Versión en Español

2004

MIHA

Maternal and Infant Health Assessment

"Para mamás y bebés más sanos"

Centro de Estudíos y Encuestas • Universidad de California en Berkeley • (510) 643-5220

Sabemos que usted está muy ocupada en esta época. ¡Gracias por su ayuda!

Por favor, llene la encuesta de la siguiente manera:

- Por favor, trate de contestar todas las preguntas.
- La mayoría de las preguntas se contesta marcando un cuadro o escribiendo un número o algunas palabras sobre una linea.
- Nunca marque más de un cuadro, a menos que se le indique **"Por favor marque todas las respuestas que se apliquen".**
- A veces, le pidemos que se salte una pregunta. Una pequeña flecha le indicará cuál es la siguiente pregunta que deberá contestar, por ejemplo: .

  ☒ Sí ⟶ **Pase a la pregunta 1** ☐ No

- Si ninguna de las respuestas es la correcta para usted, por favor marque la que más se le parezca. Si puede, por favor escríbanos una nota con más información.
- Si necesita ayuda con el cuestionario o si quisiera completarlo por teléfono, lláme a Toni Clark por cobrar al 0-510-643-5220.

La última página del cuestionario le pide su dirección para que podamos enviarle un cheque por **$10** para darle las gracias. No olvide llenar esa página. Luego, por favor de enviarnos el cuestionario por correo en el sobre que incluimos. No necesita ponerle timbres postales.

Por favor, lea esta información antes de empezar

- Puede decidir participar o no.
- El que conteste o no conteste las preguntas del cuestionario **no** afectará la atención médica ni los beneficios que usted pudiera recibir.
- Usted puede saltarse las preguntas que no quiera contestar.
- Sus respuestas son confidenciales.
- Si usted tiene alguna pregunta, puede llamar a Toni Clark por cobrar al 0-510-643-5220.

¡Muchas gracias!

INTRODUCCIÓN

1. ¿Cuál es la fecha de hoy?

   _____ _____, _____
   mes día año

2. ¿Cuándo nació su último bebé?

   _____ _____, _____
   mes día año

   A este nacimiento lo llamaremos su ÚLTIMO PARTO o EMBARAZO.

ANTES DE SU ÚLTIMO EMBARAZO

3. Sin contar al último parto, ¿tuvo usted algún bebé que pesó menos de 5 libras, 8 onzas (2 kilos) al nacer?

   [1] ❑ Sí
   [2] ❑ No

4. Sin contar al último parto, ¿tuvo usted algún bebé que nació prematuramente (antes de alcanzar las 37 semanas de embarazo)?

   [1] ❑ Sí
   [2] ❑ No

5. Justo antes de quedar embarazada para su último parto, ¿tenía usted un doctor, enfermera o clínica al que generalmente iba si quería cuidado médico?

   [1] ❑ Sí
   [2] ❑ No

JUSTO ANTES Y DURANTE SU ÚLTIMO EMBARAZO.

6. Justo antes de quedar embarazada ¿cuánto pesaba usted?

   _____ libras **O** _____ kilos

7. ¿Cuánto subió de peso durante su último embarazo?

   _____ libras **O** _____ kilos

8. ¿Cuánto mide usted sin zapatos?

   _____ pies y _____ pulgadas

   O _____ metros y _____ centímetros

9. ¿Cómo calificaría su salud justo antes de quedar embarazada?

   [1] ❑ Excelente
   [2] ❑ Buena
   [3] ❑ Regular
   [4] ❑ Mala

10. ¿Cómo calificaría su salud durante su último embarazo?

    [1] ❑ Excelente
    [2] ❑ Buena
    [3] ❑ Regular
    [4] ❑ Mala

11. ¿Aproximadamente cuántas semanas **o** meses de embarazo tenía usted cuando se sintió segura de que estaba embarazada? (Por ejemplo, se hizo una prueba para el embarazo en su hogar, un doctor o enfermera le dijo que estaba embarazada, o simplemente estaba segura de ello.)

    _____ semanas **O** _____ meses

Ahora, tenemos unas cuantas preguntas sobre su salud y la atención médica.

12. ¿Tuvo Ud. alguno de estos problemas de salud durante su último embarazo?

