

Versión en español

2009

MIHA

Maternal and Infant Health Assessment

Evaluación de la Salud Materna e Infantil

“Para madres y bebés más sanos”

Centro de Estudios y Encuestas • Universidad de California en Berkeley

Sabemos que usted está muy ocupada en estos días.
¡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 contestan 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 **“Marque todas las respuestas apropiadas”**.
- A veces, le pedimos que se salte una pregunta. Una pequeña flecha le indicará cuál es la pregunta que deberá contestar a continuación, por ejemplo:

Sí → **Pase a la pregunta 1** No

- Si ninguna de las respuestas es la correcta para usted, por favor marque la que le parezca mejor. Si puede, por favor escríbanos una nota con más información.
- Si necesita ayuda con el cuestionario o si desea completarlo por teléfono, llame a Toni Clark **(la llamada es gratis), al 1-800-342-9229**.

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

Por favor, lea esta información antes de empezar.

- Puede decidir si desea 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 llamada 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 su último parto**, ¿tuvo usted algún bebé que pesó menos de 5 libras, 8 onzas (2½ kilos) al nacer?

- ¹ Sí
² No

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

- ¹ Sí
² No

5. **Poco antes del embarazo de su último parto**, ¿tenía usted un doctor, enfermera o clínica adonde generalmente iba cuando quería recibir atención médica?

- ¹ Sí
² No

6. **Poco antes de su embarazo**, ¿tenía usted cobertura de Medi-Cal, seguro privado, u otro plan de salud para su propia atención médica, o no tenía seguro? (**Marque todas las respuestas apropiadas**).

- ^a Medi-Cal
^b Un plan de salud pagado por Medi-Cal
^c Seguro privado
^d Otro (**Por favor, díganos:**
_____)
^e No tenía seguro antes del embarazo

7. A. ¿Cómo calificaría usted su salud física **poco antes de quedar embarazada**? (La salud física incluye enfermedades, lesiones y otros problemas físicos.)

- ¹ Excelente
² Buena
³ Regular
⁴ Mala

B. ¿Cómo calificaría usted su salud mental **poco antes de quedar embarazada**? (La salud mental incluye el estrés, la depresión y problemas emocionales).

- ¹ Excelente
² Buena
³ Regular
⁴ Mala

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

_____ libras **O** _____ kilos

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

_____ libras **O** _____ kilos

C. ¿Cuánto mide usted de alto sin zapatos?

_____ pies y _____ pulgadas
O _____ metros y _____ centímetros

9. **Durante el mes antes** de quedar embarazada con su nuevo bebé, ¿cuántas veces por semana tomó usted una multivitamina, una vitamina pre-natal, o una vitamina de ácido fólico?

- ¹ No tomé ninguna multivitamina, vitamina pre-natal o vitamina de ácido fólico
² 1 a 3 veces por semana
³ 4 a 6 veces por semana
⁴ Todos los días de la semana

Las siguientes son algunas preguntas sobre sus experiencias y sentimientos durante la época en que usted quedó embarazada. **Por favor piense en su parto más reciente** cuando contesta estas preguntas.

10. A. En el mes en que yo quedé embarazada...
(Por favor, marque sólo una respuesta.)

- No usé/no usamos anticonceptivos
- Estaba/estábamos usando anticonceptivos pero no todo el tiempo
- Usaba/usábamos anticonceptivos siempre, pero sabíamos que el método nos había fallado por lo menos una vez (se rompió, se movió de su sitio, se desprendió, se salió, no funcionó)
- Usaba/usábamos anticonceptivos siempre

B. En términos de convertirme en madre (por primera vez u otra vez), creo que mi embarazo ocurrió...
(Por favor, marque sólo una respuesta.)

