

Versión en Español

2005

**MIHA**

Maternal and Infant Health Assessment

Evaluación de la Salud Materna-Infantil

"Para mamás y bebés más sanos"

Centro de Estudios y Encuestas • Universidad de California en Berkeley

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 línea.
- Nunca marque más de un cuadro, a menos que se le indique **“Por favor marque todas las respuestas que se apliquen”**.
- A veces, le pedimos 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 (la llamara es gratis), al **1-800-342-9229**.

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.
- Sus respuestas son confidenciales.
- 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.
- Si usted tiene alguna pregunta, puede llamar a Toni Clark (la llamara es gratis), al **1-800-342-9229**.

**¡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.**

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

- <sup>1</sup>  Sí  
<sup>2</sup>  No

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

- <sup>1</sup>  Sí  
<sup>2</sup>  No

5. **Antes de quedar embarazada** para su último parto, ¿algún doctor o enfermera le dijo alguna vez que tenía alta presión arterial (alta presión de sangre)?

- <sup>1</sup>  Sí  
<sup>2</sup>  No

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

- <sup>1</sup>  Sí  
<sup>2</sup>  No

7. **Justo antes de quedar embarazada**, ¿estaba tomando multivitaminas o ácido fólico?

- <sup>1</sup>  Sí, las tomaba todos los días o casi todos los días  
<sup>2</sup>  Sí, las tomaba a veces  
<sup>3</sup>  No, nunca tomé multivitaminas o ácido fólico justo antes de quedar embarazada

8. A. **Justo antes de quedar embarazada** ¿cuánto pesaba usted?

\_\_\_\_\_ libras O \_\_\_\_\_ kilos

B. ¿Cuántas libras o kilos aumentó **durante su más reciente embarazo**?

\_\_\_\_\_ libras O \_\_\_\_\_ kilos

9. ¿Cuánto mide usted sin zapatos?

\_\_\_\_\_ pies y \_\_\_\_\_ pulgadas

O \_\_\_\_\_ metros y \_\_\_\_\_ centímetros

10. A. ¿Cómo calificaría su salud **justo antes de quedar embarazada**?

- <sup>1</sup>  Excelente  
<sup>2</sup>  Buena  
<sup>3</sup>  Regular  
<sup>4</sup>  Mala

B. ¿Cómo calificaría su salud **durante su último embarazo**?

- <sup>1</sup>  Excelente  
<sup>2</sup>  Buena  
<sup>3</sup>  Regular  
<sup>4</sup>  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

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

Sí,  No, no  
tuve ese  tuve ese  
problema 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) .....  <sup>1</sup>  <sup>2</sup>
  - 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. Le tuvieron que coser el cuello del útero para cerrarlo (cerclaje, cervix incompetente) .....
  - H. Infección en los riñones o en la vejiga (vías urinarias) .....
  - I. Fue lastimada durante un accidente de coche .....
  - J. 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,  No, no  
tuve ese  tuve ese  
problema problema

- A. Me dió dolor de muelas .....  <sup>1</sup>  <sup>2</sup>
  - 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, díganos: \_\_\_\_\_)

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

<sup>1</sup> Sí → **Pase a la pregunta 16 en la próxima página**

<sup>2</sup> 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.)

- No necesitaba ir
- No se me ocurrió hacerlo
- No tenía seguro dental o costaba demasiado
- No me gusta ir al dentista
- Yo estaba muy ocupada
- Mi doctor o enfermera me dijo que no fuera al dentista durante el embarazo.
- Alguien en la oficina de mi dentista me dijo que esperara hasta después del embarazo.
- Leí o escuché que no es seguro ir al dentista durante el embarazo.
- 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?

- Sí, siempre → **Pase a la pregunta 18 en la próxima página**
- Sí, a veces
- No

B. Si no estaba usando siempre un método anticonceptivo, ¿eso se debió a que quería quedar embarazada o tenía usted alguna otra razón?

- Quería quedar embarazada → **Pase a la pregunta 18 en la próxima página**
- Alguna otra razón

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

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

(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.)