	Sí, tuve ese problema	No, no tuve ese problema
A. Dolores de parto más de 3 semanas antes de la fecha en que le habían dicho que su bebé iba a nacer (dolores de parto antes de tiempo o prematuros)	[1] ❑	[2] ❑
B. Se le rompió la fuente más de 3 semanas antes de la fecha en que le habían dicho que su bebé iba a nacer (ruptura prematura de las membranas)	❑	❑
C. Alta presión arterial	❑	❑
D. Pre-eclampsia, eclampsia o toxemia	❑	❑
E. Nivel alto de azúcar en la sangre (diabetes)	❑	❑
F. Problemas con la placenta (como desprendimiento de la placenta, placenta previa, placenta baja)	❑	❑
G. Sangrado vaginal	❑	❑
H. Le tuvieron que coser el cuello del útero para cerrarlo (cerclaje, cervix incompetente)	❑	❑
I. Infección en los riñones o en la vejiga (vías urinarias)	❑	❑
J. Nausea intensa, vómitos intensos o deshidratación	❑	❑
K. Fue lastimada durante un accidente de coche	❑	❑
L. Otro problema de salud (**Por favor díganos:** _____)	❑	❑

13. Esta es una lista de algunos problemas de los dientes o boca que pueden padecer las mujeres. Para cada uno, por favor díganos si fue un problema para Ud. durante su último embarazo.

	Sí, tuve ese problema	No, no tuve ese problema
A. Me dió dolor de muelas	❑	❑
B. Se me aflojó un diente o una muela	❑	❑
C. Me sangraron mucho las encías	❑	❑
D. Tuve encías dolorosas, rojas, o inflamadas	❑	❑
E. Me salieron caries que había que curar	❑	❑
F. Me sacaron una muela o un diente	❑	❑
G. Otro problema (**Por favor, diganos:** _____)	❑	❑

14. Durante su último embarazo, ¿fue usted al dentista o a una clínica dental?

[1] ❑ Sí → **Pase a la pregunta 16 en la próxima página**

[2] ❑ No

15. Cual fue la razón PRINCIPAL por la que no fue al dentista o a la clínica dental?
(**Por favor, marque sólo una respuesta.**)

- [1] ❑ No necesitaba ir
- [2] ❑ No se me ocurrió hacerlo
- [3] ❑ No tenía seguro dental o costaba demasiado
- [4] ❑ No me gusta ir al dentista
- [5] ❑ Yo estaba muy ocupada
- [6] ❑ Mi doctor o enfermera me dijo que no fuera al dentista durante el embarazo.
- [7] ❑ Alguien en la oficina de mi dentista me dijo que esperara hasta después del embarazo.
- [8] ❑ Leí o escuché que no es seguro ir al dentista durante el embarazo.
- [9] ❑ Otro (**Por favor díganos**:

  _____)

16. A. Cuando quedó embarazada, ¿estaba usando métodos anticonceptivos tales como píldoras anticonceptivas, condones, inyecciones, el ritmo, retiro, o algún otro método para evitar el embarazo?

- [1] ❑ Sí, siempre ⟶ **Pase a la pregunta 18 en la próxima página**
- [2] ❑ Sí, a veces ⟶ **Pase a la pregunta 17**
- [3] ❑ No

B. ¿Eso se debió a que quería quedar embarazada o tenía usted alguna otra razón?

- [1] ❑ Quería quedar embarazada ⟶ **Pase a la pregunta 18 en la próxima página**
- [2] ❑ Alguna otra razón

17. Esta es una lista de algunas razones por las que una mujer podría no usar un método anticonceptivo para evitar el embarazo. Para cada una de ellas, por favor díganos si fue una razón para usted.

	Sí, fue una razón	No, no fue una razón
A. No pensé que iba a tener relaciones sexuales.....	[1] ❑	[2] ❑
B. No pensé que pudiera quedar embarazada.....	❑	❑
C. Se me acabó el anticonceptivo que usaba ..	❑	❑
D. No pude obtener una cita para conseguir el anticonceptivo cuando la necesitaba.....	❑	❑
E. No quería tener los efectos secundarios que pueden causar los anticonceptivos.	❑	❑
F. Temía que los anticonceptivos fueran dañinos para mi salud.....	❑	❑
G. Mi esposo o pareja no quería utilizar control anticonceptivo	❑	❑
H. No tenía dinero para pagar los anticonceptivos o mi seguro no los cubría	❑	❑
I. El control anticonceptivo va en contra de mi religión	❑	❑
J. No tenía una razón especial, solamente no usaba anticonceptivos	❑	❑
K. Alguna otra razón.....	❑	

(**Por favor díganos:** _____

_____

_____)

Ahora, tenemos algunas preguntas sobre el cuidado prenatal. "Cuidado prenatal" es decir atención médica para el embarazo.

18. ¿Recibió usted algún tipo de cuidado prenatal durante su último embarazo? (Sin contar una visita sólo para hacerse la prueba del embarazo.)

[1] ❑ Sí

[2] ❑ No

19. A. ¿Aproximadamente cuántas semanas **o** meses de embarazo tenía usted cuando intentó por vez primera obtener una cita para recibir cuidado prenatal? (Sin contar una cita sólo para hacerse la prueba del embarazo.)

_____ semanas **O** _____ meses

[x] ❑ Nunca intenté de hacer una cita para recibir cuidado prenatal

B. ¿Y aproximadamente cuántas semanas **o** meses de embarazo tenía usted cuando tuvo su primera visita para recibir cuidado prenatal? (Sin contar una visita sólo para hacerse la prueba del embarazo.)

