

## Condado de San Luis Obispo, Encuesta a Cuidadores

¡El condado de SLO está desarrollando un Plan Maestro sobre el Envejecimiento y quiere saber lo que usted piensa! **Esta encuesta es para Cuidadores de adultos mayores y personas con discapacidades.**

Estamos definiendo a un cuidador como "cualquier pariente, compañero, amigo o vecino que tiene una relación personal significativa con, y proporciona una amplia gama de ayuda para, una persona mayor o un adulto con una condición crónica o incapacitante".

Completar la encuesta llevará entre 10 y 15 minutos. Los resultados se usarán para diseñar programas y servicios en el Condado de SLO.

**Instrucciones:** Por favor, responda a las siguientes preguntas **en su papel de cuidador**. Encierre en un círculo el número que mejor refleje su opinión acerca de cada una de las siguientes afirmaciones. Si no está seguro o no sabe, encierre DK en un círculo.

<b>Factores de Estrés del Cuidador</b>	<b>Nunca</b>	<b>Rara vez</b>	<b>A veces</b>	<b>Con bastante frecuencia</b>	<b>Casi siempre</b>
1. Debido al tiempo que paso como cuidador, no tengo tiempo suficiente para mí mismo.	0	1	2	3	4
2. Me siento estresado entre el cuidado de mi familiar y el intento de cumplir con mis otras responsabilidades familiares y/o laborales.	0	1	2	3	4
3. Me siento tenso o angustiado acerca de la persona a la que cuido.	0	1	2	3	4
4. No sé qué hacer con la persona a la que cuido a corto o largo plazo.	0	1	2	3	4

**Condado de San Luis Obispo, Encuesta a Cuidadores**

<b>Conexiones Sociales del Cuidador</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>A menudo</b>
5. ¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía?	1	2	3
6. ¿Con qué frecuencia se siente excluido?	1	2	3
7. ¿Con qué frecuencia se siente aislado de los demás?	1	2	3

**Instrucciones:** Por favor, responda a las siguientes preguntas acerca de **la persona a la que cuida**. Marque con un círculo el número que mejor refleje su opinión acerca de cada una de las afirmaciones siguientes. Si no está seguro o no lo sabe, marque DK.

<b>Salud Física (la persona a la que cuida)</b>	<b>Totalmente en Desacuerdo</b>	<b>En Desacuerdo</b>	<b>Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo</b>	<b>De Acuerdo</b>	<b>Totalmente de Acuerdo</b>	<b>No lo Sé</b>
8. Acude regularmente a un médico o enfermera de atención primaria para recibir atención médica básica y prevención.	1	2	3	4	5	DK
9. Recibe atención de un profesional médico para necesidades de salud más especializadas como diabetes, cardiopatías, etc.	1	2	3	4	5	DK
10. Es tratado por profesionales médicos que comprenden las necesidades	1	2	3	4	5	DK

**Condado de San Luis Obispo, Encuesta a Cuidadores**

<b>Salud Física (la persona a la que cuido)</b>	<b>Totalmente en Desacuerdo</b>	<b>En Desacuerdo</b>	<b>Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo</b>	<b>De Acuerdo</b>	<b>Totalmente de Acuerdo</b>	<b>No lo Sé</b>
de los adultos mayores y las personas con discapacidad.						
11. Está satisfecho con el acceso a recetas y otros medicamentos.	1	2	3	4	5	DK
12. Conoce la cobertura de su seguro médico y sus beneficios.	1	2	3	4	5	DK
13. Se siente cómodo reuniéndose con profesionales de la salud por teléfono o computadora (telesalud).	1	2	3	4	5	DK
14. Puede permitirse pagar las recetas y los medicamentos relacionados con la salud	1	2	3	4	5	DK
<b>Vivienda (la persona a la que cuido)</b>	<b>Totalmente en Desacuerdo</b>	<b>En Desacuerdo</b>	<b>Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo</b>	<b>De Acuerdo</b>	<b>Totalmente de Acuerdo</b>	<b>No lo Sé</b>
15. Puede costearse su situación de vivienda actual	1	2	3	4	5	DK
16. Está satisfecha con su situación de vivienda.	1	2	3	4	5	DK
17. Es capaz de desenvolverse con cierta independencia en su situación de vivienda actual.	1	2	3	4	5	DK
18. Dispone de protecciones para limitar las caídas y	1	2	3	4	5	DK

