

Nombre _____ Edad _____ Fecha _____
Escolaridad _____ Ocupación _____ Peso _____ Estatura _____

.....
Autoeficacia

En la siguiente sección encontrará una serie de preguntas que le pedimos conteste dependiendo que tan seguro se sienta en cada caso. Seleccione solo un número entre 1 y 10 en donde 1 corresponde a "Muy inseguro" y 10 a "Muy seguro".

1. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder comer cada 4 ó 5 horas y desayunar todos los días?

Muy inseguro(a) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy seguro(a)

2. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de continuar su plan de alimentación cuando tiene que preparar o compartir alimentos con personas que no tienen diabetes?

Muy inseguro(a) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy seguro(a)

3. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder escoger los alimentos apropiados para comer cuando tiene hambre (comidas y colaciones)?

Muy inseguro(a) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy seguro(a)

4. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder hacer 15 a 30 minutos de ejercicio, unas 4 o 5 veces por semana?

Muy inseguro(a) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy seguro(a)

5. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder hacer algo para prevenir que sus niveles de glucosa (azúcar) en la sangre disminuya cuando hace ejercicios (por ejemplo, comer una colación antes)?

Muy inseguro(a) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy seguro(a)

6. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de saber qué hacer cuando sus nivel de glucosa (azúcar) en la sangre suben o bajan demasiado?

Muy inseguro(a) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy seguro(a)

7. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. De saber ~~poder~~ identificar cambios en su diabetes que debería reportar pronto a su médico?

Muy inseguro(a) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy seguro(a)

8. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder controlar su diabetes para que no interfiera con las cosas que quiere hacer?

Muy inseguro(a) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy seguro(a)

Diabetes Empowerment Scale-Short Form (DES-SF)
Versión en español.

En general creo que yo:

1. Conozco los aspectos del cuidado de mi diabetes que me hace falta mejorar.
(Muy de acuerdo) (De acuerdo) (Ni de acuerdo ni en desacuerdo) (En desacuerdo) (Muy en desacuerdo)
2. Puedo hacer cosas prácticas y concretas para alcanzar mis metas de control en diabetes.
(Muy de acuerdo) (De acuerdo) (Ni de acuerdo ni en desacuerdo) (En desacuerdo) (Muy en desacuerdo)
3. Puedo intentar diferentes cosas para superar las barreras que me impiden alcanzar mis metas de control.
(Muy de acuerdo) (De acuerdo) (Ni de acuerdo ni en desacuerdo) (En desacuerdo) (Muy en desacuerdo)
4. Puedo expresar como me siento por tener diabetes.
(Muy de acuerdo) (De acuerdo) (Ni de acuerdo ni en desacuerdo) (En desacuerdo) (Muy en desacuerdo)
5. Manejo el estrés que me causa la diabetes con acciones positivas.
(Muy de acuerdo) (De acuerdo) (Ni de acuerdo ni en desacuerdo) (En desacuerdo) (Muy en desacuerdo)
6. Sé dónde y en quién puedo apoyarme para vivir y cuidar de mi diabetes.
(Muy de acuerdo) (De acuerdo) (Ni de acuerdo ni en desacuerdo) (En desacuerdo) (Muy en desacuerdo)
7. Sé como mantenerme motivado para cuidar de mi diabetes.
(Muy de acuerdo) (De acuerdo) (Ni de acuerdo ni en desacuerdo) (En desacuerdo) (Muy en desacuerdo)
8. Puedo tomar las decisiones que más me convienen para lograr el control de mi diabetes.
(Muy de acuerdo) (De acuerdo) (Ni de acuerdo ni en desacuerdo) (En desacuerdo) (Muy en desacuerdo)