

ESTUDIO SOBRE LA VIOLENCIA A LA PERSONA MAYOR CON DEMENCIA EN SALAMANCA

Hora de comienzo:.....

Entrevistador/a:.....

Código:.....

FECHA ENTREVISTA:

Día mes año

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL CUIDADOR DE LA PERSONA CON DEMENCIA

FECHA DE NACIMIENTO:.....

Día mes año

Teléfonos:.....

Casa Trabajo Móvil Otros

SEXO: 1. Varón 2. Mujer

Edad (edad desde el último cumpleaños):

¿Cuál es su relación con la persona con demencia?

1. Cónyuge 2. Hermano 3. Cuñado/a 4. Hijo/a 5. Yerno/nuera

6. Amigo/a

7. Otros (especificar:.....)

Nivel académico:

1. Sin estudios 2. Estudios primarios 3. Secundaria

4. Bachillerato 5. Estudios técnicos 6. Estudios universitarios

6a Licenciatura

6b Máster

6c Doctorado.

Hora de finalización:.....

En caso de no finalizar la encuesta anotar la hora en que se suspendió:.....

¿En qué pregunta se interrumpió la entrevista?.....

Fecha y hora en que reinició la encuesta:.....

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA PERSONA CON DEMENCIA

1. Estado civil

1. Casado/a 2. Separado/a 3. Viudo/a 4. Soltero/a 5. Unión libre

2. Forma de convivencia (¿con quién vive?)

1. Solo 2. Con 1 o más personas (una familia) 3. Institución 4. Varios
domicilios

3. En el caso de que viva solo, ¿tiene necesidad de ayuda externa? (se refiere a la incapacidad física)

1. Si 2. No

En caso afirmativo:

3.a ¿Tiene asistencia?

1. Si 2. No

En caso afirmativo:

1. Familiar 2. Vecinos o amigos 3. Enfermeras u otros asistentes

4. Educación: Nivel académico más alto de la persona mayor:

1. Sin estudios 2. Estudios primarios 3. Secundaria
4. Bachillerato 5. Estudios técnicos 6. Estudios universitarios
6a Licenciatura
6b Máster
6c Doctorado.

PREGUNTAS REFERIDAS A LA PERSONA MAYOR CON DEMENCIA

Apuntar el tipo de demencia que tiene (información facilitada por el neurólogo):

.....

5. CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD FUNCIONAL (PFEFFER)

1. ¿Maneja su propio dinero?

0. Normal; nunca lo hizo pero ahora sí

1. Con dificultad pero se maneja solo/a; nunca lo hizo, ahora tendría dificultad

2. Necesita ayuda 3. Dependiente

2. ¿Puede hacer sólo la compra (alimentos, ropa, cosas de casa)?

0. Normal; nunca lo hizo pero ahora sí

1. Con dificultad pero se maneja solo/a; nunca lo hizo, ahora tendría dificultad

2. Necesita ayuda 3. Dependiente

3. ¿Puede prepararse solo/a el café o el té y luego apagar el fuego?

0. Normal; nunca lo hizo pero ahora sí

1. Con dificultad pero se maneja solo/a; nunca lo hizo, ahora tendría dificultad

2. Necesita ayuda 3. Dependiente

4. ¿Puede hacerse solo/a la comida?

0. Normal; nunca lo hizo pero ahora sí

1. Con dificultad pero se maneja solo/a; nunca lo hizo, ahora tendría dificultad

2. Necesita ayuda 3. Dependiente

5. ¿Está al corriente de las noticias de su vecindario, de su barrio?

0. Normal; nunca lo hizo pero ahora sí

1. Con dificultad pero se maneja solo/a; nunca lo hizo, ahora tendría dificultad

2. Necesita ayuda 3. Dependiente

6. ¿Puede prestar atención y entender y discutir las noticias de la radio y programas de TV, libros y revistas?

0. Normal; nunca lo hizo pero ahora sí

1. Con dificultad pero se maneja solo/a; nunca lo hizo, ahora tendría dificultad

2. Necesita ayuda 3. Dependiente

7. ¿Recuerda si queda con alguien, las fiestas familiares (cumpleaños, aniversarios), los días festivos?

