

## Lo que están diciendo nuestras mamás:

*“Creo que esta encuesta es una buena idea. Me alegro de haber sido parte de ella. Espero que mis respuestas y comentarios ayuden a otras que esperan o tendrán un nuevo bebe.”*



*“Estuve muy decepcionada con mi cuidado prenatal, que no les importaba cuando quería empezar mi cuidado prenatal y que juzgaban mi situación por ser una madre joven.”*

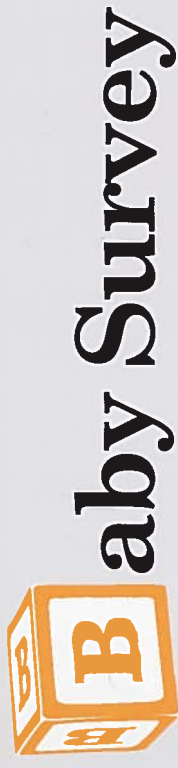
*“Espero que las encuestas que están enviando por correo realmente sean una herramienta para crear programas que ayuden y beneficien a mujeres que realmente necesitan apoyo durante su embarazo...”*

### STAFF USE ONLY:

Date Received: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Initials \_\_\_  
 Date Tracked: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Initials \_\_\_  
 Date Reviewed: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Initials \_\_\_  
 Survey Entry Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Initials \_\_\_  
 \_\_\_ Phone Interview

ID: **OR1680010**

# The 2016



**Su Voz, Sus Experiencias,  
Nuestros bebés y mamás saludables**



Este proyecto está financiado en parte por L.A. Care Health Plan para mejorar la salud pública y de la comunidad en el condado de Los Angeles.



**Para más información, o para completar la encuesta por teléfono, por favor llame gratuitamente al personal de LAMB al 1-866-706-LAMB (1-866-706-5262)**

Take this survey and get a **FREE \$20** GIFT CARD to **Ralphs/Food4Less**

# Preguntas Más Comunes Sobre LAMB

## ¿Qué es LAMB?

LAMB (Los Angeles Mommy and Baby Survey) o La encuesta de Mamás y Bebés en Los Ángeles es un proyecto de investigación patrocinado por el Programa de Salud de Madres, Niños y Adolescentes (MCAH) del Departamento de Servicios de Salud del condado de Los Ángeles. Nuestra encuesta solicita a madres que recientemente dieron a luz acerca de las cosas que sucedieron alrededor de la época de su embarazo. Sus respuestas nos ayudarán a aprender más sobre maneras de mejorar la salud de futuras madres y bebés.

## ¿Por qué debería participar en esta encuesta?

LAMB es una encuesta muy importante que ayudará a mejorar la salud de futuras madres y bebés. La encuesta nos ayudará a entender y a resolver mejor las necesidades saludables de madres y bebés del condado de Los Ángeles. Sus respuestas nos ayudarán a mejorar los servicios para mujeres, infantes, y familias. Para entender mejor la salud de madres y bebés en el condado de Los Ángeles, necesitamos que cada madre seleccionada conteste a las preguntas en esta encuesta.

## ¿Algunas de las preguntas no parecen ser relacionadas con el embarazo— Por que son preguntadas?

Hay muchas cosas en la vida que pueden afectar el embarazo. Estas preguntas se hacen para obtener una imagen completa de las cosas que sucedieron antes, durante, y después del embarazo. Las preguntas también nos permiten que le agrupemos con otras mujeres. Aunque algunas de las preguntas pueden ser personales, recuerde por favor que todas sus respuestas serán privadas.

## ¿Cómo fui escogida para participar en LAMB?

Su nombre fue seleccionado por azar, como en la lotería, de las actas de nacimiento del registro del estado. Usted es parte de un pequeño grupo de mujeres escogidas para ayudarnos con este estudio.

## ¿Recibiré los resultados de la encuesta?

Si usted desea que le mandemos los resultados de la encuesta, por favor díganos en la parte posterior de la encuesta.

## ¿Qué puedo hacer si tengo más preguntas acerca de LAMB?

Sería un placer contestar cualquier otra pregunta que usted pueda tener sobre LAMB. Llámenos por favor a nuestro número gratis 1-866-706-LAMB (1-866-706-5262). También puede llamar al mismo número si prefiere completar la encuesta por teléfono.

**La fecha de hoy**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
mes      día      año

**Su fecha de nacimiento**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
mes      día      año

**Piense en el tiempo antes de quedar embarazada con su nuevo bebé. Las preguntas 1-21 se tratan acerca el tiempo justo antes de su último embarazo.**

1. **Antes** de su último embarazo, ¿tenía usted algún tipo de seguro médico?  
Sí ..... 1  
No ..... 0 → **PASE A LA PREGUNTA #3**
2. Si contestó sí, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted **antes** de su último embarazo?  
Medi-Cal o Healthy Way LA ..... 1  
Seguro médico por parte de su trabajo o el trabajo de su esposo o pareja ..... 2  
Seguro médico comprado de Covered California ..... 3  
Seguro médico **no** comprado de Covered California o de un trabajo ..... 4  
Servicio de Salud Indio o Tribu (IHS) ... 5  
Seguro médico militar (TRICARE) o Veteran's Health Administration (VA)... 6  
Otra ..... 7  
**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_  
No sé ..... 89

3. En cualquier momento durante los **seis meses antes** de quedar embarazada con su nuevo bebé, ¿hizo usted algo de lo que aparece en la lista a continuación?  
a. Yo estaba a dieta (cambiando mis hábitos alimenticios) para bajar de peso ... s N

- b. Hice ejercicio 3 días o más a la semana ..... s N
- c. Estaba tomando regularmente medicinas recetadas además de anticonceptivos ..... s N
- d. Fui con un profesional de salud para un chequeo o tratamiento para la diabetes ..... s N
- e. Fui con un profesional de salud para un chequeo o tratamiento para la presión alta ..... s N
- f. Fui con un profesional de salud para un chequeo o tratamiento para la depresión o ansiedad ..... s N
- g. Hablé con un profesional de salud sobre mi historia médica familiar ..... s N
- h. Fui a hacerme una limpieza dental con un dentista o higienista dental ... s N

4. **Antes** de su último embarazo, ¿limitó su contacto con químicas que podrían dañar a su bebé en lo siguiente?:  
a. Comida ..... s N  
b. Productos de salud y belleza ..... s N  
c. Muebles o productos de limpieza y almacenamiento ..... s N

5. En los **seis meses antes** de que se embarazara con su nuevo bebé, ¿habló con un doctor, enfermera, o otro profesional de salud para prepararla a tener un embarazo y un bebé saludable?  
Sí ..... 1  
No ..... 0

