

APPENDIX 1

Spanish version of the ‘Scale for End-of Life Caregiving Appraisal’

SEOLCAS[©]

Name of the authors
(Removed for blinding purposes)

© **This questionnaire is copyrighted.** Those individuals or organisations interested in using or reproducing the QoLAF-Q (totally or partially) will have to seek permission from the authors.

IMPORTANT NOTE

Please note that the ‘Scale for End-of Life Caregiving Appraisal’ (EOLCAS) was originally developed by Lee et al (2010). Although the original authors have given permission to culturally adapt and publish the Spanish version of the EOLCAS, the original EOLCAS cannot be entirely reproduced here.

Please, use the following reference to access the original English version of the EOLCAS:

Lee J, Yoo JS, Kim TH, Jeong JI, Chang SJ, Jung D. Development and validation of a scale for the end of life caregiving appraisal. *Asian Nurs Res* 2010; 4: 1-9. DOI: 10.1016/S1976-1317(10)60001-1.

Sexo		Ingresos unidad familiar (mensuales)	
Edad		Nivel de estudios	
Profesión		Tiempo como cuidador	
Parentesco con el paciente			

Versión en español de la escala evaluativa de la experiencia de cuidar al final de la vida (SEOLCAS)©

Gracias por participar en nuestra investigación.

Uno de nuestros objetivos es desarrollar y validar un cuestionario que nos ayude a entender mejor cómo es la experiencia de cuidar al final de la vida. Para ello necesitamos su ayuda.

Nos interesa conocer su grado de acuerdo con las afirmaciones que se le presentan más abajo. En este sentido, le pedimos que conteste honestamente y desde su punto de vista personal. No hay respuestas correctas o incorrectas. Sus opiniones y vivencias son todas válidas.

Para responder tendrá que marcar con una cruz una de la cinco opciones que se le presentan. ***Solo se permite señalar una opción para cada afirmación.***

Si tiene alguna duda o necesita ayuda para rellenar este cuestionario, no dude en preguntar a su enfermera y esta le ayudará encantado.

Por último, recuerde que su información será tratada con total confidencialidad.

1. Siento fatiga emocional y/o física mientras cuido del paciente.

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

2. Tengo poco tiempo para mí mismo/a mientras cuido del paciente.

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

3. Tengo relaciones sociales limitadas mientras cuido del paciente.

1 <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo	2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo	3 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 <input type="checkbox"/> De acuerdo	5 <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo
--	---	--	--	---

4. Siento que mi salud ha empeorado desde que cuido del paciente.

1 <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo	2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo	3 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 <input type="checkbox"/> De acuerdo	5 <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo
--	---	--	--	---

5. Cuidar del paciente supone una carga económica (por ejemplo, han disminuido los ingresos del hogar).

1 <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo	2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo	3 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 <input type="checkbox"/> De acuerdo	5 <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo
--	---	--	--	---

6. Me gustaría rechazar mi papel de cuidador.

1 <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo	2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo	3 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 <input type="checkbox"/> De acuerdo	5 <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo
--	---	--	--	---

7. Me siento impotente y sin fuerzas.

1 <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo	2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo	3 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 <input type="checkbox"/> De acuerdo	5 <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo
--	---	--	--	---

8. Me siento deprimido mientras cuido de mi paciente.

1 <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo	2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo	3 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 <input type="checkbox"/> De acuerdo	5 <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo
--	---	--	--	---

9. Siento tensión o ansiedad mientras cuido del paciente.

1 <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo	2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo	3 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 <input type="checkbox"/> De acuerdo	5 <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo
--	---	--	--	---

10. Me siento intolerante o intransigente mientras cuido del paciente.

1 <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo	2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo	3 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 <input type="checkbox"/> De acuerdo	5 <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo
--	---	--	--	---

11. Necesito apoyo emocional y/o espiritual.

1 <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo	2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo	3 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 <input type="checkbox"/> De acuerdo	5 <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo
--	---	--	--	---

12. Me siento sólo/a mientras cuido del paciente.

1 <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo	2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo	3 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 <input type="checkbox"/> De acuerdo	5 <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo
--	---	--	--	---

13. Estoy agotado/a mientras cuido del paciente.

1 <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo	2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo	3 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 <input type="checkbox"/> De acuerdo	5 <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo
--	---	--	--	---

14. Siento incomodidad o malestar mientras cuido del paciente.

1 <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo	2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo	3 <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 <input type="checkbox"/> De acuerdo	5 <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo
--	---	--	--	---

Por favor use el siguiente recuadro para añadir cualquier comentario que desee sobre el cuestionario.

Gracias por su colaboración.

© **Este cuestionario es propiedad intelectual registrada.** Aquellas personas o entidades interesadas en su uso o reproducción (total o parcial) deberán solicitar el permiso de los autores. Para ello podrán contactar con:

Removed for blinding purposes