



**Estimado señor o señora:**

Este cuestionario ayudará a su cuidador profesional sanitario (el que se ocupa de su salud) a hacerse una mejor idea de las consecuencias que la enfermedad tiene en usted.

Ésta es una información importante que necesitamos para acoplar nuestra atención a sus necesidades.

Por favor, rellene el cuestionario marcando las respuestas que mejor se refieran a usted (las más pertinentes en su caso).

Si tiene dificultad al responder, puede preguntar a un familiar, a una enfermera o a alguien cercano a usted, para ayudarle a completar el cuestionario

Gracias.

Por favor, responda a las siguientes preguntas.

Marque la respuesta que mejor se refiera a usted. Puede marcar más de una donde esté escrito que “se permiten múltiples respuestas”.

**PRE 1 ¿Cuál es su nivel de comprensión del idioma español?**

- |a| Es mi lengua materna
- |b| Buen conocimiento del idioma
- |c| Conocimiento moderado del idioma
- |d| Mal conocimiento del idioma

**PRE – 2 ¿Quién rellena el cuestionario?**

- |a| Rellenaré el cuestionario yo mismo/a
- |b| Rellenaré el cuestionario yo mismo/a aunque ayudado/a por otra persona

|a| Pareja/a/Familiar/Amigo/a

|b| Enfermera/o

|c| Investigador/a

|d| Otro (por favor, especificar) \_\_\_\_\_

- |c| Otra persona rellenará el cuestionario después de consultarme

|a| Pareja/a/Familiar/Amigo/a

|b| Enfermera/o

|c| Investigador/a

|d| Otro (por favor, especificar) \_\_\_\_\_

**Add 1 - ¿Toma medicación casi todos los días?**

- |a| No tomo ningún medicamento de modo habitual
- |b| Tomo un medicamento de modo habitual
- |c| Tomo varios medicamentos

**En caso que tome varios medicamentos, cuántos medicamentos distintos toma cada día? \_\_\_\_\_**

#### Antecedentes – Cronicidad biológica

**1a ¿Ha tenido usted alguna dolencia o enfermedad física (es decir, en su cuerpo) en los últimos 5 años?**

- |a|<sup>0</sup> No, no he tenido
- |b|<sup>0</sup> Sí, tuve problemas físicos, pero por un periodo inferior a 3 meses.
- |c|<sup>1</sup> Sí, tuve problemas físicos por un periodo mayor de 3 meses.
- |d|<sup>1</sup> Sí, en los últimos 5 años he tenido varios periodos cortos con problemas físicos,

**1b ¿Sufre una o más enfermedades crónicas o de larga duración (como diabetes, hipertensión, artritis reumatoide, enfermedad pulmonar o cáncer)?**

- |a|<sup>0</sup> No tengo una enfermedad crónica o de larga duración
- |b|<sup>2</sup> Tengo una enfermedad crónica o de larga duración
- |c|<sup>3</sup> Sufro varias enfermedades crónicas o de larga duración

#### Para rellenar por su profesional sanitario

Si 1a) a o 1a) b y 1b) a, la puntuación en Antecedentes de Cronicidad Biológica = 0

Si 1a) c o 1a) d, la puntuación en Antecedentes de Cronicidad Biológica = 1

Si 1b) b, la puntuación en Antecedentes de Cronicidad Biológica = 2

Si 1b) c, la puntuación en Antecedentes de Cronicidad Biológica = 3

#### Antecedentes – Dilema diagnóstico

**2 ¿Hasta qué punto ha sido difícil, en los últimos 5 años, diagnosticar los problemas físicos (es decir, en su cuerpo), que ha tenido?**

- |a|<sup>0</sup> No he sufrido ningún problema físico en los últimos 5 años
- |b|<sup>0</sup> La causa de mis problemas fue clara de inmediato
- |c|<sup>1</sup> Después de algunas pruebas de rutina se encontró la causa de mis problemas
- |d|<sup>2</sup> Después de muchas pruebas se encontró la causa de mis problemas
- |e|<sup>3</sup> A pesar, incluso, de que me han hecho una serie de pruebas, nunca se diagnosticó la causa de mis problemas

Estado actual – Gravedad de los síntomas

**3 ¿ Hasta qué punto se han limitado sus actividades diarias, cotidianas (tales como, tareas del hogar, aficiones, salir de casa...), por problemas físicos corporales, es decir, en su cuerpo, durante la última semana?**

