

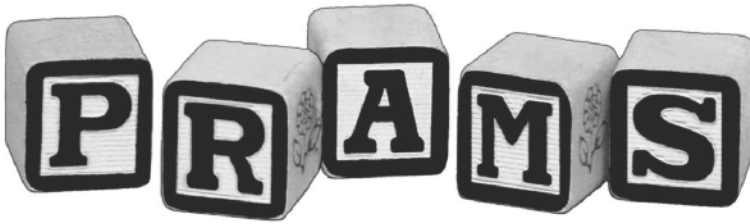


Pregnancy Risk Assessment Monitoring System

Una encuesta para bebés
mas saludables en **New Jersey**

Sus experiencias como nueva madre
son muy importantes.

Si usted tiene algunas preguntas o
comentarios usted puede llamar al
número gratis, el 1-888-816-7929

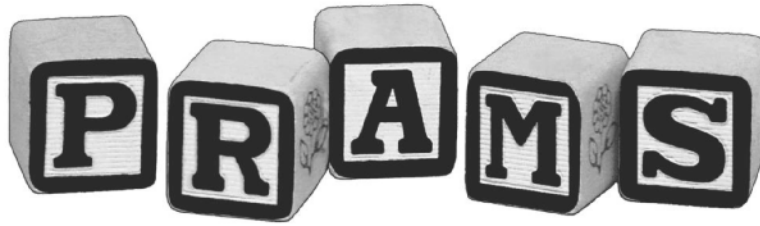


Información Importante Sobre PRAMS

Por favor lea antes de empezar el cuestionario

- PRAMS es el Sistema de Evaluación del Riesgo en el Embarazo (*Pregnancy Risk Assessment Monitoring System*). PRAMS es un proyecto de investigación realizado por el Bloustein Center for Survey Research at Rutgers University de parte de New Jersey Department of Health and Senior Services con el apoyo de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades.
- El objetivo del proyecto es descubrir por qué algunos bebés nacen sanos y otros no.
- Estamos pidiendo aproximadamente 170 mujeres cada mes en New Jersey que contesten las mismas preguntas. Todos sus nombres fueron seleccionados por computadora de una lista de actas de nacimiento recientes.
- Tomará unos 20 minutos contestar todas las preguntas. Algunas de las preguntas pueden ser delicadas, como las que tienen que ver con el cigarrillo, el uso de bebidas alcohólicas y la violencia doméstica durante el embarazo.
- Usted es libre de responder o no a este cuestionario. Si decide no participar, o si no quiere contestar alguna pregunta específica, está bien. No hay sanciones ni pérdida de beneficios por no contestar algunas o todas las preguntas.
- Su cuestionario puede ser combinada con otra información que tiene el Departamento de Salud de otras fuentes.
- Si decide contestar el cuestionario, sus respuestas se mantendrán en privado hasta donde lo permita la ley, y sólo se usarán para fines de investigación. Si usted está actualmente en la cárcel, su participación en este estudio no tendrá ningún efecto en su parole (libertad provisional).
- Nadie será identificado por nombre en los informes de PRAMS. El número del formulario nos permite saber que usted ha regresado su cuestionario.
- Sus respuestas se agruparán con las de otras mujeres. Lo que aprendamos de PRAMS será utilizado para planificar programas que se brindaran a las madres y los bebés de New Jersey.
- Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante en este estudio, por favor llame a New Jersey Department of Health and Senior Services a la oficina de IRB al 1-866-780-4121.

Si tiene alguna pregunta acerca de PRAMS, o si desea contestar las preguntas por teléfono, por favor contacte a Karyn Granholm, la Coordinadora del proyecto PRAMS de New Jersey al 1-888-816-7929 (oprime 6) o e-mail: Karyn.Granholm@rutgers.edu. La llamada es gratis.



¿Qué es PRAMS?

El Sistema de Evaluación del Riesgo en el Embarazo (sigla PRAMS) es un proyecto de investigación común entre el New Jersey Department of Health and Senior Services, el Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y el Bloustein Center for Survey Research (BCSR). La información de PRAMS es usada para ayudar a planificar mejor programas de salud para las madres y infantil de New Jersey – tal como mejorar el acceso al cuidado prenatal de alta calidad, reducción de fumar durante el embarazo, y promover la lactancia materna. Para hacer esto, nuestra encuesta les pregunta a nuevas madres por sus impresiones y experiencias alrededor del tiempo de su embarazo.

¿Serán confidenciales mis respuestas?

Sí: todas las respuestas son completamente confidenciales y se agruparán para darnos información sobre todas las madres de nuevos bebés en New Jersey. Ninguna respuesta será conectada directamente con usted.

¿Cómo fui escogida para participar en PRAMS?

Su nombre fue elegido al azar del registro estatal de certificados de nacimiento, como una lotería. Usted es parte de un pequeño grupo de mujeres escogidas para ayudarnos con este estudio.

