



Resize font
+ | -

BABI2 6w Questionnaire

Page 1 of 20

¡Bienvenida a la encuesta de referencia para Mantenerse Después del Bebé!

Gracias 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. Le pediremos que complete dos cuestionarios. El primer cuestionario tomará alrededor de 17 minutos. Nos contará acerca de su historial médico, los niveles de actividad física, el estado de ánimo, estrés percibido. El segundo cuestionario tomará alrededor de 18 minutos. Nos contará acerca de la comida que usualmente come. 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 17 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 (0920-1115). Fecha de vencimiento 6/30/2019

Sección A: Información Demográfica

¿Antes de este embarazo reciente, tuvo diabetes gestacional en cualquier otro embarazo?

- Sí
 No

reset

En caso que sí, ¿en cuántos embarazos le diagnosticaron diabetes gestacional, sin incluir esta última vez?

Veces

¿Cuál es su fecha de nacimiento?

Hoy M-D-Y

¿Cuál es el grado o año más alto de educación que ha completado?

- Nunca fue a la escuela o únicamente fue al kínder
 1° al 8° grado (primaria)
 9° al 11° grado (algo de secundaria)
 12° grado o GED (se graduó de la secundaria)
 Universidad por 1 a 3 años (algo de universidad o escuela técnica)
 Universidad por 4 años o más (se graduó de la universidad)

restablecer el valor

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

¿En qué país nació usted?

Otro

Nombre del país:

En su casa, ¿generalmente habla un idioma que no es el inglés?

- Sí
- No

restablecer el valor

¿Cuál es el idioma?

Otro idioma:

El otro idioma es:

language

¿Es usted de origen hispano, latino o español? (marque todas las opciones que correspondan.)

- No. No soy de origen hispano, latino o español.
- Sí. Soy mexicana, mexicana americana, chicana
- Sí. Soy puertorriqueña
- Sí. Soy cubana
- Sí. Soy de otro origen hispano, latino o español.

¿Cuál es su raza? (marque todas las opciones que correspondan)

- Blanca
- Negra o africana americana
- India asiática
- China
- Filipina
- Japonesa
- Coreana
- Vietnamita
- Otra raza asiática
- Nativa de Hawái
- Guameña o Chamorra
- Samoana
- Nativa de otra isla del Pacífico
- Otra

¿Cuál es su raza?

¿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 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

¿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](#)

¿Alguna vez usa su celular para hacer alguna de las siguientes cosas? Marque todas las opciones que correspondan:

- Enviar o recibir correos electrónicos
- Enviar o recibir mensajes de texto
- Tomar una foto
- Tener acceso a Internet
- Buscar información de salud o médica por Internet
- Monitorear su dieta o su ejercicio
- Usar aplicaciones

¿Ha cambiado su número de celular 2 o más veces en los últimos 12 meses?

- Sí
- No

[restablecer el valor](#)

¿Tiene un celular prepago, tal como Cricket o GoPhone?

- Sí
- No

[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](#)

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

- Sí
- No

[restablecer el valor](#)

Por favor describala:

[Expandir](#)

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

- Sí
- No

[restablecer el valor](#)

¿Por qué?

[Expandir](#)

En los últimos 12 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

¿Ha fumado usted como mínimo 100 cigarrillos (unas 5 cajetillas) en toda su vida?

- Sí
 No

[restablecer el valor](#)

¿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: Encuesta Sobre la Percepción del Riesgo

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>

<< Previous Page

Next Page >>

Save & Return Later

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>

<< Previous Page

Next Page >>

Save & Return Later

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"/> <small>restablecer el valor</small>
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"/> <small>restablecer el valor</small>

<< Previous Page

Next Page >>

Save & Return Later

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"/> restablecer el valor
Vistiendo, bañando, alimentando a los niños mientras está sentada	<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 parada	<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 sentada o parada	<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 caminando o corriendo	<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 no 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 no 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

<< 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"/> <small>restablecer el valor</small>
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"/> <small>restablecer el valor</small>
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"/> <small>restablecer el valor</small>

<< Previous Page

Next Page >>

Save & Return Later

Yendo a lugares...

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

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

<< Previous Page

Next Page >>

Save & Return Later

Por diversión o ejercicio...

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

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

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

- Si
- No

restablecer el valor

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

[restablecer el valor](#)

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

[restablecer el valor](#)

REDCap Software - Version 6.5.18 - © 2015 Vanderbilt University

Redimensionar Fuente:

Babi2 6w Questionnaire

Página 11 de 19

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 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"/>
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"/>

REDCap Software - Version 6.5.18 - © 2015 Vanderbilt University



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
 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: Apoyo Social

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"/> 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"/> 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"/> 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"/> restablecer el valor					
Familia me han recordado dejar de comer alimentos con alto contenido de azúcar o grasas saturadas (galletas, tocino).	<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 type="radio"/> restablecer el valor					
Familia me felicitaron por cambiar mis hábitos alimenticios. ("Sigue así", "Nos sentimos orgullosos de ti")	<input type="radio"/> restablecer el valor					
Amigos me felicitaron por cambiar mis hábitos alimenticios. ("Sigue así", "Nos sentimos orgullosos de ti")	<input type="radio"/> restablecer el valor					
Familia hicieron comentarios si volví a mis antiguos hábitos alimenticios.	<input type="radio"/> restablecer el valor					
Amigos hicieron comentarios si volví a mis antiguos hábitos alimenticios.	<input type="radio"/> restablecer el valor					
Familia comieron alimentos con alto contenido de azúcar o grasas saturadas frente de mí.	<input type="radio"/> restablecer el valor					
Amigos comieron alimentos con alto contenido de azúcar o grasas saturadas frente de mí.	<input type="radio"/> restablecer el valor					
Familia se negaron a comer la misma comida que yo como.	<input type="radio"/> restablecer el valor					
Amigos se negaron a comer la misma comida que yo como.	<input type="radio"/> restablecer el valor					
Familia trajeron a casa alimentos que intento dejar de comer.	<input type="radio"/> restablecer el valor					
Amigos trajeron a casa alimentos que intento dejar de comer.	<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 reírme y ver el lado divertido 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"/> <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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <small>restablecer el valor</small>
¿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"/> <small>restablecer el valor</small>
¿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"/> <small>restablecer el valor</small>
¿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"/> <small>restablecer el valor</small>
¿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"/> <small>restablecer el valor</small>
¿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"/> <small>restablecer el valor</small>
¿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"/> <small>restablecer el valor</small>
¿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"/> <small>restablecer el valor</small>

<< Previous Page

Next Page >>

Save & Return Later



Actividad física

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

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

¿Qué tan segura está usted de que puede mantener su programa de actividad física cuando su familia le exige pasar más tiempo con usted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Qué tan segura está usted de que puede mantener su programa de actividad física cuando hay quehaceres pendientes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Qué tan segura está usted de que puede mantener su programa de actividad física aun cuando tiene demasiadas demandas en el trabajo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Qué tan segura está usted de que puede mantener su programa de actividad física cuando sus obligaciones sociales le toman mucho tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Qué tan segura está usted de que puede ver menos televisión para poder aumentar su actividad física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<< Previous Page

Next Page >>

Save & Return Later



Sección 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.

[reestablecer 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.

[reestablecer 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.

[reestablecer el valor](#)

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

[<< Previous Page](#)

[Enviar](#)

[Save & Return Later](#)