

MIHA

Evaluación de la Salud Materna e Infantil
"Para madres y bebés más sanos"

Sabemos que usted está muy ocupada en estos días.
¡Gracias por su ayuda!



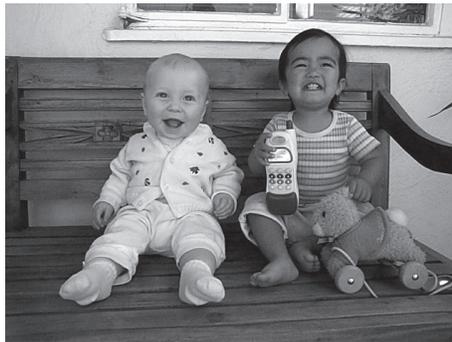
Por favor, llene la encuesta de la siguiente manera:

- 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 al **1-855-367-6442** (1-855-FOR-MIHA). **La llamada es gratis.**

La última página del cuestionario le pide su dirección para poder enviarle una tarjeta de regalo de **\$10** como agradecimiento. 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**.
- Su participación en la encuesta **no** afectará la atención médica ni los beneficios que pueda recibir.
- Usted puede omitir las preguntas que no quiera contestar.
- Si usted tiene alguna pregunta, puede llamar a **Toni Clark, al 1-855-367-6442 (1-855-FOR-MIHA). La llamada es gratis.**

¡Muchas gracias!



SOLAMENTE PARA USO OFICIAL

	#	DATE
Edit		
Data Entry		
Verification		

INTRODUCCIÓN

1. A. ¿Cuál es la fecha de hoy?

_____ / _____ / _____
mes día año

B. ¿Cuándo nació su último bebé?

_____ / _____ / _____
mes día año

2. A. **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

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

¹ Sí

² No

3. ¿Está usted actualmente embarazada?

¹ Sí

² No

Esta encuesta es sobre usted y su bebé que acaba de nacer.

Las primeras preguntas tratan sobre el período poco antes de que usted quedara embarazada del bebé que acaba de nacer.

4. **Poco antes de quedar embarazada**, ¿ya tenía usted un hijo o hija participando en el programa WIC? (WIC es el programa de nutrición para mujeres, bebés y niños).

¹ Sí

² No

³ No tenía hijos antes de que naciera mi nuevo bebé

5. **Poco antes de quedar embarazada**, ¿tenía usted un doctor, enfermera o clínica adonde generalmente iba cuando quería recibir atención médica?

¹ Sí

² No

6. ¿Cómo calificaría usted su salud poco antes de quedar embarazada?

¹ Excelente

² Muy buena

³ Buena

⁴ Regular

⁵ Mala

7. **Durante el mes antes de quedar embarazada**, ¿tenía usted cobertura de Medi-Cal, seguro médico 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
(**Nombre del plan** _____)

^c Un seguro médico privado por medio de su empleo o el empleo de su esposo o pareja
(**Nombre del plan** _____)

^d Un seguro médico privado por medio del empleo de su madre, padre o tutor
(**Nombre del plan** _____)

^e Un seguro médico privado que usted compró directamente de una compañía o plan de seguros
(**Nombre del plan** _____)

^f Otro
(**Nombre del plan** _____)

^g **Yo no tenía** Medi-Cal ni otro seguro de salud durante el **mes antes** del comienzo de mi embarazo

8. **Durante el mes antes de quedar embarazada** de su nuevo bebé, ¿cuántas veces por semana tomó usted una multivitamina, una vitamina prenatal, o una vitamina de ácido fólico?

¹ No tomé multivitamina, vitamina prenatal o vitamina de ácido fólico en ningún momento antes de quedar embarazada

² 1 a 3 veces por semana

³ 4 a 6 veces por semana

⁴ Todos los días de la semana

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

_____ libras¹ _____ kilos²

10. ¿Cuántas libras o kilos **umentó durante su embarazo?**

_____ libras¹ _____ kilos²

En general bajé de peso durante mi embarazo

11. ¿Cuánto mide usted de alto sin zapatos?

_____ pies¹ y _____ pulgadas

_____ metros² y _____ centímetros

12. Piense en el momento **poco antes de quedar embarazada**, ¿cómo se sentía respecto a quedar embarazada?

Quería quedar embarazada en ese momento

Quería quedar embarazada más adelante

No quería quedar embarazada ni en ese momento ni en el futuro

No estaba segura de lo que quería

13. **Antes de quedar embarazada** de su nuevo bebé, ¿habló con usted un doctor, enfermera u otro profesional de salud acerca de la manera de mejorar su salud antes del embarazo?

