

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
2. ¿Intenta evitar ponerse enfermo? (por ejemplo, vacunarse, lavarse las manos)	1	2	3	4	5
3. ¿Realiza ejercicio físico? (por ejemplo, dar un paseo rápido, utilizar las escaleras)	1	2	3	4	5
4. ¿Come una dieta especial?	1	2	3	4	5
5. ¿Se visita con su profesional sanitario de referencia para recibir atención médica rutinaria?	1	2	3	4	5
6. ¿Toma medicamentos prescritos sin saltarse una dosis?	1	2	3	4	5
7. ¿Realiza alguna actividad para aliviar el estrés? (por ejemplo, medicación, yoga, música)	1	2	3	4	5
8. ¿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
9. ¿Monitoriza su condición?	1	2	3	4	5
10. ¿Monitoriza los efectos secundarios de la medicación?	1	2	3	4	5
11. ¿Presta atención a cambios en cómo se siente?	1	2	3	4	5
12. ¿Monitoriza si se cansa más de lo habitual al realizar actividades normales?	1	2	3	4	5
13. ¿Monitoriza sus síntomas?	1	2	3	4	5

14. 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
15. ¿Cambia lo que come o bebe para reducir o hacer desaparecer los síntomas?	1	2	3	4	5
16. ¿Cambia su nivel de actividad? (por ejemplo, bajar el ritmo, descansar)	1	2	3	4	5
17. ¿Toma un medicamento para hacer desaparecer o reducir el síntoma?	1	2	3	4	5
18. ¿Le explica a su profesional sanitario de referencia los síntomas en su siguiente visita?	1	2	3	4	5
19. ¿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
20. ¿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
21. ¿ <u>Mantenerse estable y libre de síntomas?</u>	1	2	3	4	5
22. ¿ <u>Seguir el plan de tratamiento</u> que ha recibido?	1	2	3	4	5
23. ¿ <u>Persistir</u> en seguir el plan de tratamiento aun cuando sea difícil?	1	2	3	4	5
24. ¿ <u>Monitorizar su condición</u> rutinariamente?	1	2	3	4	5
25. ¿ <u>Persistir</u> monitorizando su condición aun cuando sea difícil?	1	2	3	4	5
26. ¿ <u>Reconocer cambios</u> en su salud si estos ocurren?	1	2	3	4	5
27. ¿ <u>Evaluar la importancia</u> de sus síntomas?	1	2	3	4	5
28. ¿ <u>Hacer algo</u> para aliviar sus síntomas?	1	2	3	4	5
29. ¿ <u>Persistir</u> en encontrar un remedio para sus síntomas aun cuando sea difícil?	1	2	3	4	5
30. ¿ <u>Evaluar</u> qué tan bien funciona un remedio?	1	2	3	4	5

¡GRACIAS POR COMPLETAR ESTA ENCUESTA!