**Condado de San Luis Obispo, Encuesta a Cuidadores**

<b>Salud Física (la persona a la que cuido)</b>	<b>Totalmente en Desacuerdo</b>	<b>En Desacuerdo</b>	<b>Ni de Acuerdo o ni en Desacuerdo</b>	<b>De Acuerdo</b>	<b>Totalmente de Acuerdo</b>	<b>No lo Sé</b>
favorecer la movilidad en su hogar.						
19. Podría tener que cambiar de vivienda debido a su edad y/o discapacidad.	1	2	3	4	5	DK

20. ¿Qué servicios y apoyos son los **MÁS** importantes para **la persona a la que cuida**? (marque todos los que apliquen)

<input type="checkbox"/> Conseguir comidas y alimentos saludables	<input type="checkbox"/> Ayuda para entender o gestionar mis finanzas
<input type="checkbox"/> Ayuda para entender la información escrita o lo que alguien dice en un idioma que no sea el inglés.	<input type="checkbox"/> Ayuda con asuntos legales como testamentos, fideicomisos, poderes notariales, disputas sobre alquileres, etc)
<input type="checkbox"/> Ayuda para ir y volver de las citas y actividades	<input type="checkbox"/> Ayuda para conseguir trabajo
<input type="checkbox"/> Ayuda para obtener asistencia y beneficios económicos.	<input type="checkbox"/> Ayuda para usar la computadora o el teléfono
<input type="checkbox"/> Programas/clases de actividad física y acondicionamiento físico	<input type="checkbox"/> Ayuda para entender el seguro médico y los beneficios

21. ¿Qué servicios y apoyos son **MÁS** importantes para **USTED como cuidador**? (marque todos los que apliquen)

<input type="checkbox"/> Organizar cuidados temporales para tener tiempo para usted mismo	<input type="checkbox"/> Comprender o gestionar las finanzas
---	--

**Condado de San Luis Obispo, Encuesta a Cuidadores**

<input type="checkbox"/> Ponerse en contacto con otros cuidadores de su comunidad	<input type="checkbox"/> Ayuda con cuestiones legales relacionadas con el cuidado de otras personas
<input type="checkbox"/> Aprender acerca del autocuidado y el bienestar de los cuidadores	<input type="checkbox"/> Un lugar seguro al que la persona a la que cuida pueda ir para que usted pueda tomarse un descanso
<input type="checkbox"/> Entrenamiento sobre investigación y mejores prácticas para cuidadores	<input type="checkbox"/> Ayuda para usar la tecnología, como la computadora o el teléfono
<input type="checkbox"/> Conectarse con terapia o asesoramiento para usted mismo	<input type="checkbox"/> Comprensión del seguro médico y de los beneficios

22. ¿Cuál de las siguientes opciones le describe mejor? (marque todas las que apliquen) ☐ Cónyuge ☐ Hijo Adulto

☐ Otro Familiar ☐ Cuidador Pagado Sin Parentesco (Profesional) ☐ Cuidador No Pagado Sin Parentesco (Amigo)

23. ¿Cuál es su origen étnico? ☐ Afroamericano ☐ Indígena Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático Americano/Filipino/Isleño del Pacífico ☐ Hispano/Latino ☐ Blanco/Europeo Americano ☐ Multirracial/Más de una ☐ Declina Indicar

24. ¿Cuál es su sexo? ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ No Binario/Queer ☐ Transgénero ☐ Declina Indicar

25. ¿Cuál es su edad? ☐ 18-25 ☐ 26-35 ☐ 36-45 ☐ 46-55 ☐ 56-65 ☐ 66 o mayor

26. ¿Cuál es su código postal? \_\_\_\_\_