Sí

No

14. **Antes de quedar embarazada**, ¿le dijo en algún momento un doctor, enfermera u otro profesional de salud que usted tenía alguna de las siguientes condiciones de salud?

Sí No

A. Diabetes (alto contenido de azúcar en la sangre)

B. Hipertensión (alta presión de sangre, tensión arterial alta)

C. Asma

Ahora, queremos hacerle unas preguntas acerca de su salud durante su embarazo del bebé que acaba de nacer.

15. Como cuántas semanas meses de embarazo tenía usted cuando tuvo la seguridad de que estaba embarazada? (Por ejemplo, utilizó usted en su casa una prueba para el embarazo, un doctor o una enfermera la dijo que estaba embarazada, o usted simplemente estaba segura.)

_____ semana(s)¹ _____ mes(es)²

16. **Durante su último embarazo** ¿le dijo en algún momento un doctor, enfermera u otro profesional de salud que usted tenía alguna de las siguientes condiciones de salud?

Sí No

A. Diabetes o diabetes gestacional (alto contenido de azúcar en la sangre)

B. Hipertensión (alta presión de sangre, tensión arterial alta) ...

C. Asma

17. ¿Tuvo usted algunos de estos otros problemas de salud durante su último embarazo?

Sí No

A. Dolores de parto más de 3 semanas antes de la fecha estimada de su parto (dolores antes de tiempo o prematuros)

B. Se le rompió la fuente más de 3 semanas antes de la fecha estimada de su parto (ruptura prematura de las membranas)

C. Pre-eclampsia, eclampsia o toxemia

D. Problemas con la placenta (como desprendimiento de la placenta, placenta previa, placenta baja)

E. Le tuvieron que coser el cuello del útero para cerrarlo (cerviz incompetente)

F. Otro problema de salud

(Por favor, díganos: _____)

Ahora, tenemos algunas preguntas sobre el cuidado prenatal durante su embarazo del bebé que acaba de nacer. "Cuidado prenatal" significa atención médica.

18. ¿Recibió usted algún tipo de cuidado prenatal durante su último embarazo? (Por favor, no tome en cuenta una visita solamente para una prueba de embarazo o solamente para WIC. WIC es el programa de nutrición para mujeres, bebés y niños).

- ¹ Sí
² No

19. ¿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).

_____ semanas¹ **O** _____ meses²

^x Nunca recibí cuidado prenatal

20. 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

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

- ¹ Sí
² No → **Pase a la pregunta 23**
³ No recuerdo/No estoy segura

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

- ¹ Sí
² No → **Pase a la pregunta 23**

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

- a La AFP extendida (es una prueba de sangre para defectos congénitos)
b Amniocentesis o amnio (un doctor introduce una aguja en su vientre para sacar un poco del líquido que rodea a su bebé)
c Muestreo del vello coriónico o CVS (un doctor saca un pedacito de su placenta cuando está embarazada)
d NT, translucencia nucal (un ultrasonido o sonograma especial que mide el ancho del cuello de su bebé)
e Otra (**Por favor, díganos:** _____)
f No estoy segura

23. **Durante su último embarazo**, vino a su casa una trabajadora para ayudarle a prepararse para la llegada de su nuevo bebé? (Una trabajadora puede ser una enfermera, profesional de salud, promotora, trabajadora social u otra persona que trabaja con un programa para mujeres embarazadas.)

- ¹ Sí
² No → **Pase a la pregunta 25**

24. ¿Cuántas veces vino a su casa la trabajadora durante su embarazo?

- ¹ 1 vez
² 2 veces
³ 3-4 veces
⁴ 5 veces o más

Tenemos ahora algunas preguntas sobre sus sentimientos y experiencias durante su embarazo del bebé que acaba de nacer.

