

Instrucciones para el entrevistador. Leer las siguientes instrucciones al entrevistado:

Antes de empezar el cuestionario sobre calidad de vida, le voy a leer algunas instrucciones.

Calidad de vida quiere decir cómo se siente alguien en diferentes áreas de su vida. Para indagar acerca de la calidad de vida, generalmente se pregunta a las personas que contesten preguntas acerca de sí mismas. Debido a los efectos de la demencia, es difícil preguntar a las personas con esta enfermedad acerca de sus propias vidas. En su lugar, este cuestionario ha sido desarrollado para que pueda ser contestado por alguien que pasa tiempo y cuida de una persona con demencia.

Hay varias áreas que envuelven la calidad de vida de una persona. Yo le voy a describir cada área y leeré las afirmaciones que la configuran. Mientras yo leo cada afirmación, por favor piense acerca del Sr./Sra. \_\_\_\_\_

y si la afirmación lo/la describe *en las últimas 2 semanas*. Si usted está de acuerdo en que la afirmación describe al Sr./Sra. \_\_\_\_\_ en las últimas 2 semanas, por favor conteste que está «de acuerdo».

Si usted no está de acuerdo porque la afirmación no describe al Sr./Sra. \_\_\_\_\_ en las últimas 2 semanas, por favor conteste que está en «desacuerdo».

Permítame darle un ejemplo. Yo le podría leer la afirmación «El Sr./Sra. \_\_\_\_\_ no responde a su propio nombre». Si esta afirmación describe al Sr./Sra. \_\_\_\_\_

en las últimas 2 semanas usted debería decir «de acuerdo». Si la afirmación «El Sr./Sra. \_\_\_\_\_ no responde a su propio nombre», no lo/la describe en las últimas 2 semanas, usted debería contestar «desacuerdo». ¿Tiene usted alguna pregunta?

Voy a empezar el cuestionario ahora. Por favor, dígame si usted quiere que le hable más alto, más bajo, que le repita alguna afirmación o que pare para que pueda pensar acerca de ella. Además, hágame saber si usted quiere que le repase las instrucciones.

### RELACIONES CON OTRAS PERSONAS

Estas afirmaciones se refieren a la relación y la forma de estar con otras personas.

Después de cada afirmación, por favor conteste «de acuerdo» si la afirmación describe al Sr./Sra. \_\_\_\_\_ en las últimas 2 semanas, y «desacuerdo» si no lo hace.

*El entrevistador debe marcar con una X la columna apropiada*

	<i>De acuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>
1. Él/ella sonríe o se ríe cuando está alrededor de otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Él/ella <i>no</i> pone atención a la presencia de otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Él/ella podría estar alrededor de otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Él/ella busca el contacto con otros saludando a las personas o uniéndose a las conversaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Él/ella habla con las personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Él/ella toca o permite que le toquen como dar la mano, abrazar, besar o dar palmadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Él/ella puede ser confortado o tranquilizado por otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Él/ella <i>no</i> está a gusto con extraños o personas que no reconoce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Él/ella reacciona con placer ante las mascotas o los niños pequeños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Él/ella habla por teléfono con la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Él/ella se molesta o se enfada cuando se acerca otra persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Él/ella empuja, se agarra o pega a otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### IDENTIDAD PERSONAL Y DE PERSONAS IMPORTANTES

Estas afirmaciones se refieren a la identidad especial de la persona y a sus relaciones relevantes.

Después de cada afirmación, por favor, conteste «de acuerdo» si la afirmación describe al Sr./Sra. \_\_\_\_\_ en las últimas 2 semanas, y «desacuerdo» si no lo hace.