- |a|<sup>0</sup> No tengo problemas/dolencias físicos, o son insignificantes
- |b|<sup>2</sup> Mis actividades cotidianas no están influidas, o solo levemente, por los problemas/dolencias que tengo
- |c|<sup>2</sup> Mis actividades cotidianas están moderadamente influidas por problemas físicos
- |d|<sup>3</sup> Mis actividades cotidianas están seriamente influidas por problemas físicos

Estado actual – Reto diagnóstico/terapéutico

**4a ¿Cree que sus médicos entienden la causa de su/s dolencia/s física/s, corporal/es?**

- |a|<sup>0</sup> No tengo problemas/dolencias físicos en este momento
- |b|<sup>1</sup> Mis médicos entienden la causa de mi/s problema/dolencia/s físico/s actual/es
- |c|<sup>2</sup> Mis médicos entienden la causa de mi/s problema/dolencia/s físico/s actual/es pero tienen algunas dudas
- |d|<sup>3</sup> Mis médicos tienen muchas dudas sobre la causa de mi/s problema/s físico/s actual/es
- |e|<sup>3</sup> Mis médicos todavía tienen que encontrar la causa de mi/s problema/dolencia/s físico/s actual/es

**4b ¿Cree que está recibiendo tratamiento adecuado para su/s dolencia/s física/s actual/es?**

- |a|<sup>0</sup> No tengo dolencias físicas en el presente
- |b|<sup>1</sup> Estoy recibiendo el tratamiento adecuado para mi/s dolencia/s física/s actual/es
- |c|<sup>2</sup> Tengo algunas dudas sobre la adecuación del tratamiento para mi/s dolencia/s física/s actual/es
- |d|<sup>3</sup> Tengo muchas dudas sobre la adecuación del tratamiento para mi/s dolencia/s física/s actual/es
- |e|<sup>3</sup> Todavía tiene que encontrarse el tratamiento adecuado para mi/s problema/dolencia/s física/s actual/es

#### Para rellenar por su profesional sanitario

Si 4a) y 4b) se puntúan con a, la puntuación en Reto Diagnóstico/terapéutico Actual = 0

Si 4a) y 4b) se puntúan con b, la puntuación en Reto Diagnóstico/terapéutico Actual = 1

Si 4a) y 4b) se puntúan con c, la puntuación en Reto Diagnóstico/terapéutico Actual = 2

Si 4a) y 4b) se puntúan con d o e, la puntuación en Reto Diagnóstico/terapéutico Actual = 3

#### Antecedentes – Afrontamiento

##### 5 En los últimos 5 años, ¿cómo afronta situaciones estresantes, difíciles?

- |a|<sup>0</sup> En general, siempre he sido capaz de afrontar situaciones estresantes, difíciles
- |b|<sup>1</sup> Algunas veces he tenido dificultades para afrontar situaciones estresantes, difíciles, que algunas veces dieron lugar a tensiones y problemas con mi pareja, familia u otras personas.
- |c|<sup>2</sup> A menudo he experimentado dificultades para afrontar situaciones estresantes, difíciles, que a menudo dieron lugar a tensiones y problemas con mi pareja, familia u otras personas.
- |d|<sup>3</sup> Siempre experimento dificultades ante situaciones estresantes, difíciles. Me alteran y me hacen estar tenso.

#### Antecedentes – Salud Mental

##### 6 En el pasado, ¿ha tenido alguna vez problemas psicológicos, tales como estar tenso/a, ansioso/a, triste, confuso/a?

- |a|<sup>0</sup> No, casi nunca
- |b|<sup>1</sup> Sí, aunque sin influencia clara en mi vida diaria, cotidiana
- |c|<sup>2</sup> Sí, e influyó mi vida diaria, cotidiana
- |d|<sup>3</sup> Sí, y estos problemas han tenido o siguen teniendo un efecto duradero en mi vida diaria, cotidiana

#### Estado Actual – Resistencia al tratamiento

##### 7 ¿Cree que es difícil seguir las recomendaciones de los profesionales de la salud que le atienden?

- |a|<sup>0</sup> No, no creo que sea difícil
- |b|<sup>1</sup> Sí, pienso que es difícil, pero lo consigo
- |c|<sup>2</sup> Sí, pienso que es difícil, a veces lo consigo, otras veces no
- |d|<sup>3</sup> Sí, pienso que es demasiado difícil, la mayoría de las veces no lo consigo

#### Estado Actual – Síntomas de salud mental

**8 Actualmente, ¿está experimentando problemas psicológicos, tales como sentirse tenso/a, ansioso/a, triste o confundido/a?**