0. Normal; nunca lo hizo pero ahora sí

1. Con dificultad pero se maneja solo/a; nunca lo hizo, ahora tendría dificultad

2. Necesita ayuda 3. Dependiente

8. ¿Es capaz de manejar su propia medicación?

0. Normal; nunca lo hizo pero ahora sí

1. Con dificultad pero se maneja solo/a; nunca lo hizo, ahora tendría dificultad

2. Necesita ayuda 3. Dependiente

9. ¿Es capaz de viajar solo/a fuera de su barrio y volver a su casa?

- 0. Normal; nunca lo hizo pero ahora sí
- 1. Con dificultad pero se maneja solo/a; nunca lo hizo, ahora tendría dificultad
- 2. Necesita ayuda 3. Dependiente

10. ¿Saluda apropiadamente a sus amistades?

- 0. Normal; nunca lo hizo pero ahora sí
- 1. Con dificultad pero se maneja solo/a; nunca lo hizo, ahora tendría dificultad
- 2. Necesita ayuda 3. Dependiente

11. ¿Puede salir a la calle solo/a sin peligro?

- 0. Normal; nunca lo hizo pero ahora sí
- 1. Con dificultad pero se maneja solo/a; nunca lo hizo, ahora tendría dificultad
- 2. Necesita ayuda 3. Dependiente

Cuestionario realizado

- 1. Acompañante 2. Entrevistado

Puntuación total en el cuestionario de actividades funcionales de Pfeffer.....

En el caso de que el resultado del cuestionario de Pfeffer sea mayor ó igual que 6, realizar el cuestionario de KATZ:

6. CUESTIONARIO DE KATZ

En lo que sigue tenga en cuenta que la palabra ayuda significa supervisión, dirección o asistencia personal activa. Independencia significa sin supervisión, dirección o asistencia personal activa, excepto en lo específicamente comentado. Si su familiar rehúsa realizar una actividad es considerado como que no puede realizarla, aunque se piense que no esté incapacitado.

1. ¿Puede su familiar bañarse o ducharse?

- 1. No recibe ayuda (entra y sale de la regadera o tina por sí mismo si la bañera o ducha es la forma habitual de lavarse)
- 2. Recibe ayuda en la limpieza de sólo una parte del cuerpo (por ejemplo, la espalda o el cuerpo).
- 3. Recibe ayuda en más de una parte del cuerpo o ayuda al entrar o salir de la regadera o tina o no se baña)

2. ¿Puede su familiar vestirse? (toma ropa del armario y cajones, incluye ropa interior y prendas externas y uso de broches)

1. Toma la ropa y se viste completamente sin ayuda
2. Sin ayuda, excepto para atarse los zapatos
3. Recibe ayuda en tomar la ropa o vestirse, o permanece parcial o completamente desnudo.

3. ¿Tiene su familiar problemas con ir al retrete (utilizar taza de baño)?

1. Va al retrete, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda (puede utilizar objetos para soportarse como bastón, andador ó silla de ruedas). Puede usar bacinica por la noche, vaciándola por la mañana.
2. Recibe ayuda en ir al retrete o en limpiarse o en ajustarse la ropa o en el uso de la bacinica por la noche
3. No va al retrete (imposibilitada para ir al baño)

4. ¿Tiene problemas su familiar en moverse?

1. Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta de la silla sin ayuda (puede ayudarse de objetos como andador o bastón)
2. Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta de la silla con ayuda
3. No se levanta de la cama

5. ¿Puede su familiar alimentarse?

1. Sin ayuda
2. Recibe ayuda sólo en cortar la carne o untar el pan
3. Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenosos

Puntuación total en el cuestionario de KATZ:.....

ENFERMEDADES RELEVANTES, ADEMÁS DE LA DEMENCIA, QUE TIENE LA PERSONA MAYOR CUIDADA

7. ¿Le ha diagnosticado algún médico DIABETES (azúcar en la sangre)?