*El entrevistador debe marcar con una X la columna apropiada*

	<i>De acuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>
1. Él/ella habla o todavía hace cosas relacionadas con su trabajo previo o sus actividades diarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Él/ella se da cuenta de su puesto en la familia, como ser marido/mujer, padre/madre, abuelo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Él/ella hace o da su opinión en las actividades rutinarias de la vida diaria, como qué llevar puesto, qué comer o dónde sentarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Él/ella se molesta por sus limitaciones personales, tales como olvidos, pérdida de cosas o confundirse en lugares familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Él/ella se interesa por los acontecimientos, lugares o hábitos de su pasado, tales como viejos amigos, antiguas residencias, ir a la iglesia, rezar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Él/ella no responde a su propio nombre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Él/ella no expresa creencias, actitudes o prejuicios que siempre había tenido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Él/ella indica sí o no con gestos, cabeceando o hablando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### CONDUCTAS ESTRESANTES

Estas afirmaciones se refieren a diferentes tipos de conducta en las últimas 2 semanas.

Después de cada afirmación, por favor conteste «de acuerdo» si la afirmación describe al Sr./Sra. \_\_\_\_\_ en las últimas 2 semanas, y «desacuerdo» si no lo hace.

*El entrevistador debe marcar con una X la columna apropiada*

	<i>De acuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>
1. Él/ella sonríe, se ríe o está alegre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Él/ella aprieta, entrelaza o retuerce sus manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Él/ella lanza, golpea, da patadas o tira objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Él/ella grita, chilla, maldice o hace acusaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Él/ella se encierra, hace barricadas en su habitación, casa o apartamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Él/ella se irrita o se enfada con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Él/ella dice que se quiere morir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Él/ella grita, gime o frunce el ceño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Él/ella muestra placer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Él/ella está inquieto/a, nervioso/a, o repite acciones tales como mecerse, pasear de un lado a otro, o golpearse contra las paredes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Él/ella se resiste a ser ayudado/a de diferentes formas, tales como al vestirse, comer, bañarse o rehusando moverse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Él/ella «se pega» a otras personas o las sigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Él/ella parece estar contento/a o satisfecho/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Él/ella habla sobre «sentirse enfermo», «tener dolor» o «estar resfriado»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Él/ella muestra sentido del humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ACTIVIDADES COTIDIANAS

Estas afirmaciones se refieren a las actividades habituales en las últimas 2 semanas.

Después de cada afirmación, por favor conteste «de acuerdo» si la afirmación describe al Sr./Sra. \_\_\_\_\_ en las últimas 2 semanas, y «desacuerdo» si no lo hace.

*El entrevistador debe marcar con una X la columna apropiada*

	<i>De acuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>
1. Él/ella disfruta haciendo actividades solo/a, tales como escuchar música o ver televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Él/ella no participa en actividades que solía disfrutar incluso cuando se le anima para que tome parte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Él/ella se sienta tranquilamente y parece disfrutar las actividades de otros, incluso cuando no participa activamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Él/ella no muestra signos de placer o disfrute cuando participa en actividades en su tiempo libre o de recreo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Él/ella está adormilado/a y no hace nada la mayor parte del tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### COMPORTAMIENTO EN EL LUGAR DE RESIDENCIA

Las últimas afirmaciones se refieren a la conducta de una persona en su medio ambiente.

Después de cada afirmación, por favor conteste «de acuerdo» si la afirmación describe al Sr./Sra. \_\_\_\_\_ en las últimas 2 semanas, y «desacuerdo» si no lo hace.

*El entrevistador debe marcar con una X la columna apropiada*

	<i>De acuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>
1. Él/ella disfruta o se calma con sus posesiones y pertenencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Él/ella habla de sentirse inseguro/a o de que sus pertenencias no están seguras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Él/ella se molesta o está inquieto/a cuando está en otro lugar diferente del que vive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Él/ella hace intentos repetidos de salir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Él/ella se enfada o está inquieto/a en el sitio donde vive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Él/ella se siente cómodo moviéndose por donde vive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Él/ella habla de querer salir o ir a casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Esto concluye el cuestionario. Muchas gracias por su ayuda.**