- |a|<sup>0</sup> No, sin problemas
- |b|<sup>1</sup> Sí, problemas leves que no afectan mi capacidad para las actividades diarias
- |c|<sup>2</sup> Sí, problemas moderados que afectan un poco mi capacidad para las actividades diarias
- |d|<sup>3</sup> Sí, problemas graves que afectan mucho mi capacidad para las actividades diarias

#### Antecedentes – Trabajo y Ocio

**9a ¿Tiene trabajo?**

- |a| Sí
- |b| No

**9b Si respondió “No”, por favor, especifique:**

- |a| Soy estudiante
- |b| Estoy jubilado/a
- |c| Soy ama de casa y atiendo el hogar y a otras personas
- |d| Estoy discapacitado/a
- |e| Llevo más de 6 meses de baja por enfermedad

**9c ¿Hace actividades en su tiempo libre, tales como ser voluntario/a, hacer cursos, deporte, algún club/asociación, etc?**

- |a| Sí
- |b| No

Para rellenar por su profesional sanitario

Si 9a) a y 9c) a, la puntuación Trabajo y Ocio = **0**

Si 9a) a y 9c) b, la puntuación Trabajo y Ocio = **1**

Si 9a) b y 9c) a, la puntuación Trabajo y Ocio = **2**

Si 9a) b y 9c) b, la puntuación Trabajo y Ocio = **3**

#### Antecedentes – Relaciones Sociales

##### **10 ¿Cómo se relaciona en general con otras personas?**

- |a|<sup>0</sup> Tengo suficientes contactos con otros y me relaciono bien
- |b|<sup>1</sup> Tengo contactos con otros, aunque de vez en cuando pueden pormetensos
- |c|<sup>2</sup> Me resulta difícil iniciar o mantener contactos o amistad con los otros
- |d|<sup>3</sup> Los contactos o amistades frecuentemente acaban en discusiones y conflictos, que llegan ser una carga para mí

#### Estado Actual – Estabilidad en la Vivienda

##### **11 ¿Es satisfactorio para usted cómo vive? ¿O necesita ajustes, tales como modificaciones en su hogar, recibir cuidado/ayuda domiciliario/a, o ir a vivir a otro sitio?**

- |a|<sup>0</sup> No necesito ajustes, puedo arreglármelas tal y como vivo
- |b|<sup>1</sup> No necesito ajustes, tengo suficiente apoyo y cuidado por parte de otras personas
- |c|<sup>2</sup> Necesito ajustes, aunque no inmediatamente
- |d|<sup>3</sup> Necesito ajustes inmediatos

#### Estado Actual – Apoyo Social

##### **12 La ayuda o asistencia de su pareja, o familia, o compañeros, o amigos, ¿está disponible para usted en cualquier momento?**

- |a|<sup>0</sup> No necesito ayuda o asistencia
- |b|<sup>0</sup> Sí, la ayuda o asistencia está disponible todo el tiempo
- |c|<sup>1</sup> Sí, la ayuda o asistencia está disponible pero no todo el tiempo
- |d|<sup>2</sup> La ayuda o asistencia que tengo es muy limitada
- |e|<sup>3</sup> No tengo ayuda o asistencia disponible

Antecedentes – Acceso a la Atención Sanitaria

**13 ¿Tiene usted problemas para obtener la atención/cuidados que necesita porque vive demasiado lejos, o porque no tiene seguro, o porque no habla muy bien el idioma, o debido a diferencias culturales?**

- |a|<sup>0</sup> No, estos no son problemas para mí
- |b|<sup>1</sup> Sí, tengo alguno/s de estos problemas de vez en cuando
- |c|<sup>2</sup> Sí, tengo a menudo alguno/s de estos problemas
- |d|<sup>3</sup> Sí, alguno/s de éstos son grandes problemas para mí

Antecedentes – Experiencias con el tratamiento

**14 ¿Cómo fueron sus contactos con los médicos y los profesionales sanitarios en los últimos 5 años?**

- |a|<sup>0</sup> Nunca tuve problemas con los médicos ni con los profesionales sanitarios
- |b|<sup>1</sup> Yo, o alguien cercano a mí tuvo (una) experiencia/s negativa/s con los médicos y profesionales sanitarios
- |c|<sup>2</sup> He cambiado de profesionales como resultado de una experiencia negativa con los médicos y profesionales sanitarios
- |d|<sup>3</sup> He cambiado frecuentemente de médicos y profesionales sanitarios por experiencias negativas o por falta de confianza