1. Sí 2. No (pasar a la 15) 3. NS/NC

8. ¿Le ha dicho alguna vez un médico que tuviera hipertensión (presión arterial alta)?

1. Sí 2.No (pasar a la 16) 3.NS/NC

9. ¿Le ha dicho un médico alguna vez que tuviera el colesterol alto?

1. Sí 2.No (pasar a la 17) 3.NS/NC

10. ¿Ha sufrido su familiar algún ataque al corazón?

1. Sí 2.No 3.NS/NC

11. ¿Tiene algún otro problema de corazón (soplo al corazón, arritmia)?

1. Sí 2.No 3.NS/NC

12. ¿Le ha dicho el médico si su familiar ha tenido o tiene?

- | | | | |
|--|-------|-------|---------|
| - Problemas de circulación/varices | 1. Sí | 2. No | 3.NS/NC |
| - Traumatismo craneal
con pérdida de conocimiento | 1. Sí | 2. No | 3.NS/NC |
| - Artritis o artrosis | 1. Sí | 2. No | 3.NS/NC |
| - Tumores | 1. Sí | 2. No | 3.NS/NC |
| - Cataratas ó glaucoma | 1. Sí | 2. No | 3.NS/NC |
| - Enfermedad respiratoria crónica
(problemas de bronquios o asma) | 1. Sí | 2. No | 3.NS/NC |
| - Enfermedad de Parkinson | 1. Sí | 2. No | 3.NS/NC |
| - Problemas genitourinarios
(próstata, vejiga/ matriz caída) | 1. Sí | 2. No | 3.NS/NC |
| - Problemas digestivos
(ulcera, gastritis) | 1. Sí | 2. No | 3.NS/NC |
| - Anemia | 1. Sí | 2. No | 3.NS/NC |
| - Fractura de cadera | 1. Sí | 2. No | 3.NS/NC |
| - Osteoporosis | 1. Sí | 2. No | 3.NS/NC |
| - Problemas depresivos | 1. Sí | 2. No | 3.NS/NC |

13. Sordera 1. Sí 2. No 3. NS/NC

14. Problemas de vista 1. Sí 2. No 3. NS/NC

ESTRUCTURA FAMILIAR EN LA CUAL VIVE LA PERSONA MAYOR

15. Si el familiar vive en un domicilio, preguntar, ¿Con quién vive?

1. ¿Cuántas personas? (poner un círculo en la respuesta adecuada)

0 1 2 3 4 5 Más de 6

2 ¿Qué parentesco tienen cada una de ellas con la persona mayor?

1. Esposa
2. Hijo (especificar número....)

3. Hija (especificar número....)
4. Nieto (especificar número....)
5. Nieta (especificar número....)
6. Hermano (especificar número....)
7. Hermana (especificar número....)
8. Otros (especificar número....)

PREGUNTAS REFERIDAS AL CUIDADOR PRINCIPAL DE LA PERSONA MAYOR CON DEMENCIA

16. Aplicación de la escala de Zarit.

A continuación se presenta una serie de preguntas, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de hacerle cada pregunta, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

Nunca=1
 Casi nunca=2
 A veces=3
 Bastantes veces=4
 Casi siempre= 5

1.¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?.....	0	1	2	3	4
2.¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted?.....	0	1	2	3	4
3.¿Se siente tensa/o al tener que cuidar a su familiar y tener además que atender otras responsabilidades (familia, trabajo, etc.)?....	0	1	2	3	4
4.¿Se siente avergonzada/o por la conducta de su familiar?.....	0	1	2	3	4
5.¿Se siente irritada/o cuando está cerca de su familiar?.....	0	1	2	3	4
6.¿Cree que la situación actual afecta negativamente a su relación con amigos u otros miembros de su familia?.....	0	1	2	3	4
7.¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?.....	0	1	2	3	4
8.¿Siente que su familiar depende de usted?...	0	1	2	3	4
9.¿Se siente agotada/a cuando tiene que estar junto a su familia?.....	0	1	2	3	4
10.¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?.....	0	1	2	3	4
11.¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?.....	0	1	2	3	4

