

**Bienvenida a la encuesta de 6 meses para Mantenerse Después del Bebé!**

Gracias, [nombre], por haber participado en este proyecto importante para ayudar a probar si un programa de estilo de vida, diseñado específicamente para las mujeres como usted con una historia reciente de la diabetes mellitus gestacional (DMG ), ayudará a las mujeres a perder peso ganado durante el embarazo y reducir los factores de riesgo de desarrollar diabetes tipo 2.

Esta encuesta de referencia tomará aproximadamente 18 minutos para completar. El cuestionario nos contará acerca de su historial médico, los niveles de actividad física, la dieta actual, el estado de ánimo, y estrés percibido . Puede saltar cualquier pregunta que decide no contestar. Sus respuestas a este cuestionario no serán compartidas con nadie fuera del personal del estudio.

Se estima que el cálculo de tiempo para esta recolección de Información es de 18 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo necesario para revisar las instrucciones, y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe sus comentarios respecto a este cálculo de tiempo o a otro aspecto de esta recolección de información, incluyendo sugerencias de cómo reducir este cálculo de tiempo a: CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (XXXX-XXXX)

La fecha de hoy:

12-29-2015  Hoy    
Click on Today

Next Page >>

Save & Return Later



## Sección A: Información Demográfica

Diría que su salud en general es:

- Excelente  
 Muy buena  
 Buena  
 Regular  
 Mala

restablecer el valor

¿Tiene algún antecedente familiar de diabetes tipo 2?  
Especifique (marque todas las opciones que correspondan):

- Abuelo paterno  
 Abuela paterna  
 Padre  
 Hermano/hermana  
 Abuelo materno  
 Abuela materna  
 Madre  
 Hijos  
 Ninguno

¿Cuáles de las siguientes opciones describe mejor su  
situación laboral actual? Marque todas opciones que  
correspondan.

- Empleada en un trabajo con paga, trabaja  
actualmente  
 Empleada en un trabajo con paga, está de licencia  
 Trabaja por su propia cuenta, trabaja actualmente  
 Trabaja por su propia cuenta, está de licencia  
 Sin trabajo por menos de 1 año  
 Sin trabajo por más de 1 año  
 Se dedica a cuidar del hogar  
 Estudiante de tiempo completo  
 Estudiante de medio tiempo  
 No puede trabajar

Por favor descríballo:

¿Desde dónde se conecta a Internet? (Marque todas opciones  
que correspondan.)

- Casa  
 Trabajo  
 Biblioteca  
 Casa de un amigo  
 Celular  
 Otra  
 Ya no tengo acceso a Internet

¿Había un periodo de tiempo en que usted no tenía acceso al  
Internet que duró más de una semana desde su última visita del  
estudio?

- No  
 Sí

restablecer el valor

¿Por cuánto tiempo no tuvo o no ha tenido acceso a Internet?

- Menos de 1 mes  
 1-3 meses  
 3-6 meses

restablecer el valor

¿Tiene usted un celular, o un BlackBerry o iPhone u otro  
aparato que también usa como celular?

- Sí  
 No

restablecer el valor

A algunos celulares les llaman "teléfonos inteligentes" o  
"smartphones" debido a las características que tienen, como  
poder tener acceso a Internet y utilizar aplicaciones. ¿Es su  
celular un teléfono inteligente, como un iPhone, Android,  
BlackBerry o teléfono de Windows?

- Sí  
 No  
 No está segura

restablecer el valor

Su plan de celular actual tiene:

- Textos ilimitados  
 Hasta 200 textos al mes  
 Hasta 500 textos al mes  
 Hasta 1000 textos al mes  
 No estoy segura

restablecer el valor

Su plan de celular actual tiene:

- datos ilimitados
- límite de hasta 1 GB
- límite de hasta 2GB
- límite de hasta 3 GB
- límite de más de 3 GB
- No estoy segura

restablecer el valor

<< Previous Page

Next Page >>

Save & Return Later

REDCap Software - Version 6.5.18 - © 2015 Vanderbilt University

## Babi2 6m Questionnaire

Redimencionar fuente:



Página 3 de 15

### Sección B: Actualización del Historial Médico

Aparte de su atención general durante su embarazo, ¿ha ido al médico por algún motivo, excepto por chequeos de rutina, en los últimos 6 meses?

- Sí
- No

restablecer el valor

¿Por qué?

Expandir

En los últimos 6 meses, ¿le han hecho alguna cirugía, sin incluir una cesárea?

- Sí
- No

restablecer el valor

Por favor describala:

Expandir

En los últimos 6 meses, ¿la hospitalizaron por cualquier motivo, aparte de para dar a luz?

- Sí
- No

restablecer el valor

¿Por qué?

Expandir

En los últimos 6 meses, ¿le han diagnosticado alguna enfermedad o algún problema médico?

Sí  
 No

restablecer el valor

Por favor describala:

Expandir

Anote todos sus medicamentos (incluyendo los que se venden sin receta), vitaminas, suplementos y plantas medicinales:

Expandir

¿Usa usted anticonceptivos?

Sí  
 No

restablecer el valor

¿Qué tipo de anticonceptivo usa actualmente? Indique todas las opciones que correspondan.

- Pastillas anticonceptivas, solo progesterona
- Pastillas anticonceptivas, combinación de estrógeno y progesterona
- DIU, Paragard (cobre)
- DIU, Mirena (progestina)
- Anillo vaginal o Nuvaring
- Parche anticonceptivo
- Inyecciones de Depo-provera
- Implante de Nexplanon
- Método del ritmo
- Ligamento de las trompas o vasectomía
- Condones

¿Fuma usted ahora cigarrillos todos los días, algunos días o nunca?

- Todos los días
- Algunos días
- Nunca

restablecer el valor

¿Fuma usted ahora cigarrillos electrónicos todos los días, algunos días o nunca?

- Todos los días
- Algunos días
- Nunca

restablecer el valor

<< Previous Page

Next Page >>

Save & Return Later



**Sección C: Actividad Física**

En los últimos tres meses, cuando usted **NO** está en el trabajo, ¿cuánto tiempo pasa usted normalmente:

	Ningún	Menos de 1/2 hora al día	1/2 a casi 1 hora al día	1 a casi 2 horas al día	2 a casi 3 horas al día	3 o más horas al día
Preparando comidas (cocinando, poniendo la mesa, lavando platos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vistiendo, bañando, alimentando a los niños mientras está <u>sentada</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vistiendo, bañando, alimentando a los niños mientras está <u>parada</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jugando con los niños mientras está <u>sentada o parada</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jugando con los niños mientras está <u>caminando o corriendo</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cargando a los niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidando a un adulto mayor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentada utilizando una computadora, tableta, celular o "smartphone", o escribiendo, mientras <u>no</u> está en el trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Viendo televisión o un video	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sentada leyendo, hablando o en el teléfono, mientras <u>no</u> está en el trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jugando con mascotas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haciendo limpieza ligera (haciendo las camas, la lavandería, planchando, guardando las cosas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haciendo compras (de comida, ropa o de otras cosas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<< Previous Page

Next Page >>

Save & Return Later



En los últimos tres meses, cuando usted **NO** está en el trabajo, ¿cuánto tiempo pasa usted normalmente:

	Ningún	Menos de 1/2 hora al día	1/2 a casi 1 hora al día	1 a casi 2 horas al día	2 a casi 3 horas al día	3 o más horas al día
Haciendo limpieza profunda (aspirando, trapeando, barriendo, lavando ventanas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cortando el césped usando una cortadora de césped de conducción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cortando el césped usando una cortadora de césped manual, rastrillando, haciendo la jardinería	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<< Previous Page

Next Page >>

Save & Return Later

**Yendo a lugares...**

En los últimos 3 meses, ¿cuánto tiempo pasa usted normalmente:

	Ningún	Menos de 1/2 hora al día	1/2 a casi 1 hora al día	1 a casi 2 horas al día	2 a casi 3 horas al día	3 o más horas al día
Caminando lentamente para ir a lugares (tales como al bus, trabajo o visitas) <i>NI por diversión o ejercicio</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor
Caminando rápidamente para ir a lugares (tales como al bus, trabajo o escuela) <i>NI por diversión o ejercicio</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor
Conduciendo o viajando en un carro o bus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor

<< Previous Page

Next Page >>

Save & Return Later

**Por diversión o ejercicio...**

En los últimos 3 meses, ¿cuánto tiempo pasa usted normalmente:

	Ningún	Menos de 1/2 hora al día	1/2 a casi 1 hora al día	1 a casi 2 horas al día	2 a casi 3 horas al día	3 o más horas al día
Caminando <u>lentamente</u> por diversión o ejercicio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor
Caminando más <u>rápidamente</u> por diversión o ejercicio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor
Caminando <u>rápidamente</u> subiendo colinas por diversión o ejercicio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor
Trotando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor
Haciendo una clase o programa de ejercicios, incluye DVDs y clases por Internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor
Nadando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor
Bailando, incluye zumba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor

¿Haciendo otras cosas por diversión o ejercicio? Díganos cuáles son estas cosas.

Si  
 No

restablecer el valor

<< Previous Page

Next Page >>

Save & Return Later



Complete la siguiente sección si usted está empleada en un trabajo con paga, como voluntaria o si es una estudiante. Si usted se dedica a cuidar del hogar, no tiene trabajo o no puede trabajar, no necesita completar esta última sección.

En el trabajo...

En los últimos 3 meses, ¿cuánto tiempo pasa usted normalmente:

	Ningún	Menos de 1/2	1/2 a casi 1	1 a casi 2	2 a casi 3	3 o más
	hora al día	hora al día	hora al día	hora al día	hora al día	hora al día
Sentada en el trabajo o en clase	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parada o caminando lentamente en el trabajo mientras carga cosas (más pesadas que 1 galón de leche)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parada o caminando <u>lentamente</u> en el trabajo mientras <u>no</u> está cargando nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caminando <u>rápidamente</u> en el trabajo mientras <u>carga</u> cosas (más pesadas que 1 galón de leche)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caminando <u>rápidamente</u> en el trabajo mientras <u>no</u> está cargando nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<< Previous Page

Next Page >>

Save & Return Later



#### Sección D: Sueño

En el último mes, ¿cuántas horas durmió durante la noche?

Horas

En el último mes, ¿cuántas horas durmió durante el día?

Horas

¿Por qué no ha estado durmiendo durante el día?

- No he podido tomar la siesta como me gustaría  
 Normalmente no tomo la siesta durante el día

restablecer el valor

En el último mes, ¿qué tan satisfecha está usted con la cantidad de horas que duerme?

- Muy insatisfecha  
 Insatisfecha  
 Ni insatisfecha ni satisfecha  
 Satisfecha  
 Muy satisfecha

restablecer el valor

<< Previous Page

Next Page >>

Save & Return Later



## Sección E: Amamantar

En este momento amamanta o se saca la leche para alimentar a su nuevo bebé?

- No, nunca di pecho o usé leche extraída.
- No, le di pecho / saqué la leche por menos de una semana
- No, le di pecho / saqué la leche y dejé entre 1-4 semanas
- No, le di pecho / saqué la leche y dejé entre 5-8 semanas
- No, le di pecho / saqué la leche y dejé entre 9-12 semanas
- No, le di pecho / saqué la leche y dejé después de 12 semanas
- Sí, estoy amamantando en este momento

[restablecer el valor](#)

¿Qué edad tenía su nuevo bebé la primera vez que él o ella tomó líquidos aparte de la leche materna (tales como leche de fórmula, agua, jugo, té, leche de vaca o algún otro tipo de leche)? Incluya la alimentación de todas las personas que alimentan al bebé e incluya los refrigerios y la alimentación de noche.

- Mi bebé tenía menos de 1 semana de edad
- Mi bebé tenía entre 1-4 semanas de edad
- Mi bebé tenía entre 5-8 semanas de edad
- Mi bebé tenía entre 9-12 semanas de edad
- Mi bebé tenía más de 12 semanas de edad
- Mi bebé no ha bebido líquidos aparte de la leche materna

[restablecer el valor](#)

¿Qué edad tenía su nuevo bebé la primera vez que él o ella comió alimentos (tal como cereal para bebés, comida para bebés o alguna otra comida)?

- Mi bebé tenía menos de 1 semana de edad
- Mi bebé tenía entre 1-4 semanas de edad
- Mi bebé tenía entre 5-8 semanas de edad
- Mi bebé tenía entre 9-12 semanas de edad
- Mi bebé tenía más de 12 semanas de edad
- Mi bebé no ha comido ninguna comida

[restablecer el valor](#)[<< Previous Page](#)[Next Page >>](#)[Save & Return Later](#)





**Sección F: Las emociones, el humor, y el estrés**

Elija la respuesta que mejor se asemeja a cómo se ha sentido usted **EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS**, no solo cómo se siente hoy.

He podido reírme y ver el lado gracioso de las cosas

- Como siempre lo he hecho
- No tanto actualmente
- Definitivamente no mucho actualmente
- No, nunca

[restablecer el valor](#)

He esperado las cosas con agrado y buena disposición

- Como siempre lo he hecho
- Un poco menos de lo que solía hacerlo
- Definitivamente menos de lo que solía hacerlo
- Casi nunca

[restablecer el valor](#)

Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente

- Sí, la mayor parte del tiempo
- Sí, algunas veces
- No, casi no
- No, nunca

[restablecer el valor](#)

He estado nerviosa o preocupada, sin tener motivo

- Sí, con mucha frecuencia
- Sí, algunas veces
- Casi nunca
- No, nunca

[restablecer el valor](#)

He sentido miedo o pánico, sin tener motivo

- Sí, bastante
- Sí, algunas veces
- No, casi no
- No, nunca

[restablecer el valor](#)

Las cosas me han estado agobiando

- Sí, la mayor parte del tiempo no he podido lidiar con las cosas
- Sí, algunas veces no he podido lidiar con las cosas como suelo hacerlo
- No, la mayor parte del tiempo puedo lidiar bien con las cosas
- No, he podido lidiar con las cosas como suelo hacerlo

[restablecer el valor](#)

Me he sentido tan descontenta que he tenido dificultad para dormir

- Sí, la mayor parte del tiempo
- Sí, algunas veces
- No, casi no
- No, nunca

[restablecer el valor](#)

Me he sentido triste o desdichada

- Sí, la mayor parte del tiempo
- Sí, con frecuencia
- No, casi no
- No, nunca

[restablecer el valor](#)

Me he sentido tan descontenta que he estado llorando

- Sí, la mayor parte del tiempo
- Sí, con frecuencia
- Solo de vez en cuando
- No, nunca

[restablecer el valor](#)

He llegado a pensar en hacerme daño

- Sí, con frecuencia
- Algunas veces
- Casi nunca
- Nunca

[restablecer el valor](#)

[<< Previous Page](#)

[Next Page >>](#)

[Save & Return Later](#)



**Sección G:**

**Instrucciones:** en esta escala se le pregunta acerca de sus sentimientos y opiniones en el último mes. En cada caso, indique con qué frecuencia usted se sintió o pensó de cierta manera.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
En el último mes, ¿con qué frecuencia le ha disgustado o molestado algo que ocurrió inesperadamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <small>restablecer el valor</small>
En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <small>restablecer el valor</small>
En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nerviosa y "estresada"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <small>restablecer el valor</small>
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado segura sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <small>restablecer el valor</small>
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le iban bien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <small>restablecer el valor</small>
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <small>restablecer el valor</small>
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <small>restablecer el valor</small>
En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <small>restablecer el valor</small>
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadada por las cosas que estaban fuera de su control?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <small>restablecer el valor</small>
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulaban tanto que no podía superarlas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <small>restablecer el valor</small>

<< Previous Page

Next Page >>

Save & Return Later



Sección H

Hábitos alimenticios

A continuación hay una lista de cosas que las personas podrían hacer al intentar cambiar sus hábitos alimenticios. Califique qué tan segura está usted de que puede motivarse a sí misma a hacer cosas como estas de manera consistente, como mínimo por tres meses. Elija un círculo para cada pregunta.