_____ semanas **O** _____ meses

[x] ❑ Nunca recibí cuidado prenatal

20. A. ¿Recibió cuidado prenatal tan temprano como lo quiso durante su embarazo?

[1] ❑ Sí

[2] ❑ No

[3] ❑ No quería recibir cuidado prenatal

B. En términos generales, ¿en su opinión qué tan importante era para las personas más cercanas a usted que Ud. recibiera cuidado prenatal durante su último embarazo?

[1] ❑ Muy importante

[2] ❑ Algo importante

[3] ❑ No muy importante

[4] ❑ Nada importante

[5] ❑ No estoy segura

21. Esta es una lista de unos problemas que pueden tener algunas mujeres para recibir cuidado prenatal. Para cada uno, por favor díganos si fue un problema para usted.

	Sí, fue un problema	No, no fue un problema
A. No sabía que podía yo obtener Medi-Cal para el cuidado prenatal	[1] ❑	[2] ❑
B. Tuve problemas para encontrar un lugar que aceptara mi seguro o Medi-Cal	❑	❑
C. No sabía a dónde ir para recibir cuidado prenatal...	❑	❑
D. Tuve problemas para poderme comunicar por teléfono y hacer una cita .	❑	❑
E. Tuve problemas para conseguir una cita a una hora o día conveniente para mí	❑	❑
F. No tenía cómo transportarme a la clínica o al consultorio.....	❑	❑
G. No había nadie para cuidar a mis hijos	❑	❑
H. Tenía demasiados otros problemas.....	❑	❑
I. ¿Algún otro problema para recibir cuidado prenatal?.....	❑	❑

(**Por favor díganos:** _____)

22. Durante alguna de sus consultas médicas prenatales, ¿algún doctor, enfermera u otro profesional de salúd habló con usted sobre cómo puede afectar al bebé el VIH (el virus que causa el SIDA)?

[1]❑ Sí
[2]❑ No
[3]❑ Nunca recibí cuidado prenatal

23. A. ¿En algún momento durante su último embarazo o parto le hicieron una prueba del VIH (el virus que causa el SIDA)?

[1]❑ Sí → **Pase a la pregunta 24**
[2]❑ No
[3]❑ No me acuerdo

B. Éstas son algunas de las razones por las que a algunas mujeres no se les hace la prueba del VIH durante el embarazo. Por favor, díganos si alguna de estas razones fue el motivo por el que no le hicieron la prueba del VIH durante su último embarazo.

	Sí, fue una de las razones	No, no fue una de las razones
a. No me ofrecieron hacerme la prueba.....	[1]❑	[2]❑
b. Pensaba que no tenía el VIH	❑	❑
c. Me hice la prueba del VIH antes de quedar embarazada y pensé que no necesitaba hacerla otra vez	❑	❑
d. Quise hacerme la prueba, pero tuve problemas para hacerla.....	❑	❑
e. No estaba segura de querer saber el resultado.....	❑	❑
f. Otra ..... (**Por favor díganos:** _____)	❑	❑

24. A. Durante su embarazo, ¿algún doctor, enfermera o partera le ofreció hacerse una prueba para saber si su bebé pudiera tener un defecto congénito? (Pruebas para defectos congénitos incluyen la AFP, la prueba ampliada de AFP, la amniocentesis, chorionic villus sampling [CVS], u alguna otra prueba.)

[1]❑ Sí
[2]❑ No → **Pase a la pregunta 26 en la próxima página**
[3]❑ No recuerdo

B. ¿Eligió hacerse una prueba para detectar defectos congénitos?

[1]❑ Sí
[2]❑ No → **Pase a la pregunta 25**

C. ¿Qué prueba se hizo? **Marque todas las respuestas que correspondan.**

[1]❑ AFP o la prueba ampliada de AFP
[1]❑ Amniocentesis (amnio)
[1]❑ Chorionic villus sampling (CVS)
[1]❑ NT, nuchal translucency (transluminosidad de area nucal)
[1]❑ Otra (**Por favor, especifique**: _____)
[1]❑ Quise hacerme la prueba pero tuve problemas para hacerla

→ **Pase a la pregunta 26 en la próxima página**

25. ¿Porqué decidió no hacerse una prueba? **Marque todas las respuestas que se aplique.**

[1]❑ Tenía miedo que le haría daño al bebé
[1]❑ No quería saber los resultados
[1]❑ Mi pareja o mi familia no quería que me hiciera una prueba
[1]❑ No haría nada diferente si supiera que mi bebé tiene un defecto
[1]❑ Otro (**Por favor díganos:** _____)

Ahora, tenemos unas cuantas preguntas sobre sus sentimientos y experiencias justo antes o durante su embarazo.