- En el momento oportuno
- En un momento bueno, pero no precisamente en el momento oportuno
- En un mal momento

C. Justo antes de quedar embarazada...
(Por favor, marque sólo una respuesta.)

- Yo tenía la intención de quedar embarazada
- Mis intenciones cambiaban continuamente
- Yo no tenía la intención de quedar embarazada

D. Justo antes de quedar embarazada...
(Por favor, marque sólo una respuesta.)

- Yo deseaba tener un bebé
- Yo no sabía con certeza si deseaba tener un bebé o no
- Yo no deseaba tener un bebé

En la siguiente pregunta, le pedimos información sobre su pareja —esta persona podría ser (o haber sido) su esposo, una pareja con quien vive, un novio, o alguien con quien ha tenido relaciones sexuales una o dos veces.

11. Antes de quedar embarazada ...
(Por favor, marque sólo una respuesta.)

- Mi pareja y yo estuvimos de acuerdo en que yo quisiera quedar embarazada
- Mi pareja y yo habíamos hablado acerca de tener niños juntos, pero no habíamos acordado que yo quedara embarazada
- Nosotros nunca hablamos acerca de tener niños juntos

12. Antes de quedar embarazada para su último parto, ¿hizo algunas de las siguientes cosas para mejorar su salud a fin de prepararse para el embarazo?
(Marque todas las respuestas apropiadas.)

- Tomé ácido fólico o multivitaminas
- Dejé de fumar o fumé menos
- Dejé de tomar bebidas alcohólicas o tomé menos
- Comí alimentos más saludables
- Busqué consejos médicos/sobre la salud
- Tomé otras medidas. (Por favor díganos: _____)
- No hice ninguna de las cosas anteriores antes de quedar embarazada para mi último parto

13. ¿Cómo se sintió usted cuando realmente se dió cuenta de que usted estaba embarazada?

- Muy contenta
- Algo contenta
- Algo infeliz
- Muy infeliz
- No estaba segura de lo que sentía

14. Antes de su embarazo más reciente, ¿hubo algún doctor, enfermera u otro personal de salud que le dijera en algún momento que usted tenía alguna de las siguientes condiciones de salud?

- | | Sí | No |
|---|----------------------------|----------------------------|
| A. Diabetes (alto contenido de azúcar en la sangre) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| B. Hipertensión (tensión arterial alta) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Asma..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

15. Durante su embarazo más reciente, ¿hubo algún doctor, enfermera u otro personal de salud que le dijera en algún momento que usted tenía alguna de las siguientes condiciones de salud?

- | | Sí | No |
|---|----------------------------|----------------------------|
| A. Diabetes o diabetes gestacional (alto contenido de azúcar en la sangre)..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| B. Hipertensión (tensión arterial alta) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Asma..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16. ¿Tuvo usted algunos de estos otros problemas de salud durante su embarazo más reciente?

- | | Sí, tuve ese problema | No, no tuve ese problema |
|--|----------------------------|----------------------------|
| A. Dolores de parto más de 3 semanas antes de la fecha estimada de su parto (dolores antes de tiempo o prematuros) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| B. Se le rompió la fuente más de 3 semanas antes de la fecha estimada de su parto (ruptura prematura de las membranas) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Pre-eclampsia, eclampsia o toxemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Problemas con la placenta (como desprendimiento de la placenta, placenta previa, placenta baja) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Le tuvieron que coser el cuello del útero para cerrarlo (cerviz incompetente) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Otro problema de salud..... | <input type="checkbox"/> | |

(Por favor díganos: _____)

17. A. En general, ¿cómo calificaría usted su salud física durante su embarazo más reciente? (La salud física incluye enfermedades, lesiones y otros problemas físicos.)

- 1 Excelente
- 2 Buena
- 3 Regular
- 4 Mala

B. En general, ¿cómo calificaría usted su salud MENTAL durante su último embarazo? (La salud mental incluye el estrés, la depresión y problemas emocionales)

- 1 Excelente
- 2 Buena
- 3 Regular
- 4 Mala

18. A. Durante su embarazo más reciente, ¿habló con usted algún doctor o doctora, enfermera u otro personal de salud acerca de la salud de sus dientes y encías?

