**SELF-CARE OF HIGH BLOOD PRESSURE**

**V2.0 (marzo, 2016)**

*Todas las respuestas son confidenciales.*

Piense en cómo se ha sentido en el último mes o desde la última vez que hablamos para responder a estos ítems.

**SECCIÓN A:**

A continuación se enumeran instrucciones comunes para personas con presión arterial alta. ¿Con qué frecuencia hace lo siguiente?

Dibuje un círculo alrededor **un** número para cada ítem.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nunca o raramente** | **Algunas veces** | **Frecuente** | **Siempre o diariamente** |
| 1. ¿Chequea su presión arterial? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. ¿Come muchas frutas y verduras? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. ¿Realiza alguna actividad física? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. ¿Asiste a las citas con el médico o la enfermera? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. ¿Come una dieta baja en sal? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. ¿Hace ejercicio durante 30 minutos? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. ¿Toma los medicamentos como se los recetaron? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. ¿Pide alimentos bajos en sal al comer fuera o visitar a otros? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. ¿Utiliza un sistema para recordar sus medicamentos? Por ejemplo, usa un pastillero o recordatorios. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. ¿Come una dieta baja en grasas? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. ¿Intenta perder peso o controlar su peso corporal? | 1 | 2 | 3 | 4 |

**SECCIÓN B:**

Muchos pacientes tienen dificultades para controlar su presión arterial.

En el último mes, ¿ha estado alta su presión arterial, aunque sea levemente?

1. No \_\_\_
2. Si \_\_\_

12. Si tuvo problemas para controlar su presión arterial en el último mes…

(Dibuje un círculo alrededor de **un** número)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **No he** **tenido esto** | **No lo reconocí** | **No rápidamente** | **Algo****rápido** | **Rápido** | **Con****Rapidez**  |
| ¿Qué tan *rápido* reconoció que su presión arterial estaba alta?  | N/A | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

A continuación se enumeran las acciones que las personas usan para controlar su presión arterial. Si su presión arterial aumenta, ¿qué tan probable es que intente una de estas acciones?

(Dibuje un círculo alrededor de **un** número por cada acción).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **No es probable** | **Algo probable** | **Probable** | **Muy probable** |
| 13. Reducir la sal en su dieta. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Reducir su nivel de estrés. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Tener más cuidado de tomar los medicamentos recetados regularmente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Llamar al médico/enfermera para obtener orientación  | 1 | 2 | 3 | 4 |

17. Piense en una acción que intento la última vez que su presión arterial subió.

(Dibuje un círculo alrededor de **un** número)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **No intente****nada** | **No estoy seguro(a)** | **Algo seguro(a)** | **Seguro(a)** | **Muy seguro(a)** |
| ¿Qué tan seguro estaba que la acción ayudó o no ayudó? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

**SECCIÓN C:**

En general, qué confianza tiene de poder:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nada de confianza** | **Algo de confianza** | **Muy confiado(a)** | **Extremadamente****confiado(a)** |
| 18. ¿Controlar su presión arterial? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. ¿Seguir su régimen de tratamiento? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. ¿Reconocer cambios en su salud? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. ¿Evaluar cambios en su presión arterial? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. ¿Tomar acciones para controlar su presión arterial? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. ¿Evaluar qué tan bien funciona una acción? | 1 | 2 | 3 | 4 |