



## BABI2 12m Questionnaire

Page 1 of 22

### ¡Bienvenida a la encuesta de 12 meses para Mantenerse Después del Bebé!

**GRACIAS** por haber participado en este proyecto importante para ayudar a probar si un programade 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 16 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 16 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

La fecha de hoy:

31 Today M-D-Y  
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 describalo:

¿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 estoy 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?

Sí

No

[restablecer el valor](#)

[Expandir](#)

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

Sí

No

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:

Sí

No

[restablecer el valor](#)

¿Usa usted anticonceptivos?

[Expandir](#)

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

<input type="checkbox"/> Pastillas anticonceptivas, solo progesterona
<input type="checkbox"/> Pastillas anticonceptivas, combinación de estrógeno y progesterona
<input type="checkbox"/> DIU, Paragard (cobre)
<input type="checkbox"/> DIU, Mirena (progesterina)
<input type="checkbox"/> Anillo vaginal o Nuvaring
<input type="checkbox"/> Parche anticonceptivo
<input type="checkbox"/> Inyecciones de Depo-provera
<input type="checkbox"/> Implante de Nexplanon
<input type="checkbox"/> Método del ritmo
<input type="checkbox"/> Ligamiento de las trompas o vasectomía
<input type="checkbox"/> Condones

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

<input type="radio"/> Todos los días
<input type="radio"/> Algunos días
<input type="radio"/> Nunca

[restablecer el valor](#)

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

<input type="radio"/> Todos los días
<input type="radio"/> Algunos días
<input type="radio"/> Nunca

[restablecer el valor](#)

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

[Save & Return Later](#)

REDCap Software - Version 6.5.18 - © 2015 Vanderbilt University

### 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"/>	<a href="#">restablecer el valor</a>
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"/>	<a href="#">restablecer el valor</a>
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"/>	<a href="#">restablecer el valor</a>
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"/>	<a href="#">restablecer el valor</a>
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"/>	<a href="#">restablecer el valor</a>
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"/>	<a href="#">restablecer el valor</a>

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

[Save & Return Later](#)

REDCap Software - Version 6.5.18 - © 2015 Vanderbilt University

Para cada opción a continuación, diganos 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

Para cada opción a continuación, diganos 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"/>	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 <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

[\*\*<< 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"/>	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 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

### 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</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.

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"/> 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 <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"/> restablecer el valor
Caminando <u>rápidamente</u> 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 <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

<< 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
- 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. Clasifique a cada pregunta dos veces. Bajo familia, clasifique con qué frecuencia alguien que vive en su hogar ha dicho o hecho lo que se describe en los últimos tres meses. Bajo amigos, clasifique 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
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
<u>Familia</u> se quejaron acerca del tiempo que paso haciendo actividades fisicas.	<input type="radio"/> restablecer el valor					
<u>Amigos</u> se quejaron acerca del tiempo que paso haciendo actividades fisicas.	<input type="radio"/> restablecer el valor					
<u>Familia</u> me criticaron o se burlaron de mi por las actividades fisicas que hago.	<input type="radio"/> restablecer el valor					
<u>Amigos</u> me criticaron o se burlaron de mi por las actividades fisicas que hago.	<input type="radio"/> restablecer el valor					
<u>Familia</u> me premiaron por hacer actividades fisicas (me compraron algo o me dieron algo que me gustaba).	<input type="radio"/> restablecer el valor					
<u>Amigos</u> me premiaron por hacer actividades fisicas (me compraron algo o me dieron algo que me gustaba).	<input type="radio"/> restablecer el valor					
<u>Familia</u> planificaron actividades fisicas o paseos recreativos.	<input type="radio"/> restablecer el valor					
<u>Amigos</u> planificaron actividades fisicas o paseos recreativos.	<input type="radio"/> restablecer el valor					
<u>Familia</u> me ayudaron a planificar otras actividades para no tener conflictos con mi actividad fisica.	<input type="radio"/> restablecer el valor					
<u>Amigos</u> me ayudaron a planificar otras actividades para no tener conflictos con mi actividad fisica.	<input type="radio"/> restablecer el valor					
<u>Familia</u> me pidieron ideas sobre como ser mas activos fisicamente.	<input type="radio"/> restablecer el valor					
<u>Amigos</u> me pidieron ideas sobre como ser mas activos fisicamente.	<input type="radio"/> restablecer el valor					
<u>Familia</u> me hablaron acerca de cuantos les gusta ser activos fisicamente.	<input type="radio"/> restablecer el valor					
<u>Amigos</u> me hablaron acerca de cuantos 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 gracioso de las cosas**

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

[restablecer el valor](#)

**He esperado las cosas con agrado y buena disposición**

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

[restablecer el valor](#)

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

- Sí, la mayor parte del tiempo  
 Sí, algunas veces  
 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"/> 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"/>
¿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"/>
¿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"/>
¿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"/>
¿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"/>
¿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"/>
¿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"/>
¿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"/>

[\*\*<< 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 Despues del Bebe? (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 describala:

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 describala:

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
- Reduce el tamaño de la porción
- Reemplacé productos refinados con granos integrales
- Otro
- Ninguna de las anteriores/sin cambio

Por favor describala:

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 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?

- 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 decírnos que todavía no lo hemos preguntado?

- Si  
 No

[restablecer el valor](#)

¿Qué le gustaría decírnos?

[Expandir](#)

Una vez más, gracias, jennifer, 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](#)

[Next Page >>](#)

[Save & Return Later](#)

## Control Group

Finalmente, tenemos algunas preguntas sobre el programa Mantenerse Despues de Bebe (BAB), ya que es nuestra intención hacer este programa lo más útil posible para mujeres como usted:

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

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

[reset](#)

¿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

[reset](#)

Sitio web: ¿Usted está utilizando el sitio web? Dígame lo que piensa de ello.

Sugerencias:

¿Que fue útil y que no fue útil?

¿Hay alguna cosa que le gustaría ver agregada al sitio web?

[Expand](#)

2) ¿Siente usted que sus hábitos de alimentación han cambiado desde que comenzó este estudio? Si es así, ¿cómo? ¿Usted participa o participó en WIC?

[Expand](#)

3) ¿Siente usted que su nivel de actividad física ha cambiado desde que empezó el estudio? Si es así, ¿cómo?

[Expand](#)

4) ¿Siente usted que el programa ha afectado a su familia? Si sí, ¿cómo?

[Expand](#)

Como usted sabe, empezara su segundo año del programa Mantenerse Despues de Bebe. Usted mantendrá acceso completo al sitio web. Gracias por su participación continua.

[<< Previous Page](#)

[Submit](#)

[Save & Return Later](#)