1	¿Piensa que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?			X			2
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?			X			2
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras resposabilidades (trabajo, familia)?	X					0
4	¿Se siente vergüenza por la conducta de su familiar?	X					0
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	X					0
6	¿Cree que la situación actual afecta negativamente la relación que Ud tiene con otros miembros de su familia?			X			2
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					X	4
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?			X			2
9	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?			X			2
10	¿Se siente tenso cuanto está cerca de su familiarr?			X			2
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustarñia debido a tener que cuidar a su familiar?	X					0
12	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?			X			2
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?		X				1
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	X					0
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	X					0
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho mas tiempo?	X					0
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	X					0
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	X					0
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	X					0
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					X	4
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?				X		3
22	Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?			X			2

TIPO DE SOBRECARGA AUSENCIA DE SOBRECARGA PUNTUACIÓN 30

Fatima Agudelo
FIRMA USURARIO

FIRMA PROFESIONAL

Scanned with CamScanner

1	¿Piensa que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?			X			2
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?					X	4
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras resposabilidades (trabajo, familia)?					X	4
4	¿Se siente vergüenza por la conducta de su familiar?					X	4
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?			X			2
6	¿Cree que la situación actual afecta negativamente la relación que Ud tiene con otros miembros de su familia?				X		3
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					X	4
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?					X	4
9	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					X	4
10	¿Se siente tenso cuanto está cerca de su familiarr?					X	4
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustarñia debido a tener que cuidar a su familiar?					X	4
12	¿Sierite que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?			X			2
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?			X			2
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					X	4
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					X	4
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?			X			2
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					X	4
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	X					0
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					X	4
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					X	4
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?				X		3
22	Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?				X		3

TIPO DE SOBRECARGA SOBRECARGA INTENSA PUNTUACIÓN 71

Geraldine Osorio M.
FIRMA USURARIO

Paula Nores
FIRMA PROFESIONAL

Scanned with CamScanner

1	¿Piensa que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?			X			2
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?			X			2
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras resposabilidades (trabajo, familia)?	X					0
4	¿Se siente vergüenza por la conducta de su familiar?	X					0
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?			X			2
6	¿Cree que la situación actual afecta negativamente la relación que Ud tiene con otros miembros de su familia?	X					0
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	X					0
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?					X	4
9	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?	X					0
10	¿Se siente tenso cuanto esta cerca de su familiarr?	X					0
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar a su familiar?	X					0
12	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	X					0
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	X					0
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	X					0
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	X					0
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	X					0
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	X					0
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	X					0
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	X					0
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					X	4
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					X	4
22	Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?		X				1

TIPO DE SOBRECARGA AUSENCIA DE SOBRECARGA PUNTUACIÓN 19

Erika tatiana Carmona. L.
FIRMA USURARIO

FIRMA PROFESIONAL

Scanned with CamScanner

1	¿Piensa que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	X					0
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	X					0
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras resposabilidades (trabajo, familia)?	X					0
4	¿Se siente vergüenza por la conducta de su familiar?	X					0
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	X					0
6	¿Cree que la situación actual afecta negativamente la relación que Ud tiene con otros miembros de su familia?	X					0
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?			X			2
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?	X					0
9	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?	X					0
10	¿Se siente tenso cuanto está cerca de su familiarr?	X					0
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustarñia debido a tener que cuidar a su familiar?	X					0
12	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	X					0
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	X					0
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	X					0
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	X					0
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	X					0
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	X					0
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	X					0
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	X					0
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	X					0
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	X					0
22	Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	X					0

TIPO DE SOBRECARGA AUSENCIA DE SOBRECARGA PUNTUACIÓN 2

Jorge García
FIRMA USURARIO

Paula Moreno
FIRMA PROFESIONAL

Scanned with CamScanner

1	¿Piensa que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?			X			2
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?		X				1
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras resposabilidades (trabajo, familia)?		X				1
4	¿Se siente vergüenza por la conducta de su familiar?	X					0
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	X					0
6	¿Cree que la situación actual afecta negativamente la relación que Ud tiene con otros miembros de su familia?		X				1
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?		X				1
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?				X		3
9	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?	X					0
10	¿Se siente tenso cuanto está cerca de su familiar?	X					0
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar a su familiar?	X					0
12	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	X					0
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	X					0
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	X					0
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	X					0
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	X					0
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	X					0
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	X					0
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	X					0
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	X					0
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	X					0
22	Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?		X				1

TIPO DE SOBRECARGA AUSENCIA DE SOBRECARGA PUNTUACIÓN 7

FIRMA USURARIO

FIRMA PROFESIONAL

Scanned with CamScanner

1	¿Piensa que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?			X			2
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?			X			2
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras resposabilidades (trabajo, familia)?			X			2
4	¿Se siente vergüenza por la conducta de su familiar?	X					0
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?			X			2
6	¿Cree que la situación actual afecta negativamente la relación que Ud tiene con otros miembros de su familia?			X			2
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?				X		3
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?		X				1
9	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?	X					0
10	¿Se siente tenso cuanto está cerca de su familiarr?	X					0
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustarñia debido a tener que cuidar a su familiar?	X					0
12	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	X					0
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	X					0
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?		X				1
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?			X			2
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	X					0
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	X					0
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	X					0
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	X					0
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?			X			2
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?		X				1
22	Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?			X			2

TIPO DE SOBRECARGA AUSENCIA DE SOBRECARGA PUNTUACIÓN 22

Dra Patricia Moreno
FIRMA USUARIO

FIRMA PROFESIONAL

Scanned with CamScanner