- <sup>1</sup> Sí
- <sup>2</sup> 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

<sup>x</sup> 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

<sup>x</sup> Nunca recibí cuidado prenatal

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

- <sup>1</sup> Sí
- <sup>2</sup> No
- <sup>3</sup> No quería recibir cuidado prenatal

22. Durante alguna de sus consultas médicas prenatales, ¿algún doctor, enfermera u otro

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?

- <sup>1</sup> Muy importante
- <sup>2</sup> Algo importante
- <sup>3</sup> No muy importante
- <sup>4</sup> Nada importante
- <sup>5</sup> No estoy segura

21. Esta es una lista de algunos 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 <u>problema</u>	No, no fue un <u>problema</u>
A. No sabía que podía yo obtener Medi-Cal para el cuidado prenatal.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
B. Tuve problemas para encontrar un lugar que aceptara mi seguro o Medi-Cal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. No sabía a dónde ir para recibir cuidado prenatal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Tuve problemas para poderme contactar a alguien por teléfono y hacer una cita.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Tuve problemas para conseguir una cita a una hora o día conveniente para mí.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. No tenía cómo transportarme a la clínica o al consultorio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. No había nadie para cuidar a mis hijos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Tenía demasiados otros problemas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. ¿Algún otro problema para recibir cuidado prenatal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>(Por favor díganos: _____)</b>		

profesional de salud habló con usted sobre cómo puede afectar al bebé el VIH (el virus que causa el SIDA)?

- Sí
- No
- 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)?

- Sí → **Pase a la pregunta 24**
- No
- 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 <u>razones</u>	No, no fue una de las <u>razones</u>
--	---

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. No me ofrecieron hacerme la prueba.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Pensaba que no tenía el VIH   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Me hice la prueba del VIH antes de quedar embarazada y pensé que no necesitaba hacerla otra vez ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Quise hacerme la prueba, pero tuve problemas para hacerla.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. No estaba segura de querer saber el resultado.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Otra .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- (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 extendida, la amniocentesis, análisis de vello coriónico [CVS], u alguna otra prueba.)

- Sí
- No → **Pase a la pregunta 26 en la próxima página**
- No recuerdo/No estoy segura

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

- Sí
- No → **Pase a la pregunta 25 abajo**

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

- La AFP extendida
- Amniocentesis (amnio)
- Análisis de vello coriónico (CVS)
- NT, translucencia nucal (transluminosidad de area nucal)
- Otra (**Por favor, especifique:**  
\_\_\_\_\_)
- Quise hacerme la prueba pero tuve problemas para hacerla
- No estoy segura

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

25. ¿Por qué decidió no hacerse una prueba?

**Marque todas las respuestas que se apliquen.**

- Tenía miedo que le haría daño al bebé
- No quería saber los resultados
- Mi pareja o mi familia no quería que me hiciera una prueba
- No haría nada diferente si supiera que mi bebé tiene un defecto
- 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?

Quería quedar embarazada en ese momento  
→ **Pase a la pregunta 27**

Quería quedar embarazada más adelante

No quería quedar embarazada en ese momento ni en el futuro  
→ **Pase a la pregunta 27**

No estaba segura de lo que quería  
→ **Pase a la pregunta 27**

B. ¿Como cuánto tiempo más quería esperar hasta que quedara embarazada?

1 a 12 meses

13 a 24 meses (1 a 2 años)

2 a 5 años

Más de 5 años

No estaba segura

27. ¿Y cómo se sintió cuando se enteró de que realmente estaba embarazada?

Muy contenta

Algo contenta

Algo infeliz

Muy infeliz

No estaba segura de lo que sentía

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

Sí

No

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

Sí

No

→ **Pase a la pregunta 30**

No me acuerdo

→ **Pase a la pregunta 30**

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?

Sí

No

30. A. 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?

Sí

No

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

Sí

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.

