

2. Diabetes durante la gestación: evaluación de la adherencia a un programa de salud basado en educación y promoción de hábitos saludables*

Diabetes During Pregnancy: Evaluation of Adherence to an Education and Healthy Lifestyle Promotion-Based Health Program

Julliany Silva Pacheco

Universidad Adventista del Plata
Libertador San Martín, Argentina
julliany.silva@uap.edu.ar

Gabriela Rocés

Universidad Adventista del Plata
Libertador San Martín, Argentina
gabriela.roces@uap.edu.ar

Nataly Amanda Lucas

Universidad Adventista del Plata
Libertador San Martín, Argentina
nataly.lucas@uap.edu.ar

Recibido: 31 de marzo de 2026

Aceptado: 4 de mayo de 2026

Doi: <https://doi.org/10.56487/ynfyr918>

Resumen

Introducción. Las intervenciones sobre el estilo de vida representan un pilar fundamental en el tratamiento de la diabetes mellitus gestacional (DMG). El presente estudio tuvo como objetivo principal evaluar el grado de adherencia de un grupo de mujeres embarazadas con DMG a un programa de educación para la salud dirigido al control de su patología.

Metodología. Estudio piloto, descriptivo, mixto y de intervención en salud, que incluyó a cinco gestantes con DMG y a doce sin DMG. Se aplicaron cuestionarios sobre hábitos de vida y conocimiento acerca de la DMG, y se implementó un programa de seis semanas con talleres presenciales, desafíos de hidratación y alimentación saludable, y seguimiento virtual. Se evaluaron la adherencia, la percepción de utilidad y la satisfacción.

Resultados. Las gestantes con DMG tenían mayor edad ($31,6 \pm 3,8$ años frente a $27,8 \pm 6,0$) y un IMC pregestacional elevado (60 %, IMC $> 30 \text{ kg/m}^2$) que aquellas sin DMG. Los hábitos de sueño y de exposición a pantallas fueron mejores en las gestantes sin DMG ($p < 0,05$). El conocimiento sobre la DMG fue levemente superior en

* Las autoras declaran que no existe conflicto de intereses.

el grupo con DMG, aunque persistieron lagunas en cuanto al manejo del estrés y la necesidad de actividad física. La adherencia al programa fue variable: se completaron cuestionarios y formularios de seguimiento, pero la asistencia presencial y el envío de registros de glucemia fueron limitados. La satisfacción con el programa fue elevada ($9,75 \pm 0,5/10$) y todas las participantes recomendarían la intervención. Los profesionales de la salud valoraron positivamente el programa, señalando beneficios potenciales, aunque identificaron barreras institucionales y personales para su implementación.

Conclusiones. La adherencia fue parcial, destacándose un mejor cumplimiento en actividades breves y estructuradas. La percepción del programa y la satisfacción fueron elevadas, evidenciándose la utilidad de intervenciones híbridas y educativas para mejorar hábitos de vida en gestantes con DMG. Futuras estrategias deberían considerar apoyo institucional, acompañamiento continuo y flexibilidad para maximizar la participación.

Palabras clave

Diabetes mellitus gestacional — Educación en salud — Hábitos de vida saludable — Intervención en salud — Adherencia — Embarazo

Abstract

Introduction. Lifestyle interventions are a fundamental pillar in the treatment of gestational diabetes mellitus (GDM). The main objective of this study was to evaluate the degree of adherence of a group of pregnant women with GDM to a health education program aimed at managing their condition.

Methods. This was a pilot, descriptive, mixed-methods, health intervention study that included five pregnant women with GDM and twelve without GDM. Questionnaires on lifestyle habits and knowledge about GDM were administered, and a 6-week program was implemented with in-person workshops, hydration and healthy eating challenges, and online follow-up. Adherence, perceived usefulness, and satisfaction were assessed.

Results. Pregnant women with GDM were older (31.6 ± 3.8 years vs. 27.8 ± 6.0 years) and had a higher pre-pregnancy BMI (60%, BMI > 30 kg/m²) than those without diabetes. Sleep habits and screen time were better in pregnant women without GDM ($p < 0.05$). Knowledge about GDM was slightly higher in the GDM group, although gaps remained regarding stress management and physical activity. Adherence to the program was variable: questionnaires and follow-up forms were completed, but in-person attendance and submission of blood glucose records were limited. Satisfaction with the program was high ($9.75 \pm 0.5/10$), and all participants would recommend the intervention. Healthcare professionals assessed the program positively, noting potential benefits, but also identified institutional and personal barriers to its implementation.

Conclusions. Adherence was partial, with better compliance observed in brief structured activities. Program perception and satisfaction were high, demonstrating the effectiveness of hybrid and educational interventions in improving lifestyle habits among pregnant women with GDM. Future strategies should consider institutional support, continuous follow-up, and flexibility to maximize participation.

Keywords

Gestational diabetes mellitus — Health education — Healthy lifestyle habits — Health intervention — Adherence — Pregnancy

Introducción

La diabetes mellitus gestacional (en adelante, DMG) se define como la hiperglucemia detectada por primera vez durante el embarazo. Su prevalencia en Brasil se estima en un 18 % dentro del Sistema Único de Saúde (en adelante, SUS), aunque varía según los criterios diagnósticos utilizados (1-3), los cuales han sufrido modificaciones a lo largo del tiempo. En Brasil se emplean los criterios propuestos por el International Association of Diabetes in Pregnancy Study Group, avalados por la Organización Mundial de la Salud, con el propósito de identificar tempranamente la DMG e iniciar un tratamiento oportuno. Estos criterios permiten clasificar la diabetes detectada durante el embarazo como DMG, *overt diabetes* o diabetes pregestacional (2).

Son conocidas las múltiples complicaciones maternas y perinatales que pueden derivarse de la presencia de DMG, de distinta magnitud y capacidades incluso de comprometer la supervivencia materno-fetal (1,4,5). Además de los factores de riesgo relacionados con antecedentes personales y familiares, existen factores asociados con los hábitos de vida, como el sobrepeso y la obesidad (2,6).

Según las guías vigentes, el tratamiento inicial requiere modificaciones del estilo de vida, que incluyen alimentación saludable y actividad física, junto con automonitoreo de la glucemia capilar. Si no se logra un control adecuado, se indica tratamiento farmacológico (7).

Dado el papel fundamental del estilo de vida en el manejo de la DMG, es necesario brindar a las pacientes información clara y suficiente, junto con estrategias prácticas y acompañamiento que faciliten la adopción y el mantenimiento de cambios conductuales orientados a la promoción de hábitos saludables (8,9).

Un ensayo clínico controlado y aleatorizado demostró una adecuada adherencia y mejoras nutricionales significativas luego de aplicar un programa de intervención sobre el estilo de vida durante el embarazo (10). Asimismo, un metanálisis de 32 ensayos evaluó positivamente intervenciones basadas en telemedicina, observando efectos favorables sobre el control glucémico y algunos desenlaces materno-fetales en DMG (11).

Ante este escenario, resulta relevante explorar la viabilidad de programas educativos de intervención en atención primaria de la salud orientados a promover hábitos saludables durante el embarazo, con un componente digital, y evaluar la disposición de las pacientes a participar.

Por lo tanto, se plantea como objetivo principal de esta investigación evaluar el grado de adherencia de un grupo de mujeres embarazadas con DMG a un programa de educación para la salud sobre hábitos de vida dirigido al control de su patología, realizado en una unidad básica de salud (en adelante, UBS) de la mujer de una ciudad de Río Grande do Sul, Brasil.

Los objetivos específicos fueron los siguientes: describir factores personales y de estilo de vida de las participantes y examinar su conocimiento en relación con la patología, en comparación con un grupo de embarazadas sin DMG; valorar el nivel de cumplimiento de las actividades planteadas en la intervención; evaluar la respuesta clínica de las pacientes diabéticas mediante el control de la glucemia capilar antes y después de la intervención; y, finalmente, estimar el nivel de satisfacción subjetiva de las participantes con el programa implementado, así como la percepción de los profesionales de la salud involucrados en la atención prenatal.

