



### ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR (TEST DE ZARIT)

¿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 tiempo suficiente 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 a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
¿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?	
¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
¿Desearía poder dejar el cuidado de su 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?	
<b>TOTAL</b>	

**OPCIONES**

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

### VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA (ÍNDICE DE BARTHEL)

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