- |  | <u>Sí</u>                  | <u>No</u>                  |
|--|----------------------------|----------------------------|
| A. Un familiar cercano estaba muy enfermo y tuvo que ser hospitalizado .....   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| B. Me separé o divorcié de mi pareja.....  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| C. Me mudé a una nueva dirección.....  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| D. No tenía donde vivir (por ejemplo, tenía que dormir afuera, en un auto o en un refugio para personas sin hogar) ..... | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| E. Mi esposo o pareja perdió su trabajo .....  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| F. Perdí mi trabajo, aunque quería seguir trabajando ....  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| G. Discutí con mi esposo o pareja más de lo normal   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| H. Mi esposo o pareja me dijo que no quería que estuviera embarazada .....   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| I. Tenía muchas cuentas que no podía pagar .....   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| J. Tuve una pelea física .....   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| K. Mi pareja/yo fue/fui a la cárcel  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| L. Alguien muy cercano a mí tuvo un problema serio con el alcohol o las drogas.....                                      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| M. Alguien muy cercano a mí murió.....   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |

32. Durante su último embarazo, ¿qué tan seguro sentía que su hogar o su vecindario era 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. A. Durante su último embarazo, ¿tuvo temor por la seguridad de usted, su familia o sus amigos debido a la ira o amenazas de su pareja?

- 1  Sí  
 2  No

B. Durante su último embarazo, ¿trató su pareja de controlar la mayoría de sus actividades diarias? Por ejemplo, controlar con quién hablaba usted o a dónde podía ir.

- 1  Sí  
 2  No

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

- 1  Sí  
 2  No

B. En los 12 meses antes de quedar embarazada, ¿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?

<sup>1</sup>  Sí

<sup>2</sup>  No → **Pase a la pregunta 36 en esta página**

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)

<sup>1</sup>  Menos de un cigarrillo al día

<sup>2</sup>  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)

<sup>1</sup>  Menos de un cigarrillo al día

<sup>2</sup>  No fumé nada durante los últimos 3 meses de mi embarazo

36. Las siguientes dos 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.

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.

<sup>1</sup>  No tomé en lo absoluto durante los primeros 3 meses de mi embarazo

<sup>2</sup>  Menos de una bebida a la semana

<sup>3</sup>  1 a 3 a la semana

<sup>4</sup>  4 a 6 a la semana

<sup>5</sup>  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?

<sup>1</sup>  No tomé en lo absoluto durante los últimos 3 meses de mi embarazo

<sup>2</sup>  Menos de una bebida a la semana

<sup>3</sup>  1 a 3 a la semana

<sup>4</sup>  4 a 6 a la semana

<sup>5</sup>  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)?

- <sup>1</sup> Sí  
<sup>2</sup> No → **Pase a la pregunta 40 abajo**

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

- <sup>1</sup> Sí → **Pase a la pregunta 42 en la próxima página**  
<sup>2</sup> 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. ¿Intentó solicitar Medi-Cal en cualquier momento durante este embarazo?

- <sup>1</sup> Sí  
<sup>2</sup> No → **Pase a la pregunta 42 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. 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 ni a dónde ir para solicitar Medi-Cal.. <sup>1</sup>    <sup>2</sup>

B. Tuve problemas para poderme contactar 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 o 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: \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_)

42. 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.

<sup>1</sup>  Sí

<sup>2</sup>  No → **Pase a la pregunta 43**

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

\_\_\_\_\_

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

<sup>1</sup>  Antes → **Pase a la pregunta 43**

<sup>2</sup>  Después

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

\_\_\_\_\_ semanas O \_\_\_\_\_ meses



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

<sup>1</sup>  Sí

<sup>2</sup>  No

44. A. Desde su último parto, ¿hubo algún momento cuando usted necesitó consultar a un doctor o enfermera para recibir atención médica para sí misma pero no lo hizo porque no podía pagarla?

<sup>1</sup>  Sí

<sup>2</sup>  No

B. Desde su último parto, ¿tuvo usted un examen post-parto (el examen médico que se hace aproximadamente 6 semanas después de que una mujer da a luz)?

<sup>1</sup>  Sí

<sup>2</sup>  No

**LAS DEMAS PREGUNTAS SE TRATAN DE SU ULTIMO PARTO.**

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

45. ¿Está su bebé vivo ahora?

Sí

¿Está viviendo con usted ahora?

Sí → **Siga con la pregunta 46**

No → **Pase a la pregunta 55 en la página 13**

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?