Metodología

El presente estudio es descriptivo, de intervención en salud y con enfoque metodológico mixto (cuantitativo y cualitativo), llevado a cabo entre octubre y noviembre de 2025 con gestantes que

acudían a la unidad de salud de la mujer (en adelante, USM) de una ciudad de Río Grande do Sul, Brasil, vinculada al SUS.

Se incluyeron gestantes mayores de 18 años con diagnóstico de diabetes, con edad gestacional menor de 36 semanas, que aceptaron participar mediante la firma del consentimiento informado, respondieron los cuestionarios y contaban con acceso a un teléfono inteligente y WhatsApp. Se excluyeron gestantes hospitalizadas, con enfermedad descompensada, comorbilidades graves o dificultades cognitivas o de comunicación que limitaran la participación. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

Las participantes fueron identificadas mediante la base de datos de la USM y reclutadas presencialmente o vía WhatsApp. Posteriormente, fueron incorporadas a un grupo digital exclusivo en dicha plataforma. Además, se conformó un grupo control integrado por embarazadas sin comorbilidades que realizaban seguimiento prenatal de bajo riesgo en otra UBS de la misma ciudad, destinado exclusivamente a la comparación de variables sociodemográficas, antecedentes de salud, hábitos de vida y conocimientos sobre la DMG.

Con el grupo de intervención se inició un programa de salud de seis semanas de duración, el cual incluyó dos encuentros presenciales grupales en forma de talleres educativos y acompañamiento virtual mediante WhatsApp, con temas enfocados en hidratación adecuada y alimentación saludable. Se compartió material educativo, mensajes motivacionales, infografías y desafíos para cumplir.

En el primer encuentro presencial se realizó una anamnesis estructurada (véase el anexo 1), se aplicó la “Escala de comportamientos de estilo de vida saludable en mujeres embarazadas” (véase el anexo 2), validada en portugués por Nunes et al. En 2024 (12). También se completó un cuestionario sobre conocimientos de DMG (véase el anexo 3), el cual fue previamente empleado en una investigación realizada en Irán, entre los años 2022 y 2023 (13), traducido al portugués para esta investigación y sometido a validación de contenido por dos expertos.

Se solicitó, además, el envío de los registros de glucemia capilar previos y posteriores a la intervención que las pacientes realizaban como parte de su seguimiento habitual.

Al finalizar la intervención, se aplicó a las participantes un cuestionario digital de satisfacción, el cual fue específicamente diseñado para el presente estudio (véase el anexo 4), realizándose la validación del contenido correspondiente. También se consideraron los comentarios e interacciones de las participantes por WhatsApp, en relación con sus dificultades, logros y satisfacción. Esta información fue evaluada de manera cualitativa.

Para complementar la investigación, se consultó al personal de salud prenatal de la UBS acerca de la utilidad de estas actividades de educación y promoción de hábitos saludables en gestantes a través de preguntas en formato digital, abiertas y cerradas, que se analizaron de manera cuantitativa y cualitativa.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Adventista del Plata mediante la Resolución CEI n.º 133/25 y se implementó con el aval del director técnico responsable por las UBS del municipio. Se garantizó la confidencialidad de los datos mediante la codificación alfanumérica y el almacenamiento restringido de la información.

Los datos fueron procesados en Microsoft Excel y analizados con los programas JASP, versión 0.95.4, y SPSS, versión 25.0. Se calcularon frecuencias, porcentajes, medias y desvíos estándar según la naturaleza de las variables. Para el análisis bivariado se utilizaron las pruebas *t* para muestras independientes, la prueba de chi cuadrado y la correlación de Pearson, con un nivel de significancia del 95 %. Para el análisis cualitativo de las preguntas abiertas se confeccionó una categorización temática y se evaluó mediante la técnica de análisis de contenido (véase la tabla 1).

Tabla 1. Categorías temáticas utilizadas en el análisis de las preguntas abiertas

Categoría	Temas	Preguntas
Percepción de las participantes sobre el programa de salud	Desafío sobre la alimentación saludable	Percepción de efectos. ¿Notaste algún cambio en tu bienestar, hambre, energía o control de la glucemia después de seguir (o intentar seguir) el desafío? ¿Cómo te sentiste? Dificultades. ¿En qué momentos del día (mañana, tarde, noche) te resultó más difícil mantener el patrón alimentario recomendado? ¿Qué lo dificultó? Autoevaluación. En una escala de 1 a 5, ¿cuánto crees que lograste cumplir el desafío alimentario durante las últimas semanas? (1 = no logré cumplir nada / 5 = lo cumplí totalmente) Apoyo externo. ¿Cuánto sentiste que tuviste apoyo de tu familia para cumplir el desafío? (1 = ningún apoyo / 5 = apoyo total)
	Desafío sobre el consumo de agua	Percepción de efectos. ¿Sentiste alguna diferencia en tu cuerpo en estos últimos días por beber más agua esta semana? Dificultades. ¿Cuál fue tu mayor dificultad en este desafío? Motivación. ¿Te gustó participar en este desafío? ¿Creíste que fue algo importante para tu salud?
Evaluación de la intervención por parte de los profesionales de la salud	Beneficios y barreras percibidas por los profesionales de la salud en el acompañamiento de las gestantes	¿Cuáles son los principales beneficios esperados de un programa sobre estilo de vida para gestantes diabéticas o con hipertensión? ¿Qué barreras identificas en la implementación de ese tipo de intervención? ¿Crees que otros grupos se beneficiarían de un programa sobre estilo de vida?

Resultados

De las 262 gestantes registradas en el SUS de la ciudad referida, se identificaron catorce embarazadas con diagnóstico de diabetes. Ocho mujeres manifestaron interés en participar; sin embargo, tres de ellas no completaron los requisitos de inclusión y solamente cinco finalizaron el programa de intervención. El grupo control quedó compuesto por doce gestantes de bajo riesgo, sin comorbilidades, atendidas en la UBS central.

Todas las participantes del grupo intervención presentaban DMG según autorreporte y confirmación en la historia clínica. La edad promedio de aquellas con DMG fue de $31,6 \pm 3,8$ años y la del grupo sin DMG, de $27,8 \pm 6,0$. Esta diferencia no resulta estadísticamente significativa, al igual que las demás variables sociodemográficas y antecedentes evaluados (véase la tabla 2).

Tabla 2. Datos sociodemográficos y antecedentes de pacientes embarazadas con y sin DMG

Variables	Sin DMG (N = 12)		Con DMG (N = 5)	
	n	%	n	%
Escolaridad				
Primaria	2	16,7	3	60,0
Secundaria	7	58,3	2	40,0
Superior	3	25,0	0	0,0
Estado civil				
Soltera	6	50,0	2	40,0
Casada	4	33,3	2	40,0
Unión libre	2	16,7	1	20,0
Tabaquismo				
No	12	100,0	4	80,0
Fumaba antes del embarazo	0	0,0	1	20,0
Alcoholismo				
No	8	66,7	3	60,0
Tomaba antes del embarazo	4	33,3	2	40,0
Primigesta				
Sí	2	16,7	0	0,0
No	10	83,3	5	100,0
Enfermedad crónica previa al embarazo				
Sí	1	8,3	2	40,0
No	11	91,7	3	60,0
Tipo de enfermedad crónica previa al embarazo				
Asma	0	0	1	20,0
Depresión	1	8,3	1	20,0
Enfermedad durante el embarazo anterior				
Sí	1	8,3	2	40,0
No	11	91,7	3	60,0

