**INVENTARIO DE AUTOCUIDADO DE PRESIÓN ARTERIAL ALTA (SC-CH V3)**

*Todas las respuestas son confidenciales*

Piense en cómo se ha sentido en el último mes mientras completa estas preguntas.

**SECCION A:**

A continuación, una lista de las indicaciones más comunes que se dan a las personas con presión arterial alta. ¿Con qué frecuencia hace lo siguiente?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nunca o raramente** |  | **Algunas veces** |  | **Siempre o diariamente** |
| 1. ¿Asiste a las citas con su proveedor de atención médica? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. ¿Toma sus pastillas para la presión arterial? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Hace algo para aliviar su estrés (ejem. meditación, yoga, música? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Hace alguna actividad física (ejem. caminata ligera, usa las escaleras)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Toma medicamentos recetados sin omitir una dosis? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Pide alimentos bajos en sal al comer fuera o al visitar a otros? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Evita enfermarse (ejem. vacuna antigripal, lavarse las manos)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Come frutas y vegetales? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Evita los cigarrillos y/o los fumadores? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**SECCION B:**

A continuación, una lista de las cosas más comunes que las personas con presión arterial alta controlan ¿Con qué frecuencia hace lo siguiente?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nunca o raramente** |  | **Algunas veces** |  | **Siempre o diariamente** |
| 1. ¿Monitorea su condicion? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. ¿Pone atención a los cambios de cómo se siente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Revisa su presión arterial? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Vigila si se cansa más de lo habitual realizando actividades normales? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Vigila los efectos secundarios de la medicación? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Vigila los síntomas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Controla su peso? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**RECONOCIMIENTO**

Muchas personas tienen dificultad para controlar su presión arterial. En el mes pasado, ¿ha tenido la presión arterial alta, aunque sea brevemente? Circule uno

1. no
2. si
3. se desconoce

Si tuvo dificultad para controlar su presión arterial en el último mes...

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **No he tenido esto** | **No lo reconocí** | **No rápidamente** |  | **Algo rápido** |  | **Muy rápido** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. ….¿con qué rapidéz reconoció que su presión arterial había subido? | N/A | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**SECCION C:**

A continuación, una lista de acciones que las personas con presión arterial hacen. Si su presión arterial sube ¿qué probabilidad hay de que haga una de éstas?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **No es probable** | **Algo probable** | | | **Muy probable** |
| 1. Reducir la sal en su dieta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Tomar su medicamento para la presión arterial regularmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Llamar a su profesional médico para obtener orientación | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Reducir su nivel de estrés | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Informar a su proveedor médico sobre el síntoma en la próxima visita al consultorio | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Reducir su consumo de cafeína (café, cola, té) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Piensa en una acción que trataste la última vez que su presión arterial estubo alta. (circule un número)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **No hice nada** | **No estoy seguro** | **Algo seguro** | | | **Muy seguro** |
| 1. ¿Qué tan seguro estubo de que la acción que usó ayudó? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |