



### Bienvenida a la encuesta de 12 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 14 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 14 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 31 Hoy 11:41  
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 descríbalo:

¿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 de 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



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?

- 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](#)

REDCap Software - Version 6.5.18 - © 2015 Vanderbilt University

Redimensionar fuente:

**Página 4 de 20**

**Babi2 12m Questionnaire**

**Sección C**

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

	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>
Siento que tengo poco control sobre los riesgos para mi salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>

[<< Previous Page](#)
[Next Page >>](#)

[Save & Return Later](#)

REDCap Software - Version 6.5.18 - © 2015 Vanderbilt University

## Babi2 12m Questionnaire

Redimensionar fuente:



Página 5 de 20

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

<< Previous Page      Next Page >>

Save & Return Later

REDCap Software - Version 6.5.18 - © 2015 Vanderbilt University

## Babi2 12m Questionnaire

Redimensionar fuente:



Página 6 de 20

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

<< Previous Page      Next Page >>

Save & Return Later

REDCap Software - Version 6.5.18 - © 2015 Vanderbilt University



## Sección D: 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](#)

Babi2 12m Questionnaire

Redimencionar fuente:



Página 9 de 20

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 ni 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

Babi2 12m Questionnaire

Redimencionar fuente:



Página 10 de 20

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 <u>más 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 subiendo colinas</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
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.

Sí  
 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 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"/>
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"/>

restablecer el valor



### 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



## 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
- 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 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 los últimos tres meses. Bajo amigos, califique con qué frecuencia sus amigos, conocidos o compañeros de trabajo han dicho o hecho lo que se describe en los últimos tres meses.

Elija un número de la siguiente lista de calificación en cada espacio:

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 mí.	<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 mí.	<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
<b>Familia</b> se enojaron cuando los animé a comer alimentos con bajo contenido de azúcar o bajos en grasa saturada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor				
<b>Amigos</b> se enojaron cuando los animé a comer alimentos con bajo contenido de azúcar o bajos en grasa saturada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor				
<b>Familia</b> me ofrecieron comida que intento dejar de comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor				
<b>Amigos</b> me ofrecieron comida que intento dejar de comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor				
<b>Familia</b> participaron en alguna actividad física conmigo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor				
<b>Amigos</b> participaron en alguna actividad física conmigo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor				
<b>Familia</b> ofrecieron hacer alguna actividad física conmigo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor				
<b>Amigos</b> ofrecieron hacer alguna actividad física conmigo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor				
<b>Familia</b> me dieron recordatorios útiles para aumentar la actividad física ("¿Vas a salir a caminar hoy por media hora?")	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor				
<b>Amigos</b> me dieron recordatorios útiles para aumentar la actividad física ("¿Vas a salir a caminar hoy por media hora?")	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor				
<b>Familia</b> me animaron a mantener mi programa de actividad física.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor				
<b>Amigos</b> me animaron a mantener mi programa de actividad física.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor				
<b>Familia</b> cambiaron su horario para que podamos hacer actividades físicas juntos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor				
<b>Amigos</b> cambiaron su horario para que podamos hacer actividades físicas juntos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor				
<b>Familia</b> hablaron acerca de actividades físicas conmigo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor				
<b>Amigos</b> hablaron acerca de actividades físicas conmigo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor				

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

Quando las cosas han salido mal me he culpado a mi misma innecesariamente

- Sí, la mayor parte del tiempo
- Sí, algunas veces
- Casi nunca
- 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 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"/> <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"/> <small>restablecer el valor</small>				
En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nerviosa y "estresada"?	<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"/> <small>restablecer el valor</small>				
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le iban bien?	<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"/> <small>restablecer el valor</small>				
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	<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"/> <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"/> <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"/> <small>restablecer el valor</small>				

<< 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"/> 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"/> 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"/> restablecer el valor					
¿Qué tan segura está usted de que puede incluir como mínimo un vegetal en su cena?	<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"/> 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"/> 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"/> 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, pastillitos, caramelos y helado?	<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"/> restablecer el valor
¿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"/> restablecer el valor
¿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"/> restablecer el valor
¿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"/> restablecer el valor
¿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"/> restablecer el valor
¿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"/> restablecer el valor
¿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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor
¿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"/> restablecer el valor
¿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"/> restablecer el valor
¿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"/> restablecer el valor
¿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"/> restablecer el valor

<< 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
- Otra

restablecer el valor

Por favor descríbala:

Expandir

¿Cómo cree usted que han 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 descríbala:

Expandir

¿Por qué cree usted que no han cambiado sus hábitos alimenticios? (Marque todas las opciones que correspondan)

- No se necesitaron cambios
- Muy ocupada
- Muy caro
- Yo no hago las compras de alimentos
- No sé cómo cambiar
- Otro

Por favor descríbala:

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?

- Si  
 No

restablecer el valor

¿Cómo? Marque todas las opciones que correspondan.

- Podómetro  
 Registro  
 Otro

Por favor describala:

Expandir

Por favor describala:

Expandir

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

- Si  
 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