- 1 Sí
- 2 No

B. Durante su embarazo más reciente, ¿le sugirió a usted algún doctor o doctora, enfermera u otro personal de salud que consultara a un dentista?

- 1 Sí
- 2 No

C. Durante su ultimo embarazo, ¿visitó usted a algún dentista, una clínica dental, u obtuvo atención dental en cualquier otra clínica para la salud?

- 1 Sí → **Pase a la pregunta 20 en la página siguiente**
- 2 No

19. Ésta es una lista de algunas razones por las que las mujeres no obtienen servicios dentales durante el embarazo. Para cada una ellas, indique si ésa fue una de sus razones.

- | | Sí,
fue una
de las
<u>razones</u> | No, no
fue una
de las
<u>razones</u> |
|---|--|---|
| A. No necesitaba ir | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| B. No tenía seguro dental..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Costaba demasiado obtener servicios dentales..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. No me gusta ir al dentista, estaba nerviosa o con miedo, o temía que me iba a doler..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Yo estaba muy ocupada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. No tenía transporte..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G. No tenía quien cuidara a mis niños..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H. Un doctor o una enfermera me dijo que no fuera al dentista durante el embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I. Alguien en la oficina de un dentista me dijo que esperara hasta después del embarazo.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J. No pude encontrar a un dentista que me atendiera durante mi embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| K. Creía que no era seguro ir al dentista durante el embarazo... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L. Otro (Por favor díganos:
_____) | <input type="checkbox"/> | |

Ahora, tenemos algunas preguntas sobre el cuidado prenatal. "Cuidado prenatal" significa atención médica durante el embarazo.

20. A. ¿Recibió usted algún tipo de cuidado prenatal durante su embarazo más reciente? (Sin contar una visita hecha solamente para obtener una prueba de embarazo).

- 1 Sí
2 No

B. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando hizo su primera visita para recibir cuidado prenatal? (Sin contar una visita hecha solamente para obtener una prueba de embarazo).

_____ semanas 0 _____ meses

^x Nunca recibí cuidado prenatal

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

- 1 Sí
2 No
3 No me acuerdo/No estoy segura

22. A. Durante su embarazo, ¿le ofreció algún doctor, enfermera u otro personal de salud hacerle una prueba para saber si su bebé pudiera tener un defecto congénito? (Pruebas para defectos congénitos incluyen la AFP extendida, la amniocentesis, el muestreo del vello coriónico [CVS], o alguna otra prueba.)

- 1 Sí
2 No → **Pase a la pregunta 24**
3 No recuerdo/No estoy segura

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

- 1 Sí
2 No → **Pase a la pregunta 24**

23. ¿Qué prueba se hizo? (**Marque todas las respuestas apropiadas.**)

- a La AFP extendida (una prueba de sangre para defectos congénitos)
b Amniocentesis (amnio)
c Muestreo del vello coriónico (CVS)
d NT, translucencia nucal
e Otra (**Por favor, díganos:**
_____)
f No estoy segura

Ahora, tenemos algunas preguntas sobre sus sentimientos y experiencias durante su último embarazo.

24. Durante su embarazo, ¿tuvo usted alguna vez un período de 2 semanas o más cuando se sentía triste, vacía o deprimida durante la mayor parte del día?

- ¹ Sí
² No

25. Durante su embarazo, ¿tuvo usted alguna vez un período de 2 semanas o más cuando perdió interés en la mayoría de las cosas que normalmente disfrutaba (como el trabajo, los pasatiempos o las relaciones personales)?

- ¹ Sí
² No

26. Durante su embarazo, ¿con cuánta frecuencia tuvo usted dificultades para realizar sus actividades diarias debido a problemas emocionales (como depresión o falta de interés?)

- ¹ Con frecuencia
² A veces
³ Rara vez
⁴ Nunca

27. Durante su embarazo, ¿le preguntó algún doctor, enfermera u otro personal de salud si se sentía triste, vacía o deprimida?

