

### Sweet Success Stress Check - Spanish California Diabetes and Pregnancy Program

¡Bienvenidos a Sweet Success! Nuestra meta es ayudarle a manejar su diabetes durante su embarazo. Es difícil vivir con diabetes. Sus sentimientos y reacciones a situaciones estresantes y otras preocupaciones pueden afectar el azúcar en su sangre o los tipos de alimentos que usted escoge para comer.

Queremos ayudarle a cuidarse a sí misma y a su embarazo. Cuidar de su diabetes incluye pruebas de sus niveles de azúcar en la sangre y el comer alimentos recomendados. También incluye aprender como el estrés y los problemas en su vida la afectan a USTED y como usted puede sobrellevarlos.

Por favor complete las siguientes preguntas. Sus respuestas nos ayudarán a tener un mejor entendimiento acerca de cómo podemos ayudarle. Mantenemos sus respuestas confidenciales y privadas. Siéntase libre de hablar acerca de sus preocupaciones con cualquiera de nuestro personal.

Gracias.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_ Fecha Prevista del Bebé: \_\_\_\_\_

¿Que tipo de diabetes tiene usted?  Tipo 1  Tipo 2  De Gestación (GDM)  No estoy segura

Para las siguientes declaraciones, por favor circule el número que mejor describe su acuerdo o desacuerdo:	Muy en Desacuerdo 1	Desacuerdo 2	Neutral 3	Acuerdo 4	Muy en Acuerdo 5
--	---------------------------	-----------------	--------------	--------------	------------------------

#### Enfrentándose a la Diabetes

Encuentro difícil creer que tengo diabetes	1	2	3	4	5
Encuentro difícil comprender toda la información	1	2	3	4	5
Fácilmente me pruebo mis niveles de azúcar 4 veces al día	1	2	3	4	5
Necesito ayuda para controlar mis sentimientos acerca de la diabetes.	1	2	3	4	5
Me siento confortable con mi equipo de cuidado para mi diabetes.					

#### Cuidados Para Usted y Sus Necesidades

Tengo amigos y parientes que me apoyan si lo necesito.	1	2	3	4	5
En este momento me siento segura y apoyada en mi vida.	1	2	3	4	5
De momento me encuentro en una relación segura y estable.	1	2	3	4	5
En general, me siento feliz acerca de este embarazo.	1	2	3	4	5
Tuve pérdidas en embarazos previos y eso me preocupa hoy.	1	2	3	4	5
Hay cosas en mi vida que me abrumen.	1	2	3	4	5
Tengo muchos problemas en mi vida ahora.	1	2	3	4	5

#### Enfrentándose

Controlo mis sentimientos bastante bien.	1	2	3	4	5
Se que la diabetes causa estrés en mi vida.	1	2	3	4	5
Comprendo como el estrés cambia los niveles de azúcar en mi sangre.	1	2	3	4	5
Necesito ayuda para controlar mis sentimientos negativos.	1	2	3	4	5
Tal vez desee hablar con alguien acerca del estrés que me afecta.	1	2	3	4	5



**Los Alimentos y la Alimentación**

Confío que puedo controlar mi dieta en casa.	1	2	3	4	5
Confío que puedo controlar mi dieta fuera de casa.	1	2	3	4	5
Recibo apoyo de mi familia para mi dieta diabética.	1	2	3	4	5
Puedo comer los alimentos correctos aun cuando cocino para otros.	1	2	3	4	5

## 1. ¿Qué le dificulta cuidarse usted misma?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Encontrar difícil creer que yo tengo diabetes              | <input type="checkbox"/> Falta de comprensión por mi familia o amistades               |
| <input type="checkbox"/> Estrés en el trabajo o falta de empleo                     | <input type="checkbox"/> Lo que otra gente dice acerca de cómo debo cuidar mi diabetes |
| <input type="checkbox"/> Problemas de dinero o preocupaciones                       | <input type="checkbox"/> Tomar cerveza, vino o licores                                 |
| <input type="checkbox"/> Problemas para descansar o relajárme                       | <input type="checkbox"/> Fumar tabaco, cigarrillos                                     |
| <input type="checkbox"/> Problemas de familia (problemas con los hijos o su pareja) | <input type="checkbox"/> Fumar marihuana o el uso de otras drogas                      |
| <input type="checkbox"/> Otros, por favor expliquen                                 |  |

**CUIDÁNDOSE A SI MISMA**

## 2. ¿Qué cosa es positivo en su vida ahora y / o qué le hace sentirse bien?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mi matrimonio /relación sentimental | <input type="checkbox"/> Mi Fe /religión              | <input type="checkbox"/> Puedo tomar buenas decisiones |
| <input type="checkbox"/> El apoyo de mis amigos              | <input type="checkbox"/> Mi habilidad de ser flexible | <input type="checkbox"/> Otras, por favor explique     |
| <input type="checkbox"/> Apoyo familiar                      |   |  |

## 3. ¿Qué hace usted cuando se siente disgustada o estresada?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mantenerme ocupado y no pensar en el | <input type="checkbox"/> Hacer ejercicio | <input type="checkbox"/> Enojarme o gritar           |
| <input type="checkbox"/> Platicar con algún pariente          | <input type="checkbox"/> Comer           | <input type="checkbox"/> Tomar alcohol o usar drogas |
| <input type="checkbox"/> Mantenerlo consigo mismo             | <input type="checkbox"/> Llorar          | <input type="checkbox"/> Otro, por favor explique    |

## 4. ¿Qué persona, consejo cuidado o apoyo es de ayuda para usted?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amigos o familia | <input type="checkbox"/> Dirigente espiritual (sacerdote, ministro, anciana, chamán, Imán) |
| <input type="checkbox"/> Mamá o suegra    | <input type="checkbox"/> Herborista  |
| <input type="checkbox"/> Curandera        |  |
| <input type="checkbox"/> Otro             |  |

## 5. Deseo discutir mi historial familiar acerca de la diabetes y como impactará el futuro de mi familia

Si  No

## 6. Yo deseo información sobre cómo reducir el estrés

Si  No

## 7. Deseo información sobre cómo obtener alimentos, vivienda o ropa

Si  No

Gracias por tomar el tiempo para completar esta encuesta.

Sus respuestas nos ayudarán a trabajar con usted.