6. En los **seis meses antes** de embarazarse, ¿tuvo problemas con lo siguiente? **Marque todas las que aplican.**  
Depresión ..... 1  
Ansiedad ..... 2  
Presión alta (hipertensión) ..... 3  
El nivel de azúcar estaba alto (diabetes) . 4  
Anemia (falta de hierro) ..... 5  
Problemas cardíacos ..... 6  
Problemas con sus encías o dientes ..... 7  
Asma ..... 8  
Comió menos de lo que debía porque no había suficiente dinero para comprar comida ..... 9

7. En los **seis meses antes** de que usted descubriera que estaba embarazada con su nuevo bebé ¿en promedio, cuántos cigarrillos fumaba al día? (Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.)  
No fumaba ..... 1  
Menos de un cigarrillo ..... 2  
1 a 5 cigarrillos ..... 3  
6 a 10 cigarrillos ..... 4  
11 a 20 cigarrillos ..... 5  
21 a 40 cigarrillos ..... 6  
41 cigarrillos o más ..... 7

8. En los **seis meses antes** de quedar embarazada con su nuevo bebé ¿usaba usted tabaco o nicotina en cualquiera de los siguientes productos?:  
a. Cigarrillos electrónicos ..... s N  
b. Vaporizador ..... s N  
c. Tabaco de mascar ..... s N

- d. Parche de nicotina ..... s N
- e. Otro producto ..... s N

**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Durante el **mes antes** de su embarazo con su nuevo bebé, ¿cuántas veces a la semana tomó una vitamina con ácido fólico o multivitaminas?  
No tomé ninguna ..... 1  
Ocasionalmente ..... 2  
1 a 3 veces a la semana ..... 3  
4 a 6 veces a la semana ..... 4  
Todos los días de la semana ..... 5

10. Piense en el tiempo **tres meses antes** de que se embarazó. ¿Estaba tratando de embarazarse? **Marque una respuesta.**  
Sí ..... 1  
Sí, pero no estaba tratando muy duro ... 2  
Estaba tratando seriamente de prevenir quedar embarazada ..... 3  
No estaba tratando de quedar embarazada o tratando de prevenir un embarazo ... 4

11. Cuándo quedó embarazada con su nuevo bebé, ¿estaba usando algún método para evitar el embarazo?  
Sí, siempre ... 1 } **PASE A LA PREGUNTA #12**  
Sí, a veces ... 2 }  
No ..... 3 → **PASE A LA PREGUNTA #13**

12. ¿Con que se cuidaban usted o su esposo o pareja para evitar el embarazo? **Marque todas las que aplican.**

- La píldora anticonceptiva ..... 1
- Condones ..... 2
- Inyección (Lunelle® o Depo-Provera®) .. 3
- Parche anticonceptivo (OrthoEvra®) ... 4
- Método del ritmo o planificación familiar natural ..... 5
- El hombre se retiraba ..... 6
- Anillo vaginal (Nuva Ring®) ..... 7
- Dispositivo intrauterino (Mirena® o ParaGard®) ..... 8
- Otro ..... 9

**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

→ PASE A LA PREGUNTA #14

13. ¿Cuáles fueron las razones porque usted o su esposo o pareja no estaban haciendo nada para evitar el embarazo? **Marque todas las que aplican.**

- No me importaba si quedaba embarazada ..... 1
- Quería un bebé / estaba tratando de quedar embarazada ..... 2
- Pensaba que no podía quedar embarazada en ese momento ..... 3
- El método anticonceptivo que usaba me producía efectos secundarios ..... 4
- Tenía dificultades consiguiendo anticonceptivos cuando los necesitaba ... 5
- Pensaba que mi esposo o pareja o yo no podíamos embarazarnos ..... 6

- Mi esposo o pareja no quería usar nada . 7
- No podía comprar anticonceptivos ..... 8
- Me olvidé de usar algún método anticonceptivo ..... 9
- Otra razón ..... 10

**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. **Antes** de embarazarse con su nuevo bebé, ¿había usado la contracepción de emergencia (“píldora del día siguiente”)? Esta combinación de píldoras se utiliza para prevenir el embarazo hasta 5 días después del sexo desprotegido.

- No ..... 1
- No, no sabía que era la contracepción de emergencia ..... 2
- Sí ..... 3

**¿Cuántas veces?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. Pensando en el tiempo justo **antes** de quedar embarazada con su nuevo bebé, ¿qué pensaba de quedar embarazada? **Marque una respuesta.**

- Quería estar embarazada más pronto ... 1
- Quería estar embarazada en el futuro .. 2
- Quería estar embarazada en ese momento ..... 3
- No quería estar embarazada ni en ese momento ni nunca ..... 4

16. Justo **antes** de quedar embarazada con su nuevo bebé, ¿qué pensaba su esposo o pareja de que usted quedara embarazada?

- Él quería que estuviera embarazada más pronto ..... 1
- Él quería que estuviera embarazada más tarde ..... 2
- Él quería que estuviera embarazada en ese momento ..... 3
- Él no quería que estuviera embarazada ni en ese momento ni nunca ..... 4
- No tenía marido ni pareja ..... 5
- No sé ..... 89

17. ¿Cómo calificaría usted su salud justo **antes** de quedar embarazada?

- Excelente ..... 1
- Muy buena ..... 2
- Buena ..... 3
- Regular ..... 4
- Mala ..... 5

18. ¿Le ayudó un doctor a quedar embarazada con su nuevo bebé (como con medicamentos para fertilidad o tecnología de reproducción asistida)?

- Sí ..... 1
- No ..... 0

19. **Antes** de su último embarazo con su nuevo bebé, ¿cuántas veces había estado embarazada? **Por favor incluya TODOS sus embarazos, incluso malpartos o abortos.**

\_\_\_\_\_ Veces

20. **Antes** de su último parto cuando nació su nuevo bebé, ¿cuántas veces había dado luz? **Incluya por favor nacimientos vivos y partos muertos, pero NO CUENTE malpartos o abortos.**

\_\_\_\_\_ Veces

21. **Antes** de su último embarazo, ¿alguna vez tuvo lo siguiente?