¿Es realmente importante que yo responda a estas preguntas?

¡Sí! Debido al pequeño número de madres escogidas, es importante tener las respuestas de todas. Cada embarazo es distinto. Para lograr una mejor imagen global de la salud de las madres y los bebés en New Jersey, necesitamos que cada madre seleccionada conteste las preguntas. Con la información que usted nos dé tal vez podamos mejorar la atención médica de las mujeres y los niños de New Jersey. Necesitamos saber lo bueno así como lo malo de su embarazo. Su ayuda es muy importante para el éxito de nuestro programa.

Algunas de las preguntas no parecen tener nada que ver con la atención médica: ¿por qué se preguntan?

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 y durante el embarazo.

¿Qué puedo hacer si tengo más preguntas acerca de PRAMS?

Puede llamarnos al número 1-888-816-7929 (oprime 6) y con gusto contestaremos cualquier otra pregunta que pueda tener acerca de PRAMS. La llamada es gratis. También puede llamar al mismo número si prefiere completar el cuestionario por teléfono.

Por favor, marque el cuadro junto a su respuesta o siga las instrucciones que se incluyen en la pregunta. Como no todas las preguntas corresponden a todas las personas, es posible que se le pida saltar ciertas preguntas.

ANTES DEL EMBARAZO

Las primeras preguntas son acerca de *usted*.

1. ¿Cuánto mide *usted* de alto sin zapatos?

Pies Y Pulgadas
O Centímetros

2. *Justo antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuánto pesaba usted?

Libras O Kilos

3. ¿En qué fecha nació *usted*?

/ /
Mes Día Año

4. *Antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿dio a luz a otros bebés que nacieron vivos?

No
 Sí

→ **Pase a la Pregunta 7**

5. El bebé que tuvo *justo antes* de tener a su nuevo bebé, ¿pesó 5 libras 8 onzas (2.5 kilos) o *menos* cuando nació?

No
 Sí

6. ¿El bebé que tuvo *justo antes* de su nuevo bebé nació *más* de 3 semanas antes de la fecha esperada para el parto?

No
 Sí

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo *antes* de que quedara embarazada de su *nuevo* bebé.

7. En cualquier momento durante los 12 meses *antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿hizo usted algo de lo que aparece en la lista a continuación? Para cada una, marque **No**, si usted no lo hizo o **Sí**, si lo hizo.

No Sí

- a. Yo estaba a dieta (cambiando mis hábitos alimenticios) para bajar de peso
- b. Hacía ejercicio 3 días o más a la semana
- c. Estaba tomando regularmente medicinas recetadas aparte de anticonceptivos
- d. Fui a un profesional de salud y me chequearon para la diabetes
- e. Fui a un profesional de salud y me chequearon para la presión alta...
- f. Fui a un profesional de salud y me chequearon para la depresión o ansiedad
- g. Hablé con un profesional de salud sobre mi historia médica familiar
- h. Fui a hacerme una limpieza dental con un dentista o higienista dental

8. Durante el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿qué tipo de *seguro médico* tenía usted?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo, pareja o padres
- Seguro médico privado comprado directamente de una compañía de seguros
- Medicaid (como Presumptive Eligibility o cuidado de emergencia) o NJ Family Care
- Charity Care
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Algún otro tipo de seguro médico —————> Por favor, escríbalo:
- No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

Si usted tenía seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, pase a la Pregunta 10.

9. ¿Cuál fue la razón por la que no tenía *seguro médico* en el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé?

Marque TODAS las que correspondan

- El seguro médico era demasiado caro
- No pude conseguir *seguro médico* de mi trabajo ni del trabajo de mi esposo o pareja
- Solicité el *seguro médico*, pero no lo había recibido todavía
- Solicité el *seguro médico*, pero me rehusaron debido a que tenía una condición médica preexistente
- Tuve problemas con la solicitud o el papeleo del *seguro médico*
- Mi ingreso era demasiado alto para el programa público por la que quería solicitar
- No sabía cómo obtener *seguro médico*
- Otra —————> Por favor, escríbala:

10. Durante el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuántas veces a la semana tomaba una *multivitamina*, una *vitamina prenatal* o una *vitamina con ácido fólico*?

- Yo no tomé ninguna *multivitamina*, *vitamina prenatal* o *vitamina con ácido fólico* en el *mes antes* de mi embarazo
- De 1 a 3 veces a la semana
- De 4 a 6 veces a la semana
- Todos los días de la semana

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

No —————> **Pase a la Pregunta 13**

Sí

Pase a la Pregunta 12

12. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿le habló un doctor, enfermera u otro profesional de salud acerca de cualquiera de los siguientes temas que aparecen en la lista a continuación? *Por favor, sólo cuente las conversaciones, no incluya el material de lectura o los videos. Para cada tema, marque No, si nadie le habló acerca del tema, o Sí, si alguien habló acerca de eso.*

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Tomar vitaminas con ácido fólico antes del embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Tener un peso saludable antes del embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Poner al día mis vacunas antes del embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Consultar al dentista o al higienista dental antes del embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Recibir orientación sobre enfermedades genéticas que hayan en mi familia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Controlar cualquier enfermedad tal como la diabetes o la presión alta..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Recibir orientación o tratamiento para la depresión o la ansiedad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Saber los riesgos de tomar medicamentos con receta o sin receta médica durante el embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Cómo el fumar durante el embarazo puede afectar al bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Cómo el consumo de alcohol durante el embarazo puede afectar al bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Cómo el uso de drogas ilegales durante el embarazo puede afectar al bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud que usted tuvo alguna de las siguientes condiciones médicas? Para cada una, marque No, si no tuvo la condición, o Sí, si la tuvo.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes tipo 1 o tipo 2 (NO es lo mismo que la diabetes gestacional o la diabetes que empieza durante el embarazo)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Presión sanguínea alta o hipertensión..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo cuando quedó embarazada de su nuevo bebé.

14. Piense en el tiempo *justo* antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cómo se sentía ante la posibilidad de quedar embarazada?

Marque UNA respuesta

- No quería quedar embarazada en ese momento, sino después
- Hubiera querido quedar embarazada más pronto
- Quería quedar embarazada en ese momento
- No quería quedar embarazada ni en ese momento ni nunca
- No estaba segura de lo que quería

**Pase a la
Página 4
Pregunta 16**

Pase a la Página 4, Pregunta 15

15. ¿Cuánto tiempo quería esperar para quedar embarazada?

- Menos de 1 año
- De 1 año a menos de 2 años
- De 2 años a menos de 3 años
- De 3 años a 5 años
- Más de 5 años

16. Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿estaba tratando de quedar embarazada?

- No
- Sí

→ **Pase a la Pregunta 19**

17. Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿estaba usted o su esposo o pareja haciendo algo para evitar el embarazo?

Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar quedar embarazadas son tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

- No
- Sí

→ **Pase a la Pregunta 19**

Pase a la Pregunta 18

18. ¿Cuáles eran las razones por las que usted o su esposo o pareja no estaba haciendo algo para evitar el embarazo?

Marque TODAS las que correspondan

- No me preocupaba si quedaba embarazada
- Pensaba que no podía quedar embarazada en ese momento
- El método anticonceptivo que estaba usando me producía efectos secundarios
- Tenía dificultades para obtener anticonceptivos cuando los necesitaba
- Pensaba que mi esposo o pareja o yo era estéril (que era imposible quedar embarazada)
- Mi esposo o pareja no quería usar ningún método anticonceptivo
- Se me olvidó usar algún método anticonceptivo
- Otra → Por favor, escríbala:

DURANTE EL EMBARAZO

Las siguientes preguntas son acerca del cuidado prenatal que recibió durante su embarazo más reciente. El cuidado prenatal incluye las consultas con un doctor, enfermera u otro profesional de salud antes de que su bebé naciera para que le hicieran chequeos y le dieran consejos sobre el embarazo.

(Para contestar estas preguntas, podría serle útil ver el calendario.)

19. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando estuvo *segura* de que estaba embarazada? Por ejemplo, se hizo una prueba de embarazo o un doctor o enfermera le dijo que estaba embarazada.

Semanas O Meses

No recuerdo

20. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando fue a su primera consulta de cuidado prenatal? No cuente las visitas que hayan sido sólo para que le hicieran la prueba de embarazo o sólo en relación con WIC (siglas en inglés del Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños).

Semanas O Meses

No recibí cuidado prenatal

→ Pase a la Pregunta 22

↓ Pase a la Pregunta 21

21. ¿Recibió usted cuidado prenatal durante su embarazo tan pronto como lo hubiera querido?

No

Sí

→ Pase a la Página 6, Pregunta 23

22. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que obtuviera cuidado prenatal cuando lo quería? Para cada una, marque No, si no le impidió recibir cuidado prenatal, o Sí, si le impidió.

No Sí

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. No podía conseguir una cita cuando quería | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. No tenía suficiente dinero ni seguro médico para pagar por las consultas .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. No tenía transporte para ir a la clínica o al consultorio médico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. El doctor o mi plan de salud no empezaría a atenderme tan pronto como yo quería | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Estaba demasiado ocupada en otras cosas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. No podía tomar tiempo libre del trabajo o de la escuela..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. No tenía mi tarjeta de Medicaid o NJ Family Care | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. No tenía quién cuidara a mis hijos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. No sabía que estaba embarazada..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. No quería que nadie supiera que estaba embarazada..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. No quería recibir cuidado prenatal..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Página 7, Pregunta 25.

23. Durante su embarazo *más reciente*, ¿qué tipo de *seguro médico* tenía usted para pagar su *cuidado prenatal*?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo, pareja o padres
- Seguro médico privado comprado directamente de una compañía de seguros
- Medicaid (como Presumptive Eligibility o cuidado de emergencia) o NJ Family Care
- Charity Care
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Algún otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tenía ningún seguro médico para pagar por mi *cuidado prenatal*

24. Durante *cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal*, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló acerca de alguno de los temas que aparecen en la siguiente lista? *Por favor sólo cuente las conversaciones* y no el material de lectura ni videos. Para cada tema, marque **No**, si nadie le habló sobre el tema, o **Sí**, si alguien le habló sobre el tema.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Cuánto peso debería aumentar durante mi embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Cómo el fumar durante el embarazo podría afectar a mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Darle pecho a mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Cómo el tomar alcohol durante el embarazo podría afectar a mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Usar el cinturón de seguridad del automóvil durante mi embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Las medicinas que son seguras para tomar durante mi embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Cómo el usar drogas ilegales podría afectar a mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Hacerse exámenes para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que hayan en mi familia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Los signos y síntomas de un parto prematuro (parto que comienza más de 3 semanas antes de la fecha esperada) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Hacerse una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Qué hacer si me siento deprimida durante el embarazo o después de que nazca mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. El maltrato físico que algunos esposos o parejas dan a las mujeres.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

25. En cualquier momento durante su embarazo *más reciente* o parto, ¿le hicieron una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA)?

- No
 Sí
 No sé

26. Durante los 12 meses *antes del nacimiento* de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le *ofreció* ponerle la vacuna contra la influenza o le *aconsejó* que se la pusiera?

- No
 Sí

27. Durante los 12 meses *antes del nacimiento* de su nuevo bebé, ¿*recibió* la vacuna contra la influenza?

Marque UNA respuesta

- No → **Pase a la Pregunta 29**
 Sí, antes del embarazo
 Sí, durante el embarazo

28. ¿En qué mes y año recibió la vacuna contra la influenza?

____ / ____ 20____

Mes Año

- No me acuerdo

29. Esta pregunta es sobre el cuidado de sus dientes *durante* su embarazo *más reciente*. Para cada una, marque **No**, si no es verdad o no tiene relación con usted, o **Sí**, si es verdad.

No Sí

- a. Sabía que era importante cuidar de mis dientes y encías durante mi embarazo.....
- b. Un trabajador dental u otro tipo de personal médico conversó conmigo acerca de cómo cuidar de mis dientes y encías
- c. Me hice una limpieza dental con un dentista o un higienista dental.....
- d. Tenía seguro para pagar el cuidado dental durante mi embarazo.....
- e. Necesité consultar a un dentista por un **problema**.....
- f. Fui a un dentista o a una clínica dental debido a un **problema**.....

30. Durante su embarazo *más reciente*, ¿asistió a clases de preparación para el parto y sobre lo que se puede esperar durante el trabajo de parto y el nacimiento?

- No
 Sí

31. Durante su embarazo *más reciente*, ¿la visitó en su hogar una trabajadora de salud para ayudarla a preparar para su nuevo bebé? Una trabajadora de salud puede ser una enfermera, profesional de salud, promotora, trabajadora social u otra persona que trabaja con un programa que ayuda a las mujeres embarazadas.

- No
 Sí

32. Durante su embarazo *más reciente*, ¿recibía beneficios de WIC (siglas en inglés del Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños)?

- No
 Sí

33. Durante su embarazo *más reciente*, ¿le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud que usted tenía diabetes gestacional o diabetes del embarazo (diabetes que comenzó durante *este* embarazo)?

- No
 Sí

Las siguientes preguntas son acerca del fumar cigarrillos antes, durante y después del embarazo.

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

No → **Pase a la Pregunta 38**

Sí

35. En los *3 meses antes* de quedar embarazada, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- 41 cigarrillos o más
 De 21 a 40 cigarrillos
 De 11 a 20 cigarrillos
 De 6 a 10 cigarrillos
 De 1 a 5 cigarrillos
 Menos de 1 cigarrillo
 No fumaba en ese entonces

36. En los *últimos 3 meses* de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- 41 cigarrillos o más
 De 21 a 40 cigarrillos
 De 11 a 20 cigarrillos
 De 6 a 10 cigarrillos
 De 1 a 5 cigarrillos
 Menos de 1 cigarrillo
 No fumaba en ese entonces

37. ¿Cuántos cigarrillos fuma *ahora* en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- 41 cigarrillos o más
 De 21 a 40 cigarrillos
 De 11 a 20 cigarrillos
 De 6 a 10 cigarrillos
 De 1 a 5 cigarrillos
 Menos de 1 cigarrillo
 No fumo ahora

Las siguientes preguntas son acerca del tomar alcohol antes y durante el embarazo.