Sí

No, mi bebé no está asegurado

→ **Pase a la pregunta 47 abajo**

No sé

→ **Pase a la pregunta 47 abajo**

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

Medi-Cal

Un plan de salud pagado por Medi-Cal

Un seguro privado

El Programa de Familias Saludables (Healthy Families)

Otro (**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_)

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

La cobertura de mi bebé empezó desde que nació

\_\_\_\_\_ semanas    **O**    \_\_\_\_\_ meses

47. Desde que nació su nuevo bebé, ¿hubo algún momento cuando su bebe necesitaba recibir atención médica pero no la obtuvo porque usted no podía pagarla?

Sí

No

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

Sí

No → **Pase a la pregunta 52**

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

Solamente leche de pecho

Leche de pecho y fórmula

Solamente fórmula

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

Solamente leche de pecho

Mayormente leche de pecho

Solamente fórmula → **Pase a la pregunta 51 abajo**

Mayormente fórmula

Otro (**Por favor, díganos:** \_\_\_\_\_)

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

Sí

No → **Pase a la pregunta 51 abajo**

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

Sí → **Pase a la pregunta 52**

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**

No tenía suficiente leche

Tenía que volver a trabajar o a la escuela

Dar pecho era muy doloroso para mí

No me gustaba darle pecho en público o dar pecho me daba vergüenza

Mi bebé no tomaba bien el pecho

Un doctor o enfermera me recomendó que usara fórmula

Quería que mi pareja u otros pudieran alimentar a mi bebé algunas veces

Pensé que la formula sería más fácil o conveniente

Quería que mi bebé durmiera más horas durante la noche

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)? **Marque todas las respuestas que se apliquen**

Cereal

Té

Jugo

Agua o agua azucarada, o glucosa

Otro alimento o bebida (**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_)

Nada, mi bebé sólo tomó leche materna o fórmula

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

De costado

Boca arriba

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.**

- Afroamericano, negro, o africano
- Indio americano, nativo de América, esquimal o aleuta
- 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)
- Latino, hispano, chicano, mexicano o mexicano-americano, centroamericano, u otro latinoamericano
- Blanco, caucásico, o europeo (incluyendo a personas de España u Oriente Medio.)
- 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: \_\_\_\_\_

- Me identifico por igual con todos los grupos que he marcado

56. A. ¿En qué país nació usted?

- Estados Unidos → **Pase a la pregunta 57**
- Otro país (**Cuál país:** \_\_\_\_\_)

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

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

- Casada

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

- Inglés
- Español
- Inglés y español por igual
- Idioma asiático (**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_)
- Algún otro idioma (**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_)

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

- Nunca fui a la escuela
- Primaria (completado or no completado)
- Fui algún tiempo a la escuela secundaria, pero no me gradué
- Secundaria o prepa (High School o GED)
- Fui algún tiempo a la universidad o “junior college,” pero no me gradué de la universidad
- Me gradué de la universidad o más

59. Pensando en con quien vivía usted cuando tenía 13 años de edad, ¿cuál fue el grado o año escolar más alto que su madre, su padre o su tutor/a completó? **Si usted vivió con más de una de estas personas, por favor responda pensando en quién haya tenido el mayor nivel de estudios.**

- Nunca fue a la escuela
- Primaria (completado or no completado)
- Fue algún tiempo a la escuela secundaria, pero no se graduó
- Se graduó de secundaria o preparatoria
- Fue algún tiempo a la universidad o “junior college,” pero no se graduó de la universidad
- Se graduó de la universidad o más
- No sé

- <sup>2</sup> Vivía con alguien como si fuéramos casados pero no legalmente casada
- <sup>3</sup> Separada, divorciada, o viuda
- <sup>4</sup> 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 .....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
B. Algunas veces siento que los demás dirigen mi vida .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Tengo poco control sobre las cosas que me pasan .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Puedo hacer casi cualquier cosa si me decido a hacerlo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Muchas veces me siento inútil para enfrentar los problemas de la vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Lo que me pase en el futuro depende mayormente de mí.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Es muy poco lo que puedo hacer para cambiar muchas de las cosas importantes en mi vida .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

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

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

programa de alimentación suplementaria: Women, Infants, and Children)

63. A. ¿Recibió usted WIC en cualquier momento durante su último embarazo? (WIC es el

- <sup>1</sup> Sí
- <sup>2</sup> No

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

- <sup>1</sup> Sí  
<sup>2</sup> 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.

64. 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?