- a. Un bebé que nació prematuramente (más de 3 semanas antes de la fecha programada) ..... S N
- b. Un bebé que pesó menos de 5 libras 8 onzas (2.5 kilos) ..... S N
- c. Malparto (un bebé que murió antes de las 20 semanas de embarazo) .. S N
- d. Aborto intencional ..... S N
- e. Parto muerto (un bebé que murió antes de nacer) ..... S N
- f. Un bebé que murió antes de 1 año de edad ..... S N
- g. Un bebé que nació con un defecto . S N

**Por favor díganos cual(es) defecto(s) tenía su bebé (bebés):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ahora piense en las cosas que le sucedieron cuando estuvo embarazada con su nuevo bebé.**

22. El embarazo puede ser difícil para algunas mujeres. Las preguntas siguientes son sobre eventos que le pudieron haber sucedido **durante** su embarazo más reciente. Marque **S (Sí)** si le sucedió o **N (No)** si no le sucedió. Puede ayudarlo a ver el calendario en la parte atrás de esta encuesta.

- a. Alguien muy cercano a mi estuvo muy enfermo y tuvo que ir al hospital . . . S N
- b. Me separé o divorcié de mi esposo o pareja . . . . . S N
- c. Me mudé a otra dirección . . . . . S N
- d. No tenía un hogar donde vivir . . . . S N
- e. Mi esposo o pareja perdió su trabajo . . . . . S N
- f. Perdí mi trabajo aunque quería seguir trabajando . . . . . S N
- g. Peleaba (discutía) con mi esposo o pareja más de lo normal . . . . . S N
- h. Tenía muchas cuentas que no podía pagar . . . . . S N
- i. Me peleé físicamente con otra persona . . . . . S N
- j. Mi esposo o pareja o yo estuvimos en la cárcel . . . . . S N
- k. Alguien muy cercano a mi tuvo un problema grave con alcohol o drogas . . . . . S N
- l. Alguien muy cercano a mi falleció . S N
- m. Estuve en un accidente de coche . . S N
- n. Demoré en pagar, o no podía pagar, el alquiler o la hipoteca . . . . . S N
- o. ¿Le pasó algunas otras cosas serias durante su embarazo? . . . . . S N

23. Lo que sigue es una lista de diferentes maneras cómo se pudo haber sentido **durante** su último embarazo. Por cada pregunta, elija de las siguientes opciones: Nunca, A veces, A menudo, Siempre.

**Durante** su embarazo más reciente, ¿con que frecuencia:

- |   | Nunca                      | A veces                    | A menudo                   | Siempre                    |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Se sintió muy nerviosa?  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| b. Se sintió calmada y tranquila?   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| c. Se sintió triste?  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| d. Fue una persona feliz?   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| e. Se molestó sobre algo que paso inesperadamente?                                      | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| f. Se sintió que no podía controlar cosas importantes en su vida?                       | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| g. Sintió que las cosas iban a su manera?   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| h. Sintió que sus dificultades se le estaban amontonando tanto que no podía superarlas? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| i. Se sintió tan mal que nada podía animarla?   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

24. Lo que sigue es una lista de declaraciones acerca de cómo se sintió **durante** su último embarazo. Por cada artículo abajo, elija de los siguiente:

- |  | Nada de acuerdo            | No estoy de acuerdo        | Neutral                    | Estoy de acuerdo           | Muy de acuerdo             |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Sentí que era una persona con valor, por lo menos igual a otras personas. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b. Era capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de otras personas.  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c. En general, estaba satisfecha con mi misma.                               | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| d. Tenía poco control sobre las cosas que me sucedían.                       | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| e. Sinceramente no tenía ninguna manera de arreglar los problemas que tenía. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| f. A veces sentí que la vida está abusando de mí.                            | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| g. Podía hacer casi cualquier cosa que me disponía hacer.                    | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

25. **Durante** su embarazo más reciente, ¿trabajó fuera de casa?

Sí . . . . . 1

**¿Durante cual semana de su embarazo paró de trabajar?**

\_\_\_\_\_ Semana

No . . . . . 0 → PASE A LA PREGUNTA #27

26. **Durante** su embarazo más reciente, ¿hizo las siguientes cosas regularmente en el trabajo? Por cada pregunta, marque **S (Sí)** si lo hizo o **N (No)** si no lo hizo.

- a. ¿Trabajó más de 40 horas por semana? . . . . . S N
- b. ¿Trabajó parada o camino por más de 3 horas al día? . . . . . S N
- c. ¿Levantó o cargo más de 25 libras en el trabajo? . . . . . S N
- d. ¿Trabajó el turno de noche por lo menos una vez por semana? . . . . S N

27. Bastantes mujeres encuentran los **últimos tres meses** del embarazo difícil. Piense en que tan activa fue durante este tiempo. ¿Qué tan seguido participó en alguna actividad física o hizo ejercicio por 30 minutos o más? (Por ejemplo, caminar, nadar, montar en bicicleta, bailar, o trabajar en el jardín). No cuente ejercicio que pudo haber hecho regularmente como parte del trabajo.

- No hice ejercicio . . . . . 1
- No hice ejercicio, porque un doctor, enfermera, u otro profesional de salud me advirtió no hacer ejercicio . . . . . 2
- Menos de 1 día por semana . . . . . 3
- 1 a 4 días por semana . . . . . 4
- 5 o más días por semana . . . . . 5

28. En promedio, ¿cuántos cigarrillos fumaba usted cada día **después** de que se enteró que estaba embarazada? (Una cajetilla tiene 20 cigarrillos).

- No fumaba . . . . . 1
- Menos de un cigarrillo . . . . . 2
- 1 a 5 cigarrillos . . . . . 3
- 6 a 10 cigarrillos . . . . . 4
- 11 a 20 cigarrillos . . . . . 5
- 21 a 40 cigarrillos . . . . . 6
- 41 cigarrillos o más . . . . . 7

29. **Durante** su embarazo más reciente, ¿usaba usted tabaco o nicotina en los siguientes productos?:

- a. Cigarrillos electrónicos ..... S N
- b. Vaporizador ..... S N
- c. Tabaco de mascar ..... S N
- d. Parche de nicotina ..... S N
- e. Otro producto ..... S N

**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

30. **Durante** su embarazo más reciente, en promedio, ¿cuántas horas por día, estaba en el mismo cuarto con una persona que estaba fumando?

\_\_\_\_\_ Horas

31. ¿Usó usted algunas de estas drogas durante su embarazo? Por cada pregunta, marque **S (Sí)** si la usó o **N (No)** si no la usó.