Tipo de enfermedad durante el embarazo anterior				
Hipertensión arterial	0	0,0	2	40,0
Infección urinaria	1	8,3	0	0,00
DMG	0	0,0	1	20,0
Enfermedad en el embarazo actual				
Sí	1	8,3	2	40,0
No	11	91,7	3	60,0
Tipo de enfermedad en el embarazo actual				
Hipotiroidismo	0	0,0	2	40,0
Infección urinaria	1	8,3	0	0,0
DMG	0	0,0	5	100,0
	Media	DE	Media	DE
Edad de la paciente (años)	27,8	6,0	31,6	3,8
Edad gestacional (semanas)	24,8	11,4	31,6	5,8
Número de embarazos	2,9	1,2	2,8	1,1
Número de hijos nacidos vivos	1,6	1,2	1,8	1,1
Número de abortos	0,4	0,5	0,2	0,4
Número de partos vaginales	0,4	0,7	1,0	1,2
Número de cesáreas	1,2	1,1	0,6	0,9

En relación con los hábitos de vida saludable, las pacientes sin DMG presentaron un puntaje promedio mayor que las pacientes con DMG ($50,5 \pm 6,6$ frente a $45,0 \pm 8,9$), aunque sin significación estadística ($p = 0,179$), y mejores resultados

en la mayoría de los hábitos evaluados, con diferencias significativas únicamente en la limitación del tiempo de pantalla y dormir entre 7 y 8 horas por noche ($p = 0,047$ y $p = 0,025$, respectivamente). Los demás resultados se presentan en la tabla 3.

Tabla 3. Hábitos del estilo de vida de pacientes embarazadas con y sin DMG

Hábitos del estilo de vida	Sin DMG (N = 12)		Con DMG (N = 5)		Valor de <i>p</i> (prueba chi cuadrado)
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Consumo 5 porciones de frutas y verduras al día					0,069
Totalmente en desacuerdo	0	0,0	0	0,0	
En desacuerdo	0	0,0	2	40,0	
Ni en desacuerdo ni de acuerdo	3	25,0	2	40,0	
De acuerdo	3	25,0	0	0,0	
Totalmente de acuerdo	6	50,0	1	20,0	
Realizo actividad física aeróbica de intensidad moderada durante al menos 150 minutos a la semana					0,533
Totalmente en desacuerdo	5	41,7	3	60,0	
En desacuerdo	2	16,7	2	40,0	
Ni en desacuerdo ni de acuerdo	2	16,7	0	0,0	
De acuerdo	2	16,7	0	0,0	
Totalmente de acuerdo	1	8,3	0	0,0	
Participo en actividades de fortalecimiento muscular 2 o más días por semana					0,624
Totalmente en desacuerdo	8	66,7	4	80,0	
En desacuerdo	2	16,7	1	20,0	
Ni en desacuerdo ni de acuerdo	0	0,0	0	0,0	
De acuerdo	2	16,7	0	0,0	
Totalmente de acuerdo	0	0,0	0	0,0	
Limito el tiempo frente a pantallas (televisión, celular, videojuegos) a 2 horas al día o menos					0,047
Totalmente en desacuerdo	3	25,0	5	100,0	
En desacuerdo	1	8,3	0	0,0	
Ni en desacuerdo ni de acuerdo	5	41,7	0	0,0	
De acuerdo	3	25,0	0	0,0	
Totalmente de acuerdo	0	0,0	0	0,0	
Digo algo positivo a mis familiares o amigos todos los días					0,853
Totalmente en desacuerdo	0	0,0	0	0,0	
En desacuerdo	1	8,3	0	0,0	
Ni en desacuerdo ni de acuerdo	2	16,7	1	20,0	
De acuerdo	3	25,0	2	40,0	
Totalmente de acuerdo	6	50,0	2	40,0	
Consumo alimentos bajos en grasas saturadas o trans en mi dieta					0,205
Totalmente en desacuerdo	0	0,0	1	20,0	
En desacuerdo	2	16,7	0	0,0	

Ni en desacuerdo ni de acuerdo	6	50,0	2	40,0	
De acuerdo	4	33,3	1	20,0	
Totalmente de acuerdo	0	0,0	1	20,0	
Consumo bebidas azucaradas (gaseosas o jugos)					0,407
Totalmente en desacuerdo	2	16,7	0	0,0	
En desacuerdo	3	25,0	2	40,0	
Ni en desacuerdo ni de acuerdo	2	16,7	1	20,0	
De acuerdo	5	41,7	1	20,0	
Totalmente de acuerdo	0	0,0	1	20,0	
Prefiero agua como bebida en lugar de bebidas azucaradas					0,387
Totalmente en desacuerdo	1	8,3	0	0,0	
En desacuerdo	0	0,0	1	20,0	
Ni en desacuerdo ni de acuerdo	4	33,3	1	20,0	
De acuerdo	0	0,0	0	0,0	
Totalmente de acuerdo	7	58,3	3	60,0	
Me fijo metas que puedo lograr					0,476
Totalmente en desacuerdo	2	16,7	0	0,0	
En desacuerdo	1	8,3	0	0,0	
Ni en desacuerdo ni de acuerdo	4	33,3	2	40,0	
De acuerdo	4	33,3	1	20,0	
Totalmente de acuerdo	1	8,3	2	40,0	
Hablo al menos 3 veces a la semana con mis amigos					0,665
Totalmente en desacuerdo	1	8,3	0	0,0	
En desacuerdo	1	8,3	1	20,0	
Ni en desacuerdo ni de acuerdo	3	25,0	2	40,0	
De acuerdo	3	25,0	0	0,0	
Totalmente de acuerdo	4	33,3	2	40,0	
No agrego sal a mis comidas ya preparadas					0,399
Totalmente en desacuerdo	2	16,7	0	0,0	
En desacuerdo	1	8,3	0	0,0	
Ni en desacuerdo ni de acuerdo	0	0,0	0	0,0	
De acuerdo	2	16,7	0	0,0	
Totalmente de acuerdo	7	58,3	5	100,0	
Duermo entre 7 y 8 horas la mayoría de las noches					0,025
Totalmente en desacuerdo	0	0,0	3	60,0	
En desacuerdo	0	0,0	0	0,0	
Ni en desacuerdo ni de acuerdo	5	41,7	1	20,0	
De acuerdo	4	33,3	0	0,0	
Totalmente de acuerdo	3	25,0	1	20,0	

Hablo de mis preocupaciones o estrés con mis familiares o amigos cercanos					0,607
Totalmente en desacuerdo	2	16,7	2	40,0	
En desacuerdo	3	25,0	0	0,0	
Ni en desacuerdo ni de acuerdo	4	33,3	1	20,0	
De acuerdo	2	16,7	1	20,0	
Totalmente de acuerdo	1	8,3	1	20,0	
Trato de hacer todo lo que puedo para llevar una vida saludable					0,066
Totalmente en desacuerdo	0	0,0	0	0,0	
En desacuerdo	0	0,0	1	20,0	
Ni en desacuerdo ni de acuerdo	2	16,7	3	60,0	
De acuerdo	5	41,7	0	0,0	
Totalmente de acuerdo	5	41,7	1	20,0	
Hago cosas saludables para lidiar con mis preocupaciones/estrés					0,168
Totalmente en desacuerdo	1	8,3	0	0,0	
En desacuerdo	0	0,0	2	40,0	
Ni en desacuerdo ni de acuerdo	4	33,3	2	40,0	
De acuerdo	1	8,3	0	0,0	
Totalmente de acuerdo	6	50,0	1	20,0	
	Media	DE	Media	DE	Valor de <i>p</i>
Puntaje de estilo de vida	50,5	6,6	45,0	8,9	0,179

Respecto del conocimiento sobre DMG, las pacientes diabéticas presentaron un puntaje promedio levemente superior al del grupo sin DMG ($23,2 \pm 1,1$ frente a $22,2 \pm 4,3$), aunque sin diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,610$). Se observaron diferencias significativas en relación con el conocimiento sobre la influencia del estrés en la glucemia, mayor

en las embarazadas sin DMG ($p = 0,005$), y sobre la necesidad de insulina para el tratamiento de la DMG, mayor en las pacientes diabéticas ($p = 0,049$). Los demás resultados se presentan en la tabla 4. No se halló correlación estadísticamente significativa entre el puntaje de conocimiento sobre la DMG y el puntaje de estilo de vida, ni entre estos y la edad de las participantes.