12.¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar a su familiar?.....	0	1	2	3	4
13.¿Se siente incómoda/o para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?.....	0	1	2	3	4
14.¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pueda contar?.....	0	1	2	3	4
15.¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?.....	0	1	2	3	4
16.¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?.....	0	1	2	3	4
17.¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?.....	0	1	2	3	4
18.¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?.....	0	1	2	3	4
19.¿Se siente insegura/o acerca de lo que debe hacer con su familiar?.....	0	1	2	3	4
20.¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?.....	0	1	2	3	4
21.¿Cree que podría cuidar mejor de su familiar de lo que lo hace?.....	0	1	2	3	4
22.En general, ¿se siente muy sobrecargada/o al tener que cuidar de su familiar?.....	0	1	2	3	4

Duración:

17 Test de Hamilton de ansiedad

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems que a continuación le presentamos

0. Ausente
1. Intensidad leve
2. Intensidad moderada
3. Intensidad grave
4. Totalmente incapacitado

1.**Estado ansioso:** preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad 0 1 2 3 4

2.**Tensión:** sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse 0 1 2 3 4

3.**Temores:** a la oscuridad, a los desconocidos,

a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes	0	1	2	3	4
4. Insomnio: dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y Sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos	0	1	2	3	4
5. Funciones intelectuales (cognitivas): dificultad de concentración, mala o escasa memoria	0	1	2	3	4
6. Humor depresivo: pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos musculares: pérdida de interés, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticas sensoriales: zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de “baja presión” o desmayo, arritmias	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria)	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, estreñimiento	0	1	2	3	4

12. Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual) menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

13. Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, erectismo piloso (piel de gallina)

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

14. Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

18. Test de Hamilton de depresión

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 17 ítems que a continuación le presentamos

1. Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:

0- Ausente

1- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente

2- Estas sensaciones las relata espontáneamente

3- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)

4- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

2. Sentimiento de culpa:

0- Ausente

1- Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente

2- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones

3- Siente que la enfermedad actual es un castigo

4- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3. Suicidio:

0- Ausente

1- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida

2- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse

3- Ideas de suicidio o amenazas

4- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4. Insomnio precoz:

0- No tiene dificultad

1- Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño

2- Dificultad para dormir cada noche.

5. Insomnio intermedio:

0- No hay dificultad

1- Está desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche en forma espontánea

2- Está despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto por motivos de evacuar)

6. Insomnio tardío:

0- No hay dificultad

1- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir

2- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades:

0- No hay dificultad

1- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)

2- Pérdida de interés en su actividad (falta de interés, indecisión y vacilación)

3- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad

4- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda

8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):

0- Palabra y pensamiento normales

1- Ligero retraso en el habla

2- Evidente retraso en el habla

3- Dificultad para expresarse

4- Incapacidad para expresarse

9. Agitación psicomotora:

0- Ninguna

1- Juega con sus dedos

2- Juega con sus manos, cabello, etc.

3- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado

4- Retuerza las manos, se muerde las uñas o los labios, se tira de los cabellos

10) Ansiedad psíquica:

0- No hay dificultad

- 1- Tensión subjetiva e irritabilidad
- 2- Preocupación por pequeñas cosas
- 3- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
- 4- Expresa sus temores sin que le pregunten

11. Ansiedad somática (signos físicos concomitantes de ansiedad tales como gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc.; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada, transpiración):

- 0- Ausente
- 1- Ligera
- 2- Moderada
- 3- Severa
- 4- Incapacitante

12. Síntomas somáticos gastrointestinales:

- 0- Ninguno
- 1- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de estímulo. Sensación de pesadez en el abdomen
- 2- Dificultad en comer si no le insisten. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

13. Síntomas somáticos generales:

- 0- Ninguno
- 1- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.
- 2- Cualquier síntoma bien definido

14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):

- 0- Ausente

1- Débil

2- Grave

15. Hipocondría:

0- Ausente

1- Preocupado de sí mismo (corporalmente)

2- Preocupado por su salud

3- Se lamenta constantemente, solicita ayuda

16. Pérdida de peso:

0- Pérdida de peso inferior a 500 gramos en una semana

1- Pérdida de más de 500 gramos en una semana

2- Pérdida de más de 1 kg. en una semana

17) Perspicacia:

0- Se da cuenta que está deprimido y enfermo

1- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.

