



Sweet Success
Programa de California para la Diabetes y el Embarazo

PRUEBA PARA CHEQUEAR EL ESTRÉS

Estar embarazada puede ser difícil. Cuando usted está embarazada y tiene diabetes, es normal sentirse más estresada, preocupada, inquieta o tensa. Algunas veces otros sectores de la vida lo pueden hacer más difícil. Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudará a entender sus inquietudes acerca del cuidado de su diabetes.

Instrucciones: Por favor, lea las preguntas. Llene los espacios en blanco o marque cualquier caja que sea aplicable a usted.

Nombre: _____ Fecha de Hoy: _____ Fecha cuando tendrá al Bebé: _____

DIABETES

- ¿Qué clase de diabetes tiene usted? Gestacional Tipo 1 Tipo 2
- ¿Cómo se siente acerca de tener diabetes?
 Estoy bien Preocupada, nerviosa o asustada
 Confundida Triste or deprimida
 Enojada Otro, por favor explique _____
- ¿Qué preocupaciones o temores tiene acerca de la diabetes?
 Mi bebé podría tener diabetes.
 Mi diabetes podría no desaparecer después de que nazca mi bebé.
 Perder mi embarazo.
 La insulina me asusta.
 Tener que inyectarme yo misma.
 Preocupada que mi diabetes lastime a mi bebé.
 Otro, por favor explique _____
- ¿Qué parte de tener diabetes podría ser estresante o difícil de hacer?
 Seguir todas las indicaciones.
 Hacerme la prueba de azúcar en la sangre 4 o más veces al día.
 Mantenerme en el plan alimenticio para la diabetes.
 Presentarme a todas mis citas (encontrar transporte).
 Tener tiempo para todas mis citas.
 Cuidar de mi diabetes en casa.
 Cuidar de mi diabetes en el trabajo.
 Otro, por favor explique _____

5. ¿Qué más podría dificultarle cuidarse a si misma?

- Encontrar difícil creer que yo tengo diabetes.
- Familiares o amistades no entienden o no me apoyan.
- Lo que otras personas dicen acerca de como yo debería cuidar mi diabetes.
- Tener otros problemas de salud.
- No estoy segura que quiero estar embarazada.
- Recordar la perdida de un embarazo previo.
- Estrés en la familia (problemas con los hijos o compañero/esposo).
- Estrés en el trabajo.
- Vida social.
- Problemas o preocupaciones acerca de dinero.
- Tener problemas para descansar o relajarse.
- Hábitos alimenticios.
- Tomar cerveza, vino, u otras bebidas alcohólicas.
- Fumar marijuana o usar otras drogas.
- Familiares o amistades que usan bebidas alcohólicas, marijuana u otras drogas.
- Preocupaciones o inquietudes relacionadas con inmigración.
- No tener suficiente espacio para el bebé.
- Otro, por favor explique _____

ALIMENTOS

6. Lo que usted come y como come es una parte muy importante en su cuidado de la diabetes.

¿Tiene problemas con el plan alimenticio o para alimentarse, tal como:

- Encontrar difícil comer siempre los alimentos adecuados.
- Encontrar difícil comer la cantidad adecuada.
- No siempre tiene suficientes alimentos en casa.
- Comer demasiado cuando está estresada, preocupada, nerviosa, enojada, triste, o aburrida.
- No poder comer cuando está estresada, preocupada, nerviosa, enojada, triste, o aburrida.
- Sentirse culpable de la manera que come.
- Comer demasiado en una sola comida.
- Vomitar después de comer.
- No comer suficiente.
- Sentir que usted no puede o no debe comer.
- No poder escoger lo que compra o prepara para comer.
- Tener que comer diferente al resto de mi familia.
- Otro, por favor explique _____

CUIDANDOSE A USTED MISMA

7. ¿Qué es positivo en su vida ahorita? ¿Qué la hace sentirse bien?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Su matrimonio/relación | <input type="checkbox"/> Apoyo familiar |
| <input type="checkbox"/> Apoyo de amistades | <input type="checkbox"/> Mi fe/religión |
| <input type="checkbox"/> Mi capacidad para aceptar cambios/ser flexible | <input type="checkbox"/> Yo misma/mi amor propio |
| <input type="checkbox"/> Otro, por favor explique _____ | |

8. ¿Qué hace usted cuando se siente molesta o estresada?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Guardarselo para si misma | <input type="checkbox"/> Enojarse o gritar |
| <input type="checkbox"/> Mantenerse ocupada y tratar de no pensar en el asunto | <input type="checkbox"/> Comer |
| <input type="checkbox"/> Llorar | <input type="checkbox"/> Hacer ejercicio |
| <input type="checkbox"/> Hablar con un miembro de la familia o amistad | <input type="checkbox"/> Tomar alcohol o usar drogas |
| <input type="checkbox"/> Otro, por favor explique _____ | |

9. ¿El consejo, cuidado o apoyo de quién es importante para usted?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amistades o familiares | <input type="checkbox"/> Madre o suegra |
| <input type="checkbox"/> Guia espiritual (sacerdote, ministro, elder, chaman, Iman) | <input type="checkbox"/> Herbolario |
| <input type="checkbox"/> Acupunturista | <input type="checkbox"/> Curandera/Curador |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

10. Además de sus cuidados de Sweet Success, ¿hay alguna otra cosa que estas usando o tomando para su embarazo o diabetes?

- Alimentos especiales, tal como nopales o melón amargo (por favor escríbalos) _____
- _____
- Tés _____
- Hierbas _____
- Medicinas _____
- Vitaminas/Minerales _____
- Otro _____

11. ¿Cuáles son las mayores preocupaciones o problemas en su vida ahora? (Por favor escribalos)

12. ¿Le gustaría una recomendación para alimentos, vivienda o vestuario? Si No

13. ¿Le gustaría una recomendación para asesoramiento o apoyo? Si No

Gracias por completar esta forma

Revisado por: _____ Fecha: _____

