



¡Bienvenida a la encuesta de 24 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 15 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 15 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:

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

¿Cuál es su estado civil?

- Casada
 Pareja, no están casados
 Separada
 Divorciada
 Nunca se ha casado
 Viuda

restablecer el valor

¿Cuáles de las siguientes opciones describe mejor su situación laboral actual? Marque todas las 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:

¿Cuáles son los ingresos anuales de su hogar, contando todas las fuentes de ingreso?

- \$0,00 - \$9,999
- \$10,000 - \$14,999
- \$15,000 - \$19,999
- \$20,000 - \$24,999
- \$25,000 - \$34,999
- \$35,000 - \$49,999
- \$50,000 - \$74,999
- \$75,000 +
- No estoy segura
- Prefiero no contestar

[restablecer el valor](#)

¿Cuántos niños viven en su casa?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 o más

[restablecer el valor](#)

¿Cuántos años tienen?

- Menos 1 año de edad
- 1 año de edad
- 2 años de edad
- 3 años de edad
- 4 años de edad
- 5 años de edad
- 6 años de edad
- 7 años de edad
- 8 años de edad
- 9 años de edad
- 10 años de edad
- 11 años de edad
- 12 años de edad
- 13 años de edad
- 14 años de edad
- 15 años de edad
- 16 años de edad
- 17 años de edad
- 18 o más años de edad

¿Desde dónde se conecta a Internet? (Marque todas las 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 2 GB 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 24m Questionnaire

Redimencionar fuente:



Página 3 de 21

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](#)

¿Le han hecho alguna cirugía en los últimos 6 meses?

Sí No

[restablecer el valor](#)

Por favor describala:

[Expandir](#)

¿Estuvo hospitalizada por algún motivo en los últimos 6 meses?

Sí No

[restablecer el valor](#)

¿Por qué?

Expandir

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

- Yes
 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

Elija la afirmación que mejor refleje su opinión para cada opción.

| | Muy de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Muy en desacuerdo |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| Siento que tengo poco control sobre los riesgos para mi salud | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <small>restablecer el valor</small> |
| Si voy a ser diabética, no hay mucho que pueda hacer al respecto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <small>restablecer el valor</small> |
| Creo que mis propios esfuerzos ayudarán a controlar mi riesgo de padecer diabetes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <small>restablecer el valor</small> |
| Las personas que hacen un buen esfuerzo para controlar el riesgo de padecer diabetes tienen muchas menos probabilidades de padecer diabetes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <small>restablecer el valor</small> |
| En comparación con otras mujeres de mi misma edad, tengo menos probabilidades que ellas de padecer diabetes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <small>restablecer el valor</small> |
| En comparación con otras mujeres de mi misma edad, tengo menos probabilidades que ellas de padecer una enfermedad grave | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <small>restablecer el valor</small> |



Para cada opción a continuación, díganos la respuesta que mejor describe su opinión acerca de las posibles maneras para prevenir la diabetes.

| | Muy de acuerdo | De acuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | En desacuerdo | Muy en desacuerdo |
|---|-----------------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|---|
| Hacer actividades físicas de manera regular y seguir una dieta requiere demasiado esfuerzo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <small>restablecer el valor</small> |
| Hacer actividades físicas de manera regular y seguir una dieta podría prevenir que se desarrolle la diabetes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <small>restablecer el valor</small> |
| Los beneficios de seguir una dieta y hacer un programa de actividades físicas sobrepasan el esfuerzo de hacerlo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <small>restablecer el valor</small> |



Para cada opción a continuación, díganos la respuesta que mejor describe su opinión acerca de las posibles maneras para prevenir la diabetes.

| | No hay probabilidad | Muy poca probabilidad | Alguna probabilidad | Mucha probabilidad |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| Qué riesgo o probabilidades de padecer diabetes cree usted que tendrá en los próximos 10 años? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Si usted no cambia su estilo de vida, tal como la alimentación o actividad física, ¿qué riesgo o probabilidades de padecer diabetes cree usted que tendrá en los próximos 10 años? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> restablecer el valor |



Sección D

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"/> restablecer el valor |
| 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"/> restablecer el valor |
| 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"/> restablecer el valor |
| 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"/> restablecer el valor |
| 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"/> restablecer el valor |
| Cargando a los niños | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Cuidando a un adulto mayor | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| 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"/> restablecer el valor |
| Viendo televisión o un video | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| 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"/> restablecer el valor |
| Jugando con mascotas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| 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"/> restablecer el valor |
| 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"/> restablecer el valor |



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"/> restablecer el valor |
| 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"/> restablecer el valor |
| 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"/> restablecer el valor |

<< 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"/> |
| Caminando más <u>rápido</u> por diversión o ejercicio | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Caminando <u>rápido</u> subiendo <u>colinas</u> por diversión o ejercicio | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Trotando | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 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"/> |
| Nadando | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Baillando, incluye zumba | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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

Sí
 No

Nombre de la actividad

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

Nombre de la actividad

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

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 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 |
|---|-----------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------|--|
| 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"/> restablecer el valor |
| 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"/> restablecer el valor |
| Parada o caminando lentamente 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"/> restablecer el valor |
| Caminando rápidamente 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"/> restablecer el valor |
| Caminando rápidamente 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"/> restablecer el valor |

<< Previous Page

Next Page >>

Save & Return Later

Sección E: 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 F: 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
- SI, 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 G

A continuación hay una lista de cosas que las personas podrían hacer o decir a alguien que intenta mejorar sus hábitos en el estilo de vida. Califique a cada pregunta dos veces. Bajo familia, califique con qué frecuencia alguien que vive en su hogar ha dicho o hecho lo que se describe en las últimas seis semanas. Bajo amigos, califique con qué frecuencia sus amigos, conocidos o compañeros de trabajo han dicho o hecho lo que se describe en las últimas seis semanas.

En las últimas seis semanas, mi familia (o miembros de mi hogar) o amigos:

| | Nunca | Rara vez | A veces | Con frecuencia | Con mucha frecuencia | No corresponde |
|---|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| Familia me han animado a dejar de comer "alimentos poco saludables" (pastel, gaseosa) cuando tengo la tentación de hacerlo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Amigos me han animado a dejar de comer "alimentos poco saludables" (pastel, gaseosa) cuando tengo la tentación de hacerlo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Familia han hablado conmigo acerca de los cambios en mis hábitos alimenticios (me han preguntado cómo me va con mis cambios alimenticios). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Amigos han hablado conmigo acerca de los cambios en mis hábitos alimenticios (me han preguntado cómo me va con mis cambios alimenticios). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Familia me han recordado dejar de comer alimentos con alto contenido de azúcar o grasas saturadas (galletas, tocino). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Amigos me han recordado dejar de comer alimentos con alto contenido de azúcar o grasas saturadas (galletas, tocino). | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Familia me felicitaron por cambiar mis hábitos alimenticios. ("Sigue así", "Nos sentimos orgullosos de ti") | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Amigos me felicitaron por cambiar mis hábitos alimenticios. ("Sigue así", "Nos sentimos orgullosos de ti") | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Familia hicieron comentarios si volví a mis antiguos hábitos alimenticios. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Amigos hicieron comentarios si volví a mis antiguos hábitos alimenticios. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Familia comieron alimentos con alto contenido de azúcar o grasas saturadas frente de mi. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Amigos comieron alimentos con alto contenido de azúcar o grasas saturadas frente de mi. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Familia se negaron a comer la misma comida que yo como. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Amigos se negaron a comer la misma comida que yo como. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Familia trajeron a casa alimentos que intento dejar de comer. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Amigos trajeron a casa alimentos que intento dejar de comer. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> restablecer el valor |

| | Nunca | Rara vez | A veces | Con frecuencia | Con mucha frecuencia | No corresponde |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| Familia se enojaron cuando los animé a comer alimentos con bajo contenido de azúcar o bajos en grasa saturada. | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Amigos se enojaron cuando los animé a comer alimentos con bajo contenido de azúcar o bajos en grasa saturada. | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Familia me ofrecieron comida que intento dejar de comer. | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Amigos me ofrecieron comida que intento dejar de comer. | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Familia participaron en alguna actividad física conmigo. | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Amigos participaron en alguna actividad física conmigo. | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Familia ofrecieron hacer alguna actividad física conmigo. | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Amigos ofrecieron hacer alguna actividad física conmigo. | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Familia me dieron recordatorios útiles para aumentar la actividad física ("¿Vas a salir a caminar hoy por media hora?") | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Amigos me dieron recordatorios útiles para aumentar la actividad física ("¿Vas a salir a caminar hoy por media hora?") | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Familia me animaron a mantener mi programa de actividad física | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Amigos me animaron a mantener mi programa de actividad física | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Familia cambiaron su horario para que podamos hacer actividades físicas juntos. | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Amigos cambiaron su horario para que podamos hacer actividades físicas juntos. | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Familia hablaron acerca de actividades físicas conmigo. | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Amigos hablaron acerca de actividades físicas conmigo. | <input type="radio"/> restablecer el valor |

| | Nunca | Rara vez | A veces | Con frecuencia | Con mucha frecuencia | No corresponde |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| Familia se quejaron acerca del tiempo que paso haciendo actividades fisicas. | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Amigos se quejaron acerca del tiempo que paso haciendo actividades fisicas. | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Familia me criticaron o se burlaron de mí por las actividades fisicas que hago. | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Amigos me criticaron o se burlaron de mí por las actividades fisicas que hago. | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Familia me premiaron por hacer actividades fisicas (me compraron algo o me dieron algo que me gustaba). | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Amigos me premiaron por hacer actividades fisicas (me compraron algo o me dieron algo que me gustaba). | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Familia planificaron actividades fisicas o paseos recreativos. | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Amigos planificaron actividades fisicas o paseos recreativos. | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Familia me ayudaron a planificar otras actividades para no tener conflictos con mi actividad fisica. | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Amigos me ayudaron a planificar otras actividades para no tener conflictos con mi actividad fisica. | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Familia me pidieron ideas sobre cómo ser más activos fisicamente. | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Amigos me pidieron ideas sobre cómo ser más activos fisicamente. | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Familia me hablaron acerca de cuánto les gusta ser activos fisicamente. | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| Amigos me hablaron acerca de cuánto les gusta ser activos fisicamente. | <input type="radio"/> restablecer el valor |

<< Previous Page
Next Page >>

Save & Return Later



Sección H: 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 reirme 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 mi 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 I

Instrucciones: en esta escala se le pregunta acerca de sus sentimientos y opiniones en el último mes. En cada caso, indique con una marca 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"/> restablecer el valor |
| En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida? | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nerviosa y "estresada"? | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado segura sobre su capacidad para manejar sus problemas personales? | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le iban bien? | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer? | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida? | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control? | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadada por las cosas que estaban fuera de su control? | <input type="radio"/> restablecer el valor |
| En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulaban tanto que no podía superarlas? | <input type="radio"/> restablecer el valor |

<< Previous Page

Next Page >>

Save & Return Later



Sección J

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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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 checked="" type="radio"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <input type="radio"/> |

<< Previous Page

Next Page >>

Save & Return Later



Sección K

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](#)

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](#)

[<< Previous Page](#)

[Next Page >>](#)

[Save & Return Later](#)



Sección L: Satisfacción de la Participante

Desde que dio a luz, ¿participó usted en un programa para bajar de peso o de estilo de vida o empleó otras herramientas para ayudarse a estar saludable, aparte del programa Mantenerse Después del Bebé?(Marque todas las opciones que correspondan)

- No
- Se inscribió en un programa (p. ej., Jenny Craig, Weight Watchers, etc.)
- Se reunió con un nutricionista
- Se reunió con un guía de estilo de vida (solo versión controlada)
- Se inscribió en un gimnasio
- Usó un programa o aplicación de monitoreo de actividad física (tal como Fitbit u otras aplicaciones)
- Usó un podómetro (solo versión controlada)
- Otras herramientas de monitoreo de actividad física

Por favor descríbala:

Expandir

¿Tiene alguna preocupación acerca de su peso, por ejemplo si su peso está muy bajo o muy alto?

- No
- Peso es muy bajo
- Peso es muy alto
- Otro

restablecer el valor

Por favor descríbala:

Expandir

¿Cómo cree usted que ha cambiado sus hábitos alimenticios desde su última visita, si es que ha cambiado? Marque todas las opciones que correspondan.

- Como más frutas y vegetales
- Reduje el tamaño de la porción
- Reemplacé productos refinados con granos integrales
- Otro
- Ninguna de las anteriores/sin cambio

Por favor describala:

Expandir

¿Cómo cree usted que ha cambiado su nivel de actividad física desde su última visita, si es que ha cambiado?

- Aumentó
- Disminuyó
- Sin cambio

restablecer el valor

¿Por qué cree usted que su nivel de actividad física no ha cambiado? (Marque todas las opciones que correspondan)

- No se necesitaron cambios
- Muy ocupada
- No se siente bien
- No tiene quien se quede con los niños
- No sé cómo cambiar
- Otro

Por favor describala:

Expandir

¿Monitoreó usted su actividad física?

- Sí
- No

restablecer el valor

¿Cómo? Marque todas las opciones que correspondan.

- Podómetro
- Registro
- Otro

Por favor describala:

Expandir

¿Cómo cree usted que los cambios han influenciado a su familia, si es que lo han hecho?

- Miembro(s) de la familia perdió/perdieron de peso
- Miembro(s) de la familia comió/comieron más saludable
- Otro
- Ninguno de los anteriores/sin cambios en la familia

Por favor describala:

Expandir

¿Hay algo más que quisiera decirnos que todavía no lo hemos preguntado?

- Sí
 No

restablecer el valor

¿Qué le gustaría decirnos?