Tabla 4. Conocimientos sobre DMG de las pacientes embarazadas con y sin DMG

Conocimiento sobre DMG	Sin DMG (N = 12)						Con DMG (N = 5)						Valor de <i>p</i> para la prueba de chi cua- drado
	Sí		No		No tengo idea		Sí		No		No tengo idea		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
La DMG se presenta solo duran- te el embarazo y puede resolverse después del parto.	5	41,7	2	16,7	5	41,7	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0,084
La DMG aumenta el riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el bebé.	9	75,0	1	8,3	2	16,7	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0,468
Las mujeres con DMG tienen una mayor probabilidad de desarrollar diabetes tipo 2 más adelante en la vida.	7	58,3	2	16,7	3	25,0	3	60,0	0	0,0	2	40,0	0,576
El monitoreo regular de los niveles de glucosa en sangre puede prevenir complicaciones en mujeres con DMG.	9	75,0	1	8,3	2	16,7	4	80,0	1	20,0	0	0,0	0,534
Una dieta equilibrada, que incluya alimentos con un índice glucémico bajo, es importante para controlar la DMG.	11	91,7	0	0,0	1	8,3	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0,506
La actividad física durante el em- barazo puede ayudar a controlar los niveles de glucosa en sangre en mujeres con DMG.	11	91,7	0	0,0	1	8,3	3	60,0	0	0,0	2	40,0	0,119
Los niveles de glucosa en sangre deben medirse tanto en ayunas como dos horas después de las comidas en la DMG.	9	75,0	0	0,0	3	25,0	4	80,0	1	20,0	0	0,0	0,160
La terapia con insulina a veces es necesaria para controlar la DMG cuando la dieta y el ejercicio son insuficientes.	6	50,0	0	0,0	6	50,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0,049
La DMG no tratada puede provocar complicaciones como parto prematuro y peso elevado al nacer.	10	83,3	0	0,0	2	16,7	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0,331
Los bebés nacidos de madres con DMG no controlada corren el riesgo de desarrollar niveles ba- jos de azúcar en sangre después del nacimiento.	5	41,7	1	8,3	6	50,0	2	40,0	1	20,0	2	40,0	0,784
Las mujeres con DMG deben evitar los alimentos y las bebidas azucaradas para ayudar a con- trolar los niveles de azúcar en sangre.	11	91,7	1	8,3	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0,506
Para controlar la DMG, es mejor comer varias comidas pequeñas a lo largo del día que tres comidas copiosas.	8	66,7	2	16,7	2	16,7	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0,336
Fumar puede empeorar la salud de las mujeres embarazadas con DMG y la de sus bebés.	11	91,7	0	0,0	1	8,3	4	80,0	0	0,0	1	20,0	0,496

El manejo del estrés puede contribuir a un mejor control de los niveles de glucosa en sangre durante el embarazo.	9	75,0	0	0,0	3	25,0	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0,005
La DMG se puede controlar eficazmente mediante una combinación de alimentación saludable, actividad física y atención médica.	12	100,0	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	
	Media		DE		Media		DE		Valor de <i>p</i>				
Puntaje de conocimiento sobre DMG	22,2		4,3		23,2		1,1		0,610				

El programa de intervención se desarrolló durante seis semanas con las cinco pacientes con DMG e incluyó dos encuentros presenciales y la presentación de diversos desafíos relacionados con los hábitos de vida. Tres embarazadas con DMG participaron en el primer taller, mientras que las dos restantes recibieron la capacitación de manera individual la semana siguiente.

Durante la intervención, todas las pacientes completaron los formularios de seguimiento de los desafíos propuestos. En el desafío de hidratación, el 60 % ($n = 3$) refirió haber cumplido diariamente la meta de consumo de agua. Entre los cambios percibidos se destacaron el aumento de la frecuencia urinaria, menor cefalea y la disminución de la hinchazón y de la constipación intestinal. En cuanto a sus percepciones sobre el desafío, las participantes afirmaron lo siguiente:

1. “El problema es que suelo olvidar las cosas en general, y eso me afectaba porque casi siempre me olvidaba de llevar mi botella de agua al salir de casa”.
2. “Lo que me costó fue llegar a tomar la cantidad total de agua, los 2,5 litros cada día”.
3. “No tuve ninguna dificultad”.
4. “Es un hábito que ya tenía incorporado, por eso no vi ninguna dificultad en cumplir el desafío”.

El segundo taller abordó conceptos sobre alimentación saludable durante el embarazo, basados en guías actuales (1,14,15). Se envió material educativo complementario mediante WhatsApp. Luego del desafío alimentario, el 80 % ($n = 4$) de las participantes refirió haber disminuido bastante el consumo de alimentos ultraprocesados, el 60 % ($n = 3$) había incorporado alimentos integrales en la mayoría de

las comidas y todas aumentaron el consumo de alimentos *in natura*. Además, la mayoría afirmó haber logrado planificar sus comidas con anticipación.

No fue posible evaluar cuantitativamente la respuesta clínica a la intervención, ya que, pese a las reiteradas solicitudes de envío de los registros de glucemia, solo una participante remitió la planilla, lo que impidió el análisis de esta variable.

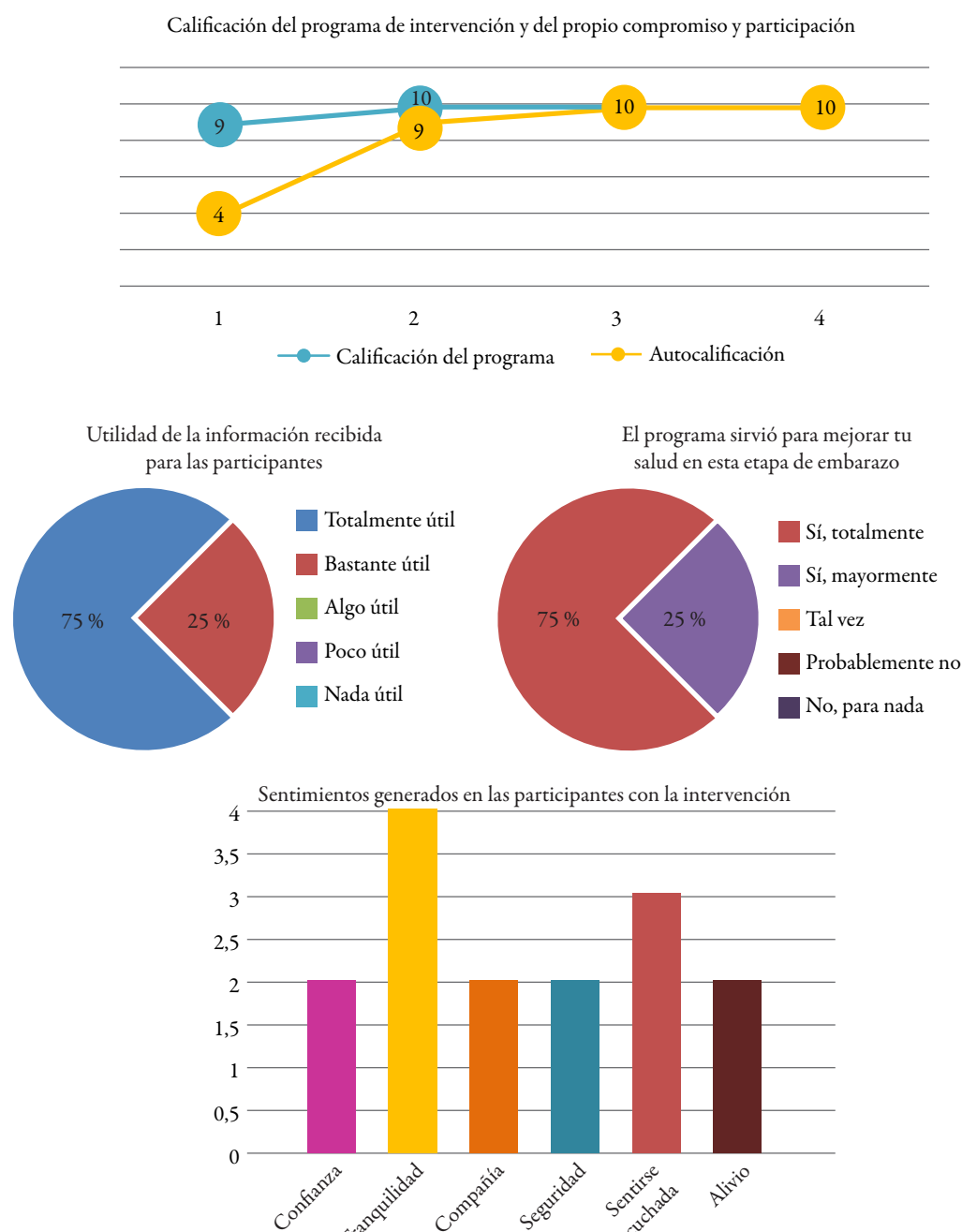
Al finalizar el programa, cuatro de las cinco participantes respondieron el formulario de satisfacción (80 %). La calificación media otorgada al programa fue de $9,75 \pm 0,5$ (rango: 9 a 10) y el puntaje medio atribuido al propio compromiso y participación fue de $8,25 \pm 2,8$ (rango: 4 a 10). Se observó una correlación fuerte y directamente proporcional entre ambas variables ($r = 0,986$; $p = 0,014$). No se halló asociación con la edad, la edad gestacional, el puntaje de conocimientos sobre la DMG ni el puntaje de hábitos de vida.

