



ENCUESTA: AUTOMANEJO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

1. Número de encuesta: _____ Número de expediente _____
 Nombre: _____ (Colocar el primer nombre)
 Dirección: Calle: _____ Número: _____ Colonia: _____
 Teléfono fijo: _____ Teléfono celular: _____

I. ASPECTOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

2. Edad _____
 3. Sexo: Femenino () Masculino ()
 4. Estado civil: Casado/Unión libre () viudo () divorciado () Soltero ()
 5. Por favor marque el número que indique el año más alto de escuela que ha completado:
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23+
 (Primaria) (Secundaria) (Preparatoria) (Universidad)

6. ¿Qué tipo de seguro médico tiene? (Marque todas las que aplique)
 Ninguno
 Seguro popular
 Seguro Social
 Seguro privado (a través del empleador o por cuenta propia)
 Otro Especifique: _____

II. ASPECTOS DE SU SALUD Y ENFERMEDAD

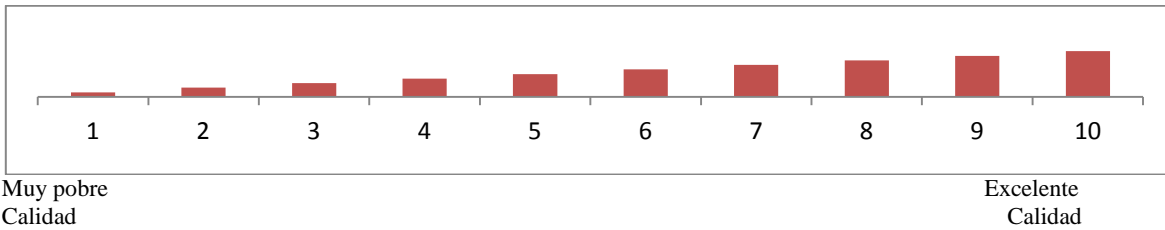
7. Por favor indique abajo cuáles son las enfermedades crónicas que usted tiene (marque todas las que aplique)
 Diabetes tipo 2/azúcar alta en la sangre
 Diabetes tipo 1/azúcar alta en la sangre
 Asma
 Bronquitis crónica, enfisema o enfermedad pulmonar
 Otras enfermedades del pulmón Especifique: _____
 Presión arterial alta
 Enfermedad del corazón Especifique: _____
 Artritis o enfermedades reumáticas Especifique: _____
 Cáncer Especifique: _____
 Depresión
 Ansiedad u otra enfermedad emocional o mental
 Otra enfermedad crónica Especifique: _____

8. Tiempo de haber sido diagnosticada la PRIMERA ENFERMEDAD (diabetes, hipertensión o cáncer: Señale la enfermedad y el tiempo) _____

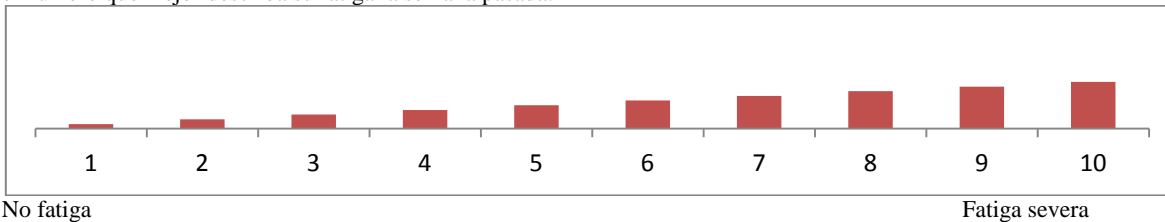
9. Generalmente, Ud. diría que su salud es: (marque sólo una respuesta)
 Excelente 1
 Muy Buena 2
 Buena 3
 Regular 4
 Mala 5

SÍNTOMAS

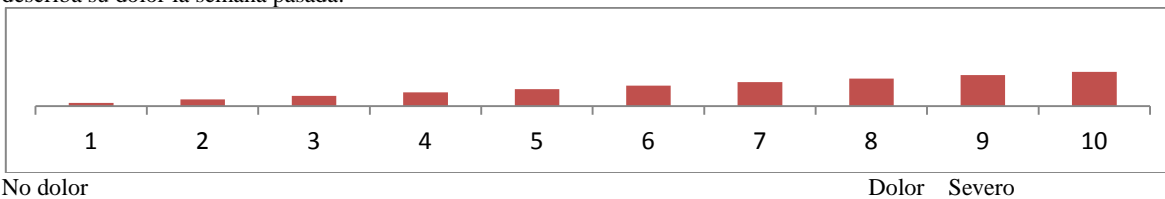
10. ¿En general cómo calificaría Ud. su calidad de vida? Por favor marque el número que describa su calidad de vida durante la semana pasada:



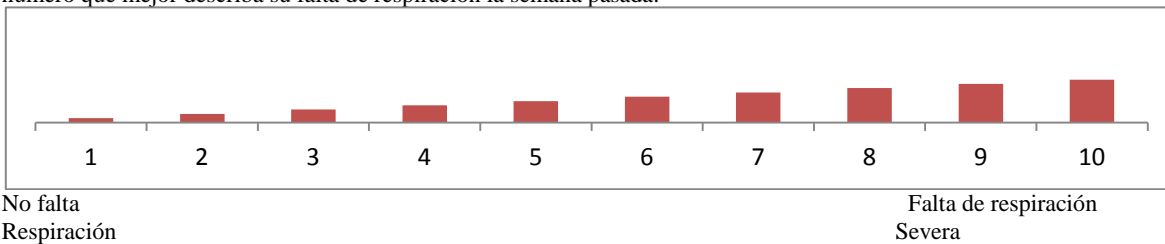
11. Nosotros estamos interesados en saber si usted ha sido afectado(a) por la fatiga. Por favor marque en la escala de abajo el número que mejor describa su fatiga la semana pasada:



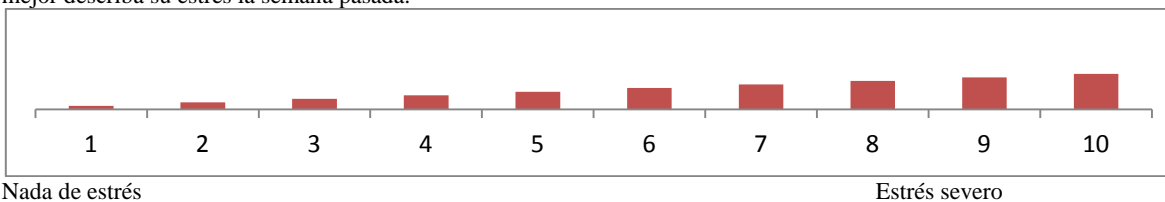
12. Nosotros estamos interesados en saber si usted ha sido afectado(a) por el dolor. Por favor marque el número que mejor describa su dolor la semana pasada:



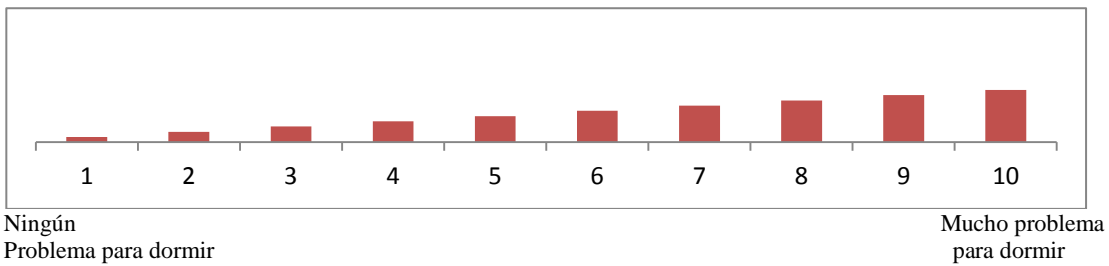
13. Nosotros estamos interesados en saber si Usted ha sido afectado(a) por falta de respiración. Por favor marque el número que mejor describa su falta de respiración la semana pasada:



14. Nosotros estamos interesados en saber si Usted ha sido afectado(a) por el estrés. Por favor marque el número que mejor describa su estrés la semana pasada:



15. Nosotros estamos interesados en saber si Usted ha sido afectado por problemas para dormir. Por favor marque el número que mejor describa su problema para dormir la semana pasada:



SU SALUD ACTUAL

16.- Piense un poco acerca de su salud física, la cual incluye enfermedades físicas o causadas por accidentes. **¿Cuántos días durante el mes pasado su salud física NO FUE BUENA?**

_____ DIAS

17.- Piense un poco acerca de su salud mental, la cual incluye estrés, depresión y problemas emocionales. **¿Cuántos días durante el mes pasado su salud mental NO FUE BUENA?**

_____ DIAS

18. Durante el mes pasado, por cuántos días su salud física y mental no lo dejó (a) hacer sus actividades usuales, como su cuidado personal, trabajo o salir a pasear?

_____ DIAS

19. Durante la semana pasada, Cuánto tiempo? (Marque sólo UNA respuesta).

	En nada	Un poco	En forma Moderada	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo
	0	1	2	3	4
1. ¿ Ha interferido su salud en sus actividades normales con su familia, amigos, vecinos o grupos?					
2. ¿ Ha interferido su salud con sus actividades recreativas o pasatiempos?					
3. ¿Ha interferido su salud con sus quehaceres domésticos?					
4. ¿ Ha interferido su salud en sus mandados y compras?					

ACTIVIDADES FÍSICAS

20.- Durante la semana pasada, aún si no fue una semana normal, ¿cuánto tiempo en total usó (en toda la semana) en cada de las siguientes actividades? (Por favor marque una respuesta para cada frase.)

¿Cuánto tiempo en toda la semana...?

	Ninguno	Menos de 30 minutos (15 min)	30-60 minutos (45 min)	1-3 horas (120min)	Más de 3 horas (180min)
	0	1	2	3	4
1.-Hacer ejercicio para estirar y fortalecer los músculos					
2.- Caminar					
3. Nadar o hacer ejercicios en agua					
4.-Andar en bicicleta (Incluye bicicletas estacionarias)					
5.- Usar máquinas para ejercicios (como escaladora, caminadora, etc.)					
6.- Hacer otro ejercicio aeróbico (especifique:_____)					

MEDICAMENTOS

- 21.¿Se le olvida alguna vez tomar su medicina? a)No b) Si
 22 ¿Tiene problemas en recordar tomar su medicina? a) No b) Si
 23 ¿Cuándo usted se siente mejor, deja algunas veces de tomar sus medicinas? a) No b) Si
 24¿Algunas veces cuando se siente mal por tomar la medicina, deja de tomarla? a) No b) Si

INDICACIONES MÉDICAS

25.¿Cuán seguro(a) se siente usted de entender Las indicaciones del médico?

Marque un número:

Muy seguro	Seguro	Moderadamente Seguro	Poco Seguro	No seguro
4	3	2	1	0

AFECTOS / EMOCIONES

26.Cuanto tiempo durante la semana pasada...

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
	0	1	2	3
1.¿ Sintió tener poco interés o placer en hacer las cosas?				
2.¿Se sintió desanimado ,deprimido, o sin esperanza?				
3.¿Tuvo problemas para dormir o durmió demasiado?				
4.¿Se sintió cansado o con poca energía?				
5.¿Sintió tener poco o demasiado apetito?				
6.¿Se sintió mal consigo mismo, pensó que usted es un fracaso – o que le ha fallado a su familia?				
7.¿Tuvo dificultad en concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar la televisión?				
8. ¿Notó que se movía tan lentamente o hablaba tan despacio que las otras personas pudieran haberlo notado, o lo contrario– estuvo inquieto(a) o impaciente y se movió mucho más de lo usual?				

COMUNICACIÓN CON EL MÉDICO

27. Cuando tiene consulta con su médico, con qué frecuencia hace lo siguiente
(Por favor marque un número para cada pregunta):

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Con alguna frecuencia	Muy frecuente	Siempre
	0	1	2	3	4	5
1.Prepara una lista de preguntas para su médico						
2.Hace preguntas acerca de las cosas que quiere saber y de las cosas que no entiende de su tratamiento						
3. Discuten sobre problemas personales que pueden estar relacionados con su enfermedad						

En los pasados seis meses....

28.¿Cuántas veces ha visitado al médico? No incluya visitas si estuvo hospitalizado(a) o en la sala de emergencia del hospital.....VISITAS

29.- En los pasados seis meses ¿Cuántas veces visitó la sala de emergencia del hospital? VECES

30.- En los pasados seis meses ¿Cuántas veces estuvo Hospitalizado por una noche o más?.....VECES

31.- ¿Cuántas NOCHES estuvo hospitalizado en los pasados seis meses?NOCHES

III. AUTOMANEJO DE SU ENFERMEDAD CRÓNICA

32.-De las siguientes preguntas nos gustaría saber qué piensa Ud. de sus habilidades para controlar su enfermedad. Por favor marque el número que mejor corresponda a su nivel de seguridad de que puede realizar en este momento las siguientes tareas.

1 ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evitar que la fatiga o cansancio debido a su enfermedad interfiera con las cosas que quiere hacer?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muy inseguro(a)			Algo						muy seguro(a)

2.- ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evitar que las dolencias físicas o el dolor debido a su enfermedad interfieran con las cosas que quiere hacer?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muy inseguro(a)			Algo						muy seguro(a)

3.- ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evitar que el estado emocional y estrés debido a su enfermedad interfiera con las cosas que quiere hacer?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muy inseguro(a)			Algo						muy seguro(a)

4.- ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evitar que algunos otros síntomas o problemas de salud que interfieran con las cosas que quiere hacer?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muy inseguro(a)			Algo						muy seguro(a)

5.- ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder hacer diferentes tareas o actividades necesarias para manejar su condición de salud de tal manera que reduzca la necesidad de ver al doctor?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muy inseguro(a)			Algo						muy seguro(a)

6.-¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder hacer otras cosas además de tomar su medicación para reducir lo que la enfermedad le afecta cada día?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muy inseguro(a)			Algo						muy seguro(a)

33. .Por favor marque con un círculo el número que considere se acerca más a su respuesta.