Expandir

<< Previous Page

Next Page >>

Save & Return Later

REDCap Software - Version 8.5.18 - © 2015 Vanderbilt University

Babi2 24m Questionnaire

Redimencionar fuente:



Página 21 de 21

Sección M

En general, ¿qué tan satisfecha está usted con el programa?

- Extremadamente satisfecha
 Satisfecha
 Neutral (ni satisfecha ni insatisfecha)
 Insatisfecha
 Extremadamente insatisfecha

restablecer el valor

Qué tanto está de acuerdo con la siguiente afirmación: recomendaría el programa a un miembro de la familia, amiga o colega que tiene diabetes gestacional.

- Muy de acuerdo
 De acuerdo
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 En desacuerdo
 Muy en desacuerdo

restablecer el valor

¿Usó la página Web?

- Sí
 No

restablecer el valor

¿Por qué no usó la página Web? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Muy ocupada
 Muy complicado
 No estaba interesada
 No tenía una computadora
 No tenía acceso a Internet
 Me olvidé o perdí mi clave
 Otro

Por favor descríbala:

Expandir

¿Cómo calificaría usted a los módulos?

- Excelentes
- Muy buenos
- Buenos
- Regulares
- Malos

restablecer el valor

¿Cree usted que los módulos son demasiado cortos, demasiado largos o que están bien?

- Demasiado cortos
- Demasiado largos
- Están bien

restablecer el valor

¿Cree usted que la cantidad de módulos fue la adecuada?

- Si
- No

restablecer el valor

¿Hizo uso del foro comunitario?

- Si
- No

restablecer el valor

¿Por qué no hizo uso del foro comunitario? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Muy ocupada
- Muy complicado
- No estaba interesada
- No tenía una computadora
- No tenía acceso a Internet
- Me olvidé o perdí mi clave
- Me preocupaba la confidencialidad
- Otro

Por favor describala:

Expandir

¿Le gustaría que añádráramos algo más a la página Web?

- Sí
 No

restablecer el valor

Por favor describala:

Expandir

¿Interactuó con el guía de estilo de vida?

- Sí
 No

restablecer el valor

¿Por qué no interactuó con el guía de estilo de vida? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Muy ocupada
 No estaba interesada
 No tenía una computadora
 No tenía acceso a Internet
 Me olvidé o perdí mi clave
 Me preocupaba la confidencialidad
 Otro

Por favor describala:

Expandir

¿Le ayudó el guía de estilo de vida con alguna de las siguientes opciones? Marque todas las opciones que correspondan.

- Lograr o mantener un peso saludable
 Comer más saludable
 Aumentar la actividad física
 Disminuir el estrés
 Dejar de fumar
 Mejorar la salud
 Mejorar la calidad de vida
 Disminuir el riesgo de padecer enfermedades
 Abordar un problema de salud reciente
 Otro
 Ninguna de las anteriores

Por favor describala:

Expandir

¿Qué le gustó del programa con el guía de estilo de vida, si es que le gustó algo? Marque todas las opciones que correspondan.

- Recibir consejos/sugerencias
 Recibir apoyo/motivación
 La responsabilidad
 Otro
 Ningunas de las anteriores

Por favor describala:

Expandir

¿Cree usted que la frecuencia con la que se comunicaba con el guía de estilo de vida era demasiada, no era suficiente o estaba bien?

- Demasiada
- No era suficiente
- Estaba bien

restablecer el valor

¿Cambiaría usted algo del programa con el guía de estilo de vida?

- Sí
- No

restablecer el valor

Por favor describala:



Expandir

Qué tanto está de acuerdo con la siguiente afirmación: este programa me ayudó a lograr mi meta de pérdida de peso.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

restablecer el valor

¿Le hubiera gustado alguna parte del programa si se hubiera hecho por medio de un celular? ¿Qué parte(s)? Marque todas las opciones que correspondan.

- Monitorear alimentos consumidos
- Monitorear actividad física
- Ver módulos
- Recordatorios de cita por medio de mensajes de texto
- Recordatorios de metas por medio de mensajes de texto
- Otro
- Ninguna de las anteriores

Por favor descríbala:

Expandir

¿Hay algo que le haya impedido participar más de lo que hizo en el programa?

- Sí
 No

restablecer el valor

¿Qué? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Me preocupaba la confidencialidad
 Estaba demasiado ocupada
 Exigía demasiado tiempo
 No tenía una computadora o acceso a Internet
 Otro

Por favor descríbala:

Expandir

¿Hay algo más que le gustaría ver o alguna información que le gustaría recibir de nosotros?

- Sí
 No

restablecer el valor

Por favor descríbala:

Expandir

¿Hay algo más que quisiera decirnos que todavía no lo hemos preguntado?

- Sí
 No

restablecer el valor

¿Qué le gustaría decirnos?

Expandir

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