

TEST DE ZARIT E ÍNDICE DE BARTHEL/REGISTRO 2022



Centinela CIAS:
Nombre:

Cuidador CIP:
Nombre:

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR (TEST DE ZARIT)

**OPCIONES: 1= Nunca 2= Rara vez 3= Algunas veces
4= Bastantes veces 5= Casi siempre**

1-¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
2- ¿Piensa que, debido al tiempo que dedica a su familiar, no tiene tiempo suficiente para usted?	
3- ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
4-¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
5-¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6-¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
7-¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
8-¿Piensa que su familiar depende de usted?	
9-¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
10-¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	
11-¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	
12-¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	
13-¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	
14-¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
15-¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	
16-¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17-¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
18-¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
19-¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
20-¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
21-¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
22-Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
TOTAL (22 - 110)	

VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA (ÍNDICE DE BARTHEL)

ALIMENTACIÓN	
INDEPENDIENTE. Capaz de usar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable.	10
AYUDA. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla...	5
DEPENDIENTE	0
BANO	
INDEPENDIENTE. Se lava completo en ducha o baño. Entra y sale del baño sin una persona presente.	5
DEPENDIENTE	0
VESTIDO	
INDEPENDIENTE. Se viste, se desnuda y ajusta la ropa. Se ata los zapatos. Se pone braguero o corsé, si lo precisa.	10
AYUDA. Necesita ayuda pero, al menos, la mitad de las tareas las realiza en un tiempo razonable.	5
DEPENDIENTE	0
ASEO PERSONAL	
INDEPENDIENTE. Se lava cara, manos y dientes. Se afeita y maneja el enchufe si usa máquina eléctrica.	5
DEPENDIENTE	0
DEPOSICIÓN	
CONTINENTE. No presenta episodios de incontinencia. Si necesita enemas o supositorios, se arregla solo.	10
INCONTINENTE OCASIONAL. Episodios ocasionales o necesita ayuda para usar enemas o supositorios.	5
INCONTINENTE	0
MICCIÓN	
CONTINENTE. No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, atiende a su cuidado solo.	10
INCONTINENTE OCASIONAL. Episodios ocasionales. Necesita ayuda en el uso de sonda o colector.	5
INCONTINENTE	0
USO DE RETRETE	
INDEPENDIENTE. Usa el retrete o cuña. Se sienta, se levanta solo o con barras. Se limpia y se pone la ropa solo.	10
AYUDA. Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa.	5
DEPENDIENTE	0
TRASLADO SILLON-CAMA	
INDEPENDIENTE. No necesita ninguna ayuda. Si usa silla de ruedas, lo hace independientemente.	15
MÍNIMA AYUDA. Necesita una mínima ayuda o supervisión.	10
GRAN AYUDA. Es capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia para el traslado.	5
DEPENDIENTE	0
DEAMBULACIÓN	
INDEPENDIENTE. Camina, al menos, 50 metros independientemente o con ayudas (bastón, andador...).	15
AYUDA. Puede caminar, al menos, 50 metros pero necesita ayuda o supervisión.	10
INDEPENDIENTE SILLA DE RUEDAS. Propulsa su silla de ruedas, al menos, 50 metros.	5
DEPENDIENTE	0
ESCALERAS	
INDEPENDIENTE. Sube o baja escaleras sin supervisión aunque use barandilla o instrumento de apoyo.	10
AYUDA. Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras.	5
DEPENDIENTE	0
PUNTUACION TOTAL	