26. A. Pensando en el momento justo antes de quedar embarazada, ¿como se sentía respecto a quedar embarazada?

- [1] ❑ Quería quedar embarazada en ese momento
- [2] ❑ Quería quedar embarazada más adelante
- [3] ❑ No quería quedar embarazada en ese momento ní en el futuro
- [4] ❑ No estaba segura de lo que quería

B. ¿Y cómo se sintió cuando se enteró de que realmente <u>estaba</u> embarazada?

- [1] ❑ Muy contenta
- [2] ❑ Algo contenta
- [3] ❑ Algo infeliz
- [4] ❑ Muy infeliz
- [5] ❑ No estaba segura de lo que sentía

27. Durante su embarazo, ¿se sentía triste, decaída o deprimida durante más de dos semanas seguidas?

- [1] ❑ Sí
- [2] ❑ No

28. A. Durante su embarazo, ¿algún doctor, enfermera o partera le preguntó si se sentía triste, decaída o deprimida?

- [1] ❑ Sí
- [2] ❑ No ⟶ **Pase a la pregunta 29**
- [3] ❑ No me acuerdo ⟶ **Pase a la pregunta 29**

B. Durante su embarazo, ¿algún doctor, enfermera o partera le recomendó acudir a un/a consejero/a que ayuda a las personas que se sienten tristes, decaídas o deprimidas?

- [1] ❑ Sí
- [2] ❑ No

29. Durante su embarazo, ¿tenía alguien a quien recurrir en caso de necesitar ayuda práctica, como para ir a algún sitio o ayudarle a cocinar o a hacer las compras?

- [1] ❑ Sí
- [2] ❑ No

30. Durante su embarazo, ¿tenía a alguna persona a quien recurrir para que la consolara o escuchara?

- [1] ❑ Sí
- [2] ❑ No

31. Éstas son algunas de las cosas que pueden ocurrirle a algunas mujeres durante el embarazo. Por favor, díganos si le ocurrió alguna de estas cosas durante su último embarazo.

	Sí	No
A. Un pariente cercano se puso enfermo o tuvo que ir al hospital	[1] ❑	[2] ❑
B. Me separé o divorcié de mi pareja	❑	❑
C. Me mudé a una nueva dirección	❑	❑
D. No tenía casa ni hogar	❑	❑
E. Mi esposo o pareja perdió su trabajo	❑	❑
F. Perdí mi trabajo, aunque quería seguir trabajando	❑	❑
G. Discutí con mi esposo o pareja más de lo normal	❑	❑
H. Mi esposo o pareja me dijo que no quería que estuviera embarazada	❑	❑
I. Tenía muchas cuentas que no podía pagar	❑	❑
J. Tuve una pelea física	❑	❑
K. Mi pareja/yo fue/fui a la cárcel	❑	❑
L. Alguien muy cercano a mí tuvo un problema serio con el alcohol o las drogas	❑	❑
M. Alguien muy cercano a mí murió	❑	❑

32. Durante su último embarazo, ¿sentía que su hogar o o su vecindario era seguro en cuanto al crimen?

[1] ❑ Muy seguro
[2] ❑ Algo seguro
[3] ❑ Algo inseguro
[4] ❑ Muy inseguro

Las siguientes preguntas tratan sobre las relaciones entre parejas. Por "pareja" entendemos a su esposo, pareja, novio/a *actual* o *pasado*. Recuerde que toda la información de esta encuesta es completamente confidencial.

33. Durante los 12 meses <u>antes</u> de quedar embarazada, ¿su pareja la empujó, pegó, abofeteó, pateó, estranguló o lastimó físicamente de alguna manera?

[1] ❑ Sí
[2] ❑ No

34. <u>Durante</u> su último embarazo, ¿su pareja la empujó, pegó, abofeteó, pateó, estranguló o lastimó físicamente de alguna manera?

[1] ❑ Sí
[2] ❑ No

35. A. ¿Ha fumado Ud. algún cigarrillo en los últimos 2 años?

[1] ❑ Sí

[2] ❑ No → **Pase a la pregunta 36**

B. Durante los *primeros* 3 meses de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos o cajetillas de cigarrillos fumaba en un día normal? (Una cajetilla contiene 20 cigarrillos)

_____ cigarrillos **O** ____ cajetilla(s)

[1] ❑ Menos de un cigarrillo al día

[2] ❑ No fumé nada durante los primeros 3 meses de mi embarazo

C. Durante los *últimos* 3 meses de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos o cajetillas de cigarrillos fumaba en un día normal? (Una cajetilla contiene 20 cigarrillos)

_____ cigarrillos **O** ____ cajetilla(s)

[1] ❑ Menos de un cigarrillo al día

[2] ❑ No fumé nada durante los últimos 3 meses de mi embarazo

Las siguientes 2 preguntas son sobre el consumo de alcohol. Por "alcohol" nos referimos a cualquier tipo de bebida con alcohol incluyendo cerveza, vino, licor, o una bebida mezclada con licor.

