?

- AmeriHealth Caritas
- Carolina Complete Health
- Healthy Blue
- UnitedHealthcare Community Plan
- WellCare
- Alliance Health
- Partners Health Management
- Trillium Health Resources
- Vaya Total Care
- NC Medicaid Direct o EBCI Tribal Option
- No sé

4b.

¿Tenía Medicaid antes de saber que estaba embarazada?

- Sí, tenía Medicaid regular

- Sí, tenía Family Planning Medicaid
 No, no tenía Medicaid

Si es un seguro médico privado, Medicaid, Tricare, IHS u otro seguro médico

Durante su embarazo más reciente, ¿recibió información de su seguro médico sobre cosas útiles como aplicaciones para el embarazo, líneas directas de enfermeros, visitas médicas en video, baby showers o artículos gratuitos para el bebé como una cuna, una silla para el auto o un extractor de leche?

- Sí
 No

Si respondió Sí, ¿Pidió a su seguro médico alguna de estas cosas útiles?

- Sí
 No

Si respondió Sí, ¿recibió lo que pidió?

- Sí, recibí todo lo que pedí
 Recibí algunas de las cosas que pedí
 Pedí cosas, pero nunca me las dieron

Sobre su bebé

1. ¿Está vivo su bebé ahora?

- No → Lamentamos su pérdida. [Vaya al final de las preguntas de la encuesta para el bebé que ya no está vivo]
 Sí

2. ¿Vive su bebé con usted ahora?

- No → Vaya al final de la encuesta
 Sí

3. ¿Cuántas semanas o meses alimentó a su bebé con leche materna?

Marque UNA respuesta

- a. No amamanté a mi bebé
b. Amamanté a mi bebé por menos de una semana
c. Amamanté a mi bebé por: _____ semanas O _____ meses
d. Sigo amamantando a mi nuevo bebé o le doy leche extraída

4. [Si todavía está amamantando: (3d marcado)] ¿Le ha dado fórmula a su bebé alguna vez?

- Sí
 No

5. [Si le dio fórmula (Si 3c, o si 4 = sí)] ¿Qué edad tenía su bebé cuando lo alimentó por primera vez con fórmula?

_____semanas O _____meses

[Si dejó de amamantarlo (3b o 3c= marcado)]

6. ¿Amamantó durante el tiempo que quería?

- Sí

No

[Si alguna vez amamantó (3b, 3c o 3d marcado)]

7. ¿Cómo fue amamantar para usted? (de Kellams y otros: [Referencia en SharePoint](#))

	Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Hubo alguien que me escuchó y me ayudó con la lactancia materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuve los recursos necesarios para continuar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuve el apoyo que necesitaba para seguir adelante (por ejemplo, ayuda de otras personas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuve éxito en mi proceso de lactancia materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando tuve preguntas sobre la lactancia materna, pude obtener respuestas adaptadas a mis necesidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

You're not alone

Pregnant or just had a baby? The National Maternal Mental Health Hotline is free, confidential, and here to help, 24/7.

1-833-TLC-MAMA



Postpartum Support International ofrece más de 50 grupos de apoyo virtual GRATUITOS. Revise sus recursos aquí: <https://postpartum.net/get-help/psi-online-support-meetings/>

Fin de la encuesta - el bebé ya no vive

Lamentamos mucho su pérdida. Al final de la encuesta, compartiremos algunos recursos para apoyar a las familias después de la pérdida de un bebé. La Línea de Asistencia a la Salud Mental Materna es gratuita, confidencial y está disponible las 24 horas del día llamando al 1-833-852-6262 (1-833-TLC-MAMA).

1. ¿Hay algo más que le gustaría compartir con nosotros sobre su embarazo, parto o experiencia después del parto?
[Texto libre]

Le agradecemos que se haya tomado el tiempo para completar esta encuesta. Sus comentarios nos ayudarán a mejorar la atención para las familias de Carolina del Norte. Como agradecimiento por compartir sus experiencias, le enviaremos un enlace con una tarjeta de regalo digital de \$20. Díganos la mejor dirección de correo electrónico para enviarla:

[_____] (Campo validado como dirección de correo electrónico)

Debería recibir su tarjeta de regalo digital en un plazo de 10 días laborables.

Prefiero recibir mi tarjeta de regalo por correo postal

Dirección postal:

¿Quiere recibir información actualizada sobre el estudio por correo electrónico?

- Sí
 No

¿Le interesaría hablar con un miembro del equipo de investigación sobre sus experiencias como parte del estudio Thriving Hearts? Recibiría una tarjeta de regalo como agradecimiento por su tiempo.

- Sí
 No

Si respondió Sí:

¿Cuál es la mejor manera de contactarla?

- Correo electrónico
 Texto
 Teléfono
 Correo

Si es correo electrónico: Escriba la dirección de correo electrónico

Si es por mensaje de texto/teléfono: escriba el teléfono

Si tiene alguna pregunta sobre el estudio, escriba a ThrivingHeartsNC@unc.edu.

Merece recibir apoyo

Postpartum Support International ofrece grupos de apoyo virtuales gratuitos para familias que han sufrido una pérdida. Puede obtener más información aquí:

https://postpartum.net/get-help/psi-online-support-meetings/?tx_group_category=loss-and-grief-support

El sitio web del proyecto 4.º trimestre ofrece aquí información y recursos de apoyo después de la pérdida:
https://newmomhealth.com/self_care_topics/loss/

You're not alone

Pregnant or just had a baby? The National Maternal Mental Health Hotline is free, confidential, and here to help, 24/7.

1-833-TLC-MAMA

 Text

 Call



La Línea Nacional de Asistencia a la Salud Mental Materna es gratuita, confidencial y está para ayudarla, 24/7 llamando al 1-833-852-6262 (1-833-TLC-MAMA).

