



Auto-evaluación de cuidadores

¿Cómo esta usted?

Los cuidadores de familia se encuentran tan involucrados en el cuidado de sus seres queridos que se olvidan de su propio bien estar. Por favor tome un momento para responder a las preguntas siguientes. Después de responder a las preguntas, pase la página para hacer la evaluación personal.

Durante la última semana yo he ...

- | | |
|---|--|
| <p>1 Tenido dificultad concentrandome en lo que estaba haciendo. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>2 Sentido que no podía dejar a mi pariente solo/a. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>3 Tenido dificultad tomando decisiones. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>4 Me sentí frustrado/a, agobiado/a <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5 Me sentí útil y que se me necesitaba/a. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6 Me sentí solo/a y aislado/a. . . . <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7 Estado triste que mi pariente ha cambiado tanto. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>8 Sentido una perdida de tiempo personal. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>9 Estado irritable y tenso/a. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>10 Tenido el sueño perturbado por cuidar a mi pariente. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>11 Quería llorar. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>12 Me sentí atrapado/a entre el trabajo y las responsabilidades familiares. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> | <p>13 Sentí dolor de espalda. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>14 Me sentí enfermo/a (dolor de cabeza, problemas de estomago, o gripe). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>15 Estado satisfecho/a con el apoyo que mi familia me había dado (rev). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>16 No quejaba a mi familia, por temor a su critica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>17 En la escala del 1 al 10, el uno siendo “menos estres” y 10 “más estres” indique su nivel actual de estres. _____</p> <p>18 En la escala de 1 a 10, el uno siendo “muy saludable” y 10 “muy enfermo/a” indique el nivel de su salud actual comparado al año pasado. _____</p> |
|---|--|

Evaluación personal

Para determinar la cuenta:

- 1 Dele la reversa a sus respuestas a las preguntas numero 5 y 15. (Por ejemplo, si respondió “no” cuente la respuesta como “sí” y vice versa en cada una.)
- 2 Totalice el numero de respuestas que son “si.”

CARING FOR YOUR PARENTS IS A KIRK DOCUMENTARY GROUP, LTD. PRODUCTION FOR WGBH BOSTON.



MAJOR FUNDING FOR CARING FOR YOUR PARENTS IS PROVIDED BY THE HARRAH'S FOUNDATION. ADDITIONAL FUNDING PROVIDED BY THE CORPORATION FOR PUBLIC BROADCASTING AND PUBLIC TELEVISION VIEWERS.



SPECIAL THANKS TO THE STAFF OF AARP PUBLICATIONS FOR THEIR GENEROUS ASSISTANCE WITH THIS PROGRAM.



