**TEST DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR (ZARIT Y ZARIT)**

|  |
| --- |
| **Fecha de Aplicación: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**  **Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido Paterno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Número de expediente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Edad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sexo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_**  **Unidad Médica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Procedencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre del Familiar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Contacto Familiar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Prestador de Servicios de Salud que aplica la herramienta de detección: Cédula Profesional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido Paterno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

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.

**Puntuación:**

**0-Nunca 1-Rara vez 2-Algunas veces 3-Bastantes veces 4-Casi siempre**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Preguntas** | **0** | **Respuestas**  **1 2 3** | | | **4** |
| ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita? |  |  |  |  |  |
| ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted? |  |  |  |  |  |
| ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)? |  |  |  |  |  |
| ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar? |  |  |  |  |  |
| ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar? |  |  |  |  |  |
| ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia? |  |  |  |  |  |
| ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar? |  |  |  |  |  |
| ¿Piensa que su familiar depende de usted? |  |  |  |  |  |
| ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar? |  |  |  |  |  |
| ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar? |  |  |  |  |  |
| ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar? |  |  |  |  |  |
| ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar? |  |  |  |  |  |
| ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar? |  |  |  |  |  |
| ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar? |  |  |  |  |  |

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.

**Puntuación:**

**0-Nunca 1-Rara vez 2-Algunas veces 3-Bastantes veces 4-Casi siempre**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Preguntas** | **0** | **Respuestas**  **1 2 3** | | | **4** |
| ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos? |  |  |  |  |  |
| ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo? |  |  |  |  |  |
| ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar? |  |  |  |  |  |
| ¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona? |  |  |  |  |  |
| ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar? |  |  |  |  |  |
| ¿Piensa que debería hacer más por su familiar? |  |  |  |  |  |
| ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar? |  |  |  |  |  |
| Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar? |  |  |  |  |  |

**TOTAL:**

**Resultados:**

Si usted tiene una puntuación menor de 47 puntos no se encuentra en sobrecarga.

Puntuaciones entre 47-55 indican sobrecarga leve.

Puntuaciones mayores de 55 indican sobrecarga intensa.

Si tiene puntuaciones superiores a 47, necesita por tanto modificar de forma urgente su manera de cuidar a la persona mayor y requiere ayuda cuanto antes.

En el caso de puntuaciones superiores a 55, existe un alto riesgo de enfermedad, sobre todo depresión y ansiedad.