**CAREGIVER CONTRIBUTION TO SELF-CARE OF HEART FAILURE INDEX.**

*Todas las respuestas son confidenciales.*

Piense sobre los cuidados que ha dado a la persona con insufiencia cardíaca el pasado mes. No hay una respuesta tipo verdadera o falsa.

¿Con qué frecuencia recomienda a la persona que cuida los siguientes aspectos?

(También puede entenderse esta pregunta ¿Con qué frecuencia hace usted estas actividades porque la persona a la que cuida no es capaz de hacerlas?

**SECCIÓN A:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nunca**  **o**  **rara vez** |  |  | |  | Siempre  o  **diariamente** |
| 1. ¿ Pesarse? | 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Comprobar si los tobillos están hinchados? | 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Tratar de evitar la enfermedad (ej. vacunarse contra la gripe, o evitar a las personas enfermas)? | 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Hacer algo de actividad física?   (ej. limpiar el polvo, andar, jardinería, tareas domésticas) | 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Acudir a las visitas del médico o de la enfermera/o? | 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Comer una dieta baja en sal? | 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Hacer 30 minutos de ejercicios físicos? | 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿No olvidarse de tomar los medicamentos? | 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Pedir alimentos bajos en sal cuando sale a comer fuera o visita a otras personas? | 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Usar un sistema (pastilleros, o notas) para ayudarle a recordar la medicación? | 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 |

**SECCIÓN B:**

##### Muchos pacientes tienen síntomas debido a su insuficiencia cardíaca. Problemas respiratorios y los tobillos hinchados son dos síntomas comunes de esta enfermedad.

##### En el mes pasado, **la persona a la que usted cuida** ¿ha tenido problemas respiratorios o ha tenido los tobillos hinchados? Marque una opción

1. No
2. Sí

##### 

##### 11. Si **la persona a la que usted cuida**, ha tenido problemas respiratorios o los tobillos hinchados el mes pasado...

(Marque **un** número)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **No los ha tenido** | **No los he reconocido** | **No rápidamente** |  |  |  | **Muy**  **rápidamente** |
| ¿Cómo de rápido **los reconoció** como síntomas de insuficiencia cardiaca? | N/A | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Si la persona a **la que usted cuida** ha tenido problemas respiratorios o los tobillos hinchados ¿Qué probabilidad existe de que usted recomiende (o no) alguna de estas medidas?

(Marque un número por cada medida)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **No es probable** |  |  |  | **Muy probable** |
| 1. Disminuir la sal en la dieta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Disminuir la ingesta de líquidos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Tomar una pastilla de diurético extra. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Llamar al médico o enfermera/o para pedir ayuda. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

##### 16. Piense en una medida o remedio que **usted** trató de hacer la última vez **con la persona que cuida** cuando ésta tuvo problemas respiratorios o los tobillos hinchados.

(Marque un número)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **No hice nada** | **No estaba seguro/a** |  |  |  | **Muy seguro/a** |
| ¿Estaba seguro/a de que la medida ayudaba o no ayudaba? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**SECCIÓN C**:

**Con respecto a la persona que cuida**, en general, ¿cuánta confianza tiene respecto a que usted puede? :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Sin**  **Confianza** |  |  |  | **Extremadamente**  **Confiado/a** |
| 1. Mantenerle sin síntomas de insuficiencia cardíaca? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Seguir las recomendaciones de tratamiento que le han dado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Evaluar la importancia de los síntomas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Reconocer cambios en la salud si ocurren | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Hacer algo que alivie sus síntomas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Evaluar cómo funciona una determinada medida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |