**INVENTARIO DE AUTOCUIDADO EN ENFERMEDADES CRONICAS v.3a**

*Todas las respuestas son confidenciales.*

Al completar esta encuesta piense en cómo se ha sentido este último mes.

**SECCION A:**

A continuación encontrará una lista de comportamientos cotidianos de autoayuda que personas con enfermedades crónicas pueden hacer. ¿Con qué frecuencia lleva a cabo los siguientes?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nunca** |  | A veces |  | Siempre |
| 1. ¿Se asegura que duerme lo suficiente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Intenta evitar ponerse enfermo? (por ejemplo, vacunarse, lavarse las manos) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Realiza ejercicio físico? (por ejemplo, dar un paseo rápido, utilizar las escaleras) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Come una dieta especial? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Se visita con su profesional sanitario de referencia para recibir atención médica rutinaria? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Toma medicamentos prescritos sin saltarse una dosis? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Realiza alguna actividad para aliviar el estrés? (por ejemplo, medicación, yoga, música) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Evita el humo del tabaco? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**SECCION B:**

A continuación encontrará una lista de cosas que las personas con enfermedades crónicas monitorizan. ¿Con qué frecuencia hace usted las siguientes?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nunca** |  | A veces |  | Siempre |
| 1. ¿Monitoriza su condición? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Monitoriza los efectos secundarios de la medicación? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Presta atención a cambios en cómo se siente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Monitoriza si se cansa más de lo habitual al realizar actividades normales? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Monitoriza sus síntomas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

##### Muchos pacientes tienen síntomas a causa de su enfermedad o por el tratamiento que está recibiendo por su enfermedad. La última vez que tuvo síntomas …

##### (marque con un círculo **un número**)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **No he tenido síntomas** | **No he reconocido el síntoma** | **Nada rápido** |  | **Algo rápido** |  | **Muy rápido** |
| ¿Con qué rapidez usted reconoce si tiene algún síntoma de su enfermedad? | N/A | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**SECCION C:**

A continuación encontrará una lista de comportamientos que llevan a cabo las personas con enfermedades crónicas para controlar sus síntomas. **Cuando usted tiene síntomas ¿con qué probabilidad usa los siguientes?**

(redondee **un número** por cada conducta)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **No es probable** |  | **Algo probable** |  | **Muy probable** |
| 1. ¿Cambia lo que come o bebe para reducir o hacer desaparecer los síntomas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Cambia su nivel de actividad? (por ejemplo, bajar el ritmo, descansar) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Toma un medicamento para hacer desaparecer o reducir el síntoma? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Le explica a su profesional sanitario de referencia los síntomas en su siguiente visita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Llama a su profesional sanitario de referencia para recibir asistencia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Piense en el tratamiento que siguió la última vez que tuvo síntomas...**

(redondee **un número**)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **No hice nada** | **No estoy seguro** |  | **Un poco seguro** |  | **Muy seguro** |
| 1. ¿El tratamiento que siguió le hizo sentir mejor? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**SECCIÓN D: ESCALA DE CONFIANZA SOBRE EL AUTOCUIDADO**

En general, cómo de seguro está sobre que pueda hacer lo siguiente:

(Marque con un círculo **un número** para cada frase)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nada seguro** |  | **Algo seguro** |  | **Muy seguro** |
| 1. ¿Mantenerse estable y libre de síntomas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Seguir el plan de tratamiento que ha recibido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Persistir en seguir el plan de tratamiento aun cuando sea difícil? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Monitorizar su condición rutinariamente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Persistir monitorizando su condición aun cuando sea difícil? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Reconocer cambios en su salud si estos ocurren? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Evaluar la importancia de sus síntomas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Hacer algo para aliviar sus síntomas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Persistir en encontrar un remedio para sus síntomas aun cuando sea difícil? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Evaluar qué tan bien funciona un remedio? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

¡GRACIAS POR COMPLETAR ESTA ENCUESTA!