38. En los *últimos 2 años*, ¿ha tomado alguna bebida alcohólica? Una bebida es una copa de vino, un refresco con vino [*wine cooler*], una lata o botella de cerveza, un trago de licor o un cóctel con alcohol.

No → **Pase a la Pregunta 42**

Sí

Pase a la Pregunta 39

39. En los *3 meses antes* de quedar embarazada, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal?

- 14 ó más bebidas a la semana
- De 7 a 13 bebidas a la semana
- De 4 a 6 bebidas a la semana
- De 1 a 3 bebidas a la semana
- Menos de 1 bebida a la semana
- No tomaba en ese entonces → **Pase a la Pregunta 41**

40. En los *3 meses antes* de quedar embarazada, ¿cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en un período de 2 horas?

- 6 veces o más
- De 4 a 5 veces
- De 2 a 3 veces
- 1 vez
- No tomé 4 ó más bebidas alcohólicas en un período de 2 horas

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

- 14 ó más bebidas a la semana
- De 7 a 13 bebidas a la semana
- De 4 a 6 bebidas a la semana
- De 1 a 3 bebidas a la semana
- Menos de 1 bebida a la semana
- No tomaba en ese entonces

El embarazo puede ser difícil para algunas mujeres. Las siguientes preguntas son acerca de cosas que pudieron haber sucedido *antes* y *durante* su embarazo más reciente.

42. Esta pregunta trata sobre cosas que pudieron haber sucedido durante los *12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé*. Para cada una, marque **No**, si no le sucedió, o **Sí**, si le sucedió. (Podría serle útil ver el calendario para contestar estas preguntas.)

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Un pariente cercano estuvo muy enfermo y tuvo que ir al hospital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Me separé o divorcié de mi esposo o pareja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Me mudé a otra dirección | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. No tenía en donde vivir o me quedé a dormir en la calle, en un automóvil o en un refugio..... | <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. Redujeron las horas o el salario de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. No vivía con mi esposo o pareja por causa del traslado militar o viajes largos del trabajo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Peleaba [discutía] con mi esposo o pareja más de lo normal..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Mi esposo o pareja me dijo que no quería que estuviera embarazada..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Tenía problemas para pagar la renta, la hipoteca u otras cuentas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Mi esposo, pareja o yo estuvimos en la cárcel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Alguien muy cercano a mí tuvo un problema con alcohol o drogas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Murió alguien muy cercano a mí..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

43. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿su esposo o pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?

- No
 Sí

44. Durante su embarazo *más reciente*, ¿su esposo o pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?

- No
 Sí

Las siguientes preguntas son acerca del parto y del nacimiento de su bebé.

45. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

____ / ____ / 20
 Mes Día Año

46. ¿Un doctor, enfermera u otro profesional de salud trató de inducir su parto (comenzar contracciones mediante el suministro de medicamentos)?

- No
 Sí
 No sé

47. ¿En qué fecha le dieron de alta del hospital después del nacimiento de su bebé?

____ / ____ / 20
 Mes Día Año

- No tuve a mi bebé en un hospital

48. Al final de su embarazo *más reciente*, ¿cuánto peso había aumentado?

Marque UNA respuesta y escriba sobre la línea si es necesario

- Aumenté ____ libras
 No aumenté peso, pero bajé ____ libras
 Mi peso no cambió durante mi embarazo
 No sé

49. ¿Qué tipo de *seguro médico* tenía usted para pagar su parto?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo, pareja o padres
 Seguro médico privado comprado directamente de una compañía de seguros
 Medicaid (como Presumptive Eligibility o cuidado de emergencia) o NJ Family Care
 Charity Care
 TRICARE u otro seguro médico militar
 Algún otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:

 No tenía ningún seguro médico para pagar por *mi parto*

DESPUÉS DEL EMBARAZO

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo desde que nació su nuevo bebé.

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

- No
 Sí
 No sé

51. Después de que nació su bebé, ¿cuánto tiempo se quedó él o ella en el hospital?

- Menos de 24 horas (menos de 1 día)
- De 24 a 48 horas (1 a 2 días)
- De 3 a 5 días
- De 6 a 14 días
- Más de 14 días
- Mi bebé no nació en un hospital
- Mi bebé todavía está en el hospital → **Pase a la Pregunta 54**

52. ¿Su bebé está vivo?

- No → *Lamentamos mucho su pérdida.*
- Sí → **Pase a la Página 13, Pregunta 66**

53. En estos momentos, ¿vive con usted su bebé?

- No → **Pase a la Página 12, Pregunta 65**
- Sí

54. ¿Alguna vez le dio pecho a su nuevo bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho, aunque fuera por poco tiempo?

- No → **Pase a la Pregunta 58**
- Sí

55. ¿Todavía le está dando pecho a su nuevo bebé o alimentándolo con leche extraída de su pecho?