36. A. Durante los *primeros* 3 meses de su embarazo, ¿aproximadamente cuántas bebidas con alcohol tomaba en una semana normal? Por "bebida" nos referimos a una copa de vino, una bebida con vino, una lata o botella de cerveza, un trago de licor, o una bebida mezclada.

[1] ❑ No tomé en lo absoluto durante los primeros 3 meses de mi embarazo

[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

B. Durante los *últimos* 3 meses de su embarazo, ¿aproximadamente cuántas bebidas con alcohol tomaba en una semana normal?

[1] ❑ No tomé en lo absoluto durante los últimos 3 meses de mi embarazo

[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

Ahora, tenemos unas preguntas sobre el seguro médico durante el embarazo.

37. Durante su último embarazo, ¿tenía usted Medi-Cal (o algún seguro o plan de salud pagado por Medi-Cal)?

[1] ❑ Sí

[2] ❑ No → **Pase a la pregunta 40**

38. ¿Tenía usted Medi-Cal (o un seguro o plan de salud pagado por Medi-Cal) antes de que quedó embarazada?

[1] ❑ Sí → **Pase a la pregunta 43 en la próxima página**

[2] ❑ No

39. A. ¿Cuántas semanas **o** meses de embarazo tenía usted cuando *solicitó* Medi-Cal por primera vez?

_____ semanas **O** _____ meses

B. ¿Y aproximadamente cuántas semanas **o** meses de embarazo tenía usted cuando sabía que tenía Medi-Cal (o un plan de salud pagado por Medi-Cal)?

_____ semanas **O** _____ meses

→ **Ahora pase a la pregunta 41**

40. A. ¿Hizo una solicitud para obtener Medi-Cal en cualquier momento durante este embarazo?

[1] ❑ Sí

[2] ❑ No → **Pase a la pregunta 43 en la próxima página**

B. ¿Cuántas semanas **o** meses de embarazo tenía usted cuando *intentó* solicitar por primera vez Medi-Cal?

_____ semanas **O** _____ meses

41. ¿En dónde hizo usted su solicitud para obtener Medi-Cal? (Si hizo su solicitud en más de un lugar, por favor indique el primer lugar en donde hizo su solicitud.)

[1] ❑ Oficina de Medi-Cal

[2] ❑ Clínica o consultorio médico

[3] ❑ Oficina de WIC

[4] ❑ Envié mi solicitud por correo

[5] ❑ Otro lugar (**Por favor díganos:**

_____)

42. Esta es una lista de algunos problemas que la gente puede tener para solicitar Medi-Cal. Para cada uno, por favor díganos si fue un problema para usted.

	Sí, fue un problema	No, no fue un problema
A. No sabía cómo hacer la solicitud o a dónde ir.....	[1]❑	[2]❑
B. Era difícil comunicarme por teléfono con Medi-Cal o con la trabajadora de Medi-Cal	❑	❑
C. Las personas de Medi-Cal con quienes hablé fueron descorteses o no me ayudaron mucho.....	❑	❑
D. No tenía cómo transportarme a la oficina de Medi-Cal	❑	❑
E. Fue difícil llenar todas las formas y conseguir todos los papeles que necesitaba	❑	❑
F. Temía que quizás tuviera que pagarle el dinero a Medi-Cal después	❑	❑
G. Temía que al solicitar Medi-Cal podría interferir a la hora de convertirme en residente permanente o ciudadano, o al traer a familiares a los Estados Unidos	❑	❑
H. Algun otro problema	❑	❑

(**Por favor díganos:** _____

_____

_____)

43. A. Durante su último embarazo, ¿estaba usted cubierta por algún seguro privado u otro plan de salud que cubre el cuidado prenatal? Por favor, no incluya a Medi-Cal ni a ningún plan de salud pagado por Medi-Cal.

[1]❑ Sí

[2]❑ No ⟶ **Pase a la pregunta 44**

B. ¿Cómo se llamaba ese seguro privado o plan de salud?

_____

C. ¿Empezó esa cobertura antes o después de que usted quedó embarazada?

[1]❑ Antes ⟶ **Pase a la pregunta 44**

[2]❑ Después

D. ¿Aproximadamente cuantas semanas **o** meses de embarazo tenía usted cuando empezó esa cobertura?

_____ semanas **O** _____ meses

44. En este momento, ¿está usted cubierta por Medi-Cal, un seguro privado, o algún otro plan de salud para su propio cuidado médico?

[1]❑ Sí

[2]❑ No

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A SU ULTIMO PARTO.

(Si tuvo triates o cuates, por favor conteste las siguientes preguntas sobre el bebé que nació primero.)