- a. Medicamentos (no recetados por su doctor) ..... S N
- b. Medicamentos (comprados sin receta medica) ..... S N
- c. Mota (pot, brote/retoño) o hachís (hash) ..... S N
- d. Anfetamina (drogas estimulantes, ice, speed, cristal, crack) ..... S N
- e. Cocaína (rock, coca, rajaduro/quebradura) o heroína (smack, horse) ..... S N
- f. Tranquilizante (downers, ludes) o alucinógeno (LSD/ácido, PCP/angel dust, éxtasis) ..... S N
- g. Inhalantes como gasolina, pegamento, u otros aerosoles ..... S N
- h. Analgésicos u opioides prescritos por un médico (Vicodin, Percocet) ..... S N

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

- 14 o más bebidas por semana ..... 1
- 7 o más bebidas por semana ..... 2
- 4 a 6 bebidas por semana ..... 3
- 1 a 3 bebidas por semana ..... 4
- Menos de una bebida por semana ..... 5
- No tomé en lo absoluto durante los últimos 3 meses de mi embarazo .... 6

33. **Durante** su último embarazo (incluya 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 me embarazo . 0

34. Algunas mujeres encuentran que el embarazo es un tiempo difícil económicamente. **Durante** su embarazo más reciente, ¿alguna vez usted comió menos de lo que necesitaba porque no había bastante dinero para comprar alimentos?

- Sí ..... 1
- No ..... 0

**Las preguntas siguientes (35-37) se tratan sobre su relación con el padre o su pareja de su último bebé.**

35. Cuándo nació su bebé, ¿cuál era su relación con el padre del bebé?

- Casada ..... 1
- Separada o divorciada ..... 2
- Viuda ..... 3
- Nunca casados pero viviendo juntos .... 4
- Nunca casados y tampoco viviendo juntos ..... 5

36. **Durante** su embarazo más reciente, ¿hizo el padre del bebé o su pareja lo siguiente?

- a. Me dio dinero o compró cosas para mi ..... S N
- b. Me ayudó de otras maneras, como llevándome al doctor o ayudándome con las tareas de la casa ..... S N
- c. Me ayudó emocionalmente durante mi parto ..... S N
- d. Me visitó a mí y al bebé en el hospital después del parto ..... S N
- e. Deseaba ponerle su nombre en el acta de nacimiento del bebé como el padre S N
- f. Dijo que deseaba estar involucrado en criar a nuestro niño en los próximos años ..... S N
- g. Me pegó o cacheteó cuando estaba enojado ..... S N
- h. Me insultó o criticó a mis ideas ... S N
- i. Me amenazó o me hizo sentir insegura en alguna manera ..... S N
- j. Temía por mi seguridad o la de mi familia por la cólera que tenía el padre de mi bebé o por las amenazas que él hacía ... S N

k. El padre de mi bebé trató de controlar mis actividades, por ejemplo, controlaba con quien podría hablar o a donde podía ir ..... S N

l. El padre de mi bebé me forzó a tomar parte en cualquier actividad sexual cuando yo no quería (incluyendo caricias que me hicieron sentir incómoda) ..... S N

37. ¿En general, que tan satisfecha estuvo con el apoyo que le dio el padre del bebé **durante** su último embarazo? **Marque una respuesta.**

- Nada satisfecha ..... 1
- Algo descontenta ..... 2
- Neutral ..... 3
- Algo satisfecha ..... 4
- Muy satisfecha ..... 5
- No aplicable ..... 6

38. **Durante** su embarazo más reciente ¿usted habría conseguido esta clase de ayudas si usted la hubiera necesitado?

- a. Alguien quien me prestara \$50 ... S N
- b. Alguien quien me ayudara si estuviera enferma y necesitaba quedarme en cama ..... S N
- c. Alguien quien me llevara a la clínica o al doctor si necesitaba transporte ... S N
- d. Alguien quien me diera alojamiento ..... S N
- e. Alguien quien me ayudara con el cuidado de niños ..... S N
- f. Alguien quien me ayudara con las tareas de la casa ..... S N
- g. Alguien con quien pudiera hablar sobre mis problemas ..... S N

**Las siguientes preguntas se refieren a los chequeos y consejos sobre el embarazo que recibió durante su embarazo más reciente.**  
Puede ayudarle ver el calendario en la parte de atrás de esta encuesta.

39. ¿Aproximadamente cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando tuvo su primera visita de cuidado prenatal? Sin contar la visita sólo para hacerse la prueba del embarazo o para WIC (El Programa de Nutrición Para Mujeres, Infantes, y Niños).

\_\_\_\_\_ Semanas **O** \_\_\_\_\_ Meses

No fui para el cuidado prenatal

↳ PASE A LA PREGUNTA #42

40. Durante cualquiera de sus visitas de cuidado prenatal, ¿le habló un médico, enfermera, u otro profesional de salud sobre cualquiera de las cosas en la siguiente lista? Cuento solamente las discusiones, no materiales para leer ni los videos.

a. Cómo fumar cigarrillos durante el embarazo podría afectar a mi bebé . . .  Sí  No  No sé

b. Cómo dar pecho . . . . .  Sí  No  No sé

c. Cómo tomar alcohol durante el embarazo podría afectar a mi bebé . . .  Sí  No  No sé

d. Cómo usar el cinturón de seguridad del coche durante mi embarazo . . . . .  Sí  No  No sé

e. Los métodos anticonceptivos que puedo usar después de mi embarazo . . . . .  Sí  No  No sé

f. Las medicinas que puedo tomar con seguridad durante mi embarazo . . . . .  Sí  No  No sé

g. Cómo el uso de cualquier tipo de drogas puede afectar a mi bebé . . .  Sí  No  No sé

h. Qué hacer sí comenzaban mis dolores de parto antes de tiempo . . .  Sí  No  No sé

i. Cómo hacerse una prueba del VIH (el virus que causa el SIDA) . . . . .  Sí  No  No sé

j. Violencia doméstica . . . . .  Sí  No  No sé

k. Cómo hacerse exámenes para detectar enfermedades o defectos de nacimiento que haya en mi familia . . .  Sí  No  No sé

l. Le preguntó si se sentía ansiosa o deprimida . . . . .  Sí  No  No sé

m. Cómo vacunarse contra la gripe . . . . .  Sí  No  No sé

n. Qué hacer si tengo mucho sangramiento antes de mi parto . . . . .  Sí  No  No sé

o. Cómo vacunarse contra el tétano, difteria y la tos ferina (Tdap) . . . .  Sí  No  No sé

p. Cómo cuidar a los dientes y las encías . . . . .  Sí  No  No sé

q. La cantidad apropiada de peso que debía aumentar . . . . .  Sí  No  No sé

**¿Cuánto peso le recomendaron que aumentara?**

\_\_\_\_\_ Libras **O** \_\_\_\_\_ Kilos

41. Nos gustaría saber cómo se sentía sobre el cuidado prenatal que recibió durante su último embarazo. **Si fue a más de un lugar para el cuidado prenatal, conteste por el lugar donde obtuvo su cuidado la mayoría del tiempo.**

Insatisfecha
Neutral
Satisfecha

a. La cantidad de tiempo que tuvo que esperar después de que llego a su visita.

1      2      3

b. La cantidad de tiempo que el doctor o la enfermera pasó con usted durante visitas.

1      2      3

c. Los consejos que recibió sobre cómo cuidarse.

1      2      3

d. La comprensión y el respeto que el personal demostró hacia usted.

1      2      3

42. **Durante** su embarazo más reciente ¿recibió usted la vacuna contra la gripe estacional?

Sí . . . . . 1 → PASE A LA PREGUNTA #44

No, pero la recibí justo antes de quedar embarazada . . . 2 → PASE A LA PREGUNTA #44

No . . . . . 0

43. ¿Cuáles fueron sus razones por las que no se puso la vacuna contra la gripe anual/estacional (flu) **durante** su embarazo más reciente? Para cada una, marque **S (Sí)** si fue una razón para usted, o **N (No)** si no fue una razón o si no le corresponde.

a. Mi doctor no mencionó nada sobre la vacuna contra la gripe durante mi embarazo . . . . . S N

b. Me preocupaban los efectos secundarios que la vacuna tendría en mí . . . . . S N

c. Me preocupaba que la vacuna podría dañar a mi bebé . . . . . S N

d. Estaba en mi primer trimestre durante la temporada de la gripe (Noviembre-Febrero) . . . . . S N

e. Normalmente no me pongo la vacuna contra la gripe (flu) . . . . . S N

f. Mi doctor no tenía la vacuna en su clínica . . . . . S N

g. Mi seguro médico no cubría la vacuna . . . . . S N

h. Mi doctor me refirió pero no podía pagar por la vacuna . . . . . S N

i. No pude encontrar un lugar cerca de mí para conseguir la vacuna . . . S N

j. Mi esposo o pareja no quería que me pusiera la vacuna . . . . . S N

k. Otra razón . . . . . S N

**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_

44. **Durante** su embarazo más reciente ¿recibió usted la vacuna Tdap (la vacuna que protege contra el tétano, la difteria y la tos ferina)?

Sí . . . . . 1 → PASE A LA PREGUNTA #46

No, pero yo recibí la vacuna en el hospital cuando di a luz . . . . 2 → PASE A LA PREGUNTA #46

No . . . . . 0

45. ¿Cuáles fueron sus razones para no obtener la vacuna Tdap **durante** su último embarazo? Para cada una, marque **S (Sí)** si fue una razón para usted, o **N (No)** si no fue una razón o si no le corresponde.

- a. Mi doctor no mencionó nada sobre la vacuna Tdap durante mi embarazo S N
- b. Me preocupaban los efectos secundarios que la vacuna tendría en mí S N
- c. Me preocupaba que la vacuna podría dañar a mi bebé S N
- d. Normalmente no me pongo la vacuna Tdap S N
- e. Mi doctor no tenía la vacuna en su clínica S N
- f. Mi seguro médico no cubría la vacuna Tdap S N
- g. Mi doctor me refirió pero no podía pagar por la vacuna Tdap S N
- h. No pude encontrar un lugar cerca de mí para conseguir la vacuna Tdap S N
- i. Mi esposo o pareja no quería que me pusiera la vacuna Tdap S N
- j. Otra razón S N

**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

46. **Durante** su último embarazo, ¿recibió o consiguió usted alguna de las siguientes pruebas?:

- a. Un cuestionario sobre la depresión y la ansiedad S N
- b. Pruebas para detectar defectos de nacimiento, por ejemplo, la AFP extendida o prueba prenatal, la prueba inicial integrada, amniocentesis, o la muestra del vello coriónico (CVS)? S N

47. **Durante** su embarazo más reciente, ¿recibió cualquiera de los siguientes servicios?

- a. WIC Sí No No necesitaba
- b. Clases para amamantar (dar pecho) Sí No No necesitaba
- c. Ayuda para dejar de fumar Sí No No necesitaba
- d. Estampillas para alimento Sí No No necesitaba
- e. CalWORKS (welfare) Sí No No necesitaba

48. ¿Tuvo algunos de estos problemas **durante** su último embarazo?

- a. Alta presión sanguínea (incluida la preeclampsia, o toxemia) S N
- b. Alto nivel de azúcar en la sangre (diabetes) que comenzó durante este embarazo S N
- c. Contracciones (dolores de parto) más de 3 semanas antes de la fecha programada del parto (parto prematuro) S N
- d. Rotura de la fuente más de 3 semanas antes de la fecha programada del parto (ruptura prematura de membranas, PROM) S N
- e. Restricción de crecimiento fetal (mi bebé no creció adecuadamente) S N
- f. Le cosieron el cuello del útero para cerrárselo (insuficiencia cervical, cerclaje cervical) S N
- g. Problemas con la placenta (como placenta abrupta o placenta previa) S N
- h. Infección bacteriana de la vagina S N
- i. Infección transmitida sexualmente S N
- j. Infección de riñón o vejiga (infección de las vías urinarias) S N
- k. Tuvo la gripe S N

- l. Náuseas severas, vómitos o deshidratación S N
- m. Problemas con sus dientes o encías (enfermedad periodoncial) S N
- n. La mandaron a reposar en cama S N
- o. Me dieron inyecciones de hormonas (progesterona, como Makena®) para prevenir el parto o el aborto espontáneo S N
- p. Me dieron crema o gel vaginal de hormonas (progesterona) para prevenir el parto o el aborto espontáneo S N

49. Esta pregunta es sobre el cuidado de sus dientes **durante** su embarazo más reciente. Por cada artículo, marque **S (Sí)** si es cierto o **N (No)** si no es cierto.

- a. Yo necesitaba ver a un dentista para un problema. S N
- b. Fui a un dentista o a una clínica dental. S N
- c. Tuve una limpieza de dientes en el último año. S N
- d. Sabía que era importante cuidar de los dientes y las encías durante mi embarazo S N
- e. Tenía seguro dental durante mi embarazo S N

50. Por **dos semanas o más durante** su embarazo más reciente usted:

- a. ¿Se sentía triste o deprimida por una gran parte del día? S N
- b. ¿Perdió el interés en muchas cosas, como trabajar, pasatiempos, u otras cosas que normalmente disfrutaba? S N

51. ¿Cómo calificaría usted su salud **durante** su embarazo?

- Excelente 1
- Muy Buena 2

- Buena 3
- Regular 4
- Mala 5

**Las preguntas siguientes son sobre el tiempo después de que su nuevo bebé nació.**

52. ¿Está su bebé vivo ahora?