- No
- Sí → **Pase a la Pregunta 57**

56. ¿Por cuántas semanas o meses le dio pecho a su bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho?

Semanas O Meses

Menos de 1 semana

Si su bebé no nació en un hospital, pase a la Pregunta 58.

57. Esta pregunta se trata sobre las cosas que pudieron haber sucedido en el hospital donde nació su nuevo bebé. Para cada una, marque No, si no sucedió eso, o Sí, si sucedió.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. El personal del hospital me dio información sobre dar pecho..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi bebé se quedó conmigo en mi habitación en el hospital..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. El personal del hospital me ayudó a aprender cómo dar pecho..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Le di pecho a mi bebé durante su primera hora de vida..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Le di pecho a mi bebé en el hospital.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. En el hospital mi bebé se alimentó sólo con leche materna..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. El personal del hospital me dijo que le diera pecho cuando el bebé quisiera..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. En el hospital me dieron un aparato para extraerme la leche..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. En el hospital me dieron un paquete de regalo que contenía fórmula..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. En el hospital me dieron un número telefónico para obtener ayuda relacionada con dar pecho..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. El personal del hospital dio un chupón a mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

58. ¿Le habló un doctor, enfermera u otro profesional de salud sobre cómo acostar a su nuevo bebé para dormir?

- No
- Sí

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 65.

59. Actualmente, ¿en cuál posición acuesta usted a su bebé *la mayoría del tiempo* para que duerma?

Marque UNA respuesta

- De lado
 Boca arriba
 Boca abajo

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

- Siempre
 Frecuentemente
 A veces
 Rara vez
 Nunca

61. La lista a continuación incluye algunas descripciones sobre como duerme su nuevo bebé *usualmente*. Para cada una, marque **No, si no corresponde a su bebé normalmente, o **Sí**, si corresponde a su bebé normalmente.**

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi nuevo bebé duerme en una cuna o una cuna portátil..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi nuevo bebé duerme en un colchón firme o duro..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Mi nuevo bebé duerme con almohadas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mi nuevo bebé duerme con protectores laterales..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi nuevo bebé duerme con cobertores gruesos o de felpa..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Mi nuevo bebé duerme con juguetes de peluche..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Mi nuevo bebé duerme con almohadas especiales para controlar la postura (infant positioner)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Mi nuevo bebé duerme conmigo o con otra persona..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

62. ¿Tuvo su nuevo bebé un chequeo de rutina con un doctor, enfermera u otro profesional de salud *una semana* después del nacimiento?

- No
 Sí
 Mi bebé todavía estaba en el hospital en ese entonces

63. ¿Ha tenido su nuevo bebé un chequeo de rutina? Un chequeo de rutina es una visita regular de salud para su bebé, usualmente a 1, 2, 4 y 6 meses de edad.

- No → **Pase a la Pregunta 65**
 Sí

64. ¿Cuántas veces ha llevado a su nuevo bebé al doctor o a una enfermera para un chequeo de rutina? (Podría serle útil usar el calendario).

Veces

65. Desde que nació su nuevo bebe, ¿la ha visitado en su hogar una trabajadora de salud para ayudar a aprender a cuidarse y a cuidar a su nuevo bebé? Una trabajadora de salud puede ser una enfermera, profesional de salud, promotora, trabajadora social u otra persona que trabaja con un programa que ayuda a las madres de bebés recién nacidos.

- No
 Sí

66. ¿Está usted o su esposo o pareja haciendo algo *actualmente* para evitar un embarazo?

Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar quedar embarazadas son tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

- No
 Sí

→ **Pase a la Pregunta 68**

67. ¿Cuáles son las razones por las que usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para evitar un embarazo *actualmente*?

Marque TODAS las que correspondan

- No estoy teniendo relaciones sexuales
 Quiero quedar embarazada
 No quiero usar ningún método anticonceptivo
 Me preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos
 Mi esposo o pareja no quiere usar ningún método anticonceptivo
 Tengo problemas para conseguir anticonceptivos cuando los necesito
 Me operé para ligarme o bloquearme las trompas de Falopio
 Mi esposo o pareja tuvo una vasectomía
 Estoy embarazada ahora
 Otra → Por favor, escribala:

Si usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para prevenir un embarazo *ahora*, pase a la Pregunta 69.

68. ¿Qué clase de anticonceptivo está usando usted o su esposo o pareja *ahora* para evitar un embarazo?

Marque TODAS las que correspondan

- Ligadura o bloqueo de las trompas de Falopio (esterilización femenina, Essure®, Adiana®)
 Vasectomía (esterilización masculina)
 Píldora anticonceptiva
 Condones
 Inyección (Depo-Provera®)
 Un implante anticonceptivo (Implanon®)
 Parche anticonceptivo (OrthoEvra®) o Anillo vaginal (NuvaRing®)
 IUD (dispositivo intrauterino incluyendo Mirena® o ParaGard®)
 Método de planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)
 El hombre se retira (Coitus interruptus)
 No tener relaciones sexuales (abstinencia)
 Otro → Por favor, escríbalo:

69. Desde que nació su nuevo bebé, ¿se ha hecho usted un chequeo posparto? Un chequeo posparto es un chequeo regular que se les hace a las mujeres aproximadamente 4–6 semanas después de dar a luz.

