Appendix D**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	Desacuerdo	Neutral	Acuerdo	Muy en Acuerdo
	1	2	3	4	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.	1	2	3	4	5
Cuidados Para Usted y Sus Necesidades	1	2	3	4	5
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 abruman.	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

Appendix D, Continued

1. ¿Qué le dificulta cuidarse usted misma?
- Encontrar difícil creer que yo tengo diabetes
 - Falta de comprensión por mi familia o amistades
 - Lo que otra gente dice acerca de cómo debo cuidar mi diabetes
 - Problemas de familia (problemas con los hijos o su pareja)
 - Estrés en el trabajo o falta de empleo
 - Problemas de dinero o preocupaciones
 - Problemas para descansar o relajarme
 - Tomar cerveza, vino o licores
 - Fumar marihuana o el uso de otras drogas
 - Fumar tabaco, cigarrillos
 - Otros, por favor expliquen

CUIDÁNDOSE A SI MISMA

2. ¿Qué cosa es positivo en su vida ahora y / o qué le hace sentirse bien?
Mi matrimonio / relación sentimental	Apoyo familiar
El apoyo de mis amigos	Mi Fe / religión
Mi habilidad de ser flexible	Puedo tomar buenas decisiones
Otras, por favor explique	
3. ¿Que hace usted cuando se siente disgustada o estresada?
Mantenerlo consigo mismo	Enojarme o gritar
Mantenerme ocupado y no pensar en el	Comer
Llorar	Hacer Ejercicio
Platicar con algún pariente	Tomar alcohol o usar drogas
Otro, por favor explique	
4. ¿Qué persona, consejo cuidado o apoyo es de ayuda para usted?
Amigos o familia	Mamá o suegra
Dirigente Espiritual (sacerdote,	Herborista
Ministro, anciana, chamán, Imán)	Curandera
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.