- Sí 1
- No 0

*Si su bebé falleció, por favor acepte nuestra condolencia más profunda para usted y su familia. Por favor, no dude en llamarnos si nos necesita al 1-866-706-LAMB (5262).*

53. ¿En qué forma dio a luz a su nuevo bebé?

- Parto vaginal 1 → **PASE A LA PREGUNTA #56**
- Parto por cesárea (c-section) 2

54. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor de quién fue la idea de que su parto fuera por cesárea? **Marque una respuesta.**

- Mi doctor o enfermera recomendó la cesárea antes de mi parto 1
- Mi doctor o enfermera recomendó la cesárea durante mi parto 2
- Yo pedí la cesárea antes de comenzar mi parto 3
- Yo pedí la cesárea durante mi parto 4



55. ¿Cuál fue la razón por la que su nuevo bebé nació por cesárea? **Marque todas las que aplican.**
- Había tenido anteriormente un parto por cesárea 1
  - Mi bebé estaba en una posición incorrecta 2
  - Se había pasado la fecha esperada del parto 3
  - Mi doctor estaba preocupado que mi bebé era demasiado grande 4
  - El parto era peligroso para mí debido a un problema médico 5
  - Mi proveedor trató de inducir mi parto, pero no funcionó 6
  - El parto estaba tomando demasiado tiempo 7
  - El monitor fetal demostró que había problemas con mi bebé durante el parto 8
  - Deseaba programar el parto 9
  - No quería dar a luz a mi bebé en forma vaginal 10
  - Otra razón 11

**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_

No sé 89

56. Después de que nació su bebé, ¿estuvo él o ella en una unidad de cuidado intensivo (NICU)?

- No 2 } **PASE A LA PREGUNTA #57**
- No sé 89 }
- Sí 1

↳ **¿Cuánto tiempo se quedó en el NICU?**

- Menos de 24 horas (menos de 1 día) 1
- De 24 a 48 horas (1 a 2 días) 2
- De 3 a 5 días 3
- De 6 a 14 días 4
- Más de 14 días 5
- Mi bebé todavía está en el hospital 6

57. ¿Usted o su pareja sexual viajaron o residieron en una región con transmisión del Virus del Zika en marcha (México, Sur y Centro América, El Caribe, Nueva Guinea, Samoa, Fiji, Islas Marshall, Micronesia, Palau, Singapur, Tonga) en los tres meses antes o durante su embarazo más reciente?

- Sí 1
- No 0
- En caso afirmativo, ¿quién viajó?
- Sola 3
- Mi pareja sexual 4

58. ¿Dio en adopción a su bebé **después** de dar a luz?

- Sí 1 → **PASE A LA PREGUNTA #73**
- No 0

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

- Sí 1
- No 0
- No sé 89

60. Cuando su bebé tenía **una semana** de edad, ¿con qué lo alimentaba? **Marque todas las que aplican.**

- Leche de pecho 1
- Fórmula 2

61. Cuando su bebé tenía **un mes** de edad, ¿con qué lo alimentaba? **Marque todas las que aplican.**

- Leche de pecho 1
- Fórmula 2
- Otros líquidos (como jugo, leche comercial o agua) 3
- Comida (como cereal, alimento comercial para bebés, alimentos que come la familia en forma de puré) 4

62. Cuando su bebé tenía **tres meses** de edad, ¿con qué lo alimentaba? **Marque todas las que aplican.**

- Leche de pecho 1
- Fórmula 2
- Otros líquidos (como jugos, leche comercial o agua) 3
- Alimentos (como cereal, alimento para bebés, alimentos que come la familia en forma de puré) 4

63. ¿Con qué estás actualmente alimentando a su bebé?

Sólo leche de pecho 1 → **PASE A LA PREGUNTA #65**

Leche de pecho, en combinación con la fórmula, otros líquidos (como jugos, leche o agua), y / o comida (como cereales, alimentos para bebés, o puré de la comida que la familia come) 2 → **PASE A LA PREGUNTA #65**

Solamente la fórmula, otros líquidos (como jugos, leche o agua), y / o comida (como cereales, alimentos para bebés, o puré de la comida que la familia come) 3

64. ¿Cuáles fueron las razones porque paró de dar pecho? **Marque todas las que aplican.**

- Tuve problemas dándole pecho 1
- La leche materna solamente no satisfacía a mi bebé 2
- Pensé que no estaba produciendo suficiente leche 3
- Mis pechos estaban adoloridos, agrietados, o sangrados 4
- Regresé al trabajo o la escuela 5
- No me gustaba amamantar 6

Mi familia y/o pareja no quisieron que amamantara 7

Era demasiado difícil, doloroso o me tomaba demasiado tiempo 8

Otro 9

**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_

65. ¿Le dio un doctor o una enfermera ayuda o apoyo para amamantar?

- a. Durante sus visitas prenatales S N
- b. En el hospital después de que nació su bebé S N
- c. Durante la consulta del bien-bebé S N

66. La **mayoría** del tiempo, ¿cómo acostaba a dormir a su bebé? **Marque una respuesta.**

- De lado 1
- Boca arriba 2
- Boca abajo 3

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

- Siempre 1
- Frecuentemente 2 } **PASE A LA PREGUNTA #68**
- A veces 3 }
- Rara la vez 4 } **PASE A LA PREGUNTA #69**
- Nunca 5 }

68. ¿Cuáles son las razones porque su bebé duerme con usted o con otra persona? **Marque todas las que aplican.**

- No tengo una cuna para mi bebé 1
- Es parte de mi cultura/ tradición 2
- Quiero una unión más cercana con mi bebé 3
- Es más fácil amamantar a mi bebé 4
- Otra razón 5

**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_

69. ¿En promedio, cuántas horas al día está su bebé en el mismo cuarto con alguien que está fumando?

\_\_\_\_\_ Horas

70. **Antes** de salir del hospital, ¿registró a su nuevo bebé en un programa de seguro médico, como el Medi-Cal, Healthy Families, Healthy Kids, o un seguro privado?

Sí ..... 1

No ..... 0

71. ¿A tenido su bebé un chequeo médico del bien-bebé? (Es una visita médica para su bebé normalmente a los 2, 4, y 6 meses de edad).

Sí ..... 1 → **PASE A LA PREGUNTA #73**

No ..... 0

72. ¿Le impidió cualquiera de las siguientes cosas en obtener un chequeo del bien-bebé? **Marque todas las que aplican.**

No pude conseguir una cita ..... 1

Mi bebé estaba demasiado enfermo para ir a su cuidado rutinario ..... 2

No tenía suficiente dinero o seguro médico para pagar por un chequeo ..... 3

Otra razón ..... 4

**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_

73. **Después** de dar luz a su bebé, ¿regresó al doctor o una clínica médica para un chequeo posparto? (Esta es una vista médica regular para las mamás normalmente a las 6 semanas después del parto).