- No
 Sí

70. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza?

- Siempre
 Frecuentemente
 A veces
 Rara vez
 Nunca

71. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia ha estado menos interesada en cosas o ha disfrutado menos al hacer cosas?

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

72. ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted ahora?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo, pareja o padres
- Seguro médico privado comprado directamente de una compañía de seguros
- Medicaid (como Presumptive Eligibility o cuidado de emergencia) o NJ Family Care
- Charity Care
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Algún otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tengo ningún seguro médico *ahora*

OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

73. Cuando usted supo que estaba embarazada de su nuevo bebé, ¿prefirió dar a luz por la vagina (naturalmente) o por cesárea?

- Por la vagina
- Por cesárea (c-section)

Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Pregunta 75.

74. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿su doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló sobre los riesgos y los beneficios de un parto vaginal (natural) a diferencia de un parto por cesárea?

- No
- Sí

75. Una semana antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿esperaba que naciera su nuevo bebé por la vagina (naturalmente) o por cesárea?

- Por la vagina
- Por cesárea (c-section)

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

- Parto vaginal → **Pase a la Pregunta 78**
- Me empezaron las contracciones pero me tuvieron que hacer una cesárea
- No me empezaron las contracciones y me tuvieron que hacer una cesárea

77. ¿Por qué decidió tener a su nuevo bebé por cesárea?

- Mi doctor/partera me lo recomendó por razones médicas
- Yo lo prefería por razones personales (no por razones médicas)

78. En algún momento durante su embarazo más reciente, ¿trabajó en un empleo a sueldo?

- No → **Pase a la Pregunta 82**
- Sí

Pase a la Pregunta 79

79. ¿Ha regresado al trabajo que tenía durante su embarazo *más reciente*?

Marque UNA respuesta

- No → Pase a la Pregunta 82
 No, pero voy a regresar
 Sí

80. ¿Cuáles de las siguientes opciones describe el tiempo de licencia que se tomó *después* del nacimiento de su nuevo bebé?

Marque TODAS las que correspondan

- Me tomé licencia *pagada*
 Me tomé licencia *no pagada*
 Me tomé licencia pagada por NJ Temporary Disability Insurance Program
 Me tomé licencia pagada por NJ Family Leave Insurance Program
 No me tomé licencia

81. ¿Alguna de las circunstancias que se enumeran a continuación influyó en su decisión sobre tomar licencia *después* del nacimiento de su nuevo bebé? Para cada una, marque **No**, si no tiene relación con usted o **Sí**, si está relacionado.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Económicamente no me fue posible tomar una licencia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Tenía miedo de perder mi trabajo si tomaba licencia o si tomaba más tiempo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tenía demasiado trabajo pendiente para poder tomarme licencia o para tomar más tiempo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mi trabajo no tiene licencia pagada ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi trabajo no ofrece horarios flexibles..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. No había acumulado suficiente horas de licencia para tomar una licencia o para tomar más tiempo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo durante los *12 meses antes* del nacimiento de su nuevo bebé.

82. Durante los *12 meses antes* del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuál era el ingreso total, al año, de su hogar antes de impuestos?

Incluya sus ingresos, los de su esposo o pareja y todo otro ingreso que haya usado. *Toda la información será confidencial* y no afectará ninguno de los servicios que está recibiendo.

- De \$0 a \$15,000
 De \$15,001 a \$19,000
 De \$19,001 a \$22,000
 De \$22,001 a \$26,000
 De \$26,001 a \$29,000
 De \$29,001 a \$37,000
 De \$37,001 a \$44,000
 De \$44,001 a \$52,000
 De \$52,001 a \$56,000
 De \$56,001 a \$67,000
 De \$67,001 a \$79,000
 \$79,001 ó más

83. Durante los *12 meses antes* del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuántas personas, incluida usted, dependían de este dinero?

_____ Personas

84. ¿Cuál es la fecha de hoy?

_____ / _____ / 20____
 Mes Día Año

Las últimas preguntas son acerca del tiempo desde que nació su nuevo bebé.

85. Desde que nació su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera, trabajadora de salud u otro profesional de salud le habló acerca de alguno de los temas que aparecen en la siguiente lista? Por favor sólo cuente las conversaciones, no incluya el material de lectura o los videos. Para cada tema, marque No, si nadie le habló acerca del tema, o Si, si alguien le habló acerca de eso.

- | | No | Si |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Si se ha sentido triste o ansiosa..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Qué hacer cuando el bebé llora excesivamente y no para..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Que sacudir o golpear a su bebé puede causar daños graves | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Poner a su bebé a dormir de forma segura boca arriba y en su propia cuna..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Compartir información acerca de sacudir a los bebés, bebés que lloran, y sueño seguro con otros que ayudan a cuidar a su bebé— padre, pareja, familia, niñera, cuidador..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si usted trató de dar pecho después de salir del hospital, por favor conteste Pregunta 86.

86. Desde que nació su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera, trabajadora de salud u otro profesional de salud le habló acerca de alguno de los temas que aparecen en la siguiente lista?

- | | No | Si |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Si usted o su bebé tiene algún problema con el amamantamiento.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Cómo ponerse en contacto con grupos de apoyo de amamantamiento..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si tiene algún comentario adicional, por favor vaya a la página siguiente.

¡Muchas gracias por responder a nuestras preguntas!

Sus respuestas nos ayudarán en nuestros esfuerzos para mantener sanos a las mamás y los bebés de New Jersey.



RECURSOS ESTATALES Y LOCALES

NJ211- Un lugar al que puede recurrir para encontrar información estatal y local sobre servicios de salud y humanos.

Dentro de NJ marque: **2-1-1** Fuera de NJ: **1- 877- 652-1148**

Página Web: <http://www.nj211.org/>

NJ Parent Link- El Centro de Nueva Jersey de Recursos de Infancia Temprana, Crianza de los Hijos y Profesionales.

Página Web: <http://www.njparentlink.nj.gov/>

HealthLink- El sitio web de asistencia de Nueva Jersey que ofrece acceso instantáneo a información sobre el cuidado de salud para familias, niños, personas de la tercera edad y profesionales de salud.

Página Web: <http://www.nj.gov/njhealthlink/>

Family Health Line- Opera las 24 horas/ 7 días a la semana y es accesible en cualquier lugar de Nueva Jersey. Consejeros calificados proveen información y referidos para servicios de exámenes médicos y tratamiento.

1- 800-328-3838

Página Web: http://www.nj.gov/health/fhs/primarycare/health_line.shtml

Speak Up When You Are Down- Trastornos de humor perinatales (Conocido como PMD por sus siglas en inglés) pueden afectar a mujeres de cualquier edad, raza o origen económico que están embarazadas o quien recientemente dieron a luz, dejaron de amamantar, o tuvieron un aborto provocado espontáneo. Trastornos de humor perinatales pueden ser tratados, pero mucha gente no sabe de los datos concretos.

1-800- 328-3838 (24/7)

Página Web: <http://www.nj.gov/health/fhs/postpartumdepression/index.shtml>

Special Child Health and Early Intervention Services- Tiene información y recursos para bebés, niños, la juventud, y adultos jóvenes con necesidades especiales de salud y para bebés y niños con discapacidades del desarrollo. Información y recursos sobre revisiones para los recién nacidos disponible.

1-609-984-0755

Página Web: <http://www.nj.gov/health/fhs/sch/index.shtml>

Women's Referral Central- Es la fuente de información sobre los programas de interés a las mujeres en Nueva Jersey. Accesible 24 horas al día, ayuda a mujeres en una variedad de temas desde el acoso sexual, pensión alimenticia y custodia, derechos del consumidor y seguridad, hasta crecimiento y desarrollo personal, educación, referidos médicos, la falta de vivienda, seguridad personal y la violencia doméstica.

1-800-322-8092

Página Web: <http://www.state.nj.us/dcf/women/programs/wrhc.html>

NÚMEREOS DE TELÉFONO PARA MÁS INFORMACIÓN Y ASISTENCIA

Family Helpline 24/7- Si se siente estresada, llame al Family Helpline y le pueden ayudar con sus frustraciones antes de que ocurra una crisis. Hablara con voluntarios sensitivos y entrenados de Parents Anonymous (Padres Anónimos) que escucharan y lo puede referir a recursos que hayan en su comunidad.

1-800-THE-KIDS (1-800-843-5437)

Addictions Hotline of NJ- Provee especialistas clínicamente entrenados y bajo supervisión quienes son accessible 24/7 para educar, ayudar, y entrevistar o referir individuales y familias luchando contra adicciones.

1-800-238-2333

Para De Fumar: 1-866-NJSTOPS; 1-866-657-8677

NJ Women, Infant, and Children Services (WIC): 1-866-44-NJWIC; 1-800-328-3838



Por favor, use este espacio para escribir cualquier comentario que desee hacer acerca de sus experiencias antes, durante o después de su embarazo o acerca de la salud de las madres y los bebés de New Jersey.



RUTGERS

Edward J. Bloustein School
of Planning and Public Policy

Un proyecto de investigación realizado por el
New Jersey Department of Health and Senior Services
y manejado por el
Bloustein Center for Survey Research
a Rutgers, The State University of New Jersey