**INVENTARIO DE AUTOCUIDADO**

*Todas las respuestas son confidenciales.*

Al contestar la siguiente encuesta, piensa en cómo te has estado sintiendo en el último mes.

**SECCIÓN A:**

A continuación se enumeran algunos comportamientos de cuidado personal que las personas practican comunmente. ¿Con qué frecuencia realiza usted lo siguiente?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nunca**  |  | A veces |  | Frecuentemente |
| 1. ¿Se asegura de dormir lo suficiente?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Evita enfermarse (por ejemplo, vacunándose contra la gripe, lávese las manos)?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Realiza actividad física (por ejemplo, caminar a paso ligero, usar las escaleras)?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Come una dieta equilibrada y variada?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Consulta a su proveedor de atención médica para recibir atención médica de rutina (por ejemplo, controles de salud rutina, dentista, ginecólogo)?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Si/cuando le prescriben medicamentos, ¿se los toma sin omitir ninguna dosis?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Hacer algo para aliviar el estrés (por ejemplo, meditación, yoga, música)?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Evita el humo del tabaco (tanto, si usted fuma o si está fumando alguien cerca de usted)?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**SECCIÓN B:**

A continuación se enumeran aspectos de cuidado personal que la gente se controla. ¿Con qué frecuencia o rutinariamente hace lo siguiente?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nunca**  |  | A veces |  | Frecuentemente |
| 1. ¿Monitorea su estado de salud?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Si/cuando le prescriben medicamentos, ¿Vigila los efectos secundarios del medicamento?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Presta atención a los cambios en cómo se siente?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Controla si se cansa más de lo habitual al realizar actividades normales?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Vigila los síntomas?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

##### Piense en la última vez que tuvo un síntoma. Puede ser un síntoma de cualquier cosa: un resfriado, una mala noche de sueño, una enfermedad. También podría ser una reacción a un medicamento.

(encierra en **un** círculo elnúmero que mejor refleje su respuesta)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **No reconocí el síntoma** | **No rápidamente** |  | **Un poco rápido** |  | **Rapidísimo** |
| ¿Qué tan rápido lo reconoció como síntoma de una enfermedad, un problema de salud o un efecto secundario de un medicamento? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**SECCIÓN C:**

A continuación se enumeran comportamientos que pueden ser utilizados para controlar síntomas. **¿Qué probabilidades hay de que utilice alguno de estos cuando presenta síntomas?**

(Encierra en **un** círculo el número que mejor refleje la probabilidad de que usted realice cada comportamiento)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **No probable** |  | **Algo probable** |  | **Muy probable** |
| 1. ¿Cambiar lo que come o bebe para que el síntoma disminuya o desaparezca?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Cambiar su nivel de actividad (por ejemplo, disminuir el ritmo o descansar)?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Tomar algún medicamento para disminuir o desaparecer el síntoma?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Informar a su proveedor de atención médica sobre el síntoma en la próxima visita al consultorio?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Llamar a su proveedor de atención médica para obtener orientación?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

##### **Piense en las cosas que hizo la última vez que tuvo un síntoma...**

(encierre en un círculo el número que mejor refleje su realidad)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **No hice nada** | **No estoy segura** |  | **Estoy un poco segura** |  | **Estoy muy segura** |
| 1. ¿Las cosas que hizo le hicieron sentir mejor?
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

¡GRACIAS POR COMPLETAR ESTA ENCUESTA!

**ESCALA DE AUTOEFICACIA EN EL AUTOCUIDADO**

*Todas las respuestas son confidenciales.*

Generalmente, qué tanta seguridad tiene en que puede o podría:

(encierra en un círculo un número para cada afirmación)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **No estoy seguro** |  | **Un poco seguro** |  | **Muy seguro** |
| 1. ¿Mantenerse estable y libre de síntomas?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Sigue el plan si se te ha dado un tratamiento?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Eres persistente en seguir un plan si se te ha dado un tratamiento indicado incluso cuando sea difícil hacerlo?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Monitorea su estado de salud habitualmente?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Eres persistente en el monitoreo rutinario de tu estado de salud incluso cuando es difícil hacerlo?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Reconoces los cambios en tu salud si aparecen?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Evalúa la importancia de tus síntomas?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Hace algo para aliviar sus síntomas?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Insistes en encontrar un remedio a tus síntomas incluso cuando es difícil?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Evalúa que tan bien funciona un remedio?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

¡GRACIAS POR COMPLETAR ESTA ENCUESTA!