2- No se da cuenta que está enfermo

19. Cuestionario “SF-36” sobre el estado de salud.

INSTRUCCIONES: las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1.- En general, usted diría que su salud es: (marque un solo número)

Excelente..... 1

Muy buena.....2

Buena.....3
 Regular.....4
 Mala.....5

2.- ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

(marque un solo número)

Mucho mejor ahora que hace un año.....1
 Algo mejor ahora que hace un año.....2
 Más o menos igual que hace un año.....3
 Algo peor ahora que hace un año.....4
 Mucho peor ahora que hace un año.....5

3.- Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas?. Si es así, ¿cuánto?

(marque un solo número por cada pregunta)

ACTIVIDADES	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a. Esfuerzos intensos , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.	1	2	3
b. Esfuerzos moderados , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra.	1	2	3
d. Subir varios pisos por la escalera.	1	2	3
e. Subir un solo piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g. Caminar un kilómetro o más	1	2	3

h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros).	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por si mismo.	1	2	3

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

(marque un solo número por cada pregunta)

	SI	NO
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b. ¿ Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	1	2

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

(marque un solo número por cada pregunta)

	SI	NO
a.¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional ?	1	2
b.¿ Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional ?	1	2
c.¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional ?	1	2

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta que punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

(marque un solo número)

- Nada.....1
- Un poco.....2
- Regular.....3
- Bastante.....4
- Mucho.....5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

(marque un solo número)

- No, ninguno.....1
- Sí, muy poco.....2
- Sí, un poco.....3
- Sí, moderado.....4
- Sí, mucho.....5
- Sí, muchísimo.....6

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta que punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

(marque un solo número)

- Nada.....1
- Un poco.....2
- Regular.....3
- Bastante.....4
- Mucho..... 5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo....

(marque un solo número por cada pregunta)

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	1	2	3	4	5	6
d. se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g. se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
h. se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i. se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

(marque un solo número)

Siempre.....1

Casi siempre.....2

Algunas veces.....3

Sólo alguna vez.....4

Nunca.....5

11. Por favor, diga si le parece **CIERTA** o **FALSA** cada una de las siguientes frases:

(marque un solo número por cada pregunta)

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

ingestión de fármacos sedantes o antidepresivos; f) estructura familiar; g) ponderación de las horas diarias dedicadas al cuidado; h) influencia del cuidado en el ámbito laboral del cuidador; i) implicación de otros miembros de la familia en el cuidado; g) ponderación de posible abuso económico (mediante la sumatoria de ítems encaminados a investigar esta acción); h) Se tratará de averiguar el posible abuso sexual, pero esto sólo será posible cuando haya sospechas de maltrato por parte del psicólogo y entonces se consultará a su neurólogo de referencia y se preguntará también por este tipo de abuso.

20. Toma usted algún tratamiento antidepresivo?

1. Sí 2.No 3.No sabe/No contesta

21. Tiempo de cuidado

1. ¿Desde cuándo a su familiar?

Fecha aproximada.....

2.¿Cuántas son las horas del cuidado al día en este momento?

- a. Horas al día.....
b. Horas a la semana.....
c. Horas al mes.....

3.Le cuida por la noche en este momento?

1. Sí (a menudo) 2.Con frecuencia 3.Algunas veces

4.Casi nunca 5.Nunca

22. ¿Ha tenido usted que modificar su trabajo habitual para cuidar a su familiar?

1. Sí 2.No 3. No sabe/No contesta

En caso de respuesta afirmativa:

¿Cuál es la causa?

- a. Abandono
- b. Cambio de hábitos laborales (cambio de turno, reducción de jornada, etc.)
- c. Petición de prejubilación
- d. Otras.....