- <sup>1</sup> Con frecuencia  
<sup>2</sup> A veces  
<sup>3</sup> Nunca  
<sup>4</sup> No sabe

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

- <sup>1</sup> Con frecuencia  
<sup>2</sup> A veces  
<sup>3</sup> Nunca  
<sup>4</sup> No sabe

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

- <sup>1</sup> Sí  
<sup>2</sup> No → **Pase a la pregunta 66**  
<sup>3</sup> No sabe → **Pase a la pregunta 66**

B. ¿Con qué frecuencia pasó eso?

- <sup>1</sup> Casi todos los meses  
<sup>2</sup> Algunos meses pero no casi todos los meses  
<sup>3</sup> 1 o 2 meses  
<sup>4</sup> No sabe

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

- <sup>1</sup> Sí  
<sup>2</sup> No  
<sup>3</sup> 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?

- <sup>1</sup> Sí  
<sup>2</sup> No  
<sup>3</sup> No sabe

67. A. ¿Cuál fue el total de sus ingresos familiares en el 2004 **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 2004) 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 2004

- \$0 a \$12,000
- \$12,001 a \$16,000
- \$16,001 a \$19,000
- \$19,001 a \$22,000
- \$22,001 a \$25,000
- \$25,001 a \$28,000
- \$28,001 a \$31,000
- \$31,001 a \$38,000
- \$38,001 a \$44,000
- \$44,001 a \$47,000
- \$47,001 a \$50,000
- \$50,001 a \$57,000
- \$57,001 a \$63,000
- \$63,001 a \$66,000
- \$66,001 a \$76,000
- \$76,001 a \$85,000
- \$85,001 a \$88,000
- \$88,001 a \$101,000
- \$101,001 a \$114,000
- \$114,001 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 2004 antes de impuestos.

\$ \_\_\_\_\_ al mes

68. Pensando en el 2004 -- antes de que su bebé naciera -- ¿cuántas personas vivían con estos ingresos?

\_\_\_\_\_ número total de personas

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

- Muy difícil
- Algo difícil
- No muy difícil
- Nada difícil

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

- Uno de los tiempos más felices de mi vida
- Un tiempo feliz con algunos problemas
- Un tiempo algo difícil
- Un tiempo muy difícil
- 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.**

71. Nos gustaría enviarle un cheque de \$10 como agradecimiento por su ayuda en este importante estudio. Con el fin de estar seguros que nuestra información es correcta y que el cheque le llegue, por favor incluya su nombre y dirección.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ # de Apto. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

Sólo marque este cuadro si no desea participar en la rifa de \$250.

Por favor, no deseo participar en la rifa de \$250.

72. Esperamos tener la oportunidad de hacer otro estudio cuando su bebé tenga un año de edad. El siguiente estudio será más corto y recibirá un regalo si decide participar. Al igual que en el presente estudio, su participación en cualquier estudio en el futuro es completamente voluntaria.

A. Si dentro de unos meses llevamos a cabo otro estudio, ¿podríamos ponernos en contacto con usted? (Aunque usted responda que sí en este momento, podrá decidir no participar más adelante.)

Sí

No → **Pase a la pregunta 73 en la próxima página**

*La información que se incluye a continuación sólo tiene el objetivo de poder comunicarnos con usted para nuestro próximo estudio.*

B. ¿Cuál es el número telefónico de su hogar?

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

C. ¿Cuál es el número telefónico de su trabajo?

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

No trabajo fuera de la casa

D. En caso de que se mudara o nos fuera imposible comunicarnos con usted, por favor denos el nombre, dirección y número telefónico de dos personas que no vivan con usted y que siempre puedan localizarla.

Persona #1:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ # de Apto. \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

Número telefónico: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Cuál es su relación o parentesco con esta persona?

\_\_\_\_\_

Persona #2:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ # de Apto. \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

Número telefónico: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Cuál es su relación o parentesco con esta persona?

\_\_\_\_\_

73. Si hay cualquier otra cosa que quiera decirnos sobre la salud de las madres y bebés de California, o sobre esta encuesta, por favor, escribala aquí.

MUCHAS GRACIAS POR SU AYUDA  
Ahora, por favor enviémos este cuestionario por correo en el sobre que incluimos.  
No necesita estampillas o timbres postales.