1.	En general, lo que conoce usted acerca de su estado de salud es:								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
	Muy poco		Algo				Mucho		
2.	En general, lo que conoce acerca de su tratamiento, incluyendo medicamentos y de su estado de salud es :								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
	Muy poco		Algo				Mucho		
3.	Toma las medicinas y/o medicamentos y lleva a cabo los cuidados indicados por su médico o trabajador de salud								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
	Muy poco		Algo				Mucho		
4.	Le comparte a su médico o trabajador de salud sobre aspectos que usted decide en sus cuidados de su enfermedad, como tomar téis o recibir terapias alternativas								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
	Muy poco		Algo				Mucho		
5.	Es capaz de solicitarle al médico o trabajador de salud algunos aspectos que considere deben cambiar en su tratamiento o incorporar algunas cosas que a usted le gustaría, como cambiar las medicinas, interconsultas ,etc								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
	Muy poco		Algo				Mucho		
6.	Asiste a las citas programadas por su médico o trabajador de salud								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
	Muy poco		Algo				Mucho		
7.	Se mantiene al tanto de sus síntomas y signos de alerta temprana (por ejemplo, los niveles de azúcar en la sangre, limite de presión arterial, peso, falta de aliento, dolor, problemas de sueño, estado de ánimo):								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
	Muy poco		Algo				Mucho		
8.	Toma medidas a las primeras señales de advertencia y cuando los síntomas empeoran								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
	Muy poco		Algo				Mucho		
9.	Puede manejar los efectos secundarios de su estado de salud con relación a la actividad física diaria (caminar, las tareas del hogar):								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
	Muy poco		Algo				Mucho		
10.	Puede mantener el equilibrio emocional y espiritual con respecto a su estado de salud.								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
	Muy poco		Algo				Mucho		
11.	Puede interactuar con otras personas cotidianamente, a pesar de su estado de salud.								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
	Muy poco		Algo				Mucho		
12.	En general, lleva un estilo de vida saludable: me las arreglo para vivir una vida sana (por ejemplo, no fumar, moderado de alcohol, la alimentación sana, actividad física regular, controlar el estrés):								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
	Muy poco		Algo				Mucho		

DATOS FAMILIARES

Por favor responda las siguientes preguntas con relación a su familia:

34. Número de miembros: _____ 35. Ubicación en la familia: _____

36. Tipo de familia:

- 1) Nuclear () 2) Nuclear modificada () 3) Nuclear reconstituida () 4) Extensa ()
 2) 5) Pareja () 6) Atípica ()

37-. Ahora nos gustaría conocer su opinión sobre el apoyo familiar o de amigos, por favor responda según considere las siguientes preguntas:

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
	0	1	2	3	4
1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
2. Me satisface la participación que mi familia me brinda y permite.					
3. Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
4. Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como enojo, tristeza, amor y otros.					
5. Me satisface cómo compartimos en mi familia; a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios en la casa, c) el dinero.					
6. Estoy satisfecha con el soporte que recibo de mis amigos(as).					
7. ¿Tiene usted algún(a) amigo(a) cercano(a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					

38. En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:

	Mucho menos de lo que quiero/me gustaría	Menos de lo que quiero/me gustaría	Ni mucho ni poco	Casi como lo quiero/me gustaría	Tanto como lo quiero/me gustaría
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					

MARCADORES BIOLÓGICOS

FECHA/ HORA	Hr. ÚLTIMO ALIMENTO	PESO	TALLA	GLUCOSA	TENSIÓN ARTERIAL

PARA EL ENCUESTADOR

- 1)**Familia nuclear:** Está constituida por ambos padres biológicos y los hijos. Se caracteriza por la presencia de dos generaciones de consanguinidad.
- 2)**Familia nuclear modificada:** Comprende las familias donde solo está el padre o la madre con los hijos; pueden ser hijos de diferentes uniones.
- 3)**Familia nuclear reconstruida:** Familia donde hay pareja pero no todos los hijos son del mismo padre o madre. Hay presencia de padrastro o madrastra.
- 4)**Familia extensa:** Esta compuesta por miembros de tres generaciones: abuelos, padres, hijos y nietos. O en la que además de los padres e hijos, está vinculado otro miembro de consanguinidad de la generación de los padres o de los hijos: tíos, primos de los padres o sobrinos. También pueden ser personas de la generación de los abuelos o nietos con o sin la presencia de los padres.
- 5)**Pareja:** Esta compuesta únicamente por dos personas, que mantienen una relación de tipo conyugal, estén casados o en unión libre. No hay presencia de hijos, padres u otros miembros ya sean consanguíneos o no. Puede ser un núcleo gestante.
- 6)**Familia atípica:** Su composición no se enmarca en ninguna de las anteriores tipologías. Pueden ser parejas o grupos de personas con o sin lazos consanguíneos