

Entrevista sobre la carga del cuidador

| Nombre _____ | Fecha _____ | Expediente _____ |
|---|--|--------------------------|
| <p>Instrucciones: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted, así, nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.</p> <p>0 = Nunca 1 = Rara vez 2 = Algunas veces 3 = Bastantes veces 4 = Casi siempre</p> | | |
| 1A. | ¿Cree que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita? | <input type="checkbox"/> |
| 2A. | ¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted? | <input type="checkbox"/> |
| 3A. | ¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo o su familia? | <input type="checkbox"/> |
| 4B. | ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar? | <input type="checkbox"/> |
| 5B. | ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar? | <input type="checkbox"/> |
| 6B. | ¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia? | <input type="checkbox"/> |
| 7A. | ¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su familiar? | <input type="checkbox"/> |
| 8A. | ¿Cree que su familiar depende de usted? | <input type="checkbox"/> |
| 9B. | ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar? | <input type="checkbox"/> |
| 10A. | ¿Cree que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar? | <input type="checkbox"/> |
| 11A. | ¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar? | <input type="checkbox"/> |
| 12A. | ¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar? | <input type="checkbox"/> |
| 3A. | ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido a su familiar? | <input type="checkbox"/> |
| 14A. | ¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuide, como si usted fuera la única persona de quien depende? | <input type="checkbox"/> |
| 15C. | ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos? | <input type="checkbox"/> |
| 16C. | ¿Cree que será incapaz de cuidarle/a por mucho más tiempo? | <input type="checkbox"/> |
| 17B. | ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar? | <input type="checkbox"/> |
| 18B. | ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otros? | <input type="checkbox"/> |
| 19B. | ¿Se siente indeciso sobre que hacer con su familiar? | <input type="checkbox"/> |
| 20C. | ¿Cree que debería hacer más por su familiar? | <input type="checkbox"/> |
| 21C. | ¿Cree que podría cuidar mejor de su familiar? | <input type="checkbox"/> |
| 22A. | Globalmente, ¿qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar? | <input type="checkbox"/> |

ESCALA DE EVALUACIÓN

- A. Consecuencias del cuidado en el cuidador (0-44).
- B. Creencias y expectativas sobre capacidad para cuidar (0-28)
- C. Relación Cuidador con P. M. cuidado (0-16).