



Encuesta personal para familiares cuidadores

del Estado de Washington

Personal Family Caregiver Survey

Esta encuesta es para **familiares cuidadores no remunerados** y se usa en conjunto con una consulta personalizada con un especialista en prestación de cuidado de su Programa de Apoyo a Familiares Cuidadores local (parte de la Agencia del Área para Adultos Mayores).

Si aún no lo ha hecho, comuníquese con su Programa de Apoyo a Familiares Cuidadores local para obtener más información sobre la encuesta y sobre cómo se relaciona con los apoyos y recursos que ofrecen. Este enlace le será de utilidad: <https://www.dshs.wa.gov/AL TSA/resources>

Fecha de hoy _____

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____

_____ Condado de residencia _____

1. ¿Es usted la persona con más responsabilidad de cuidar a un adulto, como su cónyuge, pareja, padre, madre, pariente o amigo (el beneficiario del cuidado*)?

- Sí
- No

* El beneficiario del cuidado es cualquier adulto (de 18 años de edad o más) que necesite cuidado o supervisión de un cuidador no remunerado. Por ejemplo, un beneficiario del cuidado puede ser su cónyuge, pareja, padre, madre, hijo adulto, amigo, vecino u otro familiar.

2. ¿A quién cuida?

- | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Esposa | <input type="checkbox"/> Suegra | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Cuñado |
| <input type="checkbox"/> Esposo | <input type="checkbox"/> Suegro | <input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Nuera |
| <input type="checkbox"/> Pareja | <input type="checkbox"/> Abuela | <input type="checkbox"/> Hijo | <input type="checkbox"/> Yerno |
| <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Hija | <input type="checkbox"/> Alguien que no es un familiar |
| <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Nieto(a) | <input type="checkbox"/> Cuñada | <input type="checkbox"/> Otro, por favor describa: |

3. Instrucciones: Los siguientes son pensamientos y sentimientos que las personas experimentan en ocasiones al cuidar de un adulto. Lea cada una de las afirmaciones siguientes e indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con cada afirmación, marcando la casilla apropiada.

	Totamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Totamente de acuerdo
a. Las cosas de las que soy responsable no encajan muy bien con lo que quiero hacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. No siempre puede ser la persona que quiero ser cuando estoy con mi beneficiario del cuidado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Me resulta difícil aceptar toda la responsabilidad por mi beneficiario del cuidado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tengo problemas para aceptar la manera en que me relaciono con mi beneficiario del cuidado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. No estoy seguro de poder aceptar más responsabilidad de la que tengo ahora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Me resulta difícil aceptar las responsabilidades que ahora tengo que asumir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Instrucciones: Los siguientes son aspectos de la vida que pueden cambiar como resultado de las responsabilidades como cuidador. Por favor marque la casilla que refleja mejor cómo se siente respecto a cada una de las siguientes afirmaciones (continúa en la página 3).

<i>Mis responsabilidades como cuidador han:</i>	Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Demasiado
a. Causado conflictos con mi beneficiario del cuidado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Reducido el tiempo que tengo para mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Creado una sensación de desesperanza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Dado más sentido a mi vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Aumentado la cantidad de peticiones no razonables que hace mi beneficiario del cuidado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Evitado que realice actividades recreativas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mis responsabilidades como cuidador han:	Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Demasiado
g. Hecho que esté nervioso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Aumentado mi satisfacción en mi relación con el beneficiario del cuidado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Hecho que sienta que mi beneficiario del cuidado hace demandas muy superiores a lo que realmente necesita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Afectado negativamente mi vida social.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Causado que yo sufra depresión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Generado una sensación de logro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Hecho que sienta que mi beneficiario del cuidado se aprovecha de mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Cambiado mi rutina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Causado que sienta ansiedad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Hecho que me sienta bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Aumentado los intentos de manipularme de mi beneficiario del cuidado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. Dejado poco tiempo para mis amigos y familiares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. Hecho que me preocupe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. Hecho que disfrute más el tiempo que paso con el beneficiario del cuidado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. Hecho que casi no tenga tiempo para relajarme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. Hecho que aprecie mi tiempo con el beneficiario del cuidado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Instrucciones: Por favor indique con qué frecuencia ha sentido lo siguiente **durante la última semana.**

	Rara vez o nunca (menos de 1 día)	A veces o poco tiempo (1-2 días)	Ocasionalmente o un tiempo moderado (3-4 días)	Todo el tiempo (5-7 días)
a. Me molestaban cosas que generalmente no me molestan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tuve problemas para concentrarme en lo que estaba haciendo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Me sentí deprimido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sentí que todo lo que hacía requería un esfuerzo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Me sentí con esperanza por el futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Me sentí temeroso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Tuve sueño inquieto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Me sentí feliz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Me sentí solitario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. No podía "arrancar".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Por favor indique cuál de las siguientes opciones describe mejor la memoria de su beneficiario del cuidado.

- Sin problemas de memoria.
- Sospecha de problemas de memoria o cognitivos.
- Se sospecha una probable enfermedad de Alzheimer u otro tipo de demencia, pero no hay diagnóstico médico.
- Sí, hay un diagnóstico médico de enfermedad de Alzheimer o de otro tipo de demencia.

7. Considerando la **CONDICIÓN ACTUAL** del beneficiario del cuidado, ¿considerará la opción de que se mude a un entorno de cuidado a largo plazo fuera de su hogar?

- Definitivamente no.
- Probablemente no.
- Probablemente sí.
- Definitivamente sí.
- No aplica – el beneficiario del cuidado ya está en una institución.