



Centinela CIAS:
Nombre:

Cuidador CIP:
Nombre:

CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR (ESCALA COOP-WONC).

Marque con una cruz, como está la afirmación en cada sección que describa mejor su estado de salud en **durante las 2 últimas semanas**

1. Forma física. ¿Cuál ha sido la actividad física máxima que ha podido realizar durante, al menos, 2 minutos en las últimas 2 semanas?

- Muy intensa (ej. correr deprisa)
- Intensa (ej. correr con suavidad)
- Moderada (ej. caminar a paso rápido)
- Ligera (ej. caminar despacio)
- Muy ligera (ej. Caminar lentamente o no poder caminar)

2. Sentimientos. ¿En qué medida le han molestado problemas emocionales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad, tristeza o desánimo?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Intensamente

3. Actividades cotidianas. ¿Cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de problemas físicos o emocionales?

- Ninguna en absoluto
- Un poco de dificultad
- Dificultad moderada
- Mucha dificultad
- No he podido hacer nada

4. Actividades sociales. ¿Su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

- Nada en absoluto
- Ligeramente
- Moderadamente
- Bastante
- Muchísimo

5. Cambio de estado de salud. ¿Cómo califica su estado de salud en comparación con el de hace 2 semanas?

- Mucho mejor
- Un poco mejor
- Igual, por el estilo
- Un poco peor
- Mucho peor

6. Estado de salud. Durante las 2 últimas semanas, ¿cómo califica su estado de salud general?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

7. Dolor. Durante las 2 últimas semanas, ¿cuánto dolor ha tenido?

- Nada de dolor
- Dolor muy leve
- Dolor ligero
- Dolor moderado
- Dolor intenso

8. Apoyo social. ¿Había alguien dispuesto a ayudarte si lo necesitaba y quería ayuda?

- Sí, todo el mundo estaba dispuesto a ayudarme
- Sí, bastante gente
- Sí, algunas personas
- Sí, había alguien
- No, nadie en absoluto

9. Calidad de vida. ¿Qué tal han ido las cosas durante las últimas 2 semanas?

- Estupendamente, no podrían ir mejor
- Bastante bien
- A veces bien, a veces mal. Bien y mal a partes iguales
- Bastante mal
- Muy mal, no podrían haber ido peor



Centinela CIAS:
Nombre:

Cuidador CIP:
Nombre:

EXPERIENCIAS REFERIDAS POR EL CUIDADOR

1. **¿Cuánto tiempo lleva cómo cuidador?:** años, meses.
2. **¿Por qué motivos es usted el cuidador/a (marque todos los que crea adecuados)?**
Soy el familiar más cercano
Soy la única persona disponible
Económicos (no puedo pagar un cuidador profesional)
Soy mujer
Ninguna
3. **¿A qué renuncia por ser cuidador? (posible respuesta múltiple)**
A mi vida social A mi vida familiar A mi tiempo libre A mi trabajo
A nada
4. **¿Cree que su entorno, familia, amigos, etc. reconocen su papel de cuidador?**
Nada Casi nada A veces Casi siempre Siempre
5. **¿Estoy informado/a de los recursos sanitarios y sociales que me pueden ayudar?**
Sí lo estoy No lo estoy No sé
6. **¿Cómo percibe usted, como cuidador, la ayuda sanitaria y social disponible?**
Adecuada Insuficiente No sé
7. **¿Le dan los profesionales sanitarios Instrucciones para el cuidado y tratamiento de la persona que cuida?**
Nunca Casi Nunca A veces Casi siempre Siempre
8. **¿Se han tenido en cuenta sus necesidades, comentarios y sugerencias para el cuidado y tratamiento de la persona que cuida?**
Nunca Casi Nunca A veces Casi siempre Siempre
9. **¿Sabe dónde tiene que contactar cuando la persona que cuida tiene una urgencia?**
Sí No NS/NC
10. **¿Los profesionales sanitarios y sociales que atienden a la persona que cuida, ¿se preocupan por mi salud y mi calidad de vida?**
Nunca Casi Nunca A veces Casi siempre Siempre
11. **Le han informado de los mecanismos que dispone para prevenir la sobrecarga física y mental y como mejorar su bienestar.**
Sí No No sé