Sí ..... 1 → **PASE A LA PREGUNTA #74**

No ..... 0 → **PASE A LA PREGUNTA #75**

74. **Durante** el chequeo médico posparto, ¿le habló su doctor o enfermera acerca de lo siguiente?

a. Métodos anticonceptivos ..... s N

b. La leche materna ..... s N

c. Cómo poner a dormir a su bebé ... s N

d. Cómo el sobrepeso o la obesidad afecta a la salud ..... s N

e. Perder el peso subido durante el embarazo ..... s N

f. Controlar su nivel de azúcar en la sangre ..... s N

g. Cuidando la presión de sangre ... s N

h. Violencia doméstica/abuso de niños ..... s N

i. Ansiedad ..... s N

j. Depresión ..... s N

k. El parar de fumar ..... s N

l. El parar de tomar ..... s N

m. El parar de usar drogas ..... s N

n. Exposición de niños al plomo .... s N

75. Algunos de los nuevos padres reciban apoyo de los programas que envían enfermeras, trabajadores de la salud, trabajadores sociales o otros profesionales a su casa para ayudar a prepararse para el nuevo bebé o cuidar del bebé o la madre.

¿Recibió usted una visita a su casa de algún profesional de salud o se registró en algún programa?

Sí ..... 1

No ..... 0 → **PASE A LA PREGUNTA #77**

76. ¿De cuáles servicios o programas recibió una visita a su casa o se registró? **Marque todas las que aplican.**

Nurse Family Partnership ..... 1

Black Infant Health ..... 2

Early Head Start ..... 3

Bienvenido Bebé (Welcome Baby) ..... 4

Healthy Families America ..... 5

Parents as Teachers ..... 6

Positive Parenting Program ..... 7

Otro programa ..... 8

**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

77. Esta pregunta es sobre cosas que pueden haber pasado **después** de que nació su bebé. Por cada artículo, marque **S (Sí)** si le pasó o marque **N (No)** si no le pasó.

a. Su esposo o pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, estranguló o lastimó físicamente o de cualquier otra forma ..... s N

b. Su esposo o pareja trató de controlar sus actividades diarias, por ejemplo, controlaba con quien podía hablar o donde podía ir ..... s N

c. Tuvo miedo de su esposo o pareja . s N

d. En varias ocasiones fue insultada verbalmente, le dijo que usted no era nadie, que era fea, o fue amenazada verbalmente por su esposo o pareja ..... s N

e. Su esposo o pareja la forzó a tomar parte en cualquier actividad sexual cuando usted no quería (incluyendo caricias que la hicieron sentir incómoda) .. s N

78. Por **dos semanas o más después** de dar luz a su bebé, usted:

a. ¿Se sentía triste o deprimida por una gran parte del día? ..... s N

b. ¿Perdió el interés en muchas cosas, como trabajar, pasatiempos, u otras cosas que normalmente disfrutaba? ..... s N

79. ¿Está usted o su esposo o pareja haciendo algo en **este** momento para prevenir el embarazo?

Sí ..... 1

No ..... 0

80. ¿Está usando usted **ahora** tabaco o nicotina en los siguientes productos?:

a. Cigarrillos electrónicos ..... s N

b. Vaporizador ..... s N

c. Tabaco de mascar ..... s N

d. Parche de nicotina ..... s N

e. Otro producto ..... s N

**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**En esta sección se le preguntará acerca de cómo usted, y otros como usted, son tratados, y cómo usted responde típicamente.**

81. Si usted siente que ha sido tratado de manera injusta, usted normalmente: (por favor elija la mejor respuesta)

Lo toma como un hecho de la vida ..... 1

Trata de hacer algo al respecto ..... 2

82. Si usted ha sido tratada injustamente, usted normalmente: (por favor elija la mejor respuesta)

Habla acerca de esto con otras personas . 1

Se lo guarda para sí misma ..... 2

83. ¿Alguna vez se ha sentido discriminada, o que le impidieron hacer algo, o que la molestaron o la hicieron sentirse inferior en cualquier de las siguientes situaciones por su **raza o color, estado migratorio, edad, ingresos, por ser mujer, porque estaba embarazada, idioma, o porque estaba dando pecho?** Marque todas las que aplican.

	Raza/Color	Estado Migratorio	Edad	Ingresos	Por ser Mujer	Porque estaba Embarazada	Por mi Idioma	Porque estaba Dando Pecho
En casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consiguiendo trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consiguiendo cuidado médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consiguiendo una vivienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por la policía/en corte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En tiendas o restaurantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

84. Piensa en la forma que usted suele reaccionar y responder en los momentos difíciles. Para cada artículo, por favor seleccione la opción que le corresponde: Nada de acuerdo, No estoy de acuerdo, Neutral, Estoy de acuerdo o Muy de acuerdo.

	Nada de acuerdo	No estoy de acuerdo	Neutral	Estoy de acuerdo	Muy de acuerdo
a. Tiendo a recuperarme rápidamente tras pasar por momentos difíciles.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Me parece complicado saber qué hacer en situaciones de estrés.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. No me lleva mucho tiempo recuperarme de acontecimientos estresantes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Para mí es difícil volver a la normalidad después de que suceda algo malo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e. En general, supero sin mucha dificultad las épocas difíciles.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f. Tiendo a tomarme mucho tiempo para recuperarme de los reveses de mi vida.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

85. 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 pasó a usted durante el tiempo desde su nacimiento hasta la edad de 13 años. Por cada pregunta, marque **S (Sí)** o **N (No)**.

- a. Casi siempre había una persona adulta que creía en mí y con quien yo podía contar si necesitaba ayuda S N
- b. Mi madre, padre o tutor con quien yo vivía se divorció o se separó de su pareja S N
- c. Tuvimos que mudarnos debido a problemas para pagar el alquiler o la hipoteca S N
- d. Yo o alguien en mi familia pasamos hambre porque no teníamos dinero para comprar suficiente comida S N
- e. Mi madre, padre o tutor se metió en problemas con la ley o estuvo en la cárcel S N
- f. Mi madre, padre o tutor con quien yo vivía tenía un problema serio con bebidas alcohólicas o con drogas S N
- g. Me pusieron en un hogar de crianza temporal (la corte o una agencia de bienestar infantil me sacó de mi casa) S N
  - ↳ ¿Por cuánto tiempo estuvo en un hogar de crianza temporal?
    - Menos de un año 1
    - 1 a 4 años 2
    - 5 a 9 años 3
    - 10 años o más 4

86. ¿Cuál de los siguientes describe a su casa o apartamento? **Marque todas las que aplican.**

Tiene moho o crecimiento que me preocupa 1

- Tiene plagas como cucarachas o ratones 2
- Fue construido antes de 1978 y tiene pintura que se está pelando 3
- Tiene calefacción cuando lo necesito 4
- Tiene agua caliente cuando lo necesito 5

Estas preguntas son acerca de la vecindad donde vivió durante su embarazo más reciente. Responda acerca de la vecindad donde vivió la mayoría del tiempo durante su último embarazo.

87. ¿Por cuánto tiempo ha vivido en esta vecindad? Por favor cuente el número **total** de meses o años **antes y durante** su embarazo más reciente de cuando vivió en esta vecindad.

\_\_\_\_\_ Años **O** \_\_\_\_\_ Meses

88. Díganos que tan de acuerdo está **o** no esta con cada de las siguientes declaraciones acerca este vecindario. Responda por el vecindario donde vivió la **mayoría** del tiempo durante su embarazo.

Está de acuerdo que gente en su vecindario:

	Nada de acuerdo	No estoy de acuerdo	Neutral	Estoy de acuerdo	Muy de acuerdo
a. ¿Están dispuestos a ayudar a sus vecinos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. ¿Este es un vecindario unido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. ¿Pueden ser de confianza?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. ¿Generalmente no se llevan bien?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e. ¿No comparten los mismos valores?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

89. Que tan frecuente en su vecindario:

- |  | Nunca                      | Casi nunca                 | Algunas Veces              | A menudo                   | Muy a menudo               |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. ¿Se hacen favores uno al otro?  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b. ¿La gente se da consejos sobre asuntos personales como la crianza de niños o trabajo? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c. ¿Hacen fiestas o reuniones donde otras personas del vecindario son invitados?         | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| d. ¿Se visitan en casa de vecinos o en la calle?   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| e. ¿Se vigilan la propiedad uno a al otro?   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

90. Cómo clasificaría esta vecindad en término de:

- |   | Muy desfavorable           | Desfavorable               | Neutral                    | Favorable                  | Muy de Favorable           |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. ¿Protección por parte de la policía? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b. ¿Protección de propiedad?            | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c. ¿Seguridad de violencia?             | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| d. ¿Personas amables?                   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| e. ¿Limpieza?                           | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

- f. ¿Tranquilidad?  
1 2 3 4 5
- g. ¿Calidad de escuelas?  
1 2 3 4 5
- h. ¿La disponibilidad de parques, patios recreativos o banquetas?  
1 2 3 4 5
- i. ¿Servicios municipales (e.g. servicios de recolección de basura, reparación de las calles, librerías, servicio de agua)?  
1 2 3 4 5
- j. ¿La disponibilidad de los lugares para comprar frutas frescas y vegetales cuando usted lo desea?  
1 2 3 4 5
- k. ¿La calidad del aire?  
1 2 3 4 5
- l. ¿Esta libre de químicas industriales?

1 2 3 4 5

Las siguientes preguntas nos dan una idea sobre los tipos de personas que han tomado parte en esta encuesta importante. Toda la información se mantendrá privada.

91. ¿Nació usted en los Estados Unidos?

Sí ..... 1

No ..... 0

Por favor díganos donde nació: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

92. ¿Cuántos años ha vivido en los Estados Unidos?

\_\_\_\_\_ Años O \_\_\_\_\_ Meses

93. ¿Qué idioma habla en la casa normalmente?

Marque todas las que aplican.

Inglés ..... 1

Español ..... 2

Idioma Asiático ..... 3

Por favor díganos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Algún otro idioma ..... 4

Por favor díganos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

94. Aproximadamente, ¿cuánto pesa usted ahora?

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

95. ¿Cuáles fueron sus ingresos familiares en 2015 antes de pagar impuestos? Por favor de marcar el número abajo que incluye sus ingresos en total, incluyendo sus ingresos y los ingresos de su esposo o pareja (si vivía con usted en 2015) y sus hijos.

Por favor incluya ingresos de todas partes, incluyendo trabajo, bienestar social (“welfare”), seguro de incapacidad, seguro de desempleo, pagos por el mantenimiento infantil (“child support”), intereses, dividendos y ayuda por parte de familiares.

Menos de \$20,000 ..... 1

\$20,000-\$39,999 ..... 2

\$40,000-\$59,999 ..... 3

\$60,000-\$99,999 ..... 4

\$100,000 o más ..... 5

No sé ..... 89

96. ¿Cuántas personas vivieron en esos ingresos en 2015?

\_\_\_\_\_ Número total de personas

Si quiere escribir algunos comentarios sobre esta encuesta, sus experiencias del cuidado prenatal, su embarazo, o cualquier otra cosa, por favor hágalo en el espacio abajo.

---

---

---

---

---

---

---

---

Si lo prefiere correo electrónico por favor escribanos a [lamb@ph.lacounty.gov](mailto:lamb@ph.lacounty.gov).

---

**Este es el final de la encuesta.**

Por favor ponga la encuesta en el sobre porte pagado con nuestra dirección que hemos provisto, y envíelo a:

**Los Angeles Mommy and Baby Survey  
Maternal, Child and Adolescent Health Programs  
600 S. Commonwealth Ave., Suite 800  
Los Angeles, CA 90005**

Muchas gracias por su ayuda.

Su contribución va a ayudarnos a mejorar la salud de las madres y los bebés en el Condado de Los Ángeles.

**\*\* Usted recibirá su certificado de regalo para las supermercados Ralphs/Food4Less con el valor de \$20 aproximadamente en 2 a 3 semanas después de que recibamos su encuesta. \*\***

Marque aquí si desea que alguien le llame para hacer la encuesta por teléfono.

En el espacio abajo, por favor escriba su nombre, domicilio, número de teléfono y correo electrónico y el nombre, domicilio, y número de teléfono de otra persona o familiar que la conozca a usted (en caso de que usted se mude). Pedimos esto en caso de que necesitemos establecer contacto con usted para clarificar respuestas en su encuesta y asegurarnos que tenemos su domicilio actual para enviar su certificado de Ralphs/Food4Less. Recibirá su certificado de Ralphs/Food4Less si usted envía la encuesta completa o nos llama para completar la encuesta por teléfono.

Marque aquí si se va a mudar a un nuevo domicilio y escriba su nueva dirección abajo:

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

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: (    ) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el tiempo mejor para llamarle? \_\_\_\_\_

Amigo/familiar: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: (    ) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_



---

**\*\*Attention LAMB Staff: Tear out this page before entering data\*\***

---