La mayoría de las participantes consideró los contenidos totalmente útiles (75 %; $n = 3$) o bastante útiles (25 %; $n = 1$). Se destacó especialmente la información sobre la alimentación saludable y los riesgos de la DMG. Las participantes también resaltaron aspectos prácticos que contribuyeron a mejorar sus hábitos diarios:

1. “Conocer alimentos nuevos y cómo higienizarlos, y entender los riesgos de la diabetes para el bebé durante la gestación fue muy interesante y me abrió los ojos para mejorar incluso después del embarazo” (part. 1, 35 años).
2. “La parte de la alimentación para mí fue superinteresante, y me sentí con más disposición para caminar y cuidar mi salud” (part. 2, 28 años).

Asimismo, las participantes refirieron emociones positivas vinculadas con el acompañamiento recibido, principalmente tranquilidad y seguridad. No se registraron percepciones negativas. Todas indicaron que recomendarían el programa a otras gestantes. Una de ellas expresó: “Sí [lo recomendaría], porque aprendí mucho sobre

alimentación, organización y los riesgos de una mala alimentación” (part. 1, 35 años). La totalidad de las participantes consideró totalmente útil el uso de WhatsApp para compartir información y realizar el seguimiento. La figura 1 presenta más información cuantitativa.



*No se manifestaron sentimientos negativos como confusión, frustración, abrumación o desorientación.

Figura 1. Satisfacción de las gestantes con el programa de intervención

Con el objetivo de conocer la percepción de los profesionales de salud prenatal sobre los programas educativos de estilo de vida para gestantes diabéticas, se solicitó a seis profesionales que respondieran un formulario digital. Todos consideraron importante la implementación de programas de apoyo en estilo de vida durante el control prenatal y coincidieron en su potencial para mejorar el autocuidado y la adherencia al tratamiento. Entre los principales beneficios mencionados, se destacan la disminución de complicaciones y una mayor conscientización sobre la enfermedad:

1. “Es crucial que las pacientes logren mantener un buen control de su patología para disminuir las posibilidades de complicaciones graves” (46 años).
2. “Poder transmitir más información y principalmente aclarar dudas frecuentes tendría gran beneficio” (41 años).

De igual modo, los profesionales señalaron posibles beneficios de este tipo de intervenciones en

otros grupos, como los compuestos por gestantes sin diabetes y puérperas:

1. “Otros grupos, como gestantes y puérperas (incluso sin comorbilidades), se beneficiarían enormemente de un programa de estilo de vida. El embarazo y el posparto son períodos de grandes transformaciones físicas y psicológicas, y la promoción de la salud en esos momentos impacta positivamente tanto a la madre como al bebé a corto y largo plazo” (46 años).
2. “Contribuiría a la prevención primaria de comorbilidades” (40 años).
3. “Estos modelos de programa podrían cambiar completamente los desenlaces” (40 años).

Sin embargo, también plantearon desafíos para la implementación de este tipo de intervenciones, como la falta de capacitación específica y entrenamiento adecuado para aplicar las estrategias de manera consistente, la carga laboral, la disponibilidad limitada de recursos y la necesidad de adaptarse a las características y preferencias de cada paciente.

Discusión

En el presente estudio se observó una edad promedio mayor en las pacientes con DMG en comparación con las embarazadas sanas, hallazgo que concuerda con lo reportado en la literatura, que describe la edad materna avanzada como un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad. Un metaanálisis mostró que, por cada año sucesivo después de los 18 años, el riesgo de DMG aumenta un 7,9 % en la población general (16).

Dentro de los hábitos de vida analizados, los únicos ítems con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos fueron la duración del sueño y el tiempo de exposición a pantallas, ambos con mejores puntajes en las embarazadas sin diabetes. Un estudio de cohorte realizado en Japón con 48.787 gestantes mostró que las duraciones extremas del sueño (<5 horas o ≥10 horas) se asociaron con niveles más elevados de glucosa sanguínea y mayor riesgo de cribado positivo para DMG (17). En concordancia con ello, en la presente investigación, el 60 % de las pacientes con diabetes no dormía entre 7 y 8 horas por noche, lo que sugiere

una posible relación entre el sueño inadecuado y las alteraciones en el metabolismo de la glucosa, datos que requieren ser corroborados en investigaciones de mayor tamaño.

La literatura describe una asociación entre hábitos poco saludables previos al embarazo y un mayor riesgo de desarrollar DMG, siendo el índice de masa corporal (en adelante, IMC) pregestacional elevado el predictor individual más fuerte de DMG (18). En concordancia con ello, en el presente estudio, la mayoría de las gestantes con DMG presentaba un IMC alterado previo a la gestación (60 % con el IMC >30 kg/m² y 20 % con el IMC > 25 kg/m²). Además, la evidencia científica relaciona el sobrepeso y la obesidad con hábitos sedentarios, como la exposición prolongada a pantallas (19), aspecto también observado en las participantes con DMG de esta investigación.

Por su parte, el puntaje general de conocimiento sobre la DMG fue levemente superior en las pacientes con diabetes en comparación con el grupo control, aunque no de manera estadísticamente

significativa. Este hallazgo podría explicarse por el seguimiento especializado recibido por las gestantes diabéticas en una unidad de alto riesgo, lo que probablemente favoreció un mayor contacto con información sobre la enfermedad. Sin embargo, se evidenciaron lagunas importantes en la comprensión de aspectos clave relacionados con la DMG.

Uno de los aspectos mejor conocidos por las gestantes diabéticas y que alcanzó significancia estadística fue la comprensión de la necesidad de tratamiento insulínico cuando la dieta y la actividad física resultan insuficientes, probablemente debido a la orientación que reciben sobre este tema durante el control prenatal.

En contraste, ninguna de las pacientes diabéticas identificó correctamente la influencia del estrés sobre los niveles de glucosa, hallazgo estadísticamente significativo. Estudios previos demostraron que el estrés psicológico puede incrementar la liberación de hormonas que antagonizan la acción de la insulina, como el cortisol, elevando la glucemia y dificultando el control metabólico durante el embarazo (20,21). Estos hallazgos refuerzan la importancia de incluir información práctica sobre el manejo del estrés en programas educativos dirigidos a gestantes con DMG.

En relación con el objetivo principal del estudio, los resultados evidenciaron una adherencia globalmente baja al programa de educación y promoción de hábitos de vida saludable, tanto en la fase de reclutamiento como durante la intervención, lo que refleja obstáculos para la ejecución de este tipo de intervenciones. Las principales dificultades estuvieron relacionadas con limitaciones de tiempo, compromisos laborales y situaciones de salud familiar, barreras frecuentemente descritas en la literatura (22,23).

Durante el desarrollo del programa, la adherencia fue variable. Aunque las participantes que completaron la intervención mostraron interés y una actitud participativa, la asistencia a los encuentros presenciales fue limitada. En cuanto a la modalidad virtual mediante WhatsApp, se observó mejor adherencia a actividades breves, estructuradas y de baja complejidad, como la respuesta a cuestionarios y formularios de seguimiento, especialmente

durante el desafío de hidratación. En contraste, las actividades que requerían mayor involucramiento, como el envío de fotografías de platos saludables o de registros de glucemia capilar, presentaron baja adherencia. Estos hallazgos sugieren que la carga percibida de las actividades puede influir directamente en el compromiso y la participación sostenida de las gestantes.

La modalidad híbrida del programa, que combinó encuentros presenciales con seguimiento virtual mediante WhatsApp, permitió sostener la comunicación con las participantes y facilitar el acceso a la información, aunque no garantizó una adherencia constante durante toda la intervención. Esta situación sugiere que el uso de tecnologías de comunicación no elimina por completo las barreras estructurales y personales que afectan la adherencia. En concordancia con ello, un estudio realizado en Argentina mostró que, aunque WhatsApp puede ser eficaz para promover comportamientos saludables, las gestantes presentaron mayores tasas de abandono debido a demandas familiares y laborales, además de preferir mensajes más personalizados (24).

A pesar de las dificultades observadas en la adherencia, las gestantes que completaron el programa manifestaron altos niveles de satisfacción y recomendarían la intervención a otras embarazadas; por lo tanto, la baja participación no necesariamente estuvo relacionada con una falta de utilidad o aceptación del programa. Por el contrario, podría vincularse al carácter novedoso de este tipo de intervenciones, al desconocimiento inicial sobre su funcionamiento o a la percepción de una carga adicional durante la gestación, un período vital ya demandante. En este sentido, la incorporación sostenida de programas de educación para la salud dentro del control prenatal podría favorecer una mayor familiarización con este tipo de estrategias y mejorar la adherencia. Asimismo, la recomendación por parte de otras usuarias y de los propios profesionales de la salud podría contribuir a aumentar la participación y la confianza, y a reducir la incertidumbre frente a lo desconocido, como sugieren otras investigaciones (25).

Según la perspectiva de los profesionales de salud involucrados en la atención prenatal, resulta importante implementar programas de educación para la salud dirigidos a gestantes con diabetes, destacándose su potencial para mejorar el conocimiento sobre la enfermedad, promover hábitos de vida saludables y prevenir complicaciones materno-fetales, aunque también señalaron desafíos significativos. Las respuestas sugieren que la adherencia y la efectividad de este tipo de intervenciones no dependen únicamente del interés de las gestantes, sino también del apoyo institucional, la organización del equipo de salud y el desarrollo de estrategias de acompañamiento flexibles que favorezcan la participación sostenida.

Como limitación principal de la investigación se destaca el pequeño tamaño muestral, sumado a la falta de entrega de los registros glucémicos por parte de las participantes. Como fortalezas, el estudio se beneficia de su diseño mixto y de tipo intervención, así como del análisis tanto de variables teóricas relacionadas con el conocimiento como de prácticas vinculadas con el estilo de vida.

Futuras investigaciones podrían dirigirse a pacientes en etapas gestacionales más tempranas y orientarse a embarazadas con alto riesgo de desarrollar DMG, con el fin de reducir la probabilidad de manifestación de la enfermedad. Asimismo, se podría involucrar a todo el equipo de salud y a las familias para mejorar la difusión y la adherencia al programa.

Conclusiones

Las gestantes con diabetes presentaron hábitos de vida menos favorables que las gestantes sin diabetes y, si bien mostraron un mayor nivel de conocimiento general sobre la enfermedad, persistieron lagunas relevantes en aspectos esenciales para el control glucémico.

La intervención educativa implementada evidenció una adherencia global limitada; sin embargo, aquellas que completaron la intervención expresaron elevados niveles de satisfacción y percibieron el programa como útil.

Desde la perspectiva de los profesionales de salud, si bien se reconoce el valor de este tipo de intervenciones, también se señalan limitaciones para su implementación.

En un contexto en el que el tiempo disponible durante las consultas prenatales suele ser limitado, programas educativos como el desarrollado representan una herramienta valiosa para ampliar el acceso a la información, reforzar el autocuidado y promover cambios positivos en el estilo de vida, siempre que cuenten con una integración progresiva y con el respaldo adecuado por parte del sistema de salud.

Referencias bibliográficas

1. Einstein Hospital Israelita. Guia do episódio de cuidado: diabetes mellitus gestacional (DMG) [Internet]. São Paulo: Hospital Israelita Einstein; 2021 [actualizado el 2 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Diabetes%20Gestacional%20v.3.pdf>
2. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. Femina [Internet]. 2019 [citado el 19 de diciembre de 2025];47(11):786-96. Disponible en: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/FEMINAZ11ZV3.pdf>
3. Ribeiro NB. Prevalência de diabetes mellitus gestacional no Brasil: uma revisão integrativa [trabajo final de grado]. Maceió: Universidade Federal de Alagoas; 2022. Disponible en: <https://www.repositorio.ufal.br/jspui/bitstream/123456789/10014/1/Preval%c3%aancia%20de%20>