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

- ¹ Sí
² No

26. Durante su embarazo, ¿tuvo usted alguna vez un lapso 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

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

- ¹ Sí
² No

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

- ¹ Sí
² No

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

	Sí	No
A. Me separé o divorcí de mi esposo o pareja	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>
B. Tuve que mudarme debido a problemas para pagar el alquiler o la hipoteca.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. No tenía un lugar permanente para dormir de noche (tenía que mudarme de casa en casa).....	<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. A mi pareja o a mí nos redujeron el sueldo o las horas de trabajo ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Mi pareja estuvo, o yo estuve, en la cárcel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Alguien muy cercano a mí tuvo un problema serio con bebidas alcohólicas o con drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Algunas de estas cosas también pueden ocurrir a las personas durante la niñez. Las experiencias durante la niñez pueden ser importantes. Por favor, díganos si alguna de estas cosas le pasaron a usted durante el tiempo desde su nacimiento hasta la edad de 13 años, inclusive.

	Sí	No
A. Casi siempre había una persona adulta que creía en mí y con quien yo podía contar si necesitaba ayuda...	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>
B. Mi madre, padre o tutor con quien yo vivía se divorció o se separó de su pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Tuvimos que mudarnos debido a problemas para pagar el alquiler o la hipoteca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Yo o alguien en mi familia pasamos hambre porque no teníamos dinero para comprar suficiente comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Mi madre, padre o tutor con quien yo vivía se metió en problemas con la ley o estuvo en la cárcel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Mi madre, padre o tutor con quien yo vivía tenía un problema serio con bebidas alcohólicas o con drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Me pusieron en un hogar de crianza temporal (la corte o una agencia de bienestar infantil me sacó de mi casa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Pensando en su niñez hasta la edad de 13 años, inclusive, ¿con qué frecuencia fue difícil para su familia pagar las necesidades básicas, como comida y casa?

- ¹ Con mucha frecuencia
² Con algo de frecuencia
³ Con poca frecuencia
⁴ Nunca



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

31. Durante su último embarazo, ¿tuvo usted alguna vez temor por su seguridad personal, de su familia o de sus amistades debido a la ira o amenazas de su pareja?

- ¹ Sí
² No

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

- ¹ Sí
² No

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

- ¹ Sí
² No

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

- ¹ Sí
² No

Ahora tenemos algunas preguntas acerca del hábito de fumar antes, durante y después de su embarazo del bebé que acaba de nacer.

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

- ¹ Sí
² No → **Pase a la pregunta 38 en la página siguiente**

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

_____ cigarrillos¹ ○ _____ cajetilla(s)²

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

B. Durante los primeros 3 meses de su embarazo (inclusive el período antes de que usted estuviera segura de estar embarazada), ¿cuántos cigarrillos o cajetillas de cigarrillos fumaba **en un día normal**? (Una cajetilla contiene 20 cigarrillos).

_____ cigarrillos¹ ○ _____ cajetilla(s)²

- 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).

_____ cigarrillos¹ ○ _____ cajetilla(s)²

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

37. ¿Cuántos cigarrillos fuma usted **ahora en un día normal**? (Una cajetilla contiene 20 cigarrillos.)

_____ cigarrillos¹ ○ _____ cajetilla(s)²

- ¹ Menos de un cigarrillo por día
² No fumo ahora

Las siguientes preguntas se relacionan con el consumo de bebidas alcohólicas. "Una bebida alcohólica" quiere decir 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.

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

Sí

No → **Pase a la pregunta 43 en la página siguiente**

39. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada, 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 bebidas por semana

De 4 a 6 bebidas por semana

De 7 a 13 bebidas por semana

14 o más bebidas por semana

40. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántas veces tomó usted **4 o más** bebidas alcohólicas **en una sola ocasión**? ("En una sola ocasión" quiere decir en un período de aproximadamente dos horas.)

_____ veces

Nunca tomé 4 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión durante los tres meses antes de quedar embarazada.

Las siguientes preguntas se relacionan con el consumo de bebidas alcohólicas durante su embarazo del bebé que acaba de nacer.

41. A. Durante los primeros 3 meses de su embarazo (inclusive el período antes de que usted tuviera la seguridad de estar embarazada), aproximadamente, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba usted **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 bebidas por semana

De 4 a 6 bebidas por semana

7 o más bebidas por semana

B. Durante los últimos 3 meses de su embarazo, aproximadamente, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba usted **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 bebidas por semana

De 4 a 6 bebidas por semana

7 o más bebidas por semana

42. Durante su último embarazo (inclusive el período antes de que estuviera segura de estar embarazada), ¿cuántas veces tomó usted **4 o más** bebidas alcohólicas **en una sola ocasión**? ("En una sola ocasión" quiere decir en un período de aproximadamente dos horas.)

_____ veces

Nunca tomé 4 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión durante mi embarazo.

Las próximas preguntas son sobre su trabajo de parto y del parto mismo. "Trabajo de parto" quiere decir el tiempo en que sus contracciones eran fuertes y bastante regulares.

43. A. ¿Cómo dio a luz usted a su bebé más reciente?

- ¹ Por parto vaginal
- ² Por cesárea después de cierto tiempo de trabajo de parto
- ³ Por cesárea antes de comenzar el trabajo de parto → **Pase a la pregunta 46**

B. **Antes de comenzar el trabajo de parto**, ¿trató su doctor o partera de provocar su parto dándole medicamentos?

- ¹ Sí
- ² No → **Pase a la pregunta 45**
- ³ No estoy segura → **Pase a la pregunta 45**

44. ¿Por qué le dio medicamentos su doctor o partera para iniciar o provocar su parto? **Marque todas las respuestas apropiadas.**

	<u>Sí</u>	<u>No</u>
A. Estaban preocupados debido al tamaño de mi bebé	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>
B. Ya había pasado la fecha esperada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Mi fuente se había roto y mi trabajo de parto no comenzaba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Estaban preocupados de que mi bebé no fuera a estar bien y tenía que nacer pronto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Yo tenía un problema de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Yo quería aliviarme del dolor o la incomodidad del embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Yo quería dar a luz en un día específico debido a mi empleo u otros motivos personales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Yo quería dar a luz en un día cuando mi doctor o partera podía atenderme durante el parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Otro (por favor, díganos: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. No sé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ **Pase ahora a la pregunta 46**

45. **Después del comienzo de su trabajo de parto**, ¿le dio medicamentos su doctor o partera para hacer sus contracciones aun más fuertes o para acelerar su trabajo de parto?

- ¹ Sí
- ² No
- ³ No estoy segura

Ahora, queremos hacerle algunas preguntas relacionadas con su seguro médico durante y después de su embarazo.

46. **Durante su embarazo** del bebé que acaba de nacer, tenía usted Medi-Cal, un seguro médico privado u otro plan de seguros para pagar su cuidado prenatal? **Marque TODAS las respuestas apropiadas.**

- ^a Medi-Cal
- ^b Un plan de salud pagado por Medi-Cal (**Nombre del plan** _____)
- ^c Un seguro médico privado por medio de su empleo o el empleo de su esposo o pareja (**Nombre del plan** _____)
- ^d Un seguro médico privado por medio del empleo de su madre, padre o guardián (**Nombre del plan** _____)
- ^e Un seguro médico privado que usted compró directamente de una compañía o plan de seguros (**Nombre del plan** _____)
- ^f Otro (**Nombre del plan** _____)
- ^g **Yo no tenía** Medi-Cal ni otro seguro de salud que pagara mi cuidado prenatal

47. Aproximadamente, ¿cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando ese plan de seguro o de salud entró en efecto? (Si tenía más de un solo plan, mencione el que entró en efecto primero.)

- _____ semanas¹ **O** _____ meses²
- ⁰ Mi plan de salud entró en efecto antes del comienzo de mi embarazo
 - ^x No tenía Medi-Cal ni otro seguro de salud durante mi embarazo

48. En este momento, tiene usted Medi-Cal, un seguro médico privado o algún otro seguro de salud para su propia atención médica? **Marque TODAS las respuestas apropiadas.**

- a Medi-Cal
- b Un plan de salud pagado por Medi-Cal
(Nombre del plan _____)
- c Un seguro médico privado por medio de su empleo o el empleo de su esposo o pareja
(Nombre del plan _____)
- d Un seguro médico privado por medio del empleo de su madre, padre o tutor
(Nombre del plan _____)
- e Un seguro médico privado que usted compró directamente de una compañía o plan de seguros
(Nombre del plan _____)
- f Otro
(Nombre del plan _____)
- g Yo no tengo ahora Medi-Cal ni otro seguro de salud para pagar el cuidado de mi propia salud

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

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

- 1 Sí
- 2 No

50. Desde su último parto, ¿ha tenido usted un chequeo de postparto (el examen médico que se le hace a una mujer aproximadamente 4 a 6 semanas después de dar a luz)?

