

## ANEXO 2

### ESCALA DE CARGA DE ZARIT Entrevista sobre la carga del cuidador

Nombre	Fecha
<p><i>INSTRUCCIONES: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja como se sienten , a veces las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación debe indicar con que frecuencia se siente usted, así, nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense de que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan solo su experiencia.</i></p> <p><b>0 = NUNCA.      1 = RARA VEZ.      2 = ALGUNAS VECES.</b>  <b>3 = BASTANTES VECES.      4 = CASI SIEMPRE</b></p>	
1A. ¿ Cree que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
2A. ¿ Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted ?	
3A. ¿ Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo o su familia ?	
4B. ¿ Se siente avergonzado por la conducta de su familiar ?	
5B. ¿ Se siente enfadado cuando esta cerca de su familiar ?	
6B. ¿ Piensa de que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia ?	
7A. ¿ Tiene miedo de lo que el futuro depara a su familiar ?	
8A. ¿ Cree de que su familiar depende de usted ?	
9B. ¿ Se siente tenso cuando esta cerca de su familiar ?	
10A. ¿ Cree de que su salud se ha deteriorado por cuidar a su familiar ?	
11A. ¿ Cree de que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar ?	
12A. ¿ Cree de que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar ?	
13A. ¿ Se siente incomodo por desatender a sus amistades debido a su familiar ?	
14A. ¿ Cree de que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuide, como si usted fuera la única persona de quien depende ?	
15C. ¿ Cree de que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos ?	
16C. ¿ Cree de que será incapaz de cuidarle/a por mucho más tiempo ?	
17B. ¿ Siente de que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar ?	
18B. ¿ Desearía dejar el cuidado de su familiar a otros?	
19B. ¿ Se siente indeciso sobre que hacer con su familiar ?	
20C. ¿ Cree que debería hacer más por su familiar ?	
21C. ¿ Cree que podría cuidar mejor de su familiar ?	
22A. Globalmente ¿ Qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar ?	

**Leyenda: 22 - 46: No hay sobrecarga.**

**47 - 55 : Sobrecarga Leve.**

**56 - 110: Sobrecarga Intensa.**