- diabetes%20mellitus%20gestacional%20no%20Brasil%3a%20uma%20revis%3a%20integrativa.pdf
4. Ornoy A, Becker M, Weinstein-Fudim L, Ergaz Z. Diabetes during pregnancy: A maternal disease complicating the course of pregnancy with long-term deleterious effects on the offspring. *Int J Mol Sci.* 2021;22(6):2965. doi:10.3390/ijms22062965.
 5. Karkia R, Giacchino T, Shah S, Gough A, Ramadan G, Akolekar R. Gestational diabetes mellitus: Association with maternal and neonatal complications. *Medicina (Kaunas).* 2023;59(12):2096. doi:10.3390/medicina59122096
 6. Lu Y, Huang J, Yan J, Wei Q, Ele M, Yuan C, et al. Meta-analysis of risk factors for recurrent gestational diabetes mellitus. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2025;25:257. doi:10.1186/s12884-025-07367-9
 7. Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; Sociedade Brasileira de Diabetes. Diabetes mellitus gestacional no Brasil: tratamento [Internet]. Brasília: OPAS; 2019 [citado el 19 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://www.febrasgo.org.br/images/pec/CNE_pdfs/Livro-Diabetes_tratamento--com-ISBN.pdf
 8. Brown J, Alwan NA, West J, et al. Lifestyle interventions for the treatment of women with gestational diabetes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(5):CD011970. doi:10.1002/14651858.CD011970.pub2.
 9. Clínica Universidad de Navarra. Intervención. En: Diccionario médico [Internet]. Pamplona: CUN; [citado el 3 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/intervencion#:~:text=f,una%20mejora%2C%20optimizaci%C3%B3n%20o%20perfeccionamiento>
 10. van Dijk M, Koster M, Oostingh E, Willemsen S, Steegers E, Steegers-Theunissen R. A mobile app lifestyle intervention to improve healthy nutrition in women before and during early pregnancy: Single-center randomized controlled trial. *J Med Internet Res.* 2020;22(5):e15773. doi:10.2196/15773.
 11. Xie W, Dai P, Qin Y, Wu M, Yang B, Yu X. Effectiveness of telemedicine for pregnant women with gestational diabetes mellitus: An updated meta-analysis of 32 randomized controlled trials with trial sequential analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20:198. doi:10.1186/s12884-020-02892-1.
 12. Nunes MA, Melnyk BM, Almeida S, Cardoso A, Vieira M. Psychometric properties of the healthy lifestyle behaviors scale in Portuguese pregnant women. *West J Nurs Res.* 2024;46(6):428-35. doi:10.1177/01939459241245217.
 13. Mohammadkhah F, Kamyab A, Pezeshki B, Norouzrajab S, Khani Jeihooni A. The effect of training intervention based on health belief model on self-care behaviors of women with gestational diabetes mellitus. *Front Glob Womens Health.* 2025;5:1490754. doi:10.3389/fgwh.2024.1490754.
 14. Cheong L, Law LS-C, Tan LYL, Amal AA-A, Khoo CM, Eng PC. Medical nutrition therapy for women with gestational diabetes: Current practice and future perspectives. *Nutrients.* 2025;17(7):1210. doi:10.3390/nu17071210.
 15. Branquinho A, Ferreira R. Guia prático da alimentação na gestação [Internet]. Brasília: Ministério Público Federal; 2024 [citado el 19 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://saude.mpu.mp.br/servicos/publicacoes/arquivos/guia-pratico-da-alimentacao-na-gestacao.pdf>
 16. Alejandro EU, Mamerto TP, Chung G, et al. Gestational diabetes mellitus: A harbinger of the vicious cycle of diabetes. *Int J Mol Sci.* 2020;21(14):5003. doi:10.3390/ijms21145003.

17. Myoga M, Tsuji M, Tanaka R, et al. Impact of sleep duration during pregnancy on the risk of gestational diabetes in the Japan Environmental and Children's Study (JECS). *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19:483. doi:10.1186/s12884-019-2632-9.
18. Zhang C, Tobias DK, Chavarro JE, et al. Adherence to healthy lifestyle and risk of gestational diabetes mellitus: Prospective cohort study. *BMJ*. 2014;349:g5450. doi:10.1136/bmj.g5450.
19. Fazzi C, Saunders DH, Linton K, Norman JE, Reynolds RM. Sedentary behaviours during pregnancy: A systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017;14(1):32. doi:10.1186/s12966-017-0485-z.
20. Kaur J, Gandhi J, Sharma S. Physiology, Cortisol [Internet]. StatPearls. [Última actualización el 1 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538239/>
21. Nguyen Filho T, Minh TB, Dinh HT, et al. Relationship between maternal serum cortisol and maternal insulin resistance and fetal ultrasound characteristics in gestational diabetes mellitus. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2023;16:365-72. doi:10.2147/DMSO.S400995.
22. Sabag A, Houston L, Neale EP, et al. Supports and barriers to lifestyle interventions in women with gestational diabetes mellitus in Australia: A national online survey. *Nutrients*. 2023;15(3):487. doi:10.3390/nu15030487.
23. Rongen A, Robroek SJW, van Ginkel W, Lindeboom D, Altink B, Burdorf A. Barriers and facilitators for participation in health promotion programs among employees: A six-month follow-up study. *BMC Public Health*. 2014;14:573. doi:10.1186/1471-2458-14-573.
24. Nejamis A, Gutiérrez L, López MV, et al. WhatsApp-based intervention for diabetes prevention and care in Argentina: Implementation and process evaluation. *JMIR Form Res*. 2025;9:e81098. doi:10.2196/81098.
25. Morocho Cardenas KM, Quilcate Julca RA. Atención prenatal y adherencia del cuidado prenatal de las gestantes del servicio de obstetricia atendidas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores, 2021 [tesis]. Chíncha: Universidad Autónoma de Ica; 2022.

Anexo 1

Instrumentos de recolección de datos

Participante n.º: _____

Nombre: _____

Anamnesis

1. ¿Cuál es tu edad en años? _____ años
2. ¿Cuál es tu nivel máximo de escolaridad alcanzado?
 - () Primario incompleto () Secundario incompleto () Universitario o terciario incompleto
 - () Primario completo () Secundario completo () Universitario o terciario completo
 - () Posgrado
3. ¿Cuál es tu estado civil?
 - () Soltera () Casada () En pareja () Divorciada o separada () Viuda
4. ¿Fumas cigarrillos?
 - () Sí () No () Fumaba antes del embarazo y ahora he dejado
5. ¿Tomas alcohol?
 - () Sí () No () Tomaba antes del embarazo y ahora he dejado
6. ¿Cuál es tu edad gestacional en semanas y días? _____ semanas y _____ días.
7. ¿Es tu primer embarazo?
 - () Sí () No
8. Si ya tuviste otros embarazos, responde:
 - ¿Cuántos embarazos has tenido?
 - ¿Cuántos hijos que nacieron vivos has tenido?
 - ¿Tuviste algún aborto o un hijo que murió en la panza?
 - ¿Cuántos nacimientos fueron por parto normal?
 - ¿Cuántas cesáreas tuviste?
9. ¿Tuviste alguna enfermedad importante en tus embarazos anteriores?
 - () Sí () No
 - ¿Cuál?
 - () Hipertensión o preeclampsia () Diabetes gestacional () Amenaza de parto prematuro
 - () Infección uterina () Otra _____
10. ¿Tienes alguna patología en tu embarazo actual?
 - () Sí () No

- ¿Cuál?
() Hipertensión o preeclampsia () Diabetes gestacional () Amenaza de parto prematuro
() Infección uterina () Otra _____

11. ¿Tienes alguna enfermedad diagnosticada por un médico desde antes del embarazo?
() Sí () No

- ¿Cuál?
() Hipertensión arterial crónica () Diabetes mellitus tipo 2 () Hipotiroidismo
() Otra _____
(Por ejemplo: depresión, ansiedad, asma, migrañas, enfermedades infecciosas, cáncer, etc.).

12. ¿Cuál era tu peso previo al embarazo? _____ kg

13. ¿Cuál es tu peso actual? _____ kg

14. ¿Cuál es tu talla? _____ cm

Anexo 2

Comportamientos de estilo de vida saludable en mujeres embarazadas

Contesta las siguientes preguntas con: “totalmente en desacuerdo”, “en desacuerdo”, “ni en desacuerdo ni de acuerdo”, “de acuerdo” o “totalmente de acuerdo”. Marca con una X la opción que te parezca adecuada.

1. Consumo cinco porciones de frutas y verduras al día.
☐ Totalmente en desacuerdo
☐ En desacuerdo
☐ Ni en desacuerdo ni de acuerdo
☐ De acuerdo
☐ Totalmente de acuerdo
2. Realizo actividad física aeróbica de intensidad moderada durante al menos 150 minutos a la semana.
☐ Totalmente en desacuerdo
☐ En desacuerdo
☐ Ni en desacuerdo ni de acuerdo
☐ De acuerdo
☐ Totalmente de acuerdo
3. Participo en actividades de fortalecimiento muscular dos o más días a la semana.
☐ Totalmente en desacuerdo
☐ En desacuerdo
☐ Ni en desacuerdo ni de acuerdo
☐ De acuerdo
☐ Totalmente de acuerdo
4. Limito el tiempo frente a pantallas (televisión, celular, videojuegos) a dos horas al día o menos.
☐ Totalmente en desacuerdo
☐ En desacuerdo
☐ Ni en desacuerdo ni de acuerdo
☐ De acuerdo
☐ Totalmente de acuerdo
5. Digo algo positivo a mis familiares o amigos todos los días.
☐ Totalmente en desacuerdo
☐ En desacuerdo
☐ Ni en desacuerdo ni de acuerdo
☐ De acuerdo
☐ Totalmente de acuerdo

6. Consumo alimentos bajos en grasas saturadas o trans en mi dieta.
☐ Totalmente en desacuerdo
☐ En desacuerdo
☐ Ni en desacuerdo ni de acuerdo
☐ De acuerdo
☐ Totalmente de acuerdo
7. Consumo bebidas azucaradas (gaseosas o jugos).
☐ Totalmente en desacuerdo
☐ En desacuerdo
☐ Ni en desacuerdo ni de acuerdo
☐ De acuerdo
☐ Totalmente de acuerdo
8. Prefiero agua como bebida en lugar de bebidas azucaradas.
☐ Totalmente en desacuerdo
☐ En desacuerdo
☐ Ni en desacuerdo ni de acuerdo
☐ De acuerdo
☐ Totalmente de acuerdo
9. Me fijo metas que puedo lograr.
☐ Totalmente en desacuerdo
☐ En desacuerdo
☐ Ni en desacuerdo ni de acuerdo
☐ De acuerdo
☐ Totalmente de acuerdo
10. Hablo al menos tres veces a la semana con mis amigos.
☐ Totalmente en desacuerdo
☐ En desacuerdo
☐ Ni en desacuerdo ni de acuerdo
☐ De acuerdo
☐ Totalmente de acuerdo
11. No agrego sal a mis comidas ya preparadas.
☐ Totalmente en desacuerdo
☐ En desacuerdo
☐ Ni en desacuerdo ni de acuerdo
☐ De acuerdo
☐ Totalmente de acuerdo
12. Duermo entre 7 y 8 horas la mayoría de las noches.
☐ Totalmente en desacuerdo
☐ En desacuerdo

- ☐ Ni en desacuerdo ni de acuerdo
 - ☐ De acuerdo
 - ☐ Totalmente de acuerdo
13. Hablo de mis preocupaciones o estrés con mis familiares o amigos cercanos.
- ☐ Totalmente en desacuerdo
 - ☐ En desacuerdo
 - ☐ Ni en desacuerdo ni de acuerdo
 - ☐ De acuerdo
 - ☐ Totalmente de acuerdo
14. Trato de hacer todo lo que puedo para llevar una vida saludable.
- ☐ Totalmente en desacuerdo
 - ☐ En desacuerdo
 - ☐ Ni en desacuerdo ni de acuerdo
 - ☐ De acuerdo
 - ☐ Totalmente de acuerdo
15. Hago cosas saludables para lidiar con mis preocupaciones/estrés.
- ☐ Totalmente en desacuerdo
 - ☐ En desacuerdo
 - ☐ Ni en desacuerdo ni de acuerdo
 - ☐ De acuerdo
 - ☐ Totalmente de acuerdo

Anexo 3

Preguntas sobre el conocimiento personal acerca de la diabetes gestacional

Para cada afirmación, elige una opción: Sí () No () No tengo idea ()

1. La diabetes mellitus gestacional (DMG) se presenta solo durante el embarazo y puede resolverse después del parto.
Sí () No () No tengo idea ()
2. La DMG aumenta el riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el bebé.
Sí () No () No tengo idea ()
3. Las mujeres con DMG tienen una mayor probabilidad de desarrollar diabetes tipo 2 más adelante en la vida.
Sí () No () No tengo idea ()
4. El monitoreo regular de los niveles de glucosa en sangre puede prevenir complicaciones en mujeres con DMG.
Sí () No () No tengo idea ()
5. Una dieta equilibrada, que incluya alimentos con un índice glucémico bajo, es importante para controlar la DMG.
Sí () No () No tengo idea ()
6. La actividad física durante el embarazo puede ayudar a controlar los niveles de glucosa en sangre en mujeres con DMG.
Sí () No () No tengo idea ()
7. Los niveles de glucosa en sangre deben medirse tanto en ayunas como dos horas después de las comidas en la DMG.
Sí () No () No tengo idea ()
8. La terapia con insulina a veces es necesaria para controlar la DMG cuando la dieta y el ejercicio son insuficientes.
Sí () No () No tengo idea ()
9. La DMG no tratada puede provocar complicaciones como parto prematuro y alto peso al nacer.
Sí () No () No tengo idea ()
10. Los bebés nacidos de madres con DMG no controlada corren el riesgo de desarrollar niveles bajos de azúcar en sangre después del nacimiento.
Sí () No () No tengo idea ()

11. Las mujeres con diabetes gestacional (DMG) deben evitar los alimentos y bebidas azucaradas para ayudar a controlar los niveles de azúcar en sangre.
Sí () No () No tengo idea ()
12. Comer varias comidas pequeñas a lo largo del día es mejor que tres comidas copiosas para controlar la DMG.
Sí () No () No tengo idea ()
13. Fumar puede empeorar la salud de las mujeres embarazadas con DMG y sus bebés.
Sí () No () No tengo idea ()
14. El manejo del estrés puede contribuir a un mejor control de los niveles de glucosa en sangre durante el embarazo.
Sí () No () No tengo idea ()
15. DMG se puede controlar eficazmente mediante una combinación de alimentación saludable, actividad física y atención médica.
Sí () No () No tengo idea ()

Anexo 4

Preguntas sobre la satisfacción con las actividades realizadas

En cuanto a los talleres y al acompañamiento sobre *diabetes durante el embarazo* que recibiste durante estas semanas, con actividades presenciales y virtuales, nos gustaría saber:

1. ¿Consideras útiles las informaciones que compartimos contigo a lo largo de las últimas 6 semanas?
 - a. Totalmente útil
 - b. Bastante útil
 - c. Algo útil
 - d. Poco útil
 - e. Nada útil
2. ¿Qué te pareció más interesante o importante del contenido presentado a lo largo del programa?
3. ¿Qué sentimientos te ha generado el acompañamiento recibido en este programa? (puedes marcar todas las opciones que desees)
 - a. Confianza
 - b. Tranquilidad
 - c. Compañía
 - d. Seguridad
 - e. Sentirme escuchada
 - f. Aliviada
 - g. Abrumada
 - h. Desorientada
 - i. Confundida
 - j. Frustrada
 - k. Otros: _____
4. ¿Consideras que el programa en el que participaste ayudó a mejorar tu salud en esta etapa tan importante que es el embarazo?
 - a. Sí, totalmente
 - b. Sí, mayormente
 - c. Tal vez
 - d. Probablemente no
 - e. No, para nada
5. ¿Cómo te sentiste con el uso de la red social WhatsApp durante el programa? ¿Crees que fue una buena herramienta para compartir información y realizar el seguimiento?
 - a. Sí, totalmente
 - b. Sí, mayormente
 - c. Tal vez

- d. Probablemente no
- e. No, para nada
6. Si tuvieras que analizar tu compromiso y participación en las actividades, ¿qué nota te pondrías? (en donde 0 es la nota más baja que significa nada comprometido y no participativo y 10 es la nota más alta totalmente comprometido y participativo)
- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
7. ¿Recomendarías este programa a otras gestantes? ¿Por qué?
8. ¿Qué cambiarías en el programa para mejorar tu experiencia como participante? ¿Existe algún recurso, herramienta o tipo de material que te hubiera parecido útil y que no fue ofrecido?
9. Marca cuán satisfecha estás con todo el programa educativo en el que participaste ((en donde 0 es la nota más baja que significa nada satisfecho y 10 es la nota más alta totalmente satisfecho)
- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
10. ¿Quieres comentarnos algo más? Si deseas, puedes escribir en este espacio.
-
-
-
-
-