

# Auto-evaluación de Cuidadores

## Caregiver Self-Assessment Questionnaire

American Medical Association  
Physicians dedicated to the health of America



¿Cómo está usted?  
*How are you?*

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.

*(Caregivers are often so concerned with caring for their relative's needs that they lose sight of their own wellbeing. Please take just a moment to answer the following questions. Once you have answered the questions, turn the page to do a self-evaluation.)*

**Durante la última semana yo he...**

*(During the past week or so, I have...)*

1. Tenido dificultad concentrándome en lo que estaba haciendo .....  Sí  No  
*(Had trouble keeping my mind on what I was doing)*
2. Sentido que no podía dejar a mi pariente solo/a.....  Sí  No  
*(Felt that I couldn't leave my relative alone)*
3. Tenido dificultad tomando decisiones.....  Sí  No  
*(Had difficulty making decisions)*

4. Me sentí frustrado/a, agobiado/a .....  Sí  No  
*(Felt completely overwhelmed)*
5. Me sentí útil y que se me necesitaba/a (rev).....  Sí  No  
*(Felt useful and needed)*
6. Me sentí solo/a y aislado/a.....  Sí  No  
*(Felt lonely)*
7. Estado triste que mi pariente ha cambiado tanto.....  Sí  No  
*(Been upset that my relative has changed so much from his/her former self)*
8. Sentido una pérdida de tiempo personal .....  Sí  No  
*(Felt a loss of privacy and/or personal time)*
9. Estado irritable y tenso/a .....  Sí  No  
*(Been edgy or irritable)*
10. Tenido el sueño perturbado por cuidar a mi pariente .....  Sí  No  
*(Had sleep disturbed because of caring for my relative)*

11. Quería llorar..... Sí  No  
*(Had a crying spell(s))*

12. Me sentí atrapado/a entre el trabajo y las responsabilidades familiares..... Sí  No  
*(Felt strained between work and family responsibilities)*

13. Sentí dolor de espalda..... Sí  No  
*(Had back pain)*

14. Me sentí enfermo/a (dolor de cabeza, problemas de estómago, o gripe)..... Sí  No  
*(Felt ill (headaches, stomach problems or common cold))*

15. Estado satisfecho/a con el apoyo que mi familia me había dado (rev)..... Sí  No  
*(Been satisfied with the support my family has given me)*

16. No quejaba a mi familia, por temor a su crítica..... Sí  No  
*(I have not complained to my family, for fear of criticism)*

17. En la escala del 1 al 10, el uno siendo “menos estrés” y 10 “más estrés” indique su nivel actual de estrés \_\_\_\_\_

*(On a scale of 1 to 10, with one being “not stressful” to 10 being “extremely” stressful, please rate your current level of stress)*

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 \_\_\_\_\_

*(On a scale of 1 to 10, with one being “very healthy” to 10 being “very ill,” please rate your current health compared to what it was this time last year)*

Comentarios: Por favor comente o dar sugerencias.

*(Comments: Please feel free to comment or provide feedback.)*

### *Self-evaluation:*

To Determine the Score:

1. Reverse score questions 5 and 15  
(For example, a “No” response should be counted as “Yes” and a “Yes” response should be counted as “No”)
2. Total the number of “yes” responses.

### *To Interpret the Score:*

Chances are that you are experiencing a high degree of distress:

- If you answered “Yes” to either or both Questions 4 and 11; or
- If your total “Yes” score = 10 or more; or
- If your score on Question 17 is 6 or higher; or
- If your score on Question 18 is 6 or higher.

### *Next steps:*

- Consider seeing a doctor for a check-up for yourself.
- Consider having some relief from caregiving. (Discuss with the doctor or a social worker the resources available in your community.)
- Consider joining a support group.

### **Evaluación personal**

Para determinar la cuenta:

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

### **Para Interpretar los Puntos**

Es posible que esté sintiendo un alto nivel de socorro

- si respondió “sí” a las preguntas número 4 y 11; o,
- si sus respuestas totalizan 10 o más; o,
- si sus puntos en la pregunta número 17 totalizan 6 o más; o,
- si sus puntos en la pregunta número 18 totalizan 6 o más.

### **Próximos Pasos:**

- Considere visitar un doctor para un chequeo personal.
- Considere obtener algún alivio de cuidar (Hable con su doctor o con una trabajadora social para que le informen sobre recursos en su comunidad)
- Considere participar en un grupo de apoyo.