## Estado Actual – Organización del Cuidado

**15 ¿Quiénes son los profesionales sanitarios que le atienden actualmente?** [se permiten múltiples respuestas]

- |a| No recibo ninguna atención
- |b| Médico de cabecera/atención primaria
- |c| Un especialista para problemas físicos (como: neumólogo el de respiratorio, cardiólogo/ de corazón, cirujano, internista, etc)
- |d| Varios especialistas médicos para problemas físicos, corporales
- |e| Uno o más especialistas para problemas de salud mental (como: psiquiatra, psicólogo, especialista de abuso de sustancias, etc)
- |f| Trabajador social
- |g| Enfermera a domicilio
- |h| Actualmente estoy ingresado en el hospital
- |i| Actualmente estoy ingresado en un hospital psiquiátrico
- |j| Otro (por favor, especifique)\_\_\_\_\_

### Para rellenar por su profesional sanitario

Si 15) a ó b ó f ó g, la puntuación en Organización actual del cuidado = **0**

Si 15) c o d o e, la puntuación en Organización actual del Cuidado Actual = **c**

Si 15) c o d y e, la puntuación en Organización actual del Cuidado Actual = **2**

Si 15) c o d y e más h o i, la puntuación en Organización actual del Cuidado Actual = **3**

Estado Actual – Coordinación del cuidado

**16 ¿Hasta qué punto sus médicos y profesionales sanitarios trabajan juntos?**

- |a|<sup>0</sup> No recibo atención o me atiende un solo médico
- |b|<sup>0</sup> Mis médicos y profesionales sanitarios trabajan bien juntos/coordinados
- |c|<sup>1</sup> Mis médicos y profesionales sanitarios trabajan juntos/coordinados sin embargo, a veces se necesitaría más comunicación entre ellos.
- |d|<sup>2</sup> Mis médicos y profesionales sanitarios no trabajan muy bien juntos, llegando a errores de vez en cuando
- |e|<sup>3</sup> Mis médicos y profesionales sanitarios no trabajan juntos/no hay coordinación

Pronóstico – Complicaciones y amenazas

**17 En los próximos 6 meses, ¿espera usted que cambie su salud física, corporal?**

[Por favor, intente hacer la mejor estimación posible]

- |a|<sup>0</sup> En los próximos 6 meses espero que mi salud física, corporal siga igual o mejore
- |b|<sup>1</sup> En los próximos 6 meses solo espero un ligero empeoramiento en mi salud física, corporal
- |c|<sup>2</sup> En los próximos 6 meses espero un empeoramiento de mi salud física, corporal
- |d|<sup>3</sup> En los próximos 6 meses espero un empeoramiento considerable de mi salud física, corporal

Pronóstico – Amenaza a la salud mental

**18 En los próximos 6 meses, ¿espera usted que cambie su salud psicológica/mental?**

[Por favor, intente hacer la mejor estimación]

- |a|<sup>0</sup> En los próximos 6 meses espero que mi salud mental siga igual o mejore
- |b|<sup>1</sup> En los próximos 6 meses sólo espero un ligero empeoramiento de mi salud mental
- |c|<sup>2</sup> En los próximos 6 meses espero un empeoramiento de mi salud mental
- |d|<sup>3</sup> En los próximos 6 meses espero un empeoramiento considerable de mi salud mental

Pronóstico – Vulnerabilidad social

**19 En los próximos 6 meses, ¿espera usted que vaya a necesitar un cambio en su modo de vida actual?** [Por favor, intente hacer la mejor estimación posible]

- |a|<sup>0</sup> En los próximos 6 meses no habrá necesidad de cambiar la forma en cómo vivo actualmente
- |b|<sup>1</sup> En los próximos 6 meses podré permanecer o volver a mi situación actual de vivienda. Sin embargo, necesitaré cuidado domiciliario
- |c|<sup>2</sup> En los próximos 6 meses necesitaré un cambio, temporal o permanente, a otra situación de vivienda
- |d|<sup>3</sup> Necesito un cambio inmediato de situación de vivienda

Pronóstico – Obstáculos del sistema de atención

**20 En los próximos 6 meses, ¿cree usted que necesitará mayor ayuda y apoyo?** [Por favor, intente hacer la mejor estimación posible]

- |a|<sup>0</sup> Creo que en los próximos 6 meses la necesidad de atención/cuidados será la misma o menor
- |b|<sup>1</sup> Creo que en los próximos 6 meses mi necesidad de atención aumentará
- |c|<sup>2</sup> Creo que en los próximos 6 meses mi necesidad de atención aumentará mucho
- |d|<sup>3</sup> Creo que en los próximos 6 meses mi necesidad de atención aumentará mucho y serán necesarios servicios adicionales

**Gracias por su colaboración**