

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).