

ID No.



Cuestionario sobre el impacto de los programas de educación sobre la salud

Versión 2.0 BASE

Instrucciones

Gracias por tomarse el tiempo para participar en esta encuesta.

No hay respuestas correctas o incorrectas pero por favor asegúrese de responder a todas las preguntas lo mejor que pueda.

Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta o quisiera estar seguro de que entiende lo que debe hacer, por favor comuníquese con su líder del curso.

Sus respuestas son confidenciales y no serán leídas por su líder del curso. Usted puede devolver el heiQ™ (Cuestionario sobre el Impacto de los Programas de Educación para la Salud) a su líder del curso o enviarlo directamente a la Unidad de Investigación sobre el Auto-manejo de Enfermedades Crónicas. Si lo devuelve a su líder del curso, por favor use el sobre provisto y ciérrelo para mantener la confidencialidad.

Gracias nuevamente por su ayuda.

Richard Osborne, PhD
Unidad de Investigación sobre el Auto-manejo de Enfermedades Crónicas
Centro para Enfermedades Reumáticas, Departamento de Medicina
The Royal Melbourne Hospital, Universidad de Melbourne
Parkville, VIC 3050

Teléfono: (03) 8344 3148

Fax: (03) 9342 7632

		Date	Initials
OFFICE USE ONLY	Received	_____	_____
	Entered	_____	_____

Instrucciones

Por favor indique hasta qué grado usted está en desacuerdo o está de acuerdo con las siguientes declaraciones y marque la respuesta que mejor describe su situación en este momento.

Ejemplo

La señora Juana Ciudadana ha respondido estas preguntas de la siguiente manera:

Marque el casillero con una cruz:

Ahora mismo

Muy en desacuerdo
En desacuerdo
De acuerdo
Muy de acuerdo

Preguntas:

1. Practico algunos de mis pasatiempos.
2. Tengo un plan para hacer actividades físicas.

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En la pregunta 1, la respuesta de Juana indica que ahora ella está de acuerdo con que ultimamente ha estado practicando algunos de sus pasatiempos.

En la pregunta 2, Juana está en desacuerdo con la declaración de que ahora tiene un plan para hacer actividades físicas.

Por favor responda a las siguientes preguntas:

Marque el casillero con una cruz:

Ahora mismo

Muy en desacuerdo
En desacuerdo
De acuerdo
Muy de acuerdo

- 1 La mayoría de los días hago al menos una actividad para mejorar mi salud (por ej. caminar, relajación, ejercicios).
- 2 No me inquieto cuando pienso en mi salud.
- 3 La mayoría de los días hago algunas de las cosas que realmente disfruto.
- 4 Además de ver a mi médico, controlo regularmente los cambios en mi estado de salud.
- 5 A menudo me preocupo por mi salud.
- 6 Trato de aprovechar mi vida al máximo.
- 7 Sé que cosas pueden provocar cambios en mi estado de salud y empeorarlos.
- 8 Mis problemas de salud me hacen sentir muy insatisfecho con mi vida.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor responda a las siguientes preguntas:

Marque el casillero con una cruz:

Ahora mismo

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
9	Hago cosas interesantes en mi vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Me siento seguro cuando pienso en mi salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Sé cuando mi estilo de vida (por ej. ejercicio, dieta, estrés) me está creando problemas de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Hago por lo menos un tipo de actividad física todos los días durante 30 minutos como mínimo (por ej. caminar, jardinería, tareas domésticas, golf, bochas, bailar, Tai Chi, natación).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Si pienso en mi salud, me siento contento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Tengo planes para hacer cosas placenteras durante los próximos días.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	A pesar de mis problemas de salud, estoy satisfecho con mi vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Entiendo claramente cuándo y porqué debo tomar mis medicamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	A menudo me siento enojado cuando pienso en mi salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	La mayoría de los días de la semana, dedico tiempo a actividades sanas (por ej. caminar, relajación, ejercicio).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Me siento desesperado debido a mis problemas de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Siento que vivo la vida activamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Cuando tengo problemas de salud, tengo un entendimiento claro de lo que necesito hacer para controlarlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Me siento tranquilo cuando pienso sobre mi salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Cuido atentamente mi salud y hago lo necesario para mantenerme lo más sano posible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Me altero cuando pienso en mi salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Para hacer ejercicio, camino durante 15 minutos diarios como mínimo, la mayoría de los días de la semana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Me siento optimista acerca de mis problemas de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Con mi salud en mente, tengo expectativas realistas de lo que puedo y no puedo hacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Si pienso en mi salud, me deprimó.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque el casillero con una cruz:

Ahora mismo

Muy en desacuerdo
En desacuerdo
De acuerdo
Muy de acuerdo

29	Sé muy bien como usar dispositivos de ayuda para mi salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Si necesito ayuda, hay mucha gente con la que puedo contar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Tengo métodos eficaces para evitar que mis síntomas (por ej. molestias, dolor, estrés) me limiten en lo que puedo hacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Tengo una relación muy positiva con los profesionales de la salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Tengo una muy buena idea de cómo manejar mis problemas de salud.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Cuando tengo síntomas, tengo medios que me ayudan a sobrellevarlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Trato de no dejar que mis problemas de salud me impidan disfrutar la vida.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Tengo suficientes amigos que me ayudan a sobrellevar mis problemas de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Me comunico con mucha seguridad con mi médico sobre las necesidades de cuidado de mi salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Sé bien qué aparatos de ayuda podrían hacer que mi vida sea más fácil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Cuando me siento enfermo, mi familia y los que me cuidan realmente entienden la situación por la que atravieso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Les doy a los profesionales de la salud con mucha seguridad la información que necesitan para ayudarme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Mis necesidades están satisfechas a través de los recursos para el cuidado de la salud disponibles (por ej. médicos, hospitales y servicios comunitarios)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Mis problemas de salud no me arruinan la vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	En general, siento que mis amigos y mi familia me cuidan bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Siento que llevo una muy buena vida aún cuando tengo problemas de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Tengo suficientes oportunidades de hablar sobre mis problemas de salud con gente que entiende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Trabajo en equipo con mis médicos y otros profesionales de la salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	No permito que mis problemas de salud me controlen la vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Tengo estrategias eficaces que me ayudan a manejar el estrés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Si otras personas pueden sobrellevar problemas como el mío, yo también puedo hacerlo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Algunos datos sobre usted

50 ¿Cuál es su edad?

51 Sexo

Femenino Masculino

52 ¿Cuál es el código postal de su casa?

53 ¿Cuántas personas mayores de 18 viven en su casa?, incluido usted.

54 ¿Es usted Aborigen o Isleño del Estrecho de Torres?

Sí No

55 ¿En qué país nació?
(Por favor especifique)

56 ¿Habla en su casa otro idioma que no sea inglés?
(Por favor especifique)

57 ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha alcanzado?

- Ninguno o parte de la escuela primaria.
 Escuela primaria
 Escuela secundaria hasta año 8
 Escuela secundaria hasta año 12
 TAFE/Oficio
 Universidad o superior

58 ¿Sufre alguna enfermedad, discapacidad o dolencia de larga data que lo ha molestado durante un tiempo o posiblemente le afecte en algún momento en el futuro?
(Por favor indique con un **todo** lo que corresponda)

- Osteoartritis
 Artritis reumática
 Fibromialgia
 Osteoporosis
 Enfermedad Coronaria
 Asma
 Diabetes
 Cáncer
 Depresión
 Otras

(Por favor especifique)

59 Por favor indique su problema de salud **más importante** (indique solamente **uno**)

Fecha de hoy (completar)

/ / 2007

60 ¿Ha participado alguna vez en un curso de educación para la salud o programas de rehabilitación? (por ej. programa para la artritis, asma, diabetes, etc.)

Si la respuesta es **SÍ**, por favor especifique:

Tipo	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

61 ¿Cuáles de las declaraciones siguientes describe mejor su condición de fumador?

(Por favor marque solamente **una**).

- a Fumo diariamente b Fumo ocasionalmente
c No fumo d Nunca he fumado

62 ¿Percibe un salario en la actualidad?
(Por favor marque solamente **una**).

- a Sí, empleo de jornada completa
b Sí, empleo de jornada parcial
c No, desempleado
d No, tareas domésticas
e No, retirado/pensionado

Otro (Por favor especifique)

63 ¿Tiene una Tarjeta de Concesión para el Cuidado de la Salud (*Health Care Concession Card*)?

Si la respuesta es **SÍ**, – marque () **cualquiera** que corresponda.

- a No
b Tarjeta de Concesión de Pensionado (*PCC*)
c Tarjeta de Cuidado de Salud del Commonwealth (*HCC*)
d Tarjeta de Cuidado de Salud para personas de la tercera edad
e Tarjeta de Repatriación del Departamento de Asuntos de Veteranos de la Guerra
f Tarjeta de Salud por Bajos Ingresos (*LIC*)

Otro (Por favor especifique)

64 Además de Medicare, ¿tiene usted cobertura privada de salud?

Sí No

65 ¿Tiene planificado bajar de peso en el futuro cercano?

Sí No

66 Por favor indique su

	Estatura actual	Peso actual
a	<input type="text"/> Pies/pulgadas	<input type="text"/> libras
	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> Kg

**Gracias por tomarse tiempo para completar este cuestionario.
Por favor asegúrese de haber respondido a todas las preguntas.**