



## BABI2 Encuesta de 18 meses



Page 2 of 19

Bienvenida a la encuesta de 18 meses para Mantenerse Después de 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 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:

 Today M-D-Y

Click on Today

<< Previous Page

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

¿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:

¿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?

- Yes  
 No

restablecer el valor

Por favor describala:

Expandir

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

Expandir

¿Usa usted anticonceptivos?

- Sí  
 No

restablecer el valor

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

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

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

- Todos los días
- Algunos días
- Nunca

restablecer el valor

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

- Todos los días
- Algunos días
- Nunca

restablecer el valor

<< Previous Page

Next Page >>

Save & Return Later

REDCap Software - Version 6.5.18 - © 2015 Vanderbilt University

### Sección C

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"/> restablecer el valor
Cortando el césped usando una cortadora de césped de conducción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor
Cortando el césped usando una cortadora de césped manual, rastrillando, haciendo la jardinería	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor

<< Previous Page

Next Page >>

Save & Return Later

Yendo a lugares...

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

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

<< Previous Page

Next Page >>

Save & Return Later

Por diversión o ejercicio...

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

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

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

- Si  
 No

restablecer el valor

<< Previous Page

Next Page >>

Save & Return Later

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

En el trabajo...

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

	Ningún	Menos de 1/2 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 <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"/> 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 D: Sueño**

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

Horas

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

Horas

¿Por qué no ha estado durmiendo durante el día?

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

[restablecer el valor](#)

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

- Muy insatisfecha  
 Insatisfecha  
 Ni insatisfecha ni satisfecha  
 Satisfecha  
 Muy satisfecha

[restablecer el valor](#)

[<< Previous Page](#)

[Next Page >>](#)

[Save & Return Later](#)



### Sección E: Amamantar

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

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

[reestablecer 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

[reestablecer 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

[reestablecer el valor](#)

[<< Previous Page](#)

[Next Page >>](#)

[Save & Return Later](#)

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

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

**He podido reírme y ver el lado gracioso de las cosas**

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

restablecer el valor

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

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

restablecer el valor

**Cuando las cosas han salido mal me he culpado a 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 G

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

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
En el último mes, ¿con qué frecuencia le ha disgustado o molestado algo que ocurrió inesperadamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor
En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nerviosa y "estresada"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado segura sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le iban bien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor
En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> restablecer el valor

<< Previous Page

Next Page >>

Save & Return Later

## Sección H

### Hábitos alimenticios

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

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

<< Previous Page

Next Page >>

Save & Return Later



### Actividad Física

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

	Sé que no puedo	Quizás pueda	Sé que puedo	No corresponde
¿Qué tan segura está usted de que puede levantarse temprano, inclusive los fines de semana, para participar en actividades físicas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <small>restablecer el valor</small>
¿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"/> <small>restablecer el valor</small>
¿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"/> <small>restablecer el valor</small>
¿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"/> <small>restablecer el valor</small>
¿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"/> <small>restablecer el valor</small>
¿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"/> <small>restablecer el valor</small>
¿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"/> <small>restablecer el valor</small>
¿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"/> <small>restablecer el valor</small>
¿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"/> <small>restablecer el valor</small>
¿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"/> <small>restablecer el valor</small>
¿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"/> <small>restablecer el valor</small>

<< Previous Page

Next Page >>

Save & Return Later

## Sección I

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

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

[restablecer el valor](#)

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

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

[restablecer el valor](#)

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

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

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

[restablecer el valor](#)

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

[<< Previous Page](#)

[Enviar](#)

[Save & Return Later](#)

**Sección J: 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 describala:

[Expandir](#)

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

[<< Previous Page](#)

[Next Page >>](#)

[Save & Return Later](#)

## Control Group

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

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

- Muy satisfecha  
 Satisfecha  
 Ni insatisfecha ni satisfecha  
 Insatisfecha  
 Muy 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

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

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

Sugerencia:

¿Usa o usó el Fitbit?

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

Sugerencia:

¿Compartió cualquier parte del programa con su familia? ¿Módulos? ¿La comida saludable? ¿Actividad física?

Gracias por su participación continúa.

<< Previous Page

Submit

Save & Return Later