45. ¿Está su bebé vivo ahora?

[1] ☐ Sí

¿Está viviendo con usted ahora?

[1] ☐ Sí ⟶ **Siga con la pregunta 46**

[2] ☐ No ⟶ **Pase a la pregunta 55 en la página 13**

[2] ☐ No ⟶ **Por favor, acepta nuestro más sincero pésame**

¿Cuándo murió su bebé?

_____ _____, _____
(mes) (día) (año)

☐

⟶ **Por favor pase a la pregunta 55 en la página 13**

46. A. En este momento, ¿está su bebé cubierto por Medi-Cal, un seguro privado o algún plan de salud para recibir atención médica?

[1] ☐ Sí

[2] ☐ No, mi bebé no está asegurado ⟶ **Pase a la pregunta 47 en la próxima página**

[3] ☐ No sé ⟶ **Pase a la pregunta 47 en la próxima página**

B. ¿Qué tipo de seguro o cobertura tiene su bebé?

[1] ☐ Medi-Cal

[2] ☐ Un plan de salud pagado por Medi-Cal

[3] ☐ Un seguro privado

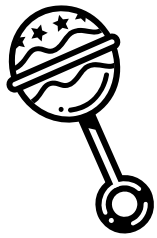
[4] ☐ El Programa de Familias Saludables (Healthy Families)

[5] ☐ Otro (**Por favor díganos:** _____ _____)

C. ¿Aproximadamente cuántas semanas **o** meses de edad tenía su bebé cuando empezó su propria cobertura de Medi-Cal, seguro privado, Healthy Families u otro plan de salud?

[x] ☐ La cobertura de mi bebé empezó desde que nació

_____ semanas **O** _____ meses



47. Desde que nació su nuevo bebé, ¿alguna vez le ha dado pecho (aunque fuera una sola vez)?

[1] ❑ Sí

[2] ❑ No ⟶ **Pase a la pregunta 52**

48. Cuando su bebé tenía dos días de nacido, ¿cómo lo alimentaba?

[1] ❑ Solamente leche de pecho

[2] ❑ Leche de pecho y fórmula

[3] ❑ Solamente fórmula

49. Cuando su bebé tenía dos meses, ¿cómo lo alimentaba?

[1] ❑ Solamente leche de pecho

[2] ❑ Mayormente leche de pecho

[3] ❑ Solamente fórmula → **Pase a la pregunta 51**

[4] ❑ Mayormente fórmula

[5] ❑ Otro (**Por favor, díganos:**

_____)

50. A. ¿Todavía le está dando pecho a su bebé?

[1] ❑ Sí

[2] ❑ No ⟶ **Pase a la pregunta 51 abajo**

B. ¿Alguna vez le ha dado fórmula a su bebé, aunque fuera una sola vez?

[1] ❑ Sí ⟶ **Pase a la pregunta 52**

[2] ❑ No ⟶ **Pase a la pregunta 53**

51. ¿Qué edad tenía su bebé cuando dejó de darle pecho?

_____ días **O** _____ semanas **O**

_____ meses

52. A los bebés se les da fórmula por diferentes razones. ¿Porqué se le dió fórmula a su bebé por primera vez? **Marque todas las respuestas que se apliquen**

[1] ❑ No tenía suficiente leche

[2] ❑ Tenía que volver a trabajar o a la escuela

[3] ❑ Dar pecho era muy doloroso para mí

[4] ❑ No me gustaba darle pecho en público o dar pecho me daba vergüenza

[5] ❑ Mi bebé no tomaba bien el pecho

[6] ❑ Un doctor o enfermera me recomendó que use fórmula

[7] ❑ Quería que mi pareja u otros pudieran alimentar a mi bebé algunas veces

[8] ❑ Pensé que la formula sería más fácil o conveniente

[9] ❑ Otro (**Por favor díganos**:

_____)

53. Antes de que su bebé tuviera dos meses de edad, ¿qué alimentos o bebidas tomó el bebé, aunque sólo fuera una vez (además de leche materna o fórmula)?

[1] ❑ Cereal

[1] ❑ Té

[1] ❑ Jugo

[1] ❑ Agua o agua azucarada, o glucosa

[1] ❑ Otro alimento o bebida
(**Por favor díganos:**_____

_____)

[1] ❑ Nada, mi bebé sólo tomó leche materna o fórmula

54. Generalmente, ¿cómo acuesta Ud. a su bebé para que duerma? **Marque sólo una respuesta.**

[1] ❑ De costado

[2] ❑ Boca arriba

[3] ❑ Boca abajo

OTRAS PREGUNTAS

Las siguientes preguntas nos dan una idea general de los diferentes antecedentes de las personas que participan en esta encuesta importante. Repetimos, favor de recordar que toda la información de esta encuesta es completamente confidencial.