23. ¿Ayuda en este momento alguien de la familia o del entorno social en el cuidado al enfermo al cuidador principal?

1. Sí 2. No

Si la respuesta es afirmativa, ¿Quién o quiénes?

1. Cónyuge 2. Hijo 3. Hija 4. Nieto 5.Nieta 6. Nuera 7. Otros.

Si son varios, especificarlo.....

23. Cuestionario de apoyo social funcional Duke-Unk

(Cada uno de los aspectos del cuestionario se evalúa mediante una escala Likert que va del 1 al 5, siendo 1 “tanto como deseo” y 5 “Mucho menos de lo que deseo”).

1. Recibo visitas de mis amigos y familiares	1	2	3	4	5
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	1	2	3	4	5
3. Recibo elogios o reconocimiento cuando hago bien mi trabajo	1	2	3	4	5
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	1	2	3	4	5
5. Recibo amor y afecto	1	2	3	4	5
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo y/o en casa	1	2	3	4	5
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	1	2	3	4	5
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien	1	2	3	4	5

de mis problemas económicos	1	2	3	4	5
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	1	2	3	4	5
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	1	2	3	4	5
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	1	2	3	4	5

24. Cuestionario “Modified version of the Conflict Tactics Scale –MCTS-” ()

Todas las preguntas se refieren a los últimos 3 meses.

Dimensión psicológica

1. ¿Usted ha gritado o ha levantado la voz a su familiar?

0. Nunca 1. Alguna vez aislada 2. De vez en cuando 3. Con frecuencia 4. Muy a menudo

2. ¿Utiliza un tono de voz fuerte con su familiar, le ha insultado, o le ha dicho palabrotas?

0. Nunca 1. Alguna vez aislada 2. De vez en cuando 3. Con frecuencia 4. Muy a menudo

3. ¿Ha amenazado a su familiar con llevarle a una residencia?

0. Nunca 1. Alguna vez aislada 2. De vez en cuando 3. Con frecuencia 4. Muy a menudo

4. ¿Ha dejado de suministrar a su familiar cuidados o le han dejado solo durante unas horas?

0. Nunca 1. Alguna vez aislada 2. De vez en cuando 3. Con frecuencia 4. Muy a menudo

5. ¿Ha amenazado a su familiar con utilizar la fuerza física contra él?

0. Nunca 1. Alguna vez aislada 2. De vez en cuando 3. Con frecuencia 4. Muy a menudo

Dimensión física

6. ¿Si alguna vez ha tenido miedo de su familiar se ha planteado pegarle o agredirle?

0. Nunca 1. Alguna vez aislada 2. De vez en cuando 3. Con frecuencia 4.
Muy a menudo

7. ¿Si alguna vez su familiar ha tenido problemas con su familiar le ha negado la comida?

0. Nunca 1. Alguna vez aislada 2. De vez en cuando 3. Con frecuencia 4.
Muy a menudo

8. ¿Si alguna vez ha tenido temor con su familiar le ha pegado o le ha abofeteado?

0. Nunca 1. Alguna vez aislada 2. De vez en cuando 3. Con frecuencia 4.
Muy a menudo

9. ¿Si alguna vez ha tenido miedo de su familiar le ha zarandeado?

0. Nunca 1. Alguna vez aislada 2. De vez en cuando 3. Con frecuencia 4.
Muy a menudo

10. ¿Si alguna vez ha tenido conflictos con su familiar le ha tratado con dureza de otras maneras?

0. Nunca 1. Alguna vez aislada 2. De vez en cuando 3. Con frecuencia 4.
Muy a menudo

Preguntas de índole económico

26. Actualmente, ¿recibe usted un ingreso económico fijo?

1. Sí 2. No 3. NS/NC

1.

27. ¿Cuántos ingresos se producen en su hogar mensualmente, en euros?

1. Menos de 500 2. 500- 2500 3. 2500-5.000
4. 5.000-10.000 5. Más de 10000

28. ¿Aporta a la economía familiar alguna cantidad la persona con demencia?

1. Sí 2.No

En caso afirmativo, apuntar la cantidad en euros.....