- 1 Sí
- 2 No

51. Aproximadamente, ¿cuánto pesa usted **ahora**?

_____ libras¹ **O** _____ kilos²

52. A. ¿Está usted, o su esposo o pareja, haciendo algo actualmente para evitar un embarazo? (Algunas de las cosas que las personas hacen para evitar un embarazo incluyen el uso de píldoras anticonceptivas, condones, interrupción del acto sexual o planificación familiar natural.)

1 Sí → **Pase a la pregunta 53**

2 No

B. ¿Cuáles son las razones por las que usted no hace nada ahora para evitar un embarazo? **Marque TODAS las respuestas apropiadas.**

- 1 No estoy teniendo relaciones sexuales
- 2 Quiero quedar embarazada
- 3 No quiero usar anticonceptivos
- 4 Me preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos
- 5 Mi esposo o pareja no quiere usar nada
- 6 No puedo pagar los costos de los anticonceptivos
- 7 Tengo problemas para obtener anticonceptivos cuando los necesito
- 8 Hice que me ligan o bloquearan mis tubos (las trompas de Falopio)
- 9 Mi esposo o pareja tuvo una vasectomía
- 10 Estoy embarazada ahora
- 11 Otro (**Por favor, díganos:** _____
_____)

→ **Pase ahora a la pregunta 54**

53. ¿Qué método anticonceptivo está usando ahora usted o su esposo o pareja para evitar un embarazo?

Marque TODAS las respuestas apropiadas.

- 1 Tubos ligados o bloqueados (esterilización femenina)
- 2 Vasectomía (esterilización masculina)
- 3 Píldoras o parche anticonceptivo, anillo vaginal
- 4 Condones
- 5 Inyecciones (Depo-Provera, Lunelle)
- 6 Implantes (Implanon)
- 7 Dispositivo intrauterino (Mirena o ParaGard)
- 8 Planificación familiar natural (ritmo, temperatura)
- 9 Interrupción del acto sexual (retiro)
- 10 No tener relaciones sexuales (abstinencia)
- 11 Otro (**Por favor, díganos:** _____)

54. Desde su último parto, ¿ha hablado con usted un doctor, enfermera u otro profesional de salud sobre la mejor cantidad de tiempo que se debería esperar antes de tener otro bebé?

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No me acuerdo
- 4 Mi doctor, enfermera u otro personal de salud sabe que yo no voy a tener más hijos

55. Desde su último parto, ¿ha venido a su casa una trabajadora para ayudarla a aprender cómo cuidarse a usted misma o a su nuevo bebé? (Un trabajadora puede ser una enfermera, profesional de salud, promotora, trabajador social u otra persona que trabaja con un programa que ayuda a las mujeres que acaban de dar a luz.)

- 1 Sí
- 2 No → **Pase ahora a la pregunta 57**

56. Desde su último parto, ¿cuántas veces ha venido a su casa la trabajadora?

- 1 1 vez
- 2 2 veces
- 3 3-4 veces
- 4 5 veces o más

57. Desde su último parto, ¿ha tenido usted alguna vez un lapso de 2 semanas o más cuando se sentía triste, vacía o deprimida durante la mayor parte del día?

- 1 Sí
- 2 No

58. Desde su último parto, ¿ha tenido usted alguna vez un lapso 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

Ahora, tenemos algunas preguntas sobre su bebé que acaba de nacer.

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

59. A. ¿Vive su bebé ahora?

- 1 Sí
- 2 No → **Por favor, acepte nuestro más sincero pésame. Pase a la pregunta 72 en la página 12.**

B. ¿Está viviendo con usted ahora?

- 1 Sí
- 2 No → **Pase a la pregunta 72 en la página 12.**



60. **Antes de dar a luz** a su bebé, ¿cómo planeaba usted alimentarle después de su nacimiento?

- 1 Tenía planeado darle pecho solamente
- 2 Tenía planeado darle fórmula solamente
- 3 Tenía planeado darle pecho y fórmula
- 4 No estaba segura de cómo daría alimento a mi bebé

61. A. **En este momento**, ¿tiene su bebé Medi-Cal, un seguro médico privado o algún plan de salud para recibir atención médica?

- a Medi-Cal
- b Un plan de salud pagado por Medi-Cal
(Nombre del plan _____)
- c Un seguro médico privado por medio de su empleo o el empleo de su esposo o pareja
(Nombre del plan _____)
- d Un seguro médico privado que usted compró directamente de una compañía o plan de seguros
(Nombre del plan _____)
- e Healthy Families
- f Otro
(Nombre del plan _____)
- g Mi bebé **no tiene** Medi-Cal ni otro seguro de salud que pague los costos de su atención médica

B. 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?

- 1 Sí
- 2 No

62. A. ¿Ha recibido su nuevo bebé ayuda de WIC desde que nació? (WIC es el programa de nutrición para mujeres, bebés y niños.)

- 1 Sí
- 2 No

B. ¿Ha recibido usted ayuda de WIC para sí misma en algún momento desde que nació su nuevo bebé?

- 1 Sí
- 2 No



63. Estas son algunas de las cosas que pueden haber pasado en el hospital donde nació su nuevo bebé. Por favor, díganos si alguna de estas cosas pasaron después del nacimiento de su bebé.

- | | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|--|----------------------------|----------------------------|
| A. Mi bebé estuvo en el mismo cuarto conmigo durante <u>por lo menos 23 horas</u> cada día en el hospital | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| B. Mi bebé usó un chupón en el hospital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. El hospital me dio un paquete de regalos con fórmula | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. El hospital me dio un número de teléfono para obtener ayuda sobre cómo darle pecho a mi bebé al regresar a mi casa..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

64. En las primeras dos horas después del nacimiento de su bebé, ¿por cuánto tiempo estuvo usted en contacto con su bebé "piel a piel" (el pecho desnudo de su bebé con su propio pecho desnudo)?

- 1 En ningún momento
- 2 Menos de 15 minutos
- 3 De 15 a 30 minutos
- 4 De 30 minutos a 1 hora
- 5 De 1 a 2 horas

65. A. ¿En algún momento, le dio usted pecho a su bebé o fue alimentado su bebé con leche materna?

- 1 Sí
- 2 No → **Pase a la pregunta 68**

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

- 1 Menos de 1 hora después del nacimiento
- 2 De 1 a 2 horas después del nacimiento
- 3 De 2 a 6 horas después del nacimiento
- 4 Más de 6 horas después del nacimiento

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

- ¹ Sí
² No
³ No sé

67. A. ¿Todavía le está dando leche materna a su bebé?

- ¹ Sí → **Pase a la pregunta 68**
² No

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

_____ días¹ ○ _____ semanas² ○ _____ meses³

68. Queremos hacerle algunas preguntas sobre los líquidos y alimentos que podría haber dado a su bebé que no sean leche materna. Si nunca le ha dado a su nuevo bebé ninguno de ellos, marque la última casilla debajo de cada pregunta.

A. ¿Qué edad tenía su bebé cuando se le alimentó por vez primera con fórmula?

_____ días¹ ○ _____ semanas² ○ _____ meses³

- ¹ Menos de 1 día de edad
² A mi bebé nunca se le ha dado fórmula

B. ¿Qué edad tenía su bebé cuando bebió por primera vez líquidos que no sean leche materna ó fórmula (como agua, jugo, té o leche de vaca)?

_____ días¹ ○ _____ semanas² ○ _____ meses³

- ¹ Menos de 1 día de edad
² A mi bebé nunca se le ha dado líquidos que no sean leche materna o fórmula

C. ¿Qué edad tenía su bebé cuando comió por primera vez algo sólido (como cereal para bebés, alimentos para bebé u otro alimento sólido)?

_____ días¹ ○ _____ semanas² ○ _____ meses³

- ¹ Mi bebé nunca ha comido alimentos sólidos

69. A. Desde que su bebé nació, ¿ha trabajado usted en un empleo pagado fuera de su casa?

- ¹ Sí
² No, pero pienso regresar a un empleo donde trabajaba antes del nacimiento de mi bebé
³ No, pero pienso encontrar un empleo nuevo → **Pase a la pregunta 70**
⁴ No, no tengo planeado trabajar para ganar dinero fuera de mi casa en un futuro cercano
→ **Pase a la pregunta 70**

B. En el sitio donde usted trabaja, ¿hay lugares donde las mujeres pueden dar pecho a sus bebés o bombear leche de sus pechos si lo quieren hacer?

- ¹ Sí
² No
³ No estoy segura

C. En su empleo, ¿se permite que las mujeres tomen el tiempo necesario para dar pecho a sus bebés o bombear leche de sus pechos si lo quieren hacer?

- ¹ Sí
² No
³ Se permite que las mujeres tomen algún tiempo, pero no es suficiente
⁴ No estoy segura

70. 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

71. ¿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

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

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

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

- 1 Con frecuencia
- 2 A veces
- 3 Nunca
- 4 No sé

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

- 1 Con frecuencia
- 2 A veces
- 3 Nunca
- 4 No sé

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

- 1 Sí
- 2 No → **Pase a la pregunta 82**
- 3 No sé → **Pase a la pregunta 82**

B. ¿Con qué frecuencia le pasó eso?

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

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

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No sé

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

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No sé

84. Durante su embarazo, ¿recibió usted estampillas de comida (*food stamps* o beneficios de *CalFresh*)?

- 1 Sí
- 2 No

85. Recibió usted ayuda de WIC en cualquier momento durante su último embarazo? (WIC es el programa de nutrición para mujeres, bebés y niños.)

- 1 Sí → **Pase a la pregunta 87 en la página siguiente**
- 2 No

86. ¿Por qué no recibió usted ayuda de WIC durante su embarazo? **Marque todas las respuestas apropiadas.**

- 1 Nunca oí hablar de WIC
- 2 No pensaba que tendría derecho a WIC
- 3 No necesitaba la ayuda de WIC
- 4 No podía ir a WIC cuando estaban abiertos
- 5 No podía comunicarme con ellos por teléfono
- 6 Era demasiado difícil solicitar ayuda de WIC
- 7 Yo recibía WIC antes pero no me gustaba
- 8 No quería usar los cupones de WIC para hacer compras
- 9 Otro (**Por favor díganos:** _____)

87. ¿Cuál fue el total de sus ingresos familiares en 2010 **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 2010) y los de sus hijos.

Por favor, incluya todos sus ingresos, incluyendo el 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 2010

- 1 \$0 a \$15,000
- 2 \$15,001 a \$18,000
- 3 \$18,001 a \$22,000
- 4 \$22,001 a \$26,000
- 5 \$26,001 a \$29,000
- 6 \$29,001 a \$33,000
- 7 \$33,001 a \$37,000
- 8 \$37,001 a \$44,000
- 9 \$44,001 a \$52,000
- 10 \$52,001 a \$55,000
- 11 \$55,001 a \$59,000
- 12 \$59,001 a \$66,000
- 13 \$66,001 a \$73,000
- 14 \$73,001 a \$77,000
- 15 \$77,001 a \$88,000
- 16 \$88,001 a \$100,000
- 17 \$100,001 a \$103,000
- 18 \$103,001 a \$118,000
- 19 \$118,001 a \$133,000
- 20 \$133,001 o más

88. Si no puede elegir una de las categorías anteriores, por favor, díganos cuál fue el promedio de sus ingresos mensuales en 2010 antes de pagar impuestos.

\$ _____ por mes

89. Pensando en 2010 —antes de que su nuevo bebé naciera— ¿cuántas personas vivían con estos ingresos?

_____ número total de personas

90. Generalmente, durante su 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

91. 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

Gracias por haber dedicado su tiempo para ayudar a mejorar la salud materna e infantil. Sabemos que algunas de las preguntas que le hicimos fueron muy personales. Recuerde, por favor, que sus respuestas son confidenciales.

Si desea hacer comentarios acerca de la encuesta, su embarazo o su nuevo bebé, por favor escríbalos aquí:

iGracias por responder a estas preguntas!

92. Nos gustaría enviarle una tarjeta de regalo de **\$10** como agradecimiento por su ayuda a 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 que desearía recibir: ¹ Target ² CVS/pharmacy

Marque esta casilla solamente si no desea participar en la rifa de \$250.

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

93. 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 en el futuro, ¿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

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 de teléfono de su hogar?

(_____) _____

C. ¿Cuál es el número de su teléfono celular?

(_____) _____

D. ¿Cuál es su dirección de e-mail?

_____ @ _____

E. ¿Cuál es el número de teléfono de su trabajo?

(_____) _____ ⁰ No trabajo fuera de la casa

Esta página será separada cuando recibamos esta encuesta

F. En caso de que se mudara o nos fuera imposible comunicarnos con usted, por favor, denos el nombre, la dirección y el número de teléfono 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?

MUCHAS GRACIAS POR SU AYUDA

Ahora, por favor envíenos este cuestionario por correo en el sobre que incluimos.
No necesita estampillas o timbres postales.