55. A. ¿A qué grupo étnico o racial considera que pertenece usted? **Por favor marque todas las respuestas que se apliquen.**

[1]❑ Afroamericano, negro, o africano

[1]❑ Indio americano, nativo de América, esquimal o aleuta

[1]❑ Asiático, asiático-americano o procedente de las islas del Pacífico (por ejemplo, chino, filipino, japonés, coreano, vietnamita, o de la India u otro país de Asia)

[1]❑ Latino, hispano, chicano, mexicano o mexico-americano, centroamericano, u otro latinoamericano

[1]❑ Blanco, caucásico, o europeo (incluyendo a personas de España u Oriente Medio.)

[1]❑ Algún otro grupo (**Por favor díganos:** _____ _____)

B. Si elige a más de un grupo, por favor escriba el nombre del grupo con el que usted **más** se identifica:

Me identifico más con: _____

[x]❑ Me identifico por igual con todos los grupos que he marcado

56. A. ¿En qué país nació usted?

[1]❑ Estados Unidos→ **Pase a la pregunta 57**

[2]❑ Otro país (**Cuál país:** _____)

B. ¿En qué año empezó a vivir en los Estados Unidos?

_____

57. ¿Qué idioma por lo regular habla en casa? Si habla más de un idioma, por favor elija el que usa con **mayor** frecuencia.

[1]❑ Inglés

[2]❑ Español

[3]❑ Inglés y español por igual

[4]❑ Idioma asiático (**Por favor díganos:** _____)

[5]❑ Algún otro idioma (**Por favor díganos:** _____)

58. ¿Cuál es el más alto grado o año escolar que ha terminado?

[1]❑ Nunca fui a la escuela

[2]❑ Primaria o menos

[3]❑ Fui algún tiempo a la escuela secundaria, pero no me gradué

[4]❑ Secundaria o prepa (High School o GED)

[5]❑ Fui algún tiempo a la universidad o "junior college," pero no me gradué de la universidad

[6]❑ Me gradué de la universidad o más

59. Piense en la época en la que usted tenía unos 13 años. ¿Cuál era el más alto grado o año escolar que había terminado su madre, su padre o su tutor? Si usted vivió con más de un padre o tutor, por favor responda pensando en quién haya tenido el mayor nivel de estudios.

[1]❑ Nunca fue a la escuela

[2]❑ Primaria o menos

[3]❑ Fue algún tiempo a la escuela secundaria, pero no se graduó

[4]❑ Se graduó de secundaria o preparatoria

[5]❑ Fue algún tiempo a la universidad o "junior college," pero no se graduó de la universidad

[6]❑ Se graduó de la universidad o más

[7]❑ No sé

60. Cuando nació su bebé, ¿cuál era su estado civil?

[1]❑ Casada

[2]❑ Vivía con alguien como si fueramos casados pero no legalmente casada

[3]❑ Separada, divorciada, o viuda

[4]❑ Soltera (nunca casada)

61. Aquí tenemos algunas frases que la gente usa para describirse. ¿Hasta qué punto está Ud. de acuerdo o en desacuerdo que estas frases le describan a Ud.?

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	En fuerte desacuerdo
A. Realmente no hay cómo resolver ciertos problemas que tengo	[1]❑	[2]❑	[3]❑	[4]❑
B. Algunas veces siento que los demás dirigen mi vida	❑	❑	❑	❑
C. Tengo poco control sobre las cosas que me pasan	❑	❑	❑	❑
D. Puedo hacer casi cualquier cosa si me decido a hacerlo	❑	❑	❑	❑
E. Muchas veces me siento inútil para enfrentar con los problemas de la vida	❑	❑	❑	❑
F. Lo que me pase en el futuro depende mayormente de mí	❑	❑	❑	❑
G. Es muy poco lo que puedo hacer para cambiar muchas de las cosas importantes en mi vida	❑	❑	❑	❑

62. Abajo hay una lista de las maneras en que puede haberse sentido durante la semana pasada. Por favor, díganos qué tan frecuentemente se sintió así durante la semana pasada.

	Casi nunca	Algunas veces	La mayoría del tiempo
A. No me sentía con ganas de comer; tenía mal apetito	[1]❑	[2]❑	[3]❑
B. Me sentía deprimida	❑	❑	❑
C. Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo	❑	❑	❑
D. Mi sueño era inquieto	❑	❑	❑
E. Estaba contenta	❑	❑	❑
F. Me sentí sola	❑	❑	❑
G. La gente no era amistosa	❑	❑	❑
H. Disfruté de la vida	❑	❑	❑
I. Me sentí triste	❑	❑	❑
J. Sentía que no le caía bien a la gente	❑	❑	❑
K. No tenía ganas de hacer nada	❑	❑	❑

Ahora, tenemos sólo unas pocas preguntas más. Estas preguntas son acerca del dinero y la comida.

