

**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 que ha realizado durante, al menos, 2 minutos?**

- Muy intensa (ej. correr deprisa)
- Intensa (ej. correr con suavidad)
- Moderada (ej. caminar a paso rápido)
- Ligeramente (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 dos 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 dos 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

## **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