	Sé que no puedo	Quizás pueda	Sé que puedo	No corresponde
¿Qué tan segura está usted de que puede comer porciones más pequeñas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor
¿Qué tan segura está usted de que puede reemplazar pan blanco con pan integral o con pan de granos integrales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor
¿Qué tan segura está usted de que puede comer como mínimo 5 porciones de frutas y vegetales al día?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor
¿Qué tan segura está usted de que puede incluir como mínimo un vegetal en su cena?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor
¿Qué tan segura está usted de que puede reemplazar leche entera o al 2% con leche descremada o baja en grasa al 1%?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor
¿Qué tan segura está usted de que puede reemplazar bebidas azucaradas con opciones bajas en calorías o que no tienen calorías?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor
¿Qué tan segura está usted de que la mayoría de tiempo puede elegir pollo, pavo, pescado o una proteína de fuente vegetal (como tofu) en lugar de carne roja?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor
¿Qué tan segura está usted de que puede reducir el consumo de alimentos procesados y con alto contenido de azúcar, como galletas, pasteles, pastelitos, caramelos y helado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor

<< Previous Page

Next Page >>

Save & Return Later



**Actividad física**

A continuación hay una lista de cosas que las personas podrían hacer al intentar aumentar o seguir haciendo actividades físicas de manera regular. Nos interesan actividades físicas como correr, nadar, caminata rápida, andar en bicicleta, bailar, hacer zumba o clases de aeróbicos. Ya sea o no que participe en actividades físicas, califique cuánta confianza tiene usted de que puede motivarse a sí misma a hacer cosas como estas de manera consistente, como mínimo por tres meses. Elija un número para cada pregunta.

	Sé que no puedo	Quizás pueda	Sé que puedo	No corresponde
¿Qué tan segura está usted de que puede levantarse temprano, inclusive los fines de semana, para participar en actividades físicas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Qué tan segura está usted de que puede mantener su programa de actividad física después de un día largo y cansado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Qué tan segura está usted de que puede hacer ejercicio aun si se siente deprimida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Qué tan segura está usted de que puede hacer tiempo para un programa de actividad física; es decir, caminar, trotar, nadar, andar en bicicleta, bailar o hacer otras actividades como mínimo por 30 minutos, 3 veces a la semana?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Qué tan segura está usted de que puede seguir haciendo actividades físicas con otras personas a pesar de que puedan parecer muy rápidas o lentas para usted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Qué tan segura está usted de que puede mantener su programa de actividad física cuando atraviesa por momentos difíciles en su vida (p. ej., divorcio, muerte en la familia, mudanza)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Qué tan segura está usted de que puede mantener su programa de actividad física cuando su familia le exige pasar más tiempo con usted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Qué tan segura está usted de que puede mantener su programa de actividad física cuando hay quehaceres pendientes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Qué tan segura está usted de que puede mantener su programa de actividad física aun cuando tiene demasiadas demandas en el trabajo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Qué tan segura está usted de que puede mantener su programa de actividad física cuando sus obligaciones sociales le toman mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Qué tan segura está usted de que puede ver menos televisión para poder aumentar su actividad física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<< Previous Page

Next Page >>

Save & Return Later



## Sección I

Elija la respuesta que mejor describa su interés en este momento en bajar de peso.

- No me interesa bajar de peso y no tengo planeado bajar de peso en un futuro cercano.
- No estoy intentando bajar de peso en este momento pero estoy pensando en bajar de peso
- Me estoy preparando para bajar de peso y pienso empezar el próximo mes.
- Estoy bajando de peso en este momento

restablecer el valor

Elija la respuesta que mejor describa su interés en este momento en comer saludable.

- No me interesa hacer cambios saludables a mi dieta y no tengo planeado hacerlo en un futuro cercano.
- No estoy haciendo cambios saludables a mi dieta en este momento pero estoy pensando en hacer cambios saludables.
- Me estoy preparando para hacer cambios saludables a mi dieta y pienso empezar el próximo mes.
- Estoy comiendo una dieta saludable en este momento

restablecer el valor

3. Elija la respuesta que mejor describa su nivel actual de actividad física.

Para los fines de este cuestionario, ser físicamente activo significa hacer actividades tales como caminar, jugar deportes, andar en bicicleta o bailar como mínimo por 20 minutos, 3 a 5 veces a la semana.

- No soy físicamente activa y no tengo planeado hacer ninguna actividad física en un futuro cercano.
- No soy activa en este momento pero estoy pensando en ser más activa.
- Me estoy preparando para hacer más actividad y pienso empezar el próximo mes.
- Soy físicamente activa en este momento

restablecer el valor

Una vez más, gracias, [nombre], por haber participado en este importante proyecto diseñado para aprender más sobre cómo ayudar a las mujeres con diabetes de gestación para prevenir la diabetes tipo 2.

<< Previous Page

Enviar

Save & Return Later