63. ¿Recibió usted WIC en cualquier momento durante su último embarazo? (WIC es el programa de alimentación suplementaria: Women, Infants, and Children)

[1] ❑ Sí
[2] ❑ No

64. ¿Han recibido usted o su nuevo bebé WIC desde que nació su bebé?

[1] ❑ Sí
[2] ❑ No

Por favor, lea cada una de las siguientes frases y díganos si fue cierto CON FRECUENCIA, A VECES o NUNCA durante su último embarazo.

65. A. "La comida que compraba no me alcanzó y no tenía dinero para comprar más." Durante su último embarazo, ¿eso fue cierto con frecuencia, a veces o nunca?

[1] ❑ Con frecuencia
[2] ❑ A veces
[3] ❑ Nunca
[4] ❑ No sabe

B. "Yo no tenía dinero suficiente para comidas balanceadas." Durante su último embarazo, ¿eso era cierto con frecuencia, a veces o nunca?

[1] ❑ Con frecuencia
[2] ❑ A veces
[3] ❑ Nunca
[4] ❑ No sabe

66. A. Durante su embarazo, ¿alguna vez tuvo que comer menos o no comer una comida porque no tenía dinero suficiente para comprar alimentos?

[1] ❑ Sí
[2] ❑ No ⟶ **Pase a la pregunta 67**
[3] ❑ No sabe ⟶ **Pase a la pregunta 67**

B. ¿Con qué frecuencia pasó eso?

[1] ❑ Casi todos los meses
[2] ❑ Algunos meses pero no casi todos los meses
[3] ❑ 1 o 2 meses
[4] ❑ No sabe

67. A. Durante su embarazo, ¿alguna vez tuvo que comer menos de lo que pensaba fue suficiente porque no tenía dinero suficiente para comprar comida?

[1] ❑ Sí
[2] ❑ No
[3] ❑ No sabe

B. Durante su último embarazo, ¿alguna vez se quedó con hambre pero no comió porque no le alcanzaba el dinero para comprar comida?

[1] ❑ Sí
[2] ❑ No
[3] ❑ No sabe

68. A. ¿Cuál fue el total de sus ingresos familiares en el 2003 **antes de pagar impuestos**? Por favor, marque el cuadro de abajo que incluya todos los ingresos de su hogar, incluyendo sus ingresos, los ingresos de su esposo o pareja (si vivía con usted en 2003) y los de sus hijos.

Por favor, incluya todos sus ingresos, incluyendo los provenientes de su empleo, bienestar social (welfare), Seguro de Incapacidad, Seguro de Desempleo, pagos para la manutención infantil ("child support"), intereses, dividendos, y ayuda de familiares.

PARA EL AÑO 2003

- [1] ☐ $0 a $12,000
- [2] ☐ $12,001 a $15,000
- [3] ☐ $15,001 a $18,000
- [4] ☐ $18,001 a $22,000
- [5] ☐ $22,001 a $24,000
- [6] ☐ $24,001 a $28,000
- [7] ☐ $28,001 a $31,000
- [8] ☐ $31,001 a $37,000
- [9] ☐ $37,001 a $43,000
- [10] ☐ $43,001 a $46,000
- [11] ☐ $46,001 a $49,000
- [12] ☐ $49,001 a $55,000
- [13] ☐ $55,001 a $61,000
- [14] ☐ $61,001 a $65,000
- [15] ☐ $65,001 a $74,000
- [16] ☐ $74,001 a $83,000
- [17] ☐ $83,001 a $86,000
- [18] ☐ $86,001 a $99,000
- [19] ☐ $99,001 a $111,000
- [20] ☐ $111,001 o más

B. Si no puede elegir una de las categorías anteriores, por favor díganos cuál fue el promedio de sus ingresos mensuales en el 2003.

$_____al mes

69. Pensando en el 2003 -- antes de que su bebé naciera -- ¿cuántas personas vivían con estos ingresos?

_____número total de personas

70. Generalmente, durante su último embarazo, ¿qué tan difícil fue para Ud. y su familia vivir con los ingresos que recibían?

- [1] ☐ Muy difícil
- [2] ☐ Algo difícil
- [3] ☐ No muy difícil
- [4] ☐ Nada difícil

71. En términos generales, ¿cómo describiría Ud. su experiencia durante su embarazo? **Marque la respuesta mas apropiada.**

- [1] ☐ Uno de los tiempos más felices de mi vida
- [2] ☐ Un tiempo feliz con algunos problemas
- [3] ☐ Un tiempo algo difícil
- [4] ☐ Un tiempo muy difícil
- [5] ☐ Uno de los tiempos más difíciles de mi vida

Gracias por responder a estas preguntas. Sus respuestas nos ayudarán a mejorar la salud de las madres y sus bebés.

Pase a la siguiente página.