- ¹ Sí
² No
³ No me acuerdo

28. Durante su embarazo, ¿le recomendó algún doctor, enfermera u otro personal de salud acudir a un/a consejero/a que ayuda a las personas que se sienten tristes, vacías 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 ayudarlo 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 embarazo más reciente.

- | | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| A. Me separé o divorcié de mi pareja | ¹ <input type="checkbox"/> | ² <input type="checkbox"/> |
| B. Me mudé a una nueva dirección | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. 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"/> |
| D. Mi esposo o pareja perdió su trabajo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Perdí mi trabajo, aunque quería seguir trabajando..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Tenía muchas cuentas que no podía pagar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G. Mi pareja estuvo, o yo estuve, en la cárcel..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H. Alguien muy cercano a mí tuvo un problema serio con bebidas alcohólicas o con drogas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

32. A. Durante su embarazo más reciente, ¿tuvo alguna vez temor por la seguridad de usted, de su familia o de sus amistades debido a la ira o amenazas de su pareja?

- ¹ Sí
² No

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

- ¹ Sí
² No

33. A. Durante su embarazo más reciente, ¿su pareja la empujó, le pegó, la abofeteó, pateó, estranguló o lastimó físicamente de alguna manera?

- ¹ Sí
² No

B. Durante los 12 meses anteriores a su embarazo, ¿su pareja la empujó, le pegó, la abofeteó, pateó, estranguló o lastimó físicamente de alguna manera?

- ¹ Sí
² No

Ahora tenemos algunas preguntas acerca del hábito de fumar antes y durante el embarazo.

34. ¿Ha fumado usted algún cigarrillo en los últimos 2 años?

- ¹ Sí
² No → **Pase a la pregunta 36**

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

_____ cigarrillos ○ _____ cajetilla(s)

- ¹ Menos de un cigarrillo al día
² No fumé nunca durante los 3 meses antes de mi embarazo

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 ○ _____ cajetilla(s)

- ¹ Menos de un cigarrillo al día
² No fumé nunca 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 ○ _____ cajetilla(s)

- ¹ Menos de un cigarrillo al día
² No fumé nunca durante los últimos 3 meses de mi embarazo

36. Las siguientes preguntas se relacionan con el consumo de bebidas alcohólicas. Una bebida alcohólica es una copa de vino, un refresco con vino (*wine cooler*), una lata o botella de cerveza, un trago de licor o una bebida alcohólica mixta.

A. ¿Ha tomado usted alguna bebida alcohólica en los últimos 2 años?

Sí

No → **Pase a la pregunta 38 en la página siguiente**

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

No tomé en lo absoluto durante los 3 meses antes de quedar embarazada

Menos de una bebida por semana

De 1 a 3 por semana

De 4 a 6 por semana

De 7 a 13 por semana

14 o más por semana

C. Durante los primeros 3 meses de su embarazo, aproximadamente, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba **en una semana normal**?

No tomé en lo absoluto durante los primeros 3 meses de mi embarazo

Menos de una bebida por semana

De 1 a 3 por semana

De 4 a 6 por semana

7 o más bebidas por semana

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

No tomé en lo absoluto durante los últimos 3 meses de mi embarazo

Menos de una bebida por semana

De 1 a 3 por semana

De 4 a 6 por semana

7 o más bebidas por semana

37. Las siguientes dos preguntas se relacionan con tomar 4 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión. En una sola ocasión quiere decir en un período de cerca de 2 horas.

A. Durante los 3 meses antes de su embarazo, ¿cuántas veces tomó usted **4 o más** bebidas alcohólicas **en una sola ocasión**?

_____ veces

No tomé 4 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión durante los tres meses antes de quedar embarazada.

B. Durante su embarazo más reciente (inclusive antes de que usted tuviera la seguridad de estar embarazada), ¿cuántas veces tomó **4 o más** bebidas alcohólicas **en una sola ocasión**?

_____ veces

No tomé 4 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión durante mi último embarazo.

Ahora, tenemos algunas preguntas sobre su seguro médico.

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

- ¹ Sí
² No

39. Durante su embarazo más reciente, ¿estaba usted cubierta por algún seguro privado u otro plan de salud que cubra el cuidado prenatal? Por favor, no incluya Medi-Cal ni ningún plan de salud pagado por Medi-Cal.

- ¹ Sí
² No → **Pase a la pregunta 41**

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

41. En este momento, ¿está usted cubierta por Medi-Cal, por un seguro privado, o por algún otro plan de salud para su propia atención médica, o no tiene seguro? **(Marque todas las respuestas apropiadas.)**

- ^a Medi-Cal
^b Un plan de salud pagado por Medi-Cal
^c Un seguro privado
^d Otro (**Por favor díganos:** _____
_____)
- ^e No tiene seguro

Ahora, tenemos algunas preguntas sobre su salud y su atención médica desde su último parto.

42. Desde su último parto, ¿hubo algún momento en que usted necesitaba consultar a un doctor o enfermera para recibir atención médica para sí misma pero no lo hizo porque no podía pagar la consulta?

- ¹ Sí
² No

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

- ¹ Sí
² No

44. A. Desde su último parto, ¿le ha hablado algún doctor, enfermera u otro personal de salud, acerca del uso de anticonceptivos para evitar el embarazo?

- ¹ Sí
² No
³ No recuerdo

B. Desde su parto más reciente, ¿le ha hablado un doctor, una enfermera u otro personal de salud acerca del mejor período de tiempo que debe esperar antes de dar a luz a otro bebé?

- ¹ Sí
² No
³ No recuerdo
⁴ Mi doctor, enfermera o el personal de salud sabe que no voy a tener más niños.

45. A. Después de su parto más reciente, ¿ha tenido usted alguna vez un período de 2 semanas o más cuando se sentía triste, vacía o deprimida durante la mayor parte del día?

¹ Sí

² No

B. Después de su parto más reciente, ¿ha tenido usted alguna vez un período de 2 semanas o más cuando perdió interés en la mayoría de las cosas que normalmente disfrutaba (como el trabajo, los pasatiempos o las relaciones personales)?

¹ Sí

² No

46. A. Después de su parto más reciente, ¿le ha preguntado a usted alguna vez un doctor, una enfermera u otro personal de salud si usted se sentía triste, vacía o deprimida?

¹ Sí

² No

³ No recuerdo

B. Después de su parto más reciente, ¿le ha recomendado a usted algún doctor, enfermera u otro personal de salud que obtenga el consejo de un profesional que ayuda a la gente que se siente triste, vacía o deprimida?

¹ Sí

² No

Ahora, tenemos algunas preguntas sobre su último bebé.

(Nota: Si tuvo gemelos/mellizos o trillizos, por favor conteste las siguientes preguntas sobre el bebé que nació primero.)

47. ¿Está su bebé vivo ahora?

¹ Sí

¿Está viviendo con usted ahora?

¹ Sí → **Siga con la pregunta 48 en la siguiente página**

² No → **Pase a la pregunta 57 en la página 12**

² No → **Por favor, acepte nuestro más sincero pésame**

→ **Por favor pase a la pregunta 57 en la página 12**



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

Sí

No, mi bebé no está asegurado
→ **Pase a la pregunta 49**

No sé
→ **Pase a la pregunta 49**

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 Healthy Families (Familias Saludables)

Otro (**Por favor díganos:** _____)

_____)

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

Sí

No

50. En las primeras dos horas después del nacimiento de su bebé, ¿por cuánto tiempo estuvo en contacto el pecho desnudo de su bebé con su propio pecho desnudo)?

En ningún momento

Menos de 15 minutos

De 15 a 30 minutos

De 30 minutos a 1 hora

De 1 a 2 horas

51. En el hospital, ¿cuántas horas al día, más o menos, permaneció su bebé en el mismo cuarto que usted? (Por día queremos decir 24 horas).

Nunca o casi nunca

De 1 a 12 horas cada día

De 13 a 23 horas cada día

Más de 23 horas cada día

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

Sí

No → **Pase a la pregunta 55**

B. Después del nacimiento de su bebé, ¿cuánto tiempo pasó antes de que usted tratara de darle pecho por primera vez?

Menos de 1 hora después del nacimiento

De 1 a 2 horas después del nacimiento

De 2 a 6 horas después del nacimiento

Más de 6 horas después del nacimiento

C. En el hospital, ¿se alimentó a su bebé con algo que no fuera la leche materna?

Sí

No

No sé

53. A. Cuando su bebé tenía una semana de nacido, ¿con qué lo alimentaba? **Marque todas las respuestas apropiadas.**

¹ Leche de pecho

² Fórmula

B. Cuando su bebé tenía tres meses de nacido, ¿con qué lo alimentaba? **Marque todas las respuestas apropiadas.**

¹ Leche de pecho

² Fórmula

³ Otros líquidos (como jugos, leche o agua)

⁴ Alimentos (como cereal o alimento para bebés, alimentos que come la familia en forma de puré)

54. A. ¿Todavía le está dando leche de pecho a su bebé?

¹ Sí → **Pase a la pregunta 55**

² No

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

____ días ____ semanas ____ meses

55. ¿Le ha dado usted alguna vez a su bebé una multivitamina, como Poly-Vi-Sol o Tri-Vi-Sol?

¹ Sí

² No

³ No sé

56.A. Generalmente, ¿cómo acuesta usted a su bebé para que duerma? **Marque una sola respuesta.**

¹ De costado (de lado)

² Boca arriba

³ Boca abajo

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

¹ Siempre

² Con frecuencia

³ Algunas veces

⁴ Rara vez

⁵ Nunca

OTRAS PREGUNTAS

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

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

- 1 Nunca fui a la escuela
- 2 8vo grado o menos
- 3 Asistí algún tiempo a la escuela secundaria, pero no me gradué
- 4 Me gradué de la secundaria o completé el GED
- 5 Asistí algún tiempo a una universidad o un *junior college*, pero no me gradué de la universidad
- 6 Me gradué de la universidad o hice estudios de postgrado

B. Recordando a las personas con quienes 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 indicando a la persona con el mayor nivel de estudios.**

- 1 Nunca asistió a la escuela
- 2 8vo grado o menos
- 3 Asistió algún tiempo a la escuela secundaria, pero no se graduó
- 4 Se graduó de la secundaria o completó el GED
- 5 Asistió algún tiempo a una universidad o un *junior college*, pero no se graduó de la universidad
- 6 Se graduó de la universidad o hizo estudios de postgrado
- 7 No sé

58. A. ¿En qué país nació usted?

- 1 Estados Unidos → **Pase a la pregunta 59**
- 2 Otro país (¿Cuál país?):

_____)

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

59. ¿Qué idioma habla en casa por lo regular? 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:** _____)

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

- 1 Casada
- 2 Vivía con alguien como si estuviéramos casados, pero no estábamos legalmente casados.
- 3 Separada, divorciada o viuda
- 4 Soltera (nunca me he casado)



Ahora, tenemos solamente algunas preguntas más sobre alimentos o asuntos de dinero durante su embarazo.

Por favor, lea cada una de las siguientes frases y díganos si durante su embarazo más reciente lo que se dice fue cierto CON FRECUENCIA, A VECES o NUNCA.

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

- Con frecuencia
- A veces
- Nunca
- No sé

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

- Con frecuencia
- A veces
- Nunca
- No sé

62. A. Durante su embarazo, ¿tuvo alguna vez que comer menos o no comer algunas veces porque no tenía dinero suficiente para comprar alimentos?

- Sí
- No → **Pase a la pregunta 63**
- No sé → **Pase a la pregunta 63**

B. ¿Con qué frecuencia le pasó eso?

- Casi todos los meses
- Algunos meses pero no casi todos los meses
- De 1 a 2 meses
- No sé

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

- Sí
- No
- No sé

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

- Sí
- No
- No sé

64. Durante su embarazo, ¿recibió usted estampillas de comida (*food stamps*)?

- Sí
- No

65 A. ¿Recibió usted ayuda de WIC en cualquier momento durante su embarazo más reciente? (WIC es el programa de alimentación suplementaria: Women, Infants, and Children.)

- Sí
- No → **Pase a la pregunta 66**

B. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando obtuvo su primera ayuda de WIC durante este embarazo?

_____ semanas ○ _____ meses

66. ¿Ha recibido usted o su nuevo bebé ayuda de WIC desde que nació su bebé?

- Sí
- No

67. A. ¿Cuál fue el total de sus ingresos familiares en 2008 **antes de pagar impuestos**? Por favor, marque en el cuadro de abajo las sumas que incluyan todos los ingresos de su hogar, incluyendo sus ingresos, los ingresos de su esposo o pareja (si vivía con usted en 2008) y los de sus hijos.

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

PARA EL AÑO 2008

- 1 \$0 a \$14,000
- 2 \$14,001 a \$18,000
- 3 \$18,001 a \$21,000
- 4 \$21,001 a \$25,000
- 5 \$25,001 a \$28,000
- 6 \$28,001 a \$32,000
- 7 \$32,001 a \$35,000
- 8 \$35,001 a \$42,000
- 9 \$42,001 a \$50,000
- 10 \$50,001 a \$53,000
- 11 \$53,001 a \$56,000
- 12 \$56,001 a \$64,000
- 13 \$64,001 a \$70,000
- 14 \$70,001 a \$74,000
- 15 \$74,001 a \$85,000
- 16 \$85,001 a \$96,000
- 17 \$96,001 a \$99,000
- 18 \$99,001 a \$114,000
- 19 \$114,001 a \$128,000
- 20 \$128,001 o más

B. Si no puede elegir una de las categorías anteriores, por favor díganos cuál fue el promedio de sus ingresos mensuales en 2008 antes de pagar impuestos.

\$ _____ por mes

68. Pensando en 2008 —antes de que su nuevo bebé naciera— ¿cuántas personas vivían con estos ingresos?

_____ número total de personas

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

- 1 Muy difícil
- 2 Algo difícil
- 3 No muy difícil
- 4 Nada difícil

70. En términos generales, ¿cómo fue la experiencia de su embarazo? **Marque la respuesta más apropiada.**

- 1 Uno de los períodos más felices de mi vida
- 2 Un período feliz sin muchos problemas
- 3 Un período algo difícil
- 4 Un período muy difícil
- 5 Uno de los períodos más difíciles de mi vida

Hay algo más que usted quisiera contarnos acerca de su embarazo o su nuevo bebé?

Pase a la siguiente página.

Esta página será separada cuando recibamos esta encuesta

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

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

Nombre: _____

Dirección: _____ # de Apto. _____

_____ Ciudad Estado Código Postal

Indique por favor la tarjeta de regalo desearía recibir: ¹ Target ² Longs

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 realizar otro estudio cuando su bebé tenga más edad. El siguiente estudio será más corto y usted recibirá un regalo si decide participar. Al igual que en el presente estudio, su participación en cualquier estudio futuro será completamente voluntaria.

A. Si realizamos otro estudio dentro de uno o dos años, ¿podríamos ponernos en comunicación con usted? (Aunque usted responda que sí en este momento, podrá decidir no participar más adelante.) Nosotros utilizaremos la dirección que usted indique arriba y la información para comunicarnos con usted que usted indique a continuación.

¹ Sí

² 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 de su teléfono celular?

(_____) _____

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

(_____) _____

⁰ No